

Ciudadanía sanitaria europea

La salud y la Unión Europea

Isabel de la Mata Barranco

Consejera Principal. Comisión Europea. Dirección General de Salud y Consumidores.

La salud no fue una de las preocupaciones iniciales de la Comunidad Económica Europea (CEE). El Tratado Europeo de 1957 no contemplaba ninguna provisión en salud pública. Se podía recurrir, en caso de necesidad —es decir, problema o deseo de actuación— a la llamada cláusula de flexibilidad: “cuando se necesita una acción comunitaria para alcanzar uno de los objetivos de la CEE, especialmente en el marco del mercado común, si el Tratado no proporciona el poder de acción requerido en este campo, el Consejo adoptará las medidas necesarias, adoptando por unanimidad la propuesta de la Comisión tras haber consultado al Parlamento Europeo”. Es decir, una cláusula genérica que servía para cualquier tema. Y era lógico, porque el objetivo fundamental era tener un mercado interno potente: se trataba de una comunidad

económica, no social o política y estábamos aún lejos del concepto de Unión.

Sin embargo, sí que existían competencias en áreas relacionadas con la salud, pero que se trataban en su aspecto de mercado interior, y no como promoción de la salud de los ciudadanos europeos: medicamentos y su libre circulación (como regulación y promoción de la industria europea), regulación de la portabilidad de los derechos de seguridad social (también en su vertiente sanitaria, por ello se han encontrado problemas cuando este derecho a asistencia sanitaria no va ligado a la seguridad social en algunos países), potenciación de la investigación europea (incluida la investigación en salud) o libre circulación de los ciudadanos europeos (incluidos los profesionales de la salud y, por tanto, la homologación de sus titulaciones).

Posteriormente emergió la cuestión del impacto económico de la salud, sobre todo por temas relacionados con la seguridad alimentaria (encefalopatía espongiforme, dioxinas), o la seguridad de los medicamentos u otros productos (virus de la inmunodeficiencia humana y la sangre) o los servicios sanitarios (desde el punto de vista de la libre circulación de ciudadanos y servicios: reglamento de seguridad social y, posteriormente, Tribunal de Justicia y sentencias sobre la movilidad de pacientes), por nombrar sólo algunos.

Y de esta manera se introdujo la consideración del aspecto salud pública, con muchos matices, en los nuevos Tratados.

El Tratado de Maastricht, en 1993, supuso la inclusión de un artículo, el 129, que desarrolla el papel específico de la salud pública en la Unión Europea (UE), dando a la Comunidad competencias en este tema, no demasiado invasivas con respecto a las competencias nacionales y con el objetivo de coordinar y apoyar las políticas nacionales.

Ese mismo año se adopta el Marco para la acción en el campo de la salud pública y se ponen en marcha 8 programas de acción, verticales: promo-

ción de la salud, monitorización de la salud, sida y otras enfermedades transmisibles, cáncer, enfermedades raras, accidentes y lesiones, enfermedades relacionadas con la contaminación y drogodependencias. Estos programas serían los precursores del Programa de Acción Comunitaria en el campo de la salud pública, adoptado en 2002, y que el 1 de enero de 2008 fue sustituido por el Programa de Acción Comunitaria en el campo de la salud 2008-2013.

El Tratado de Ámsterdam, en 1999, reemplazó el artículo 129 con el artículo 152, actualmente vigente. Esta nueva provisión dio a la Comunidad una competencia adicional para complementar la acción de los Estados miembros, estableciendo que al definir e implantar cualquier política y actividad comunitaria debe asegurarse un alto nivel de protección de la salud humana. Pero es una competencia subsidiaria, que complementa las competencias nacionales y que protege la soberanía de los Estados miembros. Expresamente excluye cualquier armonización de las legislaciones nacionales en las medidas destinadas a proteger y mejorar la salud humana. Estas medidas de armonización sí se prevén en otros

campos, tales como la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como la sangre y sus derivados. Y en esos campos, por tanto, se ha desarrollado legislación comunitaria (sangre, células y tejidos) o se encuentra actualmente en discusión (donación y trasplante de órganos).

El artículo 152 también especifica que la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y provisión de servicios sanitarios y asistencia médica. A pesar de ello, hay otros artículos del Tratado (43 y 49) que legislan sobre el mercado interno y son la base para la actuación tanto de la Comisión Europea, como del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en su actuación sobre los servicios sanitarios.

Las fallidas Convención sobre el futuro de Europa y Constitución Europea contemplaban modificaciones en el tratamiento de la salud. La salud se introducía en el capítulo denominado “Áreas en las que la Unión puede tener acción de coordinación, complementaria o de apoyo”, pero ninguna de ellas fue adoptada.

