

---

# Salud pública en la Unión Europea

*Antonio Calvete Oliva*

*Ministerio de Sanidad y Política Social.*

A la memoria de Enrique Gil, mi amigo, de quien tanto aprendí de salud pública y de amistad.

## Introducción

---

En la primavera de 1950 la Guerra Fría es una realidad en Europa y se proyecta, como una negra sombra, una amenaza de conflicto entre el Este y el Oeste del continente, a veces de forma velada y otras veces no tanto. El núcleo del problema, como en los siglos pasados, reside en la relación entre Francia y Alemania y, sobre todo, en que ambos Estados están convencidos de que están llamados a conducir el destino del continente. Para evitar el riesgo de repetir cada cierto tiempo el choque, siempre cruento y trágico para la población, unos pocos pensadores y políticos empiezan a plantear la necesidad de establecer un vínculo entre estos dos Estados y reunir en torno a ellos a todos los paí-

ses libres de Europa para construir juntos un destino común.

Antes de que se llegara a pensar en un verdadero proyecto político y de que se convirtiera en un objetivo permanente de la política gubernamental de los Estados, cosa que aún está por hacer, la idea europea, es decir, la idea de una Europa unida en un proyecto político común, estaba circunscrita al círculo de los filósofos y de los visionarios. La perspectiva de unos Estados Unidos de Europa, según la fórmula de Víctor Hugo, correspondía a un ideal humanista y pacifista que fue brutalmente desmentido por los trágicos conflictos que destruyeron el continente durante la primera mitad del siglo XX. Esos hechos hicieron pensar a muchos que los europeos no teníamos remedio y que no era posible plantear algún proyecto en el sentido antedicho.

Fue preciso esperar las reflexiones surgidas de los movimientos de

resistencia al nazismo y al fascismo, durante la Segunda Guerra Mundial, para ver aparecer, con muchas dificultades, el concepto de una organización del continente capaz de superar los antagonismos nacionales que se habían manifestado tan crudamente en las dos grandes guerras y en el caótico período de entreguerras.

Altiero Spinelli, federalista italiano, y Jean Monnet, inspirador del plan Schuman, fueron el origen de las dos principales corrientes de pensamiento que darían cuerpo al proceso de integración comunitaria: el proyecto federalista, basado en el diálogo y en una relación de complementariedad entre los poderes locales, regionales, nacionales y europeos y el proyecto funcionalista, basado en la progresiva delegación de parcelas de soberanía desde el ámbito nacional al comunitario. Ambas tesis confluyen en la convicción de que, junto a los poderes nacionales y regionales, debe existir un poder europeo asentado en unas instituciones democráticas e independientes, capaces de regir aquellos sectores en los que la acción común resulta más eficaz que la de los Estados por separado: el mercado interior, la moneda, la cohesión económica y social, la política de em-

pleo, la política exterior y de defensa y la creación de un espacio de libertad y seguridad.

Es en ese contexto cuando Jean Monnet propone al Ministro de Asuntos Exteriores francés Robert Schuman y al Canciller alemán Konrad Adenauer la creación de un interés común entre sus países: la gestión, bajo una autoridad independiente, del mercado del carbón y del acero. Francia formula solemnemente la propuesta el 9 de mayo de 1950, propuesta que es acogida por Alemania, Italia, Holanda, Bélgica y Luxemburgo. Así nace, el 18 de abril de 1951, la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, lo que tiene una enorme carga simbólica: con los materiales que sirvieron para las guerras anteriores se construirán los cimientos de la futura Comunidad Económica Europea que pretende ser el instrumento que las evite en el futuro.

## **Antecedentes**

---

La primera vez que, en lo que entonces se llamaba Comunidad Económica Europea, se habló de salud pública fue en el Consejo Europeo celebrado en Milán los días 28 y 29 de junio de 1985, en el que, a inicia-

tiva de los presidentes Craxi y Mitterrand, el Consejo manifestó su interés por lanzar un programa europeo de lucha contra el cáncer y encargó a la Comisión Europea que iniciara los estudios necesarios para elaborar un plan de acción de lucha contra el cáncer. Como consecuencia de ello, el 7 de julio de 1986 el Consejo aprueba una Resolución<sup>1</sup> mediante la cual plantea la conveniencia de instaurar un programa de acción contra el cáncer.

A partir de ahí se suceden una serie de actos, en su mayoría sin fuerza legal para obligar a los Estados miembros (resoluciones, conclusiones, etc.), sobre diversos ámbitos relacionados con la salud pública: sobre la toxicología a efectos de la protección sanitaria; con relación al abuso de alcohol; referente a un programa contra el sida. Incluso alguna Directiva, es decir, norma de obligado cumplimiento, como la que protegía a los trabajadores contra los riesgos debidos a la exposición al ruido durante el trabajo, publicada en 1986<sup>2</sup>.

