

## Introducción

Este es el documento de síntesis del libro "Salud pública en la UE: una visión global". Si bien la versión integral del libro existe sólo en inglés y puede descargarse gratuitamente desde la página web de la Alianza Europea de la Salud Pública (EPHA, en sus siglas en inglés) <http://www.epha.org/>, el presente documento de síntesis ha sido traducido a todos los idiomas de la UE e impreso con el apoyo financiero de la Comisión Europea y varias fundaciones privadas.

El libro "Salud Pública en la UE: una visión global" salió a la luz por primera vez en el año 1995, y el mismo consistía en una recopilación de informes elaborados por EPHA. Diez años más tarde, nos complace presentarles una versión actualizada, donde se recogen los últimos acontecimientos relacionados con las políticas públicas de la UE, entre ellos, el proyecto de Constitución europea, el nuevo Programa para la Salud Pública y el impacto de la ampliación de la UE en las políticas sanitarias.

La misión de EPHA consiste en promover y proteger la salud de todas las personas que viven en Europa, así como abogar por una mayor participación de los ciudadanos en la toma de decisiones políticas sobre sanidad a nivel europeo. EPHA ha publicado este libro a modo de introducción a la gran variedad de actividades que están relacionadas con la salud pública en la Unión Europea (UE). Su objetivo es informar a las organizaciones locales, nacionales y europeas sobre las oportunidades y retos que representa la UE para la salud pública. Consideramos que ésta es una condición previa indispensable para ampliar y reforzar la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones políticas. Pero más importante aún, es que en él se destaca el papel fundamental que desempeñan las organizaciones no gubernamentales, que constituyen el enlace entre los ciudadanos y los responsables de la toma de decisiones; sirviendo así de contrapeso con respecto a los grandes grupos de interés.

Esta visión de conjunto versa sobre las actividades realizadas en la UE (hasta 2007) en las áreas siguientes:

- situación sanitaria en la Unión Europea, incluido el impacto de la ampliación;
- principales instrumentos disponibles en la UE que tienen influencia en los temas de salud pública;
- impacto de las demás políticas de la UE (mercado interior, agricultura, medio ambiente, investigación, salud y seguridad en el lugar de trabajo, etc.) en la salud pública;
- relación entre la movilidad de los pacientes y los avances en el área de la salud pública y cómo esta relación podría generar una colaboración y una cooperación más estrechas en la UE;
- intercambio de datos sobre la salud y desarrollo de buenas prácticas;
- importancia que tienen ciertos factores determinantes para la salud, como, por ejemplo, la alimentación, la actividad física, el alcohol, las drogas, la salud mental y las lesiones;
- impacto de las enfermedades contagiosas en la agenda de la UE y razón por la cual algunas alarmas sanitarias recientes, como el SARS y la gripe aviar, han puesto en evidencia la necesidad de desarrollar una acción a nivel de la UE;
- importancia que tienen los productos farmacéuticos y los medicamentos para los ciudadanos europeos y su economía, así como algunas consideraciones



relacionadas con los costes, la competitividad y la seguridad en Europa y su repercusión en las políticas de salud pública en general.

## Salud Pública

La presente publicación incluye una breve introducción a varios conceptos relativos a la salud pública y una breve explicación sobre el origen del movimiento de la salud pública y sus principales logros.

Las personas se ven expuestas, en todas partes y durante toda su vida, a una serie prácticamente ilimitada de riesgos para su salud. Éstos pueden presentarse bajo la forma de enfermedades contagiosas o no contagiosas, lesiones, productos de consumo, actos de violencia o catástrofes naturales. Dichos riesgos no intervienen de manera aislada, ya que sus razones profundas son en realidad un complejo conjunto de hechos que se desarrollan durante largos periodos<sup>1</sup>. Cuando hablamos de salud pública, nos referimos, concretamente, a la creación de las condiciones de una sociedad sana.

La salud pública podría definirse como el estado de salud “objetivo y mensurable” de una población, la esperanza de vida de cada uno de sus individuos y la medida en que éstos últimos no padecen enfermedades. Ésta es, sin embargo, una definición demasiado limitada. Es cierto que la vacunación y la buena exploración médica han tenido repercusiones en la salud pública. Sin embargo, las políticas aplicadas en otras áreas, como la vivienda, el suministro de agua potable, los sistemas de saneamiento, la seguridad alimentaria, la educación y otras muchas más, han tenido un impacto aún más profundo.

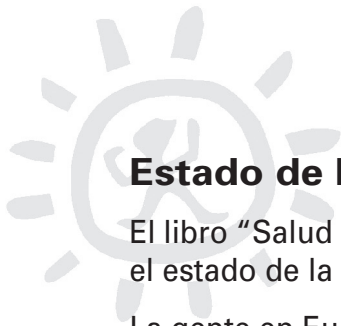
La definición clásica que Winslow elaboró en 1920 nos brinda una visión más amplia sobre lo que significa salud pública. Según esta definición:

*“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad, educar al individuo en lo que respecta a los principios de la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la infraestructura social que garantice a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para preservar la salud”.*

La definición anterior se detiene en cuestiones importantes como la prevención de las enfermedades y se centra en el nivel y la calidad de vida generales, aspectos fundamentales de las políticas de salud pública actuales, entre las cuales están aquellas adoptadas a nivel comunitario.

Así mismo, tal y como lo recoge la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la salud es también un derecho humano<sup>3</sup>.

La salud es mucho más que la atención médica básica. Cuando hablamos de salud pública, no nos estamos refiriendo únicamente a las inversiones en asistencia sanitaria básica, sino a que ésta debe ocupar un lugar central en las preocupaciones de cada gobierno a fin de fomentar y mejorar la salud de sus ciudadanos.



## Estado de la salud en Europa

El libro “Salud pública en la UE: una visión global” continúa con un capítulo sobre el estado de la salud de la población europea.

