

# LA PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN LA UNIÓN EUROPEA

MARTA LORA-TAMAYO VALLVÉ\*

SUMARIO: I. Introducción. La política de salud pública. Marcos limitadores y parámetros delimitadores: 1. Marco general. Subsidiariedad y complementariedad. 2. Marco concreto y material de actuación. 3. Marco externo: A) Integración de la política de salud en el resto de políticas comunitarias. B) Salud pública y relaciones con terceros países. II. La «nueva estrategia» sanitaria de la Comunidad Europea. III. Principales problemas de acción y medidas legislativas: 1. El nuevo programa único, período de adaptación. 2. El programa único de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). 3. El nuevo programa conjunto de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013): A) Objetivos y acciones comunes en materia de salud y protección de los consumidores. B) Objetivos y acciones específicas en el ámbito de la salud. C) Objetivos y acciones específicas en el ámbito de la protección de los consumidores. D) Financiación y medidas de aplicación. Bibliografía.

## I. INTRODUCCIÓN. LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA. MARCOS LIMITADORES Y PARÁMETROS DELIMITADORES

### 1. Marco general. Subsidiariedad y complementariedad

¿Es Europa una Comunidad sana? ¿Estamos sanos los europeos?

Según la Comisión, la salud de los ciudadanos de la UE nunca había sido mejor que ahora. Un amplio abanico de indicadores como la esperanza de vida, la mortali-

---

\* Profesora Titular de Derecho Administrativo. UNED.

dad infantil y materna, confirman que los europeos tienen una esperanza de vida más larga y sana. Aunque queda mucho camino por andar. Algunas cifras son todavía demoledoras, uno de cada cinco europeos morirá prematuramente antes de los 65 años de edad, aparecen nuevos y muchas veces incontrolables riesgos como enfermedades contagiosas y la Comunidad no tiene ni medios ni capacidad organizativa para hacerles frente con la suficiente eficacia y rapidez tan necesaria y reclamada por el ciudadano europeo en estos casos. Por otra parte el aumento de la esperanza de vida produce un envejecimiento de la población que conlleva a la proliferación de enfermedades como el Alzheimer que padecen alrededor de ocho millones de personas en la Unión Europea.<sup>1</sup>

Este planteamiento general que conduce la orientación de la política comunitaria hacia los tres ejes básicos de actuación en materia de salud pública; la información, la prevención y la reacción, ha sido posible gracias a su implementación en el marco del Tratado de la Unión Europea mediante la incorporación de su artículo 129 en un nuevo título, de Salud Pública, modificado posteriormente en parte por el Tratado de Amsterdam, en el que cambia de numeración, pasa a ser el artículo 152, y se incorporan algunas prerrogativas interesantes que analizaremos con posterioridad y su incorporación actual como artículo III-278 Sección 1ª (Salud Pública) de la Constitución Europea, con el mismo contenido anterior y con algunas matizaciones que veremos a continuación.

Sin embargo, las posibilidades de actuación de la Comunidad, de la Unión Europea, se han visto reducidas entre otras causas por el carácter meramente complementario de la competencia comunitaria que se ha manifestado en la relevancia reforzada del principio de subsidiariedad.<sup>2</sup> Así el artículo 152.1 (actual artículo III-278 1.) establece que «la acción de la Comunidad *complementará* las políticas nacionales» y que «la Comunidad *complementará* la acción de los Estados miembros». Estamos ante el mismo caso que la política de cultura y consumidores anteriormente descrita, y a ella nos remitimos en los aspectos que tocan al principio de subsidiariedad y a la complementariedad de la acción comunitaria.

Lo mismo ocurre con la indeterminación que ofrece el artículo 152.1 (art. III-278. 1) al establecer el baremo o la medida delimitadora del alcance de la protección comunitaria al establecer que se «garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

En este sentido cabe destacar, por una parte, la necesidad de determinación de criterios que establezcan cuáles son los niveles mínimos y máximos de protección y la influencia que la incorporación de nuevos Estados a la Comunidad puede ejercer en la selección de este tipo de criterios, al igual que ocurría en la política de consumidores a la que nos remitimos.

---

<sup>1</sup> Información obtenida del servidor <http://europa.eu.int>.

<sup>2</sup> Cfr. MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES, J. «Otras competencias comunitarias (II): educación cultura y salud pública». En *Derecho Comunitario Material*. VVAA. Coord. LÓPEZ ESCUDERO y MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES. Madrid 2000. Mc Graw Hill. Pág 334.

Por otra parte hay que señalar que en este caso aparece un cambio en la redacción del antiguo artículo 129 TCE en el nuevo artículo 152.1, y que se mantiene en la redacción dada por la Constitución Europea, en el que se sustituye el término «contribuir» por el de «garantizar» que pudiera suponer para algún sector doctrinal un primer indicio para intentar atenuar en el futuro la aplicación masiva del principio de subsidiariedad a favor de los Estados miembros<sup>3</sup> y permitir sentar las bases de una auténtica política comunitaria en materia de salud pública<sup>4</sup>. Como veremos a continuación parece que, efectivamente, el nuevo artículo 152, tras las graves crisis sanitarias producidas en los últimos años en la Comunidad, ha servido para impulsar primero un nuevo debate que propiciara y creara una nueva sensibilidad en el ámbito de la salud pública y que ha fructificado en lo que se ha venido a denominar como «nueva estrategia» en la que se define un marco de actuación más claro y se pretenden potenciar medidas sino armonizadoras, pues en principio éstas no son posibles en el marco de esta política, si un conjunto de disposiciones que limiten y delimiten el marco de actuación de la salud pública y lo coordinen con el resto de las políticas comunitarias y con los organismos y ámbitos externos internacionales de participación en esta materia. Nos encontramos pues ante un nuevo horizonte, y ante la incapacidad de efectuar una valoración exacta de sus efectos reales.

Esta nueva dimensión y nuevo enfoque es posible en cierta medida gracias a una interpretación amplia y no restrictiva del artículo 152.2.TCE en el que se establece que «la Comunidad *fomentará* la cooperación entre los Estados miembros... y en caso necesario *prestará apoyo a su acción*» así como la posibilidad de que pueda «*adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación*» y que permanece en la redacción dada por el artículo III-278.

Si bien, la nueva estrategia de la Comunidad continúa vinculada al procedimiento de adopción de medidas y límites impuestos a la Comunidad en el artículo 152.4. que establece que la adopción de medidas se llevará cabo por «el consejo conforme al procedimiento previsto en el artículo 251, previa consulta al Comité Económico y Social, al Comité de las Regiones», es decir mediante el procedimiento de codecisión, si bien éste introducido en el Tratado de la Unión ha sido simplificado por el Tratado de Amsterdam intentando aportar una mayor participación del Parlamento Europeo con el fin de sustituir en gran número de casos el procedimiento de cooperación por el de codecisión.<sup>5</sup> Y que se mantiene también en la Constitución Europea.

Otro de los límites impuestos por el Tratado que supondría, que duda cabe, una fuerte freno a que la nueva estrategia comunitaria se transforme en una verdadera política comunitaria con virtualidad y peso propios es el hecho de que en ningún

<sup>3</sup> *Ibidem.* pág. 335.

