

Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a «Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças»

(COM(2003) 441 final — 2003/0174 (COD))

(2004/C 32/11)

Em 5 de Setembro de 2003, o Conselho decidiu, nos termos do artigo 152.º do Tratado que institui a Comunidade Europeia, consultar o Comité Económico e Social Europeu sobre a proposta supramencionada.

Incumbida da preparação dos correspondentes trabalhos do Comité, a Secção Especializada de Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania emitiu o presente parecer em 6 de Outubro de 2003, sendo relator A. Bedossa.

Na 403.ª reunião plenária de 29 e 30 de Outubro de 2003 (sessão de 29 de Outubro), o Comité Económico e Social Europeu adoptou, por 125 votos a favor e 2 abstenções, o seguinte parecer.

1. Introdução

1.1. Dois motivos principais pressionam a Comissão das Comunidades Europeias a apresentar rapidamente este projecto de regulamento que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

1.1.1. A primeira é a futura adopção do projecto de «Tratado que estabelece uma Constituição para a Europa», que identificou os problemas de segurança comuns em matéria de saúde pública como uma área em que as competências comunitárias deveriam ser reforçadas.

1.1.2. A segunda razão é suscitado pela actualidade contínua dos problemas de saúde pública que de há bem duas dezenas de anos vêm surgindo no planeta, cujo ponto de partida se pode situar na descoberta e expansão de vírus mutantes, como o do VIH, no início dos anos oitenta e, por último, no início do presente ano, na mutação do coronavírus, que provocou um alerta geral, da China ao Canadá, com a aparição da Síndrome Respiratória Aguda (SRA), com múltiplas e numerosas consequências, ainda mal avaliadas.

1.2. Tudo sem esquecer, desde o final dos anos oitenta, a aparição simultânea, no Japão ou nos Estados Unidos da América, de ameaças de bioterrorismo.

1.3. Ao estudar a história recente destas pandemias, a característica que se impõe é o desenvolvimento imediato dos riscos à escala planetária: o VIH, sem dúvida originário das margens do Congo, foi pela primeira vez identificado em Norfolk, nos EUA, e a mutação do coronavírus foi «veiculada» em menos de três meses de Quandong (China), a Toronto, no Canadá.

Tal significa que a migração destas pandemias é consideravelmente acelerada pelas viagens e pelos sistemas de comunicação internacionais.

1.4. Surgiu outra dificuldade: os cidadãos europeus, mesmo quando os sistemas de segurança social são muito diferentes, exigem que os Estados os protejam cada vez mais dos riscos para a saúde e que, em matéria de saúde pública, as autoridades utilizem os princípios de precaução, de precocidade da informação e de transparência nas suas reacções e decisões, mesmo quando tais condições sejam difíceis de respeitar.

1.4.1. A União Europeia encontra-se numa situação muito desigual: alguns Estados-Membros possuem estruturas modernas e adaptadas, ao passo que outros não. Tal diversidade está condenada a agravar-se com o alargamento da UE, motivo por que a criação e o funcionamento eficaz de um organismo como o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças são certamente necessários.

1.5. Desde 1999, a Comissão tem vindo a gerir a Rede Comunitária de Doenças Transmissíveis, mas trata-se de uma cooperação pontual, insuficiente.

Para que a União Europeia possa controlar eficazmente as doenças transmissíveis, é necessário reforçar substancialmente este sistema. Em Junho de 2001, o Conselho Europeu de Gotemburgo solicitou a constituição desse Centro de Vigilância e Controlo das Doenças Transmissíveis.

Há que observar que, no início de Junho de 2003, na sequência da declaração da epidemia da SRA, foi grande a adesão dos Estados-Membros a este projecto.

2. Observações na generalidade

2.1. É necessária a abordagem sistemática e estruturada do controlo das doenças transmissíveis, bem como das outras ameaças sanitárias graves. Estas demonstram a importância de uma abordagem preventiva que, aliás, está implícita no próprio nome do Centro e na sua missão (artigo 3.º da proposta).

Com efeito, no sector agroalimentar, as crises sucessivas da encefalopatia espongiforme bovina, a doença de Creutzfeldt-Jacob, a «tremedeira» do carneiro, ou a gripe do frango, foram ameaças generalizadas e sérias.

2.2. No domínio do ambiente, a explosão da morbilidade e da mortalidade devidas ao amianto e à exposição a agentes químicos, o desenvolvimento de doenças respiratórias devidas à poluição, bem como os numerosos falecimentos decorrentes da canícula, isto é, do aumento das temperaturas, passaram também a ser considerados como crises sanitárias graves tendo características que também elas são epidémicas. A prevenção e o controlo destas crises sanitárias novas impõem que se ultrapasse o modelo epidemiológico apenas adaptado às doenças transmissíveis, tanto mais que, mesmo relativamente a estas doenças, se acentuam as causas ambientais determinantes. Estas crises revelam a importância de estudar a interacção e a acumulação de vários factores de risco que podem degenerar em patologias graves e crises sanitárias. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças deve estar adequadamente estruturado e equipado para realizar análises complexas desta natureza aos mecanismos de interacção e de acumulação.