La gente en Europa tiene una vida más larga y, por lo general, su estado de salud es el mejor que se ha tenido hasta ahora<sup>4</sup>. La esperanza de vida en Europa Occidental ha estado aumentando constantemente desde 1950 en alrededor de 2,5 años por década. La esperanza de vida en la UE de los 25 varía entre los 66 y los 78 años (una diferencia de 12 años) en los hombres y entre los 76 y 84 años (una diferencia de 8 años) en las mujeres. La diferencia entre los países es mayor en lo que respecta a la esperanza de vida con buena salud que en lo relativo a la esperanza de vida. La esperanza de vida con buena salud fluctúa entre los 57 y los 75 años (una diferencia de 18 años) en las mujeres y entre los 54 y los 71 años (una diferencia de 17 años) en los hombres<sup>5</sup>.

La mayoría de las previsiones asume que esta mejora en la salud continuará. Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el estilo de vida amenazan actualmente con frenar esta esperanza de vida. Ciertos factores de riesgo como el tabaco, la obesidad, la falta de actividad física, el alto consumo de alcohol, las lesiones y los accidentes provocan fallecimientos prematuros y enfermedades crónicas. Existe una clara relación entre la alimentación, el estilo de vida y la salud<sup>6</sup>. Las enfermedades no contagiosas representan más del 87% de las enfermedades de la UE<sup>7</sup>, y de éstas, los trastornos mentales el 27% del total. En 1999, los trastornos mentales eran la causa de un 40% de las jubilaciones por invalidez en Finlandia y de un 25% de las mismas en Portugal. Las enfermedades cardiovasculares representan, en la actualidad, la primera causa de muerte en la UE<sup>8</sup>. A ellas se debe aproximadamente un 40% de los fallecimientos en ambos sexos y son la causa principal de la mala salud en Europa. La obesidad y la diabetes de tipo 2 muestran tendencias preocupantes, no solamente porque afectan a una parte de la población cada vez mayor, sino también porque aparecen a una edad cada vez más temprana. En el año 2000 se perdieron en la UE un total de 158 millones de días de trabajo, un promedio de 20 días por cada caso<sup>9</sup>. Por otra parte, las enfermedades transmisibles y las pandemias pueden ahora difundirse a una velocidad sin precedentes, saltando todas las fronteras, debido al aumento de la movilidad.

Las causas de muerte prematura más frecuentes son, afortunadamente, ampliamente prevenibles, ya que los principales factores de riesgo que la provocan están relacionados con los hábitos de vida, y éstos pueden ser influenciados por un uso eficaz de intervenciones sanitarias públicas bien conocidas y viables. No obstante, las personas de pocos recursos son las que corren mayores riesgos<sup>10</sup>.

Esta breve visión que acabamos de exponer, explicada con mayor detalle en el estudio, nos muestra una Europa llena de contrastes. En ella podemos ver una extraordinaria mejora en la salud pública en comparación con décadas anteriores, así como una mejora significativa de la calidad de la vida de grandes grupos de la población. Sigue habiendo, sin embargo, grandes diferencias entre los países. Aún así, hay todavía margen para realizar grandes progresos y alcanzar una política sanitaria eficiente.



## El surgimiento de una política sanitaria europea independiente

La nueva versión del libro “Salud pública en la UE: una visión global” reconoce que los temas de salud han ganado en importancia en la agenda política europea.

El artículo 152 del Tratado de las Comunidades Europeas establece que: “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. Hoy en día la salud se ha transformado no sólo en un área política autónoma y claramente definida, sino también en un aspecto importante de otras políticas, como, por ejemplo, la agricultura, el medio ambiente, el empleo, la competencia o la protección del consumidor. Sin embargo, la asistencia sanitaria sigue siendo, en principio, un sector de competencia nacional y no comunitaria, ya que, como señalan estos mismos tratados: “La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica”<sup>1</sup>. Sin embargo, a medida que las amenazas sanitarias transfronterizas van evolucionando en una UE que crece, ésta va asumiendo un papel cada vez más importante en la promoción y coordinación de soluciones sanitarias para todos los ciudadanos comunitarios, centrando sus intervenciones en la prevención de las enfermedades y la preparación para enfrentarlas, y proporcionando una respuesta rápida a los peligros potenciales. Al igual que en otros sectores, las políticas europeas de salud pública se desarrollan dentro de un contexto de responsabilidades compartidas entre el Consejo, el Parlamento Europeo y la Comisión.

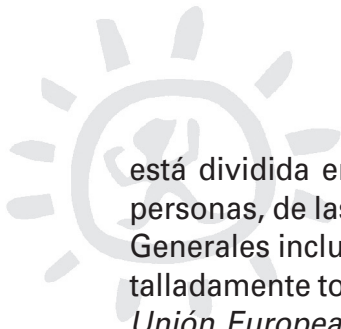
Lo que sigue es un resumen sobre la división de responsabilidades y la influencia de las instituciones europeas, tal y como éstas han sido descritas en la publicación integral:

El **Consejo de la Unión Europea** es el principal órgano de toma de decisiones de la UE. Representa a los Estados miembros de la UE y, por esa razón, se compone de un representante de cada Gobierno nacional de la UE. Los actos del Consejo pueden ser reglamentos legalmente vinculantes, directivas, propuestas de acciones comunes voluntarias, posiciones comunes, recomendaciones, conclusiones u opiniones.

El **Parlamento Europeo** es el órgano europeo que representa directamente a los pueblos de los Estados miembros. Es la expresión de la voluntad política de los ciudadanos de la Unión y representa los intereses de éstos en las discusiones con las demás instituciones de la UE. El Parlamento Europeo cuenta con tres poderes fundamentales: el poder legislativo, el poder presupuestario y el poder de supervisión.