<sup>4</sup> SOBRINO HEREDIA, J.M. *La política de la salud pública en la Unión Europea.* Anuario da Facultades da Universidades da Coruña. 1998. Págs 547 a 581. Citado por MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES.

<sup>5</sup> *Vid.* al respecto. *Código de Derecho de la Unión Europea. Tratados Comunitarios consolidados de acuerdo a la reforma del Tratado de Amsterdam. Derecho derivado. Jurisprudencia comunitaria.* Edición preparada por Enrique LINDE PANIAGUA, Pilar MELLADO PRADO, Mariano BACIGALUPO SAGGESE. Editorial Colex. 1998. Pág. 368.

caso las medidas de fomento puedan suponer medidas de armonización: «con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros» (art. 152.4.c, actual artículo III-278.5) y el hecho de que en algunos campos concretos como las medidas en relación con la protección de los órganos y la sangre (art. 152.5, III-278.7), «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».

Parece pues que existen todavía determinados ámbitos de actuación en materia de salud pública que suponen verdaderos cotos cerrados a la intervención comunitaria, aunque la realidad de los hechos y las presiones políticas –supongamos que existiera un escándalo de nivel comunitario en materia de compra de órganos y sangre–, determinaría una actuación de la Comunidad que habría de abrazarse a cualquier precepto para tomar medidas al respecto como ha ocurrido en el ámbito de los consumidores con ocasión de la Encefalopatía Espongiforme Bovina.

## 2. Marco concreto y material de actuación

La adopción de medidas concretas en materia de salud pública, que como hemos visto se encuadran en el procedimiento de codecisión, se han orientado, en principio, en torno a tres grandes campos de actuación definidos por el artículo 152.4. TCE:

a) Establecimiento de medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre, si bien estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas.

b) Medidas en el ámbito veterinario y fitosanitario<sup>6</sup>. Como excepción al artículo 37 y cuando tengan como único objetivo la protección de la salud pública.

La introducción de este nuevo apartado supone una regulación más restrictiva de los productos veterinarios y fitosanitarios que pone de reflejo el alto nivel de protección que el legislador comunitario pretende dar a la salud del consumidor puesto que será más difícil adoptar las medidas veterinarias y fitosanitarias que afecten a la salud pública, con respecto a aquellas de carácter general reguladas por el artículo 37 TCE cuyo procedimiento es el de consulta.

Esta introducción refleja en cierto modo un nuevo planteamiento que parte de la necesidad de interconexión de las políticas comunitarias que afectan directa o indirectamente a la salud humana, y que no son sólo las medidas sanitarias *strictu sensu*, sino todas aquellas que puedan tener efectos directos en la misma (*v.gr.* la regulación de los productos transgénicos puede tener efectos en el desarrollo de enfermedades desconocidas hasta el momento producto de su ingestión. La crisis de las vacas locas, es al fin y al cabo un problema en el que para su solución debieran interactuar

---

<sup>6</sup> Sobre la problemática y regulación de los productos fitosanitarios en el seno de la Unión Europea *vid.* al respecto: CELMA ALONSO, P. *Productos fitosanitarios y desarrollo sostenible en la Unión Europea*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Derecho. Mayo de 2000.

coordinadamente responsables que tomaran medidas en diferentes políticas comunitarias. Consumidores, salud pública, política agrícola común, medidas veterinarias)

c) Medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana.

Este último apartado es el que dará cabida a todas las medidas, acciones y programas de actuación que han ido desarrollándose en el ámbito de la Unión Europea, y que engloban un amplio marco de actuación organizado mediante sucesivos programas dispersos y no coordinados, que la nueva estrategia en materia de salud pública pretende aglutinar en uno solo con principios y bases de actuación y financiación únicas.

La Constitución Europea en su artículo III-278.4. c) y d) añade dos ámbitos de actuación más precisos que son, de una parte, el relativo a las medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios. Así como las medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

### 3. Marco externo

Si la política de salud pública se encuentra limitada en el ámbito de la Comunidad y del Tratado por su carácter complementario y subsidiario frente a la actuación de los Estados miembros, por la imposibilidad de establecimiento de normas de armonización, así como el establecimiento del procedimiento de codecisión para la adopción de medidas. A pesar de lo que estas constreñidas posibilidades y límites internos de la propia política pudieran presuponer hacia su escasa dimensión exterior lo cierto y verdad es que ésta ha cobrado cada vez una mayor relevancia, si bien se hace preciso diferenciar dos parámetros externos de relación. De una parte la necesaria integración de la política de salud pública con en el resto de las políticas comunitarias, y de otra la Comunidad intenta la homogeneización y unificación internacional de criterios y bases que sirvan para la adopción de medidas globalizadas y uniformes.

#### ***A) Integración de la política de salud pública en el resto de políticas comunitarias***

Las Conclusiones del Consejo de 8 de junio de 1999<sup>7</sup> tiene como objetivo apoyar la integración de las exigencias en materia de la salud en las políticas comunitarias resumiendo cuáles han sido las actuaciones de la comisión hasta el momento y cuáles son las perspectivas de futuro que con respecto a esta materia se harían necesarias.

---

<sup>7</sup> DOC 195 de 13.07.1999.

De una parte y en primer lugar es necesario apuntar cómo ya desde 1993 la Comisión había presentado tres informes relativos a la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias, en 1994, 1995 y 1996, su objetivo principal era proporcionar una visión de conjunto de las políticas comunitarias con influencia directa o indirecta sobre la salud e ilustrar las modalidades de aplicación de las disposiciones establecidas en el tercer párrafo del art. 129.1. TCE.

Por otra parte, y con la entrada en vigor del Tratado de Amsterdam el nuevo artículo 152 TCE intenta potenciar la importancia del impacto de la política de salud, ampliando su campo material de actuación a los productos veterinarios y fitosanitarios con incidencia en la salud pública, y creando además, en el seno de la comisión un mecanismo de supervisión con el objeto de controlar la integración de las exigencias en materia de protección de la salud articulado como un grupo interservicios cuyo objeto es el de formar un foro de intercambio de información sobre cuestiones sanitarias entre los servicios de la Comisión.

Por último el Consejo considera que los futuros informes que se deban realizar con relación al impacto de la política de salud pública en el resto de políticas comunitarias deberá centrarse en temas específicos cuya importancia sea inminente en función de las prioridades que establezca el nuevo programa, único de salud pública. Esta última puntualización del Consejo pone en evidencia cómo en el transcurso de los últimos años las crisis y coyunturas han elevado el nivel de exigencia y de concreción inexistente en períodos anteriores en los que los informes no dejaban de ser un cúmulo de generalidades en los que la concreción y precisión de prioridades y problemáticas no era del todo punto clara<sup>8</sup>.

### ***B) Salud pública y relaciones con terceros países***

El 18 de mayo de 1999 la Comisión presentó un documento de trabajo sobre la salud y la ampliación, que tiene como objetivo detectar los problemas relacionados con la salud, si los hubiere, que pueden plantearse en el contexto de la adhesión y que hacen referencia sobre todo a la necesidad de garantizar un alto nivel de protección de la salud pública, con la consiguiente necesidad de evaluación de los niveles de protección existentes en los países aspirantes a la adhesión y la necesidad de que adopten medidas que alcancen un nivel mínimo de aceptación.