3. Ameaças sanitárias

3.1. Podem ter, no futuro, causas muito diversas: podem ser afectadas tanto regiões tecnologicamente avançadas do mundo, como regiões em desenvolvimento com poucas infra-estruturas sanitárias; há, nomeadamente, que recordar que, actualmente, as febres hemorrágicas fulminantes, como a provocada pelo vírus do Ebola, não tiveram resposta adequada.

É real a ameaça de crises graves provocadas pela gripe, cujos vírus estão em evolução constante.

3.2. A tudo isto há que somar as ameaças químicas, tóxicas ou microbianas habituais e as que podem provir do «bioterrorismo», provocado de forma deliberada: gás sarin no Japão, carbúnculo nos EUA, toxina do botulismo, bem como gás paralisante ou asfíxiante no Iraque.

3.3. Há que controlar dois parâmetros:

- Tanto o tempo, como a rapidez de reacção ligadas à existência de estruturas de coordenação operacionais, são factores essenciais da resposta a dar a essas crises sanitárias graves. O exemplo da crise da SRA é disso o mais recente exemplo.
- O sistema de redes a instalar deve também ele estar ligado às outras redes mundiais: ligações com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com a rede CDC (Center for Disease Control and Prevention) dos EUA, nomeadamente em Atlanta.

3.4. O impacte destas crises sente-se, não só em matéria de saúde pública, logo de respostas a dar à generalizada ansiedade da opinião, mas também económica, visto que durante a crise da SRA, a economia de numerosos países asiáticos foi atingida e, em menor grau, a economia de empresas europeias do turismo ou dos transportes.

3.5. A Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Setembro de 1998 que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade vem pôr cobro à desordem existente.

3.6. Há numerosos Estados-Membros da União Europeia que detêm estruturas capazes e eficazes em todo o território, mas mal coordenadas entre si. A vigilância, o sistema de alerta rápido e resposta são necessários, à escala europeia, e se formam, entre si, a «rede das redes» como base comunitária, é necessário o acompanhamento das acções e das intervenções técnicas.

3.7. Estas exigências impõem um aumento importante e perene dos recursos financeiros e técnicos necessários ao desempenho destas funções.

A consulta científica e a coordenação das políticas de saúde política para responder às numerosas solicitações e este caderno de encargos muito pesado, necessitam de financiamentos importantes, se se quiser aumentar esta capacidade de emitir pareceres científicos independentes e assegurar uma cooperação operacional eficaz.

3.8. É prejudicial a fragmentação das estruturas actuais; devem ser criados novos mecanismos para ajudar os Estados-Membros e a Comissão a efectuarem a sua tarefa.

O alargamento a dez novos países, na maioria insuficientemente equipados, pode provocar a falta de eficácia das actividades de vigilância.

3.9. A União Europeia deve poder colocar os seus Estados-Membros e as estruturas especializadas, em permanente vigilância sanitária relativamente a todas as formas de ataques contra a saúde pública dos seus nacionais: a ligação generalizada com a OMS e as demais estruturas especializadas em todo o mundo, deve permitir alcançar uma situação de permanente intercâmbio de informação entre as redes, para instalar rapidamente e constantemente os materiais adequados para dar resposta aos ataques, seja qual for a proveniência.

3.10. As crises sanitárias desta última década que os Estados-Membros da União sofreram, sensibilizaram consideravelmente os responsáveis da UE, os Estados-Membros e as populações, para aceitarem os esforços necessários para conduzir a luta contra estas crises de saúde pública.

4. Observações na especialidade

4.1. Face à crescente exigência dos cidadãos da União Europeia em situações de crises sanitárias de origens diversas e por vezes plurais, cada país da União Europeia tem necessidade de competências, de perícia e de experiência provenientes de todos os que possam facultar conhecimentos especializados e coordenados.

4.2. A rede necessária precisa de diversos elementos:

- Pessoal formado e competente em número suficiente.
- Os centros epidemiológicos existentes deverão ocupar um lugar privilegiado no dispositivo e cuidar que os seus modelos de prevenção e controlo se adaptem à evolução da natureza dos riscos e integrem, em particular, a saúde ambiental.
- A fonte de informação assim definida deve ser colocada à disposição de todos os parceiros. Os seus pareceres científicos deverão considerar-se autoridade e proporcionar à Comissão a possibilidade de elaborar toda a espécie de propostas políticas ou de projectos legislativos.

4.3 O Centro, funcionando como uma agência independente, poderia mobilizar e reforçar consideravelmente as sinergias entre os centros nacionais existentes na área do controlo das doenças. Isto deveria permitir obter a melhor cooperação com Europa alargada, bem como com as outras agências da União — a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (AESAs) e a Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos (EMA), que tem competência específica na área da farmacovigilância, evitando, assim, inúteis duplicações de actividade.