La **Comisión Europea** ha sido diseñada para ser una institución políticamente independiente, que represente y sea el guardián de los intereses generales de la UE en su totalidad. Es el motor del sistema institucional europeo; tiene el derecho de hacer propuestas al Consejo y al Parlamento.

En el sector de la salud pública, esta estructura se ve reflejada en los acuerdos que exponemos a continuación. En 1999 se creó la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores (DG SANCO) en el seno de la Comisión Europea. Su oficina principal se encuentra en Bruselas, si bien la junta directiva de Salud Pública



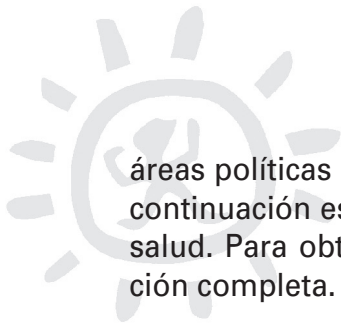
está dividida entre Bruselas y Luxemburgo. En esta Dirección trabajan unas 700 personas, de las cuales 120 son responsables de la salud pública. Otras Direcciones Generales incluyen en sus mandatos asuntos de sanidad (la publicación recoge detalladamente toda esta información). La DG SANCO tiene como misión general: *“La Unión Europea, en colaboración con los Estados miembros, tiene como objetivo la protección y la promoción de la salud de los ciudadanos.”* Dicha tarea de “protección y promoción” se ha interpretado de diferentes maneras. Las principales formas de gestión empleadas en la actualidad son las siguientes:

- Legislación y regulación – La base legal de la salud pública se reforzó con el artículo 152 del Tratado de Ámsterdam. La UE sólo tiene un mandato limitado para adoptar políticas de salud pública. Los Estados miembros siguen adoptando medidas a nivel nacional con vistas a regular la organización y la prestación de los servicios de salud, si bien la UE dispone de un derecho específico de legislar sobre la sangre, los órganos y los tejidos (seguridad y calidad de la sangre, derivados de la sangre, tejidos y células humanas utilizados en los tratamientos médicos).
- Autoregulación y cooperación voluntaria (Método Abierto de Coordinación) – Ha habido un distanciamiento con respecto a los instrumentos legalmente vinculantes (es decir, los reglamentos y las directivas) y un acercamiento a métodos de regulación alternativos, como la corregulación y la autoregulación, que quedan en manos de los actores económicos y sociales interesados. Con ello se espera reducir los costes y aumentar la eficacia. La corregulación y la autoregulación voluntarias pueden tomar diferentes formas como, por ejemplo, acuerdos voluntarios, códigos de conducta, cartas, orientaciones, normas armonizadas, etc. Este enfoque, a veces llamado método abierto de coordinación (MAC), se impone cada vez más como método de gobierno en la Unión Europea. A diferencia del método tradicional, de tipo legalista, su objetivo es la coordinación, y no la armonización de las políticas nacionales. Dicho enfoque requiere el compromiso de los Estados miembros para trabajar juntos hacia la consecución de unos objetivos comunes dentro del respeto de la legítima diversidad nacional.
- Acuerdos de financiación de la UE, como el Programa de Acción Comunitario en el Ámbito de la Salud Pública 2003-2008<sup>12</sup> (con un presupuesto de 312 millones de euros) y las campañas de información de la UE, como la “Ayuda para una vida sin tabaco”, que pueden considerarse como acciones de apoyo a esos planteamientos legales y voluntarios.

En la publicación integral se reconoce que la UE no debe duplicar los esfuerzos que se están llevando a cabo en los Estados miembros, sino aportar un valor añadido concentrando sus esfuerzos en actividades como el control de las estadísticas sobre la salud a nivel europeo y el intercambio de las buenas prácticas entre los Estados miembros y ofreciendo foros para el diálogo público y el intercambio de información.

## **La salud en otras áreas de política de la UE**

La UE cuenta con una serie de políticas públicas que influyen en la salud; entre ellas cabe destacar las relativas al mercado interno, la agricultura, el medio ambiente, la investigación, la protección del consumidor, la salud y la seguridad en el trabajo. Las competencias de la UE en el ámbito de la salud son bastante limitadas. Por ello es fundamental que se utilicen todas las herramientas disponibles en otras



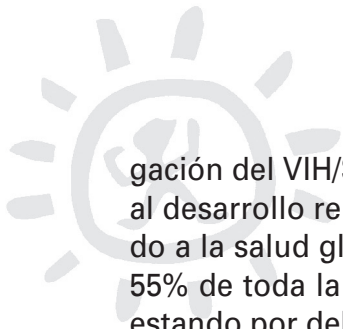
áreas políticas para mejorar la salud y el bienestar de la población. Lo expuesto a continuación es un resumen de las políticas públicas que tienen un impacto en la salud. Para obtener más información al respecto, se puede consultar la publicación completa.

**Política agrícola** – Las zonas rurales representan en 90% del territorio de la UE y en ellas vive aproximadamente el 50% de su población. La política agrícola común (la PAC) es un sistema de ayuda a los agricultores cuyo objetivo es remplazar los programas de apoyo nacionales a fin de garantizar que cada producto se produzca en igualdad de condiciones para todos los agricultores de los Estados miembros. La PAC ha sido criticada por el uso poco eficaz de los subsidios y por destinar el 50% del presupuesto comunitario a una política que ha dado resultados negativos en el área de la salud, otorgando subsidios al cultivo del tabaco y a la producción de alcohol, así como permitiendo la destrucción de un millón de toneladas de frutas y hortalizas al año. También se han criticado duramente sus efectos negativos en la agricultura de los países en desarrollo<sup>13</sup>. El peso financiero de la PAC en el conjunto de las políticas de la UE es obvio y pone en evidencia una serie de contradicciones con respecto a las políticas de salud pública. Así mismo, se ha cuestionado su pertinencia para alcanzar los objetivos económicos esperados. Debido al aumento de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida, el impacto de la PAC debe volverse a estudiar detenidamente.