---

<sup>8</sup> De hecho el último informe presentado por la Comisión el 16 de noviembre de 1999 sobre las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias cree conveniente el establecimiento de relaciones profundas en torno a una serie de asuntos en los que se tenga en cuenta la integración de las exigencias de la salud y en los que se apunta como próximo tema de estudio y relación el de la protección de los consumidores. La influencia de la crisis de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) es clara en este tipo de comunicaciones como venimos poniendo de reflejo a lo largo de este capítulo.

Por otra parte el art. 152.3. establece que «la Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y organizaciones internacionales».

La Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998 aborda estas dos perspectivas en el sentido de que resalta como la política en materia de salud pública debe inscribirse a la vez en la perspectiva de la ampliación y en el contexto mundial estableciendo los siguientes objetivos:

- Por una parte se hace necesario ayudar a mejorar la eficacia de los sistemas de salud de los países de Europa central y oriental que se encuentran menos desarrollados que los de los actuales Estados miembros de la Comunidad debido a la insuficiencia de recursos de los mismos.

- Por otra parte, y en segundo lugar se hace necesario evaluar las posibles repercusiones de la ampliación para la situación de la salud de los Estados miembros actuales.

- Por último, se hace cada vez más importante la cooperación con las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud a fin de responder a las amenazas que existen para la salud a nivel mundial.

## II. LA «NUEVA ESTRATEGIA» SANITARIA DE LA COMUNIDAD EUROPEA

La Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998 sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea<sup>9</sup> es el punto de partida que, como reacción a las recientes crisis producidas a escala europea en el ámbito sanitario, ha precipitado un debate de urgencia sobre lo que hasta el momento venía siendo una política dispersa, con amplios programas de acción en determinados ámbitos pero en la que no se daba ni una clasificación clara de las causas de determinación de la necesidad de una determinada acción, ni una visión global de los criterios y bases que aportaran a la política de salud pública comunitaria un valor añadido que se eleve por encima de los diversos intereses de los Estados miembros, y que aportara una visión y medidas que cada Estado aisladamente no pueda acometer.

La crisis de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) conocida como mal de las «vacas locas» ha sido el detonante de la apertura de este nuevo debate que ha puesto en evidencia las grandes deficiencias o más bien la inexistencia de una política de salud pública común, y los peligros que para la salud humana se pueden derivar de esta falta de regulación. Las diferentes comunicaciones de la Comisión aparecidas entre 1998 y 2000 muestran como la paulatina extensión del mal en Europa ha provocado la reacción de la Comisión que, sin embargo, se aferra en ocasiones al Tratado de Amsterdam para justificar su nueva estrategia y la necesidad de esta revisión global así como la completa y perfecta integración de la política de salud pública en el resto de políticas comunitarias.

---

<sup>9</sup> COM 1998 239 final.

En efecto, la Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998 pone en evidencia cómo en el transcurso de los dos años anteriores a su publicación algunos acontecimientos, han contribuido a despertar lo que califica como una *nueva sensibilidad* sobre la importancia de desarrollar una política sanitaria a escala comunitaria. Siendo un buen respaldo para ello la ampliación del fundamento jurídico de las actividades de la Comunidad en materia de salud pública en el Tratado de Amsterdam a la que hicimos referencia en el epígrafe anterior.

El tratado de Amsterdam, cierto es, y así lo hemos analizado, pone las bases para la posibilidad de ampliar el ámbito de actuación de la política comunitaria de salud pública, pero no concebía ésta de forma conjunta, y la ampliación de los supuestos de legitimación para la actuación en esta materia no habían sido suficientes para plantear el nuevo esquema de actuación global que se traza en la actualidad. Ha sido una crisis importante y de relevancia europea el verdadero detonante de la reacción en cadena de comunicaciones y programas de acción armonizados de la comunidad la que lo ha provocado y pone en evidencia como posiblemente otras políticas comunitarias que en este momento se encuentran en proceso de desarrollo y armonización podrán alcanzar un grado de intervención mayor y un enfoque verdaderamente comunitario cuando se presenten casos o fenómenos de urgencia que insten a una reacción en cadena, no exenta a veces de cierta precipitación y coyunturalismo.

El objetivo primigenio de la Comisión que surge a raíz de la citada comunicación es el de estimular un amplio debate sobre la orientación que debiera darse a la futura política de la Comunidad con el fin de poder presentar propuestas concretas una vez ratificado el tratado de Amsterdam. Este debate al que insta la comisión pretende marcar las pautas de la nueva estrategia en el marco de la salud pública que precisa de una revisión fundamental para que se pueda responder desde las instituciones comunitarias a las amenazas emergentes en materia de salud, a las presiones cada vez mayores sobre los sistemas de salud así como a la ampliación de la Comunidad y las nuevas disposiciones del Tratado de Amsterdam.

La Comisión considera que para poder cubrir de forma adecuada estos tres ámbitos de actuación la política comunitaria debe girar en torno a tres líneas de acción:

*a) Mejora de la información para fomentar la salud pública*

Se pretende crear un sistema estructurado y general de recopilación, análisis y difusión de la información sobre la evolución general del estado sanitario de la población y de los factores determinantes de la salud así como un dispositivo que detecte los cambios producidos en los diferentes sistemas de salud.

*b) Reacción rápida ante las amenazas para la salud*

Que será posible mediante la creación de mecanismos comunitarios de vigilancia, detención precoz, y de reacción rápida ante las amenazas sanitarias que puedan surgir en cualquier momento.

c) *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades*

Articulada con medidas destinadas al aumento de la capacidad de las personas para mejorar la salud como numerosas actividades vinculadas a la prevención.

Posteriormente las Conclusiones del Consejo de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública<sup>10</sup> precisa, a partir de la primera comunicación anteriormente descrita, las orientaciones que la Comisión debería tener presente en sus futuras propuestas de acciones específicas, y lo que a nuestro juicio es más importante, lleva a cabo una definición o al menos una delimitación positiva del contenido y el objeto específico de la política comunitaria de salud pública.

En efecto, el Consejo establece que la actuación comunitaria debe orientarse a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las amenazas para la salud humana.

Mejora y prevención que deben fundamentarse en los principios de cooperación entre los Estados miembros, respeto al principio de subsidiariedad, de integración de la política de salud en las demás políticas comunitarias, y lo que es más importante se establece como principio de eficacia la necesidad de centrarse en la lucha contra los grandes problemas sanitarios, la disminución de la mortalidad, y la morbilidad asociadas a las condiciones generales de vida y el fomento de la igualdad en materia de salud de la Unión Europea.