4.4. O Comité Económico e Social Europeu concorda profundamente com a análise da Comissão quanto à definição e à concepção das missões do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

- Vigilância e colocação em rede dos laboratórios existentes para conseguir rapidamente a harmonização das metodologias de vigilância, incluindo uma melhor comparabilidade e compatibilidade dos dados compilados.
- Pareceres científicos de elevado nível reconhecidos pelas autoridades científicas e academias, bem como normalização dos procedimentos de laboratório cujas excelência e independência dos trabalhos devem ser garantidas.

4.5. O Comité Económico e Social Europeu insiste vivamente para que a vigilância científica seja constante, frisando que esta devia contribuir para o alerta precoce e extremamente rápido, evitando qualquer degradação da situação que conduzi-se a uma crise grave e ou importante.

4.6. O Comité Económico e Social Europeu considera que a assistência técnica por vezes não se pode limitar só aos Estados-Membros da União Europeia.

Há que estar atento a todos os sinais que venham de fora para desencadear uma resposta rápida: a União Europeia deve poder obter e ou fornecer ajuda a todos os que lhe podem dar um contributo em todas as zonas de acção: agências comunitárias, OMS, CDC, medicina humanitária, agências estrangeiras que fazem face a focos que podem atingir outros países e, em particular, a União Europeia.

4.7. A montante destas acções de investigação e de prevenção, o Comité Económico e Social Europeu está de acordo em que esta agência desempenhe um papel de primeiro plano na coordenação da reacção às ameaças sanitárias graves de alcance comunitário, coordenando os intervenientes envolvidos, tais como, por exemplo, as autoridades responsáveis pela saúde pública, a protecção civil, o exército e a sociedade civil.

4.8. O Comité Económico e Social Europeu regista com interesse o projecto de organização deste centro europeu:

- Dimensão reduzida, mas grande influência graças às sinergias estabelecidas com os Institutos nacionais.

Contudo, o Comité Económico e Social Europeu tem dúvidas, no atinente ao início do seu funcionamento, quanto à parcimónia em matéria de pessoal.

- A estrutura administrativa é aparentemente directa e flexível, permitindo uma vigilância contínua da coerência das acções efectuadas no âmbito das políticas comunitárias e das iniciativas nacionais.

4.9 O Comité Económico e Social Europeu afirma, provando-a vivamente, que a constituição do Fórum Consultivo (artigo 18.º) deve ser objecto de grande minúcia e grande rigor, não sendo composto apenas por membros de institutos nacionais similares, visto que ele é, a par do director, a célula essencial do dispositivo para garantir esta construção essencial a uma grande política de saúde pública da União Europeia.

5. Conclusão

5.1. A Comissão Europeia reagiu com celeridade na sequência da crise sanitária internacional provocada pela SRA.

Bruxelas, 29 de Outubro de 2003.

O Comité Económico e Social Europeu está persuadido que estas ameaças se multiplicarão no futuro em numerosas frentes: químicas, tóxicas, climatológicas, virais ou microbianas e que as resistências aos tratamentos acentuam tais ameaças, como acontece com a tuberculose, a sida, o paludismo ou as febres hemorrágicas fulminantes.

5.2. A criação deste Centro é um incentivo para a insistência da União Europeia na sua política de saúde pública definida no artigo 152.º, tal como está prevista no projecto de Constituição da União Europeia, na agenda da Conferência Intergovernamental.

O Presidente

do Comité Económico e Social Europeu

Roger BRIESCH

Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a «Comunicação da Comissão ao Conselho, Parlamento Europeu, Comité Económico e Social Europeu e Comité das Regiões “Reforçar a dimensão social da estratégia de Lisboa: racionalizar a coordenação aberta no domínio da protecção social”»

(COM(2003) 261 final)

(2004/C 32/12)

Em 28 de Maio de 2003, a Comissão Europeia decidiu, nos termos do artigo 262.º do Tratado que institui a Comunidade Europeia, solicitar parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a comunicação supramencionada.

Incumbida da preparação dos correspondentes trabalhos do Comité, a Secção Especializada de Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania emitiu parecer em 6 de Outubro de 2003 (relator: W. Beirnaert).

Na 403.ª reunião plenária de 29 e 30 de Outubro de 2003 (sessão de 30 de Outubro), o Comité Económico e Social Europeu adoptou, por 62 votos a favor, com 2 votos contra, o seguinte parecer.

1. Introdução

1.1. No Relatório da Primavera de 2003, a Comissão comprometeu-se a adoptar uma comunicação sobre «a racionalização das acções actualmente díspares em matéria de inclusão social e pensões e a cooperação em relação aos cuidados de saúde e para tornar o trabalho compensador no âmbito de um método aberto de coordenação único». Por outro lado, em Março de 2003, o Conselho Europeu de Bruxelas convidou a Comissão a «informar sobre a conveniência de simplificar e

integrar os diferentes aspectos do trabalho em matéria de protecção social num quadro coerente no âmbito do método aberto de coordenação».

1.2. Em Março de 2000, o Conselho Europeu de Lisboa determinou uma estratégia socioeconómica integrada para a Europa. Nesse contexto, a cooperação no domínio da protecção social viria reforçar a coordenação em matéria de política económica no quadro das orientações gerais de política económica (OGPE) e das políticas de emprego no quadro da Estratégia Europeia de Emprego.