El Acta Única, que modificó los Tratados de Constitución de las Comunidades Europeas en 1986, incorporó un nuevo Título, el VII, que bajo el nombre de Medio Ambiente marca-

ba tres importantes objetivos: conservar, proteger y mejorar la calidad del medio ambiente, contribuir a la protección de la salud de las personas y garantizar una utilización prudente y racional de los recursos naturales. Puede verse que se plantea la protección de la salud humana no como un objetivo en sí mismo, sino formando parte de otro considerado más importante.

Así que la primera vez que la salud pública se incorpora como tal a un texto legislativo de la Unión Europea (UE), es cuando se adopta en 1992 el Tratado de Maastricht<sup>3</sup>, cuyo artículo 129 lleva por título "Salud Pública". En él se dice, entre otras cosas, que "la Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana", que "la acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas", y que "las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad". También se dice en ese artículo que "para contribuir a la consecución de los objetivos del presente artículo, el Consejo adoptará (...) medidas de fomento, con exclusión

de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros”. Es decir, las posibilidades de actuar comunitariamente eran muy escasas, ya que no había base legal ni, por tanto, competencias para adoptar medidas que pudieran obligar a los Estados miembros; pero, como decía, es la primera vez que un texto legal comunitario de tanta importancia como es un Tratado se ocupa de la salud pública, y la primera vez, por tanto, en que la Comunidad Europea se propone tomar medidas que fomenten o protejan la salud pública, aunque sea de forma muy limitada, ya que no podrán ser obligatorias.

Lo que ocurre a partir de ese momento es algo muy curioso. Imposibilitada la Comunidad para tomar medidas obligatorias en campos importantes para la salud pública que demandaban actuaciones de ese tipo, recurrió a algunos artículos del Tratado que, concebidos para cumplir otra función, sirvieron para adoptar disposiciones que afectaban de lleno a la salud pública. Los más utilizados en este sentido fueron el 100, que se refería a la eliminación de trabas al establecimiento o funcionamiento del mercado común, o el 100A, que exi-

gía a la Comisión que, cuando hiciera propuestas de aproximación de legislaciones en materia de salud se basara “en un nivel de protección elevado”; en alguna ocasión empleó el 118.1 que, al enumerar los objetivos de la Comunidad, se refería a “la mejora, en concreto, del entorno de trabajo, para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores”. Incluso, cuando ninguno de esos era suficiente, utilizaba el 235 que, textualmente, decía: “Cuando una acción de la Comunidad resulte necesaria para lograr, en el funcionamiento del mercado común, uno de los objetivos de la Comunidad, sin que el presente Tratado haya previsto los poderes de acción necesarios al respecto, el Consejo, por unanimidad, a propuesta de la Comisión y previa consulta al Parlamento europeo, adoptará las disposiciones pertinentes”.

Sólo un ejemplo para ilustrar lo que esto significó: en 1989 se aprobó, con base en el artículo 100A, la Directiva en materia de etiquetado de los productos del tabaco en la que se establecía la obligatoriedad de imprimir en las cajetillas de cigarrillos advertencias relativas a la salud y las menciones del contenido de alquitrán y nicotina; esto

es, una norma de gran trascendencia en la lucha antitabáquica se adopta con los siguientes argumentos que se dan en los primeros Considerandos de la norma:

“Considerando que existen divergencias entre las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco; que dichas divergencias pueden originar trabas a los intercambios comerciales y constituir, con ello, un obstáculo a la realización y el funcionamiento del mercado interior; considerando que procede eliminar dichos posibles obstáculos y, con este fin, someter la comercialización y la libre circulación de los productos del tabaco a normas comunes relativas al etiquetado; considerando que dichas normas comunes deben tener debida cuenta de la protección de la salud de las personas”.

Es decir, como venimos reiterando, para defender la realización y funcionamiento del mercado interior se adoptan medidas de salud pública que, de otra forma, no se hubieran adoptado; bienvenida sea, pues, en este caso, la defensa del mercado.

El Tratado de Maastricht fue sustituido, en 1997, por el de Ámsterdam<sup>4</sup>.

Su artículo 152 mantiene la casi totalidad de las disposiciones del anterior 129, pero incorpora dos tipos de medidas que traspasan la barrera hasta entonces insalvable: los Estados miembros estarán obligados a cumplirlas e incorporarlas a su legislación interna. Son las medidas en cuanto a la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, sangre y derivados de la sangre, sin que ello afecte a las disposiciones nacionales en materia de donaciones o de uso médico de órganos y sangre; y las medidas que se adopten en los ámbitos veterinario y fitosanitario para proteger la salud humana.