**Salud y medio ambiente** – La salud constituye una parte importante en la política medioambiental de la UE. Las principales áreas de acción son la contaminación del aire tanto en interiores como en exteriores, el ruido, el entorno en lugares confinados y las condiciones de alojamiento, las políticas del agua, los campos electromagnéticos, así como las exposiciones a las irradiaciones y a los productos químicos. El impacto de estos factores está asociado con numerosos problemas de salud, entre los cuales cabe destacar problemas de audición, perturbaciones del sueño, estrés que genera hipertensión y otras enfermedades circulatorias, cánceres de la piel y de otros tipos, enfermedades respiratorias y defectos de nacimiento. La interacción entre el medio ambiente y la salud es mucho más íntima y compleja de lo que habitualmente se cree<sup>14</sup>.

**Investigación** – La investigación que se lleva a cabo a nivel de la UE ha sido criticada por ser excesivamente limitada y fragmentada y por carecer de una línea clara. A fin de aportar una solución a estos problemas, la Comisión propuso, en el año 2000, la creación del Espacio Europeo de Investigación (EEI)<sup>15</sup>. Los Gobiernos de la UE se comprometieron a aumentar la parte del producto interior bruto destinada a la investigación realizada por los sectores privado y público, llevándola del 1,9% en 2000 a un 3% para el año 2010. El 7º Programa Marco de Investigación (FP7)<sup>16</sup> ecibió un incremento presupuestario significativo – 73 mil millones de euros que se utilizarán en un plazo de siete años y en cuatro programas fundamentales: la cooperación, las ideas, las personas y las capacidades. La salud es ahora uno de los nueve temas contemplados en estos cuatro programas.

**Ayuda al desarrollo y salud: perspectiva global** – Todas las naciones del mundo y las instituciones de desarrollo establecieron – a través de las Naciones Unidas – los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos objetivos cubren una gran variedad de temas, como reducir a la mitad la pobreza extrema, combatir la propa-



gación del VIH/SIDA y garantizar la educación primaria a nivel universal. La ayuda al desarrollo representa una parte importante y visible del gasto de la UE destinado a la salud global (la UE es el principal donante en este sector, ya que aporta el 55% de toda la ayuda y el 65% de la ayuda no reembolsable, incluso si ésta sigue estando por debajo de lo prometido por la UE). Esta situación debe sopesarse, sin embargo, teniendo en cuenta el impacto que tienen las demás políticas, principalmente la PAC y el mercado interno, en la salud global.

### **Presiones para la búsqueda de soluciones europeas en el ámbito de la asistencia sanitaria – Movilidad del paciente y evoluciones en la asistencia sanitaria**

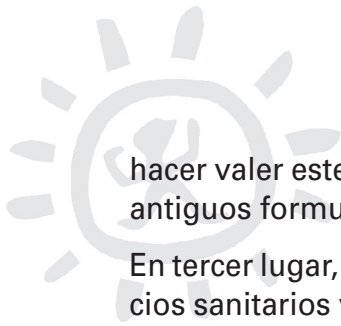
El documento “La salud en la UE: una visión global” incluye igualmente un capítulo sobre la prestación de asistencia sanitaria. A pesar de que esta temática sea de competencia nacional, los sistemas sanitarios de Europa están, por diferentes razones, cada vez más interconectados.

En primer lugar, todo ciudadano de la UE tiene el derecho de trabajar y vivir en otro Estado miembro sin ser discriminado por razones de nacionalidad. Con respecto a los profesionales de la salud, este derecho general se encuentra plasmado en una serie de reglamentos cuyo objetivo es velar por el reconocimiento mutuo de las cualificaciones. La Directiva 2005/36/CE<sup>17</sup> establece así los siguientes mecanismos:

- Armonización de los requisitos de formación que permitan un reconocimiento automático de las cualificaciones profesionales (que incluyen a los médicos, las enfermeras, los dentistas, las matronas, los cirujanos veterinarios, los farmacéuticos y los arquitectos)<sup>18</sup>.
- Un “sistema general” de reconocimiento que se aplique a todas las demás profesiones. Este sistema destaca los derechos básicos del ciudadano en el sector de la movilidad profesional y especifica las obligaciones de los Estados miembros<sup>19</sup>.

Las directivas sectoriales relativas a los profesionales tradicionales en el sector de la salud existen desde mediados de los años 70. Sin embargo, otros proveedores de asistencia sanitaria, como, por ejemplo, los profesionales de la medicina complementaria o alternativa, han tenido un sistema menos transparente para el reconocimiento de las cualificaciones. Uno de los objetivos de la directiva del 2005 era hacer más sencillo y transparente el reconocimiento de las cualificaciones.

En segundo lugar, están los pacientes que atraviesan las fronteras en búsqueda de un mejor tratamiento. Como lo estipula el Reglamento Comunitario 1408/71, los pacientes pueden recibir tratamientos en el extranjero. Dos conocidas sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, dictadas en mayo de 1998, han tenido repercusiones en la organización de los sistemas de sanidad. El Tribunal de Justicia ha confirmado que los ciudadanos tienen libertad para buscar atención médica en otro Estado miembro. Éstos pueden, así mismo, ser reembolsados bajo ciertas condiciones. Además, según el reglamento 1408/71, cuando alguien permanece temporalmente en otro Estado miembro que no sea el suyo – por razones de viaje, estudios, de desplazamiento laboral o para buscar empleo – y necesita alguna atención médica, deberá recibirla en las mismas condiciones que una persona asegurada en ese país. A partir del 1 de junio de 2004, estas personas pueden



hacer valer este derecho presentando la tarjeta sanitaria europea que reemplaza los antiguos formularios de papel, en particular el E111 (COM 2004).