En el Tratado de Funcionamiento de la UE, aprobado en Lisboa el 19 de octubre de 2007 —y cuya entrada en vigor aún no está clara en el momento en que se está escribiendo este párrafo— hay un nuevo artículo que trata de salud y, asimismo, hay nuevas provisiones generales que aumentan las competencias de la UE en este campo.

Una de las primeras diferencias que vamos a encontrar, a lo largo de todo el Tratado, es que el término Comunidad Europea se sustituye por Unión Europea y comunitario se sustituye por “de la Unión”. Este cambio no es sólo semántico, sino fundamental. Hasta ahora la utilización de ambos términos podía dar lugar a largas discusiones, ya que iba ligado a si la competencia era comunitaria o no o si el tema era de primer pilar o de otros. En el campo sanitario esta situación dificultaba las negociaciones en Organismos Internacionales con ellos mismos o con terceros países, e incluso fue el origen de un término específico para la UE: organización de integración económica regional, pero el aspecto de la representación de la UE en Organismos Internacionales está actualmente en estudio, ya que toda la representa-

ción externa de la UE cambia con el nuevo Tratado y esto daría lugar a muchas otras páginas de explicación.

En cuanto a la salud, en primer lugar, el bienestar de los ciudadanos aparece como un objetivo global de la Unión. Se puede entender que no puede existir bienestar sin salud y que, por tanto, un objetivo específico claro sería la salud de los ciudadanos de la UE.

En segundo lugar, la Carta de Derechos fundamentales, que incluye el derecho a la atención sanitaria, adquiere obligatoriedad jurídica: “todos tienen el derecho de acceder a la atención sanitaria preventiva y el derecho a beneficiarse de un tratamiento médico bajo las condiciones establecidas por las leyes y prácticas nacionales. Debe asegurarse un alto nivel de protección de la salud humana en la definición e implantación de todas las políticas y actividades de la Unión”.

Los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el Tratado, figuran en la categoría de competencias compartidas entre la Unión y los Estados miembros. Además, la Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apo-

yar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Uno de los ámbitos de estas acciones será la protección y mejora de la salud humana.

El antiguo artículo 152 del Tratado de Ámsterdam queda modificado en varios apartados. Lo primero es que extiende el ámbito de la acción de protección tanto a la salud física como mental, cuando antes sólo se hablaba de salud humana. Por supuesto que la salud humana incluye la salud mental, y no hace falta referirse a la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud, sino al sentido común, pero, como hemos dicho antes, la UE fue en origen una organización económica y no sanitaria, y el equilibrio entre competencias comunitarias y de los Estados miembros siempre es difícil y delicado. Por tanto, cada nueva área de actuación comunitaria supone intensas discusiones sobre subsidiariedad, y en los últimos tiempos algunos políticos han descubierto el impacto social y económico de la salud mental; por tanto, cuanto más claras estén las cosas, mejor.

El nuevo artículo sanitario, además de cubrir la lucha contra las enfermedades más graves y la información y educación sanitarias, añade la moni-

torización, la alerta precoz y la lucha contra las grandes amenazas sanitarias transfronterizas. Cuando ya se hablaba de la cooperación entre Estados miembros el nuevo texto añade que esta cooperación debe darse, en particular, para mejorar la complementariedad de sus servicios sanitarios en las regiones transfronterizas. La coordinación entre los Estados miembros y la Comisión se realizará, fundamentalmente, mediante guías e indicadores, intercambios de buenas prácticas y monitorizaciones periódicas. Es decir, la coordinación queda reforzada y casi podemos decir que se hace obligatoria. Expresamente se dice que el Parlamento Europeo será informado.

Muy importante es la introducción de un nuevo apartado que permite establecer medidas de alta calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios. Es decir, leyes de armonización en estos temas. Esto supone, por primera vez, que los medicamentos y productos sanitarios, que hasta ahora tenían que acogerse a las disposiciones del mercado interior (artículo 95) para justificar la adopción de la normativa comunitaria al respecto, van a poder hacerlo basándose en un artículo sobre salud. No

es un simple cambio del número del artículo de la base legal, o cuestión de situarlo más arriba o más abajo en la disposición, sino un cambio de mentalidad, igual que el que supuso que los temas de medicamentos pasasen a discutirse en el Consejo de Salud (Ministros de Salud) en lugar de en el Consejo de Competitividad (Ministros de Industria). Quizá los medicamentos pasen a verse no sólo como un bien de consumo y una forma de incentivar el crecimiento de la industria europea frente a —actualmente— la estadounidense, sino como un producto en relación con el tratamiento o prevención de las enfermedades y, por tanto, no sólo en su vertiente económica e industrial, sino en la que afecta a pacientes y ciudadanos. Al igual que en la totalidad de los Estados miembros, la Farmacia es una competencia de los Ministerios de Salud; quizá esta sea la forma de que también lo sea en la Dirección General de la Comisión Europea que se ocupa de Salud y no de la Dirección General que se ocupa de Empresa e Industria, dentro de una Dirección denominada de Bienes de Consumo que, al mismo tiempo que ellos —medicamentos y productos sanitarios— incluye la industria del automóvil.