Se toma como principio en el que se fundamenten los criterios de selección de las acciones prioritarias que se deban tomar en consideración aquellos que evalúen la eficacia de las políticas aplicadas, los que estimen criterios relacionados con la salud, criterios comunitarios como la existencia de un valor añadido que los Estados miembros no puedan aportar así como los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este mismo sentido se pronuncia la Resolución del Consejo de 8 de junio de 1999<sup>11</sup> sobre la futura acción de la Comunidad en el ámbito de la salud pública en la que reafirma su postura respecto de la acción futura en el ámbito de la salud pública e insiste en la necesidad de transparencia para fomentar un mejor conocimiento y una mayor participación de los ciudadanos.

Si la Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998 supuso la apertura de un debate, la aprehensión de una *nueva sensibilidad* en materia de salud pública, es la Comunicación de la Comisión al parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones de 16 de mayo de 2000 sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad europea la que parece implementar las directrices y elementos principales de este nuevo planteamiento que pretende ser unitario.

En efecto, el objetivo marcado es el de la creación de una estrategia de salud pública que refleje las nuevas responsabilidades de la Comunidad y le permita desem-

---

<sup>10</sup> DOC 390 de 15.12.1998.

<sup>11</sup> DOC 200 de 15.07.1999.

pañar plenamente su papel contribuyendo a un elevado nivel de protección, al tiempo que completa las actividades de los Estados miembros y hace frente a los principales retos de salud pública.

Los elementos principales de la nueva estrategia se proyectan desde dos perspectivas vertical y horizontal.

### *1. Desde una perspectiva vertical*

Es decir en el estricto marco de la salud pública en el que se recoge un programa de acción único para el período 2001-2006 que analizaremos con posterioridad, así como la política y legislación relativas a la misma.

a) El nuevo programa de acción se encuentra condicionado o enmarcado por tres premisas. La necesidad de mejorar la información sanitaria destinada a todos los niveles de la sociedad. El establecimiento de un dispositivo de reacción rápida para responder a las grandes amenazas sanitarias y el estudio de los factores determinantes de la salud y en particular los factores nocivos relacionados con el modo de vida.

Este nuevo programa de acción deberá centrarse en los casos en los que los Estados miembros no puedan actuar con eficacia por su cuenta, debiendo además aportar un valor añadido comunitario.

b) Además del programa de acción, que se presenta como único existen otras medidas legislativas que responden a la tradición jurídica existente en materia de salud pública hasta el momento, abordadas de forma independiente, porque también ha sido necesario este tratamiento individual entre las que se encuentran medidas para la prevención y control de las enfermedades transmisibles, prevención de las toxicomanías, lucha contra el tabaquismo, regulación de la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, regulación de la sangre y sus derivados, de los productos fitosanitarios y veterinarios contenidas en el Libro Blanco sobre seguridad alimentaria.

Se prevé también la creación de un foro europeo de la salud para que todos los protagonistas que intervienen en la salud pública entendida como salud del público, de los ciudadanos, no como sistema de salud, puedan desempeñar un papel en la elaboración de la política sanitaria.

### *2. Desde una perspectiva horizontal. Estrategia de salud integrada*

Mediante la realización de una estrategia de salud integrada, es decir mediante la extensión de la protección de la salud en todas las políticas comunitarias.

La Comisión establece la necesidad de garantizar la coherencia de la estrategia sanitaria general de la Comunidad entre las acciones en el marco de la salud pública y aquellas iniciativas que estando relacionadas con la salud tomen como punto de partida y anclaje legitimador otros ámbitos políticos regulados en el Tratado como la

realización del mercado único, la protección de la salud, la política agrícola comunitaria, la protección social, el empleo, el medioambiente.

De esta forma, y como la práctica comunitaria ha ido poniendo en evidencia los vínculos existentes entre estas otras políticas y la salud pública no han resultado suficientes para garantizar un alto nivel de protección de la misma con carácter general la Comisión se esfuerza en introducir mecanismos de refuerzo e instrumentos que garanticen la contribución de otras políticas comunitarias a la protección de la salud con las siguientes medidas:

A partir de 2001 las propuestas que afecten especialmente a la salud deberán incorporar una declaración en la que se explicará cómo y por qué se han tenido presentes las cuestiones sanitarias y las posibles repercusiones previstas para la salud.

Reforzamiento de los mecanismos que garantizan la coordinación de las actividades relativas a la salud por parte de la Comisión.

Realización de acciones conjuntas en cooperación con otros programas y agencias comunitarios.

Lo que es más importante es que se pretende llevar a cabo una jerarquización de los métodos y criterios para evaluar las políticas propuestas y su aplicación con la posibilidad de hacer una evaluación de impacto en profundidad en algunas acciones o políticas.

Así pues y aunque su puesta en práctica necesita de una mayor perspectiva espacio temporal, podemos decir que la política de salud pública comunitaria se encuentra, por una parte ante retos cada vez más altos, la necesidad del mantenimiento y la garantía de los niveles de salud pública es una política cada vez más interrelacionada y conectada con el resto de políticas comunitarias, y es al mismo tiempo uno de los requisitos mínimos que pueden y deben exigirse a cualquier comunidad política, la seguridad sanitaria que garantiza la higiene, la salud, la calidad de vida y sin la que el resto de actividades, la consecución del mercado único, el comercio, la cultura no pueden desempeñarse con fiabilidad. Por otra parte este alto nivel de protección y de exigencia aportado como valor añadido de la Comunidad es difícilmente delimitable ante el continuo proceso de ampliación de la Comunidad y el alto nivel de interrelación de los mercados y las personas a nivel global y no sólo europeo.

### **III. PRINCIPALES PROGRAMAS DE ACCIÓN Y MEDIDAS LEGISLATIVAS**

#### **1. El nuevo programa único, período de adaptación**

En el contexto del marco de salud pública presentado en la Comunicación de la Comisión de 24 de noviembre de 1993 sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública se aprobaron los siguientes programas de acción, que a su vez han venido acompañados de diferentes medidas y actividades en el marco de la salud pública:

1. Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000) Aprobado por Decisión nº 645/96 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de marzo de 1996<sup>12</sup>.

2. Plan de acción de lucha contra el cáncer en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública aprobado por Decisión nº646/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de marzo de 1996<sup>13</sup>.

Es el campo de la lucha contra el cáncer uno de los principales ámbitos de actuación de la Comunidad, y con los que más fuerza ha actuado para intentar lograr la reducción en un 15% del número de muertes por cáncer previstas. Además del programa Europa contra el cáncer prorrogado sucesivamente se han adoptado medidas puntuales de gran interés como la prohibición de fumar en lugares destinados al público aprobada por Resolución del Consejo y de los ministros de Sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo de 18 de julio de 1989<sup>14</sup>, o la Directiva 90/239/CEE<sup>15</sup> del Consejo de 17 de mayo de 1990 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros respecto al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos, la Directivas 89/622/CEE<sup>16</sup> del Consejo de 13 de noviembre modificada posteriormente por la Directiva 92/41/CEE<sup>17</sup> del Consejo de 15 de mayo de 1992 relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias, y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco y la prohibición de poner en el mercado determinados tabacos de uso oral. En el mismo sentido se aprobó la polémica Directiva 98/43<sup>18</sup> del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de julio de 1998 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y de patrocinio de los productos del tabaco<sup>19</sup>. La Directiva «Televisión sin fronteras» (89/552/CEE)

---

<sup>12</sup> DO L 95 de 16.4.1996. Así mismo, el 10 de septiembre de 1999 la Comisión adoptó la Decisión por la que se adopta el programa de trabajo anual de 2000 que indica las prioridades de acción en relación con la aplicación de esta decisión. Se fijan como prioridades de la promoción de la salud la comunicación sobre temas de salud pública concretos, el establecimiento de grupos destinatarios concretos a los que dirigir la información y la determinación de contextos de promoción mediante la red europea de escuelas promotoras de la salud y la red europea de salud en el trabajo en las grandes aglomeraciones y en los centros de asistencia.