En tercer lugar, está la movilidad del paciente, que tiene repercusiones en los servicios sanitarios y médicos, tanto en el país donde está asegurado el paciente como en el país donde éste recibe la atención médica. La Comisión está desarrollando un marco comunitario para la promoción de servicios sanitarios más seguros y de mayor calidad y eficacia, reforzando la colaboración entre los Estados miembros y garantizando la aplicación de la ley comunitaria en los servicios sanitarios y la atención sanitaria.

### **Información sanitaria: una condición previa para las políticas de salud de la UE**

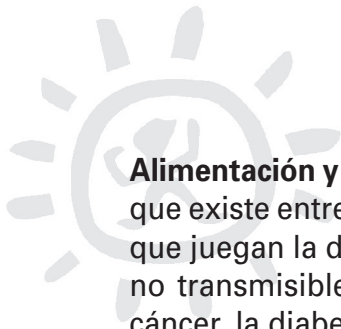
La información sanitaria es importante a la hora de realizar comparaciones entre Estados miembros o regiones a fin de informar y orientar las políticas sanitarias tanto a nivel nacional como comunitario. Disponer de información sanitaria de la mayor calidad sigue siendo, hasta ahora, una condición previa para el desarrollo efectivo de las políticas de salud.

La Comisión Europea tiene el propósito de establecer un conjunto de indicadores de salud que aporten una información concisa y precisa sobre la salud y los comportamientos relacionados con la salud de la población. Las tareas en torno a los indicadores sanitarios son coordinadas por grupos de trabajo responsables de los diferentes elementos que formarán parte de un sistema de control sanitario. Se han creado grupos de trabajo en los sectores siguientes: morbilidad y mortalidad, accidentes y lesiones, salud mental, estilo de vida y otros elementos determinantes de la salud, salud y medio ambiente, sistemas de asistencia sanitaria e indicadores de salud de la Unión Europea.

Dicha actividad debería mejorar la calidad y el contraste de los datos, facilitando de esta manera el acceso a la información y mejorando el análisis. El objetivo final es el desarrollo de un sistema europeo de información sanitaria y de conocimientos que sean plenamente accesibles para los expertos y el público en general.

### **Convergencia de las políticas sanitarias en la UE – Determinantes que inciden en la salud**

Siete factores de riesgo – todas ellas enfermedades no contagiosas – son los responsables de la mayor parte de la carga de enfermedades en la región europea de la Organización Mundial de la salud. Estos factores son la presión sanguínea elevada, el tabaquismo, el uso dañino y peligroso del alcohol, el alto nivel de colesterol, el sobrepeso, el bajo consumo de frutas y hortalizas y la falta de actividad física. Las enfermedades no contagiosas pueden evitarse en gran medida. Cambiando el estilo de vida se puede evitar hasta un 80% de los infartos coronarios y hasta un 90% de los casos de diabetes de tipo 2. Seguir una dieta sana, mantener un peso normal y aumentar la actividad física pueden, por ejemplo, reducir en un tercio los casos de cáncer. Los factores determinantes más importantes son los que recogemos a continuación y las acciones concretas de las instituciones de la UE en estas áreas se tratan en detalle en la publicación completa.



**Alimentación y actividad física** – Se ha podido demostrar científicamente la relación que existe entre la dieta, el estilo de vida y la salud, y, en particular, el papel decisivo que juegan la dieta y el estilo de vida en la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes de tipo 2, la hipertensión y la osteoporosis<sup>21</sup>. La Comisión Europea ha tomado varias medidas para hacer frente a estos retos de salud pública:

- Adopción de las conclusiones del Consejo como, por ejemplo, estilos de vida sanos en 2003, promoción de la salud cardiovascular en 2004 y recomendaciones sobre la diabetes en 2006.
- Creación de la Red Europea de Nutrición y Promoción de la Actividad Física en el año 2003. Esta red está compuesta por expertos designados por los Estados miembros.
- Previsión, para junio de 2007, de la presentación de una estrategia comunitaria coherente y global sobre alimentación, actividad física y obesidad, como seguimiento del Libro Verde “Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas”. Se espera incluir la integración de la nutrición y de la actividad física en todas las políticas pertinentes a nivel local, regional, nacional y europeo, así como la creación de los instrumentos de apoyo necesarios.
- Lanzamiento, a través de los servicios de la Comisión y a modo de experimentación, de un foro llamado “Dieta, actividad física y salud – una plataforma de acción europea”. Numerosos actores interesados a nivel europeo – comerciantes al por menor, transformadores de alimentos, empresas de restauración, empresas de publicidad, ONG de defensa del consumidor y de la salud y profesiones médicas – se han estado reuniendo con regularidad desde el año 2005 con el objetivo de identificar y acordar acciones concretas que pudieran contribuir a detener y cambiar la orientación de las tendencias que sigue actualmente la obesidad.
- Un objetivo importante es igualmente asegurarse de que los posibles interesados conozcan todas las iniciativas que existen en torno al problema de la obesidad, a fin de llevar a cabo políticas y acciones más coherentes.
- La seguridad alimentaria es también una prioridad para la Unión Europea. En 1996 se creó la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (AESA) con el objetivo de que se ocupara de los riesgos sanitarios en el suministro de alimentos. Ahora la Comisión Europea ha ampliado su mandato para incluir la nutrición.

**Alcohol** – El consumo de alcohol aumenta el riesgo y la gravedad de más de 60 tipos de enfermedades y afecciones. El impacto social negativo del alcohol es igualmente significativo, ya que éste implica desde la perturbación social hasta la violencia doméstica, sin olvidar otros peligros, como riesgos de incendio, ahogamientos, accidentes de tráfico, abusos de menores, delitos y homicidios. Se estima que unos 55 millones de adultos en la UE consumen niveles de alcohol dañinos y 23 millones de éstos son adictos a la bebida.