### **Del tratado de Ámsterdam en adelante**

---

Hasta aquí el bagaje legislativo que permite a la UE actuar en materia de salud pública. Veamos ahora la forma en que, con esta base, la Comunidad ha ido configurando un conjunto de herramientas para concretar su actuación. Las instituciones comunitarias que desempeñan un papel en el ámbito del que nos venimos ocupando, es decir, las que deben emplear esas herramientas, son la Comisión Europea, el Parlamento

Europeo y el Consejo de Ministros. La Comisión dispone de la iniciativa legislativa, a la vez que es la instancia ejecutiva y la “guardiana de los Tratados”; en otras palabras, hace las propuestas de la normativa que debe adoptarse y es la responsable de que, una vez en vigor, se cumpla. El Parlamento y el Consejo ejercen de colegisladores, es decir, elaboran y aprueban las normas que la Comisión les propone, normas que los Estados miembros han de cumplir, bien incorporándolas, de una u otra forma, a su legislación interna en el caso de las de obligado cumplimiento (Reglamentos, Directivas o Decisiones), bien de la manera que en cada caso corresponda.

Después de la firma del Tratado de Ámsterdam, con la ampliación de competencias que supuso su artículo 152 ya comentado, así como la experiencia acumulada al intentar responder a algunos desafíos importantes para la salud pública, la Comisión planteó, mediante una Comunicación<sup>5</sup> en 1998, la necesidad de una nueva estrategia y un nuevo programa en el ámbito de la salud pública con un planteamiento integral que sustituyera los 8 programas sectoriales vigentes entonces.

Una de las consecuencias de esta nueva situación es la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad mediante una Decisión<sup>6</sup> que se aprueba en septiembre de 1998. Con la creación de esta Red se pretende potenciar la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros, a fin de mejorar la prevención y el control en la Comunidad de una serie de enfermedades: las que se previenen mediante vacunación, las de transmisión sexual, las hepatitis virales, las de origen alimentario, las de origen hídrico y medioambiental, las infecciones hospitalarias, otras enfermedades transmitidas por agentes no convencionales (como la de Creutzfeldt-Jacob), las determinadas por el Reglamento Sanitario Internacional y otras enfermedades epidémicas graves. La Red utiliza dos mecanismos: la vigilancia epidemiológica de dichas enfermedades y un sistema de alerta precoz y de respuesta para la prevención y el control de las enfermedades mencionadas.

Otra consecuencia importante es el Programa de acción comunitario de la UE en el ámbito de la Salud Pública<sup>7</sup>, aprobado el año 2002 y con

vigilancia de 2003 a 2008. Este programa, concebido, de acuerdo con la nueva estrategia, con un enfoque integral e integrador, vino a sustituir los 8 programas de salud verticales que contemplaban distintos problemas de salud separadamente. Dichos programas, el primero de los cuales se aprobó en 1996, eran: promoción, información, educación y formación en materia de salud, lucha contra el cáncer, prevención del sida y otras enfermedades transmisibles, prevención de la toxicomanía, vigilancia de la salud, prevención de lesiones, enfermedades poco comunes y enfermedades relacionadas con la contaminación.

Este programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública tenía tres objetivos: mejorar la información y los conocimientos sanitarios para fomentar la salud pública, aumentar la capacidad de afrontar de manera rápida y coordinada las amenazas para la salud y abordar los factores determinantes de la salud, fomentando el desarrollo de actividades de promoción de la salud y actividades preventivas de amplio alcance, así como la utilización de instrumentos específicos de reducción y eliminación de riesgos.

Con el cumplimiento de estos objetivos el programa pretendía asegurar un nivel elevado de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Comunidad (tal como exige el Tratado), mediante el fomento de una estrategia de la salud integrada e intersectorial, reducir las desigualdades en materia de salud y fomentar la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de la salud pública.

En su anexo el programa detallaba las 26 acciones que, bajo su cobertura, y de acuerdo con los objetivos enumerados más arriba, podrían llevarse a cabo; sólo a título de ejemplo mencionaré algunas. Así, para mejorar la información y los conocimientos sanitarios para fomentar la salud pública, quiere desarrollar un sistema de vigilancia de salud sostenible, con el fin de establecer unos indicadores cuantitativos y cualitativos comparables para toda la Comunidad. Para aumentar la capacidad de afrontar de manera rápida y coordinada las amenazas para la salud se propone apoyar la Red de Vigilancia Epidemiológica o intercambiar información relativa a estrategias para contrarrestar riesgos sanitarios provo-

cados por factores físicos, químicos o biológicos en situaciones de emergencia, incluidos los relacionados con actos terroristas. Y para fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en el ámbito de todas las políticas y actividades comunitarias, se plantea actuar sobre los factores determinantes de la salud ligados al modo de vida, tales como la alimentación, la actividad física o el consumo de tabaco y alcohol; o sobre los determinantes sociales y económicos para determinar y combatir las desigualdades en materia de salud.