<sup>13</sup> DO L 95 16.4.1996.

<sup>14</sup> DO C 189 de 26.07.1989.

<sup>15</sup> DO L 173 de 30.05.1990.

<sup>16</sup> DO L 359 de 8.12.1989.

<sup>17</sup> DO L 158 de 11.06.1992.

<sup>18</sup> DO L 213 de 30.07.1998.

<sup>19</sup> El 5 de octubre de 2000 el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas anuló la Directiva mediante dos sentencias fundamentadas en la inadecuación como base jurídica de los artículos 57.2, 66 y 95 (artículo 100A antes de la modificación) del Tratado que son disposiciones referentes al buen funcionamiento del mercado interior. Los asuntos en cuestión son: C-376/98, república federal de Alemania contra Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, y C-74/99, the Queen contra Secretary of State for Health y toros, ex parte: Imperial Tobacco Ltd y otros.

por la que se armoniza la prohibición de publicidad de los productos relacionados con el tabaco en televisión.

3. Programa de acción comunitario relativo a la prevención del SIDA y de otras enfermedades transmisibles en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000) aprobado por Decisión del Consejo 96/647 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de marzo de 1996<sup>20</sup>. En este mismo marco se ha creado una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad aprobada por Decisión nº 2119/98/CE<sup>21</sup>, el Consejo y los Ministros de Sanidad de los Estados miembros aprueban conclusiones para la sensibilización del personal sanitario de 16 de mayo de 1989 con el fin de evitar que éste estigmatizara o discriminara a las personas seropositivas y enfermas del SIDA, así como medidas para la mejora del sistema general de recogida de datos epidemiológicos incluida la aplicación de una nueva definición del SIDA<sup>22</sup>. Con el objetivo de formalizar la continuación un apoyo comunitario estructural a los países en vías de desarrollo en sus actividades vinculadas al SIDA se aprueba el Reglamento (CE) nº550/97 del Consejo de 24 de marzo de 1997 relativo a las acciones en el SIDA<sup>23</sup>.

4. Un programa de acción comunitario relativo a la prevención de la toxicomanía en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000) (DO L 19, de 22.1.1997, p. 25.) aprobado por Decisión nº 102/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 1996.

Al igual que la lucha contra el cáncer, la lucha contra la droga ha sido uno de los principales campos de batalla de las instituciones comunitarias. Esta adquiere casi el carácter de política comunitaria en el sentido de que despliega sus esfuerzos en sectores muy amplios no relacionados directa y exclusivamente con la política objeto de nuestro estudio, la salud pública. Así los campos de actuación principales son tres, la lucha contra el tráfico de drogas que incluye todo un conjunto de medidas que afectan a acuerdos policiales y aduaneros, criterios de fijación de controles y recogida de la información aduanera así como un intento de aproximación de las legislaciones de los Estados miembros. El otro campo es el de la lucha contra la producción de drogas que engloba estupefacientes y sustancias psicotrópicas de aspecto externo e interno, la lucha contra el cultivo y la producción ilícita de drogas y el intercambio de información sobre nuevas drogas sintéticas. El tercer ámbito de actuación es el de la lucha contra la toxicomanía que regula aspectos relativos a la prevención y detección, la reducción de la demanda y el tratamiento de los toxicómanos y su reinserción.

<sup>20</sup> DO L 95 de 2004.1996.

<sup>21</sup> DO L 268 de 3.10.1998.

<sup>22</sup> DO C 185 de 22.07.1989.

<sup>23</sup> DO L 85 de 27.03.1997, esta Decisión sería apoyada por la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo de 3 de julio de 1998 en pro de un aumento de la solidaridad en la lucha contra la epidemia del SIDA en los países de desarrollo (COM 1998. 407).

Programa de acción comunitario sobre vigilancia de la salud o materia de seguimiento y control sanitario en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1997-2001) aprobado por Decisión nº 1400/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de junio de 1997.<sup>24</sup>

Un programa de acción comunitaria relativo a la prevención de lesiones en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003) aprobado por Decisión nº 372/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 8 de febrero de 1999<sup>25</sup>.

En este mismo ámbito se ha aprobado recientemente por Decisión nº 293/2000/CE<sup>26</sup> del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de enero de 2000 un programa de acción comunitario (programa Daphne) (2000-2003) sobre las medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres.

Un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003) Aprobado por Decisión nº 1295/1999/CE<sup>27</sup> del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 1999.

Un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades relacionadas con la contaminación en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2001) aprobado por Decisión nº 1296/1999/CE<sup>28</sup> del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 1999.

Con relación a esta materia se han adoptado importantes medidas de protección relativas entre otras a la protección de pacientes sometidos a diálisis, a la protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos con radiaciones ionizantes<sup>29</sup>, a la emergencia radiológica, la exposición de campos electromagnéticos y al peligro de saturnismo.

Entre las restantes actividades incluidas en el marco de salud pública figura la Recomendación 98/463/CE del Consejo, de 29 de junio de 1998 sobre la idoneidad

---

<sup>24</sup> DO L 193, de 22.7.1997, p. 1. El programa tiene por objetivo contribuir al establecimiento de un sistema comunitario de seguimiento y control sanitario que permita la evaluación del mismo y los determinantes de la salud en la Comunidad, facilitar la planificación y proporcionar datos comparativos a los Estados miembros.

<sup>25</sup> DO L 46, de 20.2.1999, p. 1. El objetivo principal de este programa es contribuir a las actividades que tratan de reducir la incidencia de las lesiones, especialmente las provocadas por accidentes domésticos o actividades de ocio promoviendo el seguimiento epidemiológico de las lesiones por medio de un sistema comunitario de recogida e información de datos y mediante el intercambio de información sobre la utilización de dichos datos para determinar las prioridades y las estrategias de prevención.

<sup>26</sup> DO L 34 de 09.02.2000.

<sup>27</sup> DO L 155, de 22.6.1999. Pretende mejorar los conocimientos en este ámbito con aumento de la información, de la comunicación internacional entre organizaciones y profesionales.

<sup>28</sup> DO L 155, de 22.6.1999. El programa tiene como objetivo la restricción de la exposición individual a los agentes contaminantes y limitar los efectos sobre los individuos expuestos.

<sup>29</sup> Directiva 84/466/Euratom. Directiva 97/43/Euratom.

de los donantes de sangre y de plasma y el cribado de las donaciones de sangre en la Comunidad Europea<sup>30</sup>, la Decisión n° 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de septiembre de 1998 por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad<sup>31</sup>, y la Recomendación 1999/519/CE del Consejo, de 12 de julio de 1999, relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos<sup>32</sup> (0 Hz a 300 GHz).