Entre las acciones relativas a este problema, emprendidas por la Unión Europea hasta el momento, cabe mencionar la imposición de cargas fiscales al alcohol, una Recomendación sobre el consumo de alcohol de los jóvenes (2001) y la Directiva Televisión sin Fronteras (Directiva 89/552/CEE), que prevé restricciones para la publicidad de las bebidas alcohólicas. En octubre de 2006, la Comisión



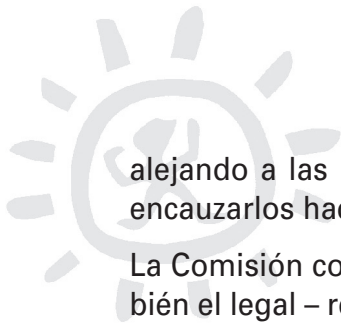
Europea adoptó una Estrategia Global sobre el Alcohol a fin de ayudar a los Estados miembros a reducir los daños provocados por el alcohol en Europa. La Comisión Europea creó en junio de 2007 el Foro Salud y Alcohol, donde pueden reunirse expertos de diferentes organizaciones interesadas, incluyendo las ONG, la industria de bebidas y los distribuidores. Los representantes de los Estados miembros y otras instituciones europeas y agencias se reúnen también en un comité consultivo aparte. El objetivo general de este foro es apoyar, aportar contribuciones y controlar la aplicación de la estrategia recogida en la comunicación.

**Tabaco** – La lucha contra el tabaco forma parte, desde hace años, de la agenda de los profesionales de la salud, los políticos, las ONG, los Estados miembros y la Comisión Europea. A pesar de ello, aproximadamente el tercio de la población adulta de Europa fuma. Se estima que el tabaco mata a unos 650.000 europeos cada año; es decir, una de cada siete muertes en la UE. El tabaco es dañino para casi todos los órganos del cuerpo humano y provoca una gran variedad de enfermedades. La mitad de los fumadores habituales muere por causa del tabaco. Aquellos que mueren a mediana edad han visto reducida su esperanza de vida en un promedio de 22 años y, además, durante una gran parte de esta vida reducida han sufrido problemas de salud. Más de 13 millones de personas sufren enfermedades crónicas graves causadas por el tabaquismo. Así mismo, el tabaquismo pasivo mata a más de 79.000 adultos cada año en la UE-25. Entre las acciones que ha realizado la UE a fin de reducir el consumo de tabaco figuran las siguientes recomendaciones y legislaciones:

- Lugares públicos y de trabajo – En 1989, la UE adoptó una Resolución que prohibía fumar en los lugares públicos y en todos los medios de transporte.
- Reglamento sobre la producción de tabaco – En 2001 se aprobó una Directiva que regula los productos del tabaco.
- Directiva de la Unión Europea sobre Publicidad del Tabaco – En 2003 se aprobó la Directiva para prohibir la publicidad sobre el tabaco. Dicha Directiva incluye actualmente la publicidad transfronteriza y el patrocinio del deporte.
- Convenio Marco para el Control del Tabaco – En 2004, el Consejo de la UE aprobó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT).
- Se aumentó en un 30% el tamaño de las advertencias sanitarias que figuran en la cara de las cajetillas y en un 40% las que figuran en el dorso.
- Fiscalidad – El tabaco es un producto altamente gravado en la mayoría de los Estados miembros.

La Comisión Europea lanzó, durante la primavera de 2007, una consulta pública sobre la mejor manera de promover entornos sin tabaco a través del Libro Verde "Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE"<sup>25</sup>.

**Consumo de drogas** – El consumo de drogas, en particular entre los jóvenes, ha llegado a niveles sin precedentes. Actualmente se calcula que en la UE hay aproximadamente dos millones de consumidores problemáticos de drogas<sup>26</sup>. Las leyes nacionales contra las drogas tienden cada vez más a hacer la diferencia entre los delitos de posesión de droga para uso personal y los delitos de tráfico y suministro de droga. Por regla general, la tendencia es aumentar las sanciones contra los segundos. Esta tendencia concuerda con una política, cada vez más practicada en Europa, de ampliar las posibilidades de tratamiento contra el consumo de drogas,



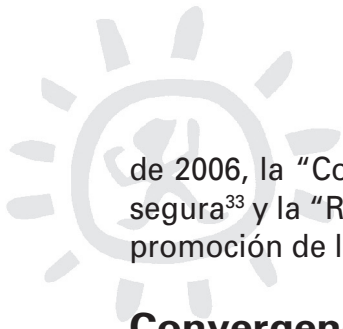
alejando a las personas con problemas de droga de los sistemas judiciales para encauzarlos hacia la cura y la rehabilitación.

La Comisión considera que el **uso ilegal de las drogas** – y, hasta cierto punto, también el legal – representa un problema muy importante de salud pública. Las acciones emprendidas se han centrado en la prevención mediante la educación y una mayor concienciación, sin excluir la disminución del riesgo o daño ni el tratamiento. El planteamiento de la UE para tratar los problemas relativos al consumo de drogas en la Unión se ha desarrollado a través de las Estrategias de la UE contra las Drogas (2005 – 2012) y los Planes de Acción (2005–2008). Este modelo requiere alcanzar un equilibrio entre prevención, educación y tratamiento, por una parte, y la aplicación de las leyes de lucha contra la fabricación y el tráfico de drogas, por otra parte.