Para dar continuidad a este programa, una vez que se cumplió el plazo para el que había sido previsto, el 20 de noviembre de 2007 se publicó la Decisión<sup>8</sup> por la que se establece el segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud para un periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013. El planteamiento de este nuevo programa es complementar y apoyar las políticas de los Estados miembros, darles valor añadido y contribuir a incrementar la solidaridad y la prosperidad en la UE mediante la protección y promoción de la salud

y la seguridad humanas y la mejora de la salud pública.

Los objetivos que persigue, mediante las 19 acciones que se detallan en su anexo, son mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos, promover la salud, incluida la reducción de desigualdades en materia de salud, y generar y difundir conocimientos en materia de salud.

Algunas de las acciones del anexo son:

1. Apoyar el desarrollo de políticas de prevención, vacunación e inmunización; desarrollar capacidades y procedimientos de gestión de los riesgos.

2. Mejorar la preparación y la planificación de emergencias sanitarias, incluida la preparación de respuestas coordinadas a nivel de la UE y a nivel internacional.

3. Promover la cooperación y mejorar la capacidad y los medios de respuesta existentes, incluidos los equipos de protección, las instalaciones de aislamiento y los laboratorios móviles para su despliegue rápido en casos de emergencia.

4. Desarrollar estrategias y procedimientos para reorganizar y mejorar la capacidad de intervención rápida, realizar ejercicios y ensayos, evaluar

y revisar planes generales de contingencias y planes sanitarios específicos en casos de emergencia, así como su interoperabilidad entre los Estados miembros.

No es la ocasión de comparar las acciones propuestas en uno y otro programa, pero estoy seguro de que a nadie se le escapa que las acciones enumeradas más arriba no han sido elegidas al azar. Es evidente que el segundo programa se ha redactado en un contexto y para responder a unas situaciones que no se parecían a las que se daban en el final del siglo pasado y en los primeros años de este. Como todos sabemos, en el escaso tiempo que va del año 2002 al 2008 han ocurrido muchas cosas en el campo de la salud pública que han obligado a reaccionar a las autoridades en todos los niveles; la UE, entre otras cosas, ha preparado un programa que abarca los principales aspectos que han de tenerse en cuenta para responder a los nuevos riesgos.

Y la tercera consecuencia que forma parte de la configuración de la estrategia que la Comisión planteó y el Consejo apoyó después de la aprobación del Tratado de Ámsterdam, fue la creación del Centro

Europeo de Prevención y Control de Enfermedades mediante un Reglamento<sup>9</sup> de 21 de abril de 2004. El fin con el que se creó el Centro es aumentar la capacidad de la Comunidad y los Estados miembros para proteger la salud humana mediante la prevención y el control de las enfermedades humanas. Para alcanzar dicho fin el Centro tendrá que identificar, determinar y comunicar las amenazas actuales y emergentes que representan para la salud humana las enfermedades transmisibles; también se autoriza al Centro a actuar por propia iniciativa hasta que se determine la fuente del brote en caso de que se trate de enfermedades de origen desconocido que pudieran propagarse a la Comunidad o en ella. Además buscará, recopilará, cotejará, evaluará y difundirá los datos científicos y técnicos pertinentes; facilitará dictámenes científicos y asistencia científica y técnica, incluida la formación; coordinará las redes existentes o que puedan crearse en el futuro y que trabajan en el ámbito que compete al Centro. En definitiva, se constituye en una potente herramienta, que todavía está en los inicios de su desarrollo, al servicio de la Unión y sus Estados miembros

para luchar contra los riesgos para la salud que apuntaban entonces y que en el pasado más reciente y en el momento actual se han instalado en la vida cotidiana.

### **¿Y qué hace la Unión Europea por la salud pública, la de todos los europeos?**

---

Contemplemos las herramientas que se han descrito hasta aquí y que, como se ha dicho, nacen de la nueva estrategia, pilotada por la Comisión Europea, que la UE se planteó a partir de la aprobación del Tratado de Ámsterdam y observemos cómo están interactuando en la situación actual de la salud pública, no sólo europea sino mundial