También está previsto que se puedan adoptar medidas para proteger y mejorar la salud humana, para luchar contra las pandemias y para proteger la salud en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol. Aquí, sin embargo, específicamente se señala que se excluye la armonización legislativa. Las competencias no se expanden, sino que tan sólo se definen claramente. Al parecer, no estamos aún preparados para una legislación europea sobre espacios libres de humo o sobre consumo de alcohol. Pero, al menos, estos temas se mencionan entre los determinantes específicos de la salud.

Se sigue indicando que la acción de la Unión respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Y se especifica que estas responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Eso sí, siempre que se respete la base, origen y mantra fundamental de la UE: libre circulación.

Por tanto, el contexto sanitario de la UE supone que existe actualmente numerosa regulación sanitaria europea y que continuará desarrollándose para adaptarse a las reglas del mercado, ya sea utilizando una base jurídica sanitaria, ya sea empleando la del mercado interior.

Al mismo tiempo, las fronteras desaparecen, y no sólo las físicas en lo que respecta a las enfermedades (que, además, en este caso no son sólo las fronteras internas europeas, sino las internacionales, lo que obliga a pensar y resolver los problemas a nivel global en la terminología actualmente utilizada, o mundial si queremos ser más clásicos), sino las fronteras políticas. Los ciudadanos europeos empiezan a no entender diferencias en derechos, protección o mercado y empiezan a exigir ser tratados de la misma manera allí donde se encuentren. Existe la libre circulación de bienes, servicios, capital y personas y, por tanto, de medicamentos, servicios sanitarios, capital, profesionales sanitarios y pacientes.

Tenemos que recordar que la UE gasta el 8% del producto interior bruto en salud —y es una cifra creciente— y que los empleos en el

ámbito sanitario suponen el 10% de la fuerza laboral europea. Es decir, la salud —pero, hasta ahora, la mala salud— es un factor relevante, es un gasto importante, al que no se le ha prestado, quizás, la atención debida.

Actualmente, y mientras se decide la forma que tendrá la nueva Comisión Europea (si hay o no nuevo Tratado, el reparto de competencias entre nuevos Comisarios, la nueva estructura de Direcciones Generales, etc.), los objetivos de la UE en salud y, por tanto, sus áreas de trabajo son:

1. Proporcionar un alto nivel de protección de la salud.
2. Promocionar estilos de vida saludables.
3. Responder a los brotes de enfermedades.
4. Estimular la cooperación de los Estados miembros en salud.
5. Proporcionar información sanitaria precisa.
6. Invertir para luchar contra las desigualdades sanitarias.
7. Combatir el tabaquismo a través de legislación y campañas sanitarias.
8. Proporcionar altos estándares en sangre, tejidos y células.

Para todo ello se ha desarrollado una Estrategia Sanitaria, basada en 4 principios y tres objetivos estratégicos.

Los principios consisten en una estrategia basada en valores, donde la salud es parte fundamental del bienestar y tiene que tomarse en consideración cuando se desarrolla cualquier política de la UE. Teniendo en cuenta que la UE no está aislada en el mundo, la consideración de la llamada “salud global” es también fundamental.

En cuanto a los objetivos, tienen en cuenta que Europa está envejeciendo y el factor demográfico es fundamental a la hora de diseñar las políticas, que es prioritario proteger a los ciudadanos de las amenazas sanitarias (esto siempre es entendido en la jerga comunitaria como enfermedades transmisibles, en un sentido amplio que incluye la transmisión a través de la sangre, las células y los tejidos) y apoyar las nuevas tecnologías y los sistemas sanitarios dinámicos.

Realizar todo esto con un Programa de Salud con un presupuesto de alrededor de 50 millones de euros al año hasta 2013 supone bastante esfuerzo e imaginación. Por

tanto, se basa en utilizar a los otros, sean estos otras Direcciones Generales de la Comisión Europea que proporcionan presupuesto adicional, los Estados miembros que cooperan (mecanismo de cooperación estructurado dirigido por un Grupo de trabajo del Consejo de Alto Nivel) o los denominados *stakeholders*, que incluyen a todos los posibles actores en el campo de la salud, desde las organizaciones de pacientes, profesionales y ciudadanos, hasta las industrias relacionadas con la salud. Y un gran éxito: haber conse-

guido que un indicador sanitario forme parte de los indicadores de Lisboa 2010: años de vida saludables. Si es el más indicado o no puede ser materia de discusión, pero entre decenas de indicadores económicos se ha conseguido introducir uno sanitario; es la cuña para decir: la UE no es ya sólo una organización económica preocupada por la economía de sus Estados, es también una organización política, y eso incluye lo social, preocupada por el bienestar de sus ciudadanos, y eso incluye su salud.