**Salud mental** – Según la Organización Mundial de la Salud, no existe una definición única de lo que significa salud mental. Las diferencias culturales y teorías profesionales divergentes influyen todas en la manera de definir el concepto de “salud mental”. La salud mental es un asunto que se plantea diariamente y que afecta a las personas, la familia, la escuela y el lugar de trabajo. Este tema es fundamental para Europa, ya que la salud mental representa casi el 20% de los gastos por enfermedad<sup>27</sup>. La atención médica en este campo es, sin embargo, a menudo inadecuada y no ofrece la ayuda necesaria, incluso en los casos de problemas de salud mental severos. En 2005, los ministros de sanidad europeos se comprometieron, por primera vez, a integrar las acciones sobre salud mental en sus políticas de salud pública<sup>28</sup>. La Comisión Europea lanzó en 2006 una consulta abierta basada en el Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”<sup>29</sup>. Esta consulta recibió una gran cantidad (237) de respuestas<sup>30</sup>. Los servicios de la Comisión están actualmente redactando una Comunicación donde se desarrolla una estrategia sobre salud mental. Se prevé su adopción durante la primavera de 2007.

**Prevención de lesiones** – Las lesiones son la causa principal de fallecimiento o discapacidad en la población europea<sup>31</sup>. El peligro de muerte y de lesiones graves es particularmente elevado en contextos tan dispares como el tráfico de camino a casa o hacia los lugares de ocio, el lugar de trabajo o durante el uso de productos y servicios para el consumidor. Se estima que las lesiones voluntarias e involuntarias son la causa principal de las muertes y discapacidades crónicas ocurridas en los niños, jóvenes y adultos hasta los 45 años, lo que representa una enorme pérdida de años de vida con buena salud y de años de empleo productivo. En las personas mayores de 65 años, las lesiones son la mayor causa de muerte o discapacidad y, a menudo, constituyen el factor desencadenante de un deterioro mortal de la salud.

La Comisión Europea ha adoptado varias iniciativas a fin de poder intervenir y estar en condiciones de reducir la frecuencia de las muertes y las lesiones intencionales o fortuitas trabajando para ello de manera transversal con diferentes DG en el ámbito de los transportes, el lugar de trabajo, la salud mental, la violencia, el alcohol y la salud infantil. Durante el período 1999 – 2002<sup>32</sup> se han puesto en práctica más de 80 proyectos específicos a fin de progresar en la prevención de las lesiones. Queda, sin embargo, margen para una acción más eficaz, en concreto, adoptando las buenas prácticas que ya han sido divulgadas y que han demostrado ser eficaces para disminuir las lesiones. La Comisión Europea adoptó igualmente, en junio



de 2006, la "Comunicación de la Comisión sobre acciones para una Europa más segura"<sup>33</sup> y la "Recomendación del Consejo relativa a la prevención de lesiones y la promoción de la seguridad"<sup>34</sup>, que deberá ser aprobada en mayo de 2007.

### **Convergencia de las políticas sanitarias de la UE – Enfermedades contagiosas**

Las enfermedades contagiosas, como el VIH/SIDA, la tuberculosis, el sarampión y la gripe, representan un grave peligro para la salud humana y son responsables de un tercio de todas las muertes a nivel global. Las enfermedades transmisibles no conocen fronteras y pueden difundirse con celeridad, especialmente en el mundo interconectado de hoy. Además, ahora aparecen nuevas enfermedades, y otras, como la tuberculosis multiresistente y el estafilococo aureus meticilinoresistente, desarrollan resistencia a los medicamentos.

A fin de estar preparados para hacer frente a estas amenazas, la Comisión mantiene una estrecha colaboración en este campo con los Estados miembros. La Comisión ha elaborado planes generales con el objetivo de hacer frente a diferentes tipos de amenazas sanitarias. Se han elaborado planes específicos, tanto nacionales como comunitarios, contra una eventual pandemia de gripe, el SARS, la viruela o el bio-terrorismo. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE) es el encargado de emitir las recomendaciones y la valoración del riesgo partiendo de los mensajes recibidos por el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta a las Enfermedades (EWRS, en sus siglas en inglés)<sup>35</sup>.

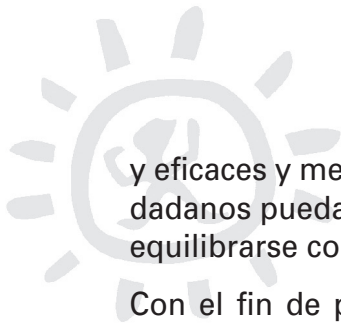
En la publicación integral se podrá encontrar más información sobre este tema al que se dedica un capítulo completo.

### **Convergencia de las políticas sanitarias de la UE – Medicamentos y terapias**

En todos los Estados miembros de la UE se han desarrollado desde el siglo pasado, reglamentos exhaustivos sobre los medicamentos, concretamente a partir de los años sesenta. Debido a la complejidad cada vez mayor y la falta de compatibilidad que existe entre las reglamentaciones nacionales, se ha intentado armonizar a nivel de la UE los sistemas de reglamentación. Todos los medicamentos disponibles en Europa en la actualidad deben cumplir las normas de seguridad, calidad y eficacia que establece la legislación de la UE (ver publicación completa para más detalles).

Sigue habiendo, sin embargo, grandes diferencias en cuanto al alcance y el tipo de controles que se aplican a los medicamentos complementarios entre los Estados miembros. En 1992, la UE empezó a intervenir en este sector a través de la Directiva 92/73CEE<sup>36</sup> sobre medicamentos homeopáticos y otras acciones que podrán ser consultadas en detalle en la publicación completa.

La Unión Europea se ha comprometido a garantizar un alto nivel de calidad, seguridad e innovación en el ámbito de los productos farmacéuticos. En el contexto de los medicamentos y los tratamientos, los objetivos clave son garantizar el acceso a los medicamentos, a un precio razonable, asegurarse de que éstos sean seguros



y eficaces y mejorar la calidad y la divulgación de la información para que los ciudadanos puedan escoger sus tratamientos de manera consciente. Todo ello debe equilibrarse con el fomento de la competitividad de la industria farmacéutica.