El marco de salud pública se revisó en la Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998, sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea, que indicó la necesidad de una nueva estrategia y un nuevo programa en el ámbito de la salud a la luz de las nuevas disposiciones del Tratado, los nuevos desafíos y la experiencia acumulada hasta la fecha.

El Consejo, en sus Conclusiones de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública<sup>33</sup> y en su Resolución de 8 de junio de 1999<sup>34</sup>, el Comité Económico y Social, en su Dictamen de 9 de septiembre de 1998<sup>35</sup>, el Comité de las Regiones, en su Dictamen de 19 de noviembre de 1998<sup>36</sup>, así como el Parlamento Europeo, en su Resolución A4-0082/99 de 12 de marzo de 1999<sup>37</sup>, aplaudieron la Comunicación de la Comisión de 15 de abril de 1998 y defendieron la conveniencia de inscribir las acciones comunitarias en un programa global con una duración mínima de cinco años y tres objetivos generales, a saber, mejorar la información para el desarrollo de la salud pública, reaccionar rápidamente ante las amenazas para la salud y abordar los factores determinantes de la salud mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con el apoyo de medidas intersectoriales y la utilización de todos los instrumentos apropiados previstos en el Tratado.

La finalidad global del programa de salud pública deberá ser contribuir a la consecución de un nivel elevado de protección de la salud a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública, la prevención de las enfermedades y dolencias humanas y la eliminación de las fuentes de peligro para la salud. La actuación deberá estar guiada por la necesidad de prevenir las muertes prematuras, aumentar la esperanza de vida sin discapacidad o enfermedad, promover la calidad de vida y el bienestar físico y mental, así como minimizar las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad, reduciendo así las desigualdades sanitarias.

Se consideran como líneas o puntos necesarios/indispensables esenciales de actuación en el nuevo programa:

---

<sup>30</sup> DO L 203, de 21.7.1998.

<sup>31</sup> DO L 268, de 3.10.1998.

<sup>32</sup> DO L 199, de 30.7.1999.

<sup>33</sup> DO C 390, de 15.12.1998.

<sup>34</sup> DO C 200, de 15.7.1999.

<sup>35</sup> DO C 407, de 28.12.1998.

<sup>36</sup> DO C 51, de 22.2.1999.

<sup>37</sup> DO C 175, de 21.6.1999.

1. Que la Comisión se ocupe de la aplicación del programa en estrecha colaboración con los Estados miembros además de cooperar con comités de expertos científicos para obtener asesoramiento e información científicos.

2. Que exista un margen para poder reasignar los recursos y adaptar las actividades respetando los criterios de selección y clasificación de prioridades en función de la magnitud del riesgo o el efecto potencial, las inquietudes de la población, la disponibilidad de intervenciones o la posibilidad de desarrollarlas, la subsidiariedad, el valor añadido y la incidencia en otros sectores.

a) Establecimiento de una dotación financiera que constituye el punto de referencia principal.

b) Sometimiento de las medidas adoptadas a control y evaluación a fin de incrementar el valor y la incidencia del programa, y hacer posible que éste sea adaptable o modificable a la luz de las sucesivas evaluaciones como de los acontecimientos que se puedan producir en el contexto general de la acción de la Comunidad en el campo sanitario y los ámbitos relacionados con la salud.

El nuevo programa de acción comunitario basado en las acciones y programas descritos con anterioridad adapta y expande sus acciones, con los objetivos, ya reiterados de mejorar la información, aumentar la capacidad de reacción rápida y coordinada de los Estados y abordar los factores determinantes de la salud mediante medidas de promoción.

Estos tres objetivos pretenden alcanzarse mediante acciones comunitarias que serán puestas en práctica por medio de medidas de fomento que no deben considerarse de forma aislada sino que pueden combinarse y desarrollarse con otro tipo de medidas.

Son medidas de fomento entre otras las tomadas para la preparación de instrumentos legislativos comunitarios y de cooperación entre la Comunidad y los Estados miembros, el desarrollo de un capítulo estadístico de datos para la preparación de informes sobre la situación de cuestiones sanitarias específicas, el desarrollo y el fomento de la información, la movilización de recursos para afrontar las amenazas sanitarias, el fomento del intercambio de experiencias, la mejora de la disponibilidad en el suministro de la información, la puesta en práctica de actividades de prevención de enfermedades. Los objetivos también podrán llevarse a cabo mediante las denominadas acciones conjuntas con programas y acciones comunitarios relacionados especialmente en los ámbitos de protección de los consumidores, la protección social, la investigación y el desarrollo tecnológico, el intercambio telemático de datos entre administraciones (IDA), la estadística, la educación y el medioambiente y con acciones emprendidas por el Centro Común de investigación y las agencias comunitarias.

Por último y para que no se produzca un desfase entre los anteriores programas de acción descritos puestos ya en funcionamiento y el nuevo programa, y para que exista una continuidad en la acción pero adaptada a los nuevos objetivos más globales se prevé una prórroga de los programas anteriormente descritos<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Propuesta de Decisión del parlamento Europeo y del Consejo relativa a la prolongación de determinados programas de acción comunitaria en materia de salud pública adoptados por las Decisiones

## 2. El Programa único de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)

Pretende, conforme a lo dispuesto en el Tratado y a la redacción dada por el artículo III-278 de la Constitución Europea contribuir a la consecución de un nivel elevado de protección de la salud a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública y la prevención de enfermedades y dolencias humanas.

Para ello, *la Decisión 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)[Diario Oficial L 271 de 09.10.2002]* que constituye una parte esencial de la *estrategia* de la Comunidad Europea en materia de salud y persigue los objetivos y las acciones generales siguientes:

- *Mejora de la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública y los sistemas de salud* para lo cual se emprenderán acciones de creación de un sistema global de recopilación, análisis y evaluación de la información y de los conocimientos con el fin de informar, aconsejar y difundir la información a todos los niveles de la sociedad, al gran público, las autoridades y los profesionales de la salud.

- *Aumento de la capacidad de reacción rápida y coordinada ante las amenazas para la salud*, tales como las amenazas transfronterizas que representan el VIH, la encefalopatía espongiforme humana y las afecciones relacionadas con la contaminación mediante acciones de desarrollo, refuerzo y apoyo de la capacidad, explotación e interconexión de los mecanismos de vigilancia, alerta precoz y reacción rápida.

- *Abordar los factores determinantes de la salud* mediante la realización de grandes acciones y campañas de promoción de la salud acompañadas de medidas y de instrumentos específicos de reducción y eliminación de riesgos. Sus prioridades principales son las de reducir el número elevado de muertes prematuras y afecciones provocadas por grandes enfermedades como el cáncer y hacer que disminuyan las enfermedades mentales. En consecuencia, se hará hincapié en los factores clave relacionados con el modo de vida, la situación socioeconómica y el medio ambiente, tales como el consumo de tabaco, el alcohol, la toxicomanía, la nutrición y el estrés.

Además de las medidas ya citadas, la aplicación del programa propuesto comprende la elaboración de un programa de trabajo anual compuesto de objetivos y acciones precisos y el establecimiento de indicadores de salud. El programa también permite acciones conjuntas con otros programas y acciones comunitarias.

---

nº 645/96/CE, nº 647/96/CE, nº 102/97/CE y nº 1299/CE y por la que se modifican dichas decisiones, el nuevo programa sustituirá los anteriores en dicho ámbito pero se prevé este período de prolongación puesto que al estar la propuesta sometida al proceso de codecisión la adopción de la Decisión definitiva sobre el nuevo programa tendrá lugar cuando algunos de los programas como los de promoción de la salud, el cáncer, el sida y otras enfermedades transmisibles y la toxicomanía hayan expirado y como su interrupción redundaría en los objetivos finales de salud pública de la Comunidad se ha preferido esta medida coyuntural transitoria que impide la interrupción de los programas.

Teniendo en cuenta el principio de subsidiariedad y las restricciones de la Comunidad en materia de salud, la cooperación activa y el compromiso total del conjunto de los Estados miembros serán indispensables para el buen funcionamiento del programa y la consecución de los objetivos.

El programa prevé una dotación financiera de 300 millones de euros para el período de 2003 a 2008.

Por otra parte se han adoptado algunas medidas interesantes con vistas a la unificación progresiva, no tanto de los sistemas sanitarios pero sí de la gestión de los mismos y el acceso libre de los ciudadanos europeos a los sistemas públicos de Salud mediante la introducción de la denominada Tarjeta sanitaria europea destinada a sustituir a todos los formularios en papel actuales (E111, E128, etc.) que por el momento son necesarios en caso de enfermedad, durante una estancia temporal en un Estado miembro (desplazamiento profesional, estancia turística, estudios en el extranjero, etc.). Asimismo, permitir a los ciudadanos de la Unión Europea (UE) obtener más fácil y rápidamente atención sanitaria en otro país miembro.

Como consecuencia de la adopción en el Consejo Europeo de Barcelona en marzo de 2002 de un *plan de acción sobre las capacidades y la movilidad* (destinado a eliminar los obstáculos a la movilidad geográfica y profesional en el interior de la UE de aquí a 2005), los Jefes de Estado y de Gobierno decidieron asimismo, en esa misma cumbre, la creación de una tarjeta sanitaria europea.

Esta nueva tarjeta europea individual beneficiará en primer lugar a los ciudadanos europeos, al evitarles los actuales trámites de obtención de los distintos formularios, que serán sustituidos por una tarjeta única e individual. También favorecerá su movilidad con motivo de estancias temporales: viajes (formulario E111), trabajadores desplazados a otro país (E128), transporte internacional por carretera (E110), estudios (E128) o trabajadores en busca de empleo (E119).

La tarjeta les permitirá beneficiarse, con mayor facilidad, de la facultad fundamental que ofrece la *coordinación de los regímenes legales de seguridad social*, organizada desde hace más de treinta años por el Reglamento (CEE) n° 1408/71. Gracias a dicho Reglamento, todas las personas que se encuentren temporalmente en otro Estado pueden tener acceso a las prestaciones inmediatamente necesarias en idénticas condiciones que los ciudadanos de ese Estado.

Concretamente, eso significa que, gracias a la nueva tarjeta, los pacientes que paguen los gastos, por ejemplo al médico, en el país de estancia temporal, podrán recibir el reembolso del importe más rápidamente por parte de su régimen de afiliación. Por su lado, los organismos que financian el sistema de prestaciones del país de estancia tendrán la garantía de que el paciente está efectivamente asegurado en su país de origen y, por tanto, sus homólogos les reembolsarán correctamente<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Vid. al respecto: Decisión n° 191 de la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes, de 18 de junio de 2003, relativa a la sustitución de los formularios E 111 y E 111 B por la tarjeta sanitaria europea [Decisión 2003/753/CE - Diario Oficial L 276 de 27.10.2003]. A partir del 1 de junio de 2004, la tarjeta sanitaria europea sustituirá a los formularios E 111 y E 111B, que seguirán siendo válidos hasta el 31 de diciembre, a más tardar. Propuesta de Reglamento del Parla-

### 3. El nuevo Programa conjunto de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013)

Esta propuesta pretende aproximar las políticas y programas de salud pública y de protección de los consumidores en un marco único, con el objetivo de aumentar la eficacia de la política comunitaria para los ciudadanos. La política sanitaria y la política del consumidor tienen numerosos objetivos comunes, como hemos visto hasta el momento y utilizan, igualmente, numerosos tipos de acciones similares. En consecuencia, la unión de ambos campos generará más coherencia política, economías de escala y una mayor visibilidad.

Y por ello se acaba de aprobar una Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establece un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013).

El objetivo de la propuesta es establecer un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores para el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2013 y lo que es verdaderamente importante es que este programa sustituirá a los existentes en el ámbito de la *salud pública y la política de los consumidores*.

El programa está dividido en tres capítulos. El primero reagrupa los objetivos y acciones comunes en materia de salud y protección de los consumidores, mientras que los otros dos tratan los objetivos y las medidas específicas de cada uno de estos dos ámbitos.

#### A) *Objetivos y acciones comunes en materia de salud y protección de los consumidores*

El programa completa y apoya las políticas de los Estados miembros, y contribuye a mejorar la salud y la seguridad, así como a *proteger los intereses económicos*

---

mento Europeo y del Consejo, de 17 de febrero de 2003, que modifica el Reglamento (CEE) n° 1408/71 y el Reglamento (CEE) n° 574/72 [COM (2003) 378 - no publicado en el Diario Oficial]. Esta propuesta está dirigida a fijar las modalidades técnicas de la introducción de la tarjeta sanitaria europea que deberá sustituir a los formularios existentes. Se proponen tres medidas principales:

- Clarificar las relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y las personas cubiertas: éstas deberán informarse mutuamente de cualquier cambio que pudiera modificar los derechos a las prestaciones.

- Simplificar los procedimientos impuestos al paciente que precisa asistencia en el Estado de estancia, en particular al suprimir la obligación que se le impone con frecuencia de pasar por la institución de seguridad social del lugar de estancia antes de recurrir a un prestador de la asistencia.

Por el momento, el Reglamento (CEE) n° 1408/71 contempla derechos diferentes para el acceso a las prestaciones sanitarias durante una estancia temporal en otro Estado miembro según la categoría a la que pertenecen las personas aseguradas. Con el fin de garantizar la igualdad de trato y facilitar la sustitución de los formularios por la tarjeta, se ha previsto la armonización de los derechos de todas las categorías de asegurados con motivo de una estancia temporal en otro Estado miembro de manera que todas las personas puedan beneficiarse de las prestaciones en especie que sean necesarias desde el punto de vista médico.

*de los ciudadanos*. La política en materia de salud y la política de los consumidores compartían hasta el momento tres objetivos esenciales:

- proteger a los ciudadanos ante riesgos y amenazas que no puedan controlar por sí solos;
- mejorar la capacidad de los ciudadanos para tomar decisiones más fundadas sobre su salud y sus intereses como consumidores;
- e integrar en las demás políticas los objetivos de salud y consumo.

Con el objetivo de reforzar las numerosas sinergias entre las políticas de salud y consumo, la propuesta establece una serie de acciones e instrumentos comunes entre los que cabe destacar:

- La mejora de la comunicación con los ciudadanos sobre temas de salud y consumo, en particular, a través de campañas de sensibilización, estudios, conferencias, seminarios, reuniones de expertos, publicaciones y puntos de información;
- El aumento de la participación de la sociedad civil y de las partes interesadas en la elaboración de las políticas de la UE;
- La definición de un planteamiento común para integrar las cuestiones sobre salud y consumo en otras políticas comunitarias;
- La promoción y la cooperación internacional en los dos ámbitos;
- La mejora y la detección precoz, la evaluación y la comunicación de riesgos, en particular, el apoyo al recurso a dictámenes científicos, la recopilación de información y la creación de redes de especialistas e institutos;
- La promoción de la *seguridad de los productos* y sustancias de origen humano.

### ***B) Objetivos y acciones específicas en el ámbito de la salud***

La propuesta tiene la finalidad de mejorar la salud de los ciudadanos a lo largo de sus vidas, promover la salud como uno de los derechos humanos e incentivar la inversión en salud, para lo cual la UE persigue cuatro objetivos principales:

- Proteger a los ciudadanos contra las amenazas para la salud: este objetivo equivale a reforzar la vigilancia y el control de las amenazas sanitarias, en particular *las enfermedades transmisibles*, consolidando el capítulo de acción «vigilancia de las amenazas» del actual programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública, estableciendo un nuevo capítulo para mejorar la capacidad de reacción ante las amenazas contra la salud, incluyendo la gestión de riesgos.
- Promover políticas tendentes a fomentar un estilo de vida más sano: con el fin de mejorar la salud, la propuesta prevé el apoyo a la preparación, elaboración y realización de actividades, estrategias y medidas relacionadas con los factores determinantes de la salud, en particular los relacionados con el modo de vida y las dependencias, así como los factores socioeconómicos y ambientales en el marco del capítulo «factores determinantes» (continuación del capítulo existente del programa actual de salud pública).
- Contribuir a reducir la incidencia de las enfermedades de alta prevalencia: en coordinación con los proyectos consagrados a los factores determinantes de la salud,

el programa se propone establecer un nuevo capítulo para realizar acciones destinadas a las enfermedades de alta prevalencia que revisten una importancia específica.

- Contribuir al desarrollo de sistemas de salud más eficaces y eficientes estableciendo un nuevo capítulo de acción para realizar sinergias entre los sistemas de sanidad nacionales, en particular facilitando la obtención y prestación transfronterizas de asistencia sanitaria.

Además, la mejora de la información y los conocimientos en cuestiones de salud contribuirá a la realización del conjunto de estos objetivos. El programa implica una consolidación del capítulo «información» del actual programa de salud pública.

El nuevo programa consolida, pues, los tres capítulos de acción del actual programa de salud pública («vigilancia de las amenazas», «factores determinantes» e «información»), y crea, además, tres nuevos capítulos: «reacción antes las amenazas», «prevención de las enfermedades y las lesiones» y «realización de sinergias entre sistemas de sanidad nacionales». Las desigualdades sanitarias, el envejecimiento y la salud de la infancia son temas que subyacen en todas las actividades de los diferentes capítulos.

### ***C) Objetivos y acciones específicos en el ámbito de la protección de los consumidores***

La propuesta tiene como objetivo velar por un elevado nivel de protección común para todos los consumidores de la UE contra los riesgos y las amenazas para su seguridad y sus intereses económicos y mejorar la capacidad de los consumidores para favorecer sus propios intereses. Esta propuesta establece cuatro objetivos principales en el ámbito de la protección de los consumidores:

- Mejorar la comprensión de los consumidores y los mercados: las medidas están destinadas a realizar un seguimiento y evaluación de los cambios en los mercados que tienen repercusiones para los intereses de los consumidores, así como a desarrollar una base objetiva para elaborar la política de los consumidores e integrar sus intereses en otras políticas comunitarias.

- Regular mejor la protección de los consumidores: este objetivo se alcanzará a través de la preparación de medidas legislativas y otras iniciativas de regulación; consistirá también, entre otros aspectos, en comprender mejor las políticas nacionales de consumo y garantizar que se escucha a los consumidores al elaborar políticas en la UE.

- Mejorar la aplicación de la normativa, su seguimiento y sus vías de recurso: con el fin de lograr este objetivo, la propuesta establece que se ha de promover la coordinación de las acciones de vigilancia y de verificación de la legislación de protección de los consumidores; con ella se pretende también continuar el seguimiento y la evaluación de la *seguridad de los productos* no alimentarios, del funcionamiento de los esquemas de *resolución alternativa de los litigios* sobre los consumidores y de la transposición y aplicación de las directivas de la UE y de las políticas nacionales de protección de los consumidores.

- Informar y educar mejor a los consumidores: entre las medidas previstas figuran actividades de información y educación de los consumidores, en colaboración con los Estados miembros, que se basan en el proyecto piloto realizado hasta el momento en el ámbito de la educación; otras medidas incluyen la capacitación de las asociaciones de consumidores.

Una acción que contribuye a la realización de todos los objetivos consiste en contribuciones financieras destinadas a proyectos específicos a escala comunitaria o nacional en apoyo de otros objetivos de la política de consumidores.

#### ***D) Financiación y medidas de aplicación***

El presupuesto previsto para el programa se eleva a 1.200 millones de euros. En la ejecución del programa, la Comisión estará asistida por un comité. Se ha establecido un plan de trabajo anual que define las prioridades que se han de respetar y las acciones que se emprenderán.

El programa está abierto a la participación de los países AELC/EEE y a la de determinados terceros países, en particular, los países vecinos de la Comunidad, los Estados solicitantes, los países candidatos a la adhesión o adherentes, así como los países de los Balcanes Occidentales incluidos en el proceso de estabilización y asociación.

La Comisión se encargará de que se efectúe una evaluación del programa tres años después de su inicio y tras su finalización.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

*Código de Derecho de la Unión Europea. Tratados Comunitarios consolidados de acuerdo a la reforma del Tratado de Amsterdam. Derecho derivado. Jurisprudencia comunitaria.* Edición preparada por Enrique LINDE PANIAGUA, Pilar MELLADO PRADO, Mariano BACIGALUPO SAGGESE. Editorial Colex. 1998.

CELMA ALONSO, P. *Productos fitosanitarios y desarrollo sostenible en la Unión Europea.* Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Derecho. Mayo de 2000.

MARTÍN y PÉREZ DE NANCLARES, J. «Otras competencias comunitarias (II): educación cultura y salud pública». En *Derecho Comunitario Material*». VVAA. Coord. LÓPEZ ESCUDERO y MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES. Madrid 2000. McGraw-Hill.

Servidor <http://europa.eu.int>

SOBRINO HEREDIA, J.M., *La política de la salud pública en la Unión Europea.* Anuario da Facultades da Universidades da Coruña. 1998.