Con el fin de poder alcanzar estos objetivos, en junio de 2005 se creó el Foro Farmacéutico de Alto Nivel, que reúne a las Direcciones Generales de Empresa e Industria y de Salud y Protección de los Consumidores<sup>37</sup>. En el Foro participan representantes de los Estados miembros, de la industria farmacéutica, profesionales de la asistencia sanitaria pública y agrupaciones de pacientes que buscan encontrar un equilibrio adecuado, entre las soluciones nacionales y las europeas dentro de un proceso de cooperación voluntaria.

## **Conclusión**

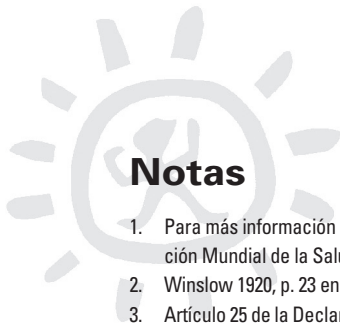
La buena salud es un recurso indispensable para el desarrollo social y económico. Las personas que llegan a alcanzar altos niveles de desarrollo humano viven más tiempo y gozan durante más años de una vida sana. Una población sana ejercerá menos presión sobre los sistemas sanitarios y de seguridad social. Una población activa sana es la condición previa para que exista crecimiento económico y prosperidad. En la Europa de hoy, con una población que envejece de manera acelerada, esto se aplica más que nunca.

La publicación reconoce las ingentes mejoras alcanzadas durante las últimas décadas en el área de la salud pública, pero señala que sigue habiendo grandes diferencias entre los distintos grupos de población, las regiones y los países. Aun cuando la salud sea principalmente una responsabilidad nacional, muchas de las amenazas sanitarias no encontrarán solución si se ciñen únicamente a las políticas sanitarias públicas nacionales. Por otra parte, las amenazas no se detienen en las fronteras geográficas de las naciones. De ahí que la coordinación de las acciones sanitarias a nivel de la Unión Europea sea cada vez más necesaria.

La sociedad civil ha desempeñado un papel cada vez más activo en la formulación y aplicación de las políticas sanitarias a nivel local, regional, nacional y europeo. Esta misma sociedad civil seguirá jugando un papel fundamental en la realización de tareas que vendrán a añadirse y completar el trabajo realizado por la UE y los Estados miembros a fin de que los ciudadanos gocen de una mejor salud y una mayor seguridad.

La UE ha avanzado de manera considerable en el desarrollo del diálogo con la sociedad civil, abriéndolo a una multitud de actores interesados de distintos países y sectores. Sin embargo, aún queda mucho camino por andar, especialmente para crear las capacidades que permitan a la sociedad civil intervenir en las decisiones políticas.

Written by Mariann Skar  
Edited by Lara Garrido Herrero  
Translated by Paul Janssens Ltd



1. Para más información sobre los riesgos, ver Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana, Organización Mundial de la Salud 2002.
2. Winslow 1920, p. 23 en Baggott, Rob Public Health Policy and Politics, Palgrave Macmillan 2000.
3. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos – adoptada y proclamada por la Resolución 217 A (111) de la Asamblea General de 10 de diciembre de 1948.
4. Datos clave sobre salud, Eurostat 2005.
5. Kjaesrud y Siddel, Comisión Europea 2006.
6. “Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas” – Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO – 2003.
7. Statistics in focus – Población y condiciones sociales - Tema 3 – 2/2004.
8. Statistics in focus – Población y condiciones sociales - Tema 3 – 2/2004.
9. Comunicación de la Comisión “Mejora de la calidad del empleo: examen de los progresos recientes, COM (2003) 26.11.2003 728 final.
10. Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana, Organización Mundial de la Salud.
11. Artículo 152 del Tratado de Ámsterdam – La competencia de la UE para tratar asuntos relativos a la salud pública, basándose en los Artículos 129 y 152 del Tratado de Maastricht sobre la Unión Europea de 1993 y el Tratado de Ámsterdam de 1999 respectivamente.
12. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm)
13. Para más información, consultar “Public health aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in foursectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco” de Liselotte Schafer Elinder, Instituto Nacional de la Salud, Suecia, 2003.
14. Agencia Europea de Medio Ambiente y OMS.
15. Para más información, consultar la página: [http://ec.europa.eu/research/era/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html)
16. [http://europa.eu.int/comm/research/future/index\\_en.cfm](http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm)
17. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/future\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm)
18. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sectors\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm)
19. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm)
20. Caso C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 y Caso C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831
21. “Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas” – Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO – 2003.
22. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol – 24/10/2006. Com (2006) 625 final.
23. Libro Verde “Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE”. COM (2007).
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. [http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/keydo\\_tobacco\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm)
26. Informe anual 2006 sobre el problema de la drogodependencia en Europa publicado por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. Comisión Europea 2006.
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm)
30. Respuestas al Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. Comisión Europea 19.12.2006.
31. Para más información, consultar la página: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/environment/IPP/ipp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm)
32. Para más información, consultar la página: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/injury\\_project\\_full\\_listing\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm)
33. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre acciones para una Europa más segura COM (2006) 328 Final.
34. Propuesta de Recomendación del Consejo relativa a la prevención de lesiones y la promoción de la seguridad COM (2006) 329 Final.
35. Decisión 2002/253/CE de la Comisión, de 19 de marzo de 2002, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n° 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
36. Directiva 92/73/CEE del Consejo, de 22 de septiembre de 1992, por la que se amplía el ámbito de aplicación de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos y por la que se adoptan disposiciones complementarias para los medicamentos homeopáticos. Diario Oficial L 297/8 (1992).
37. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/other\\_policies/pharma\\_forum\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm)  
[http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp\\_pf\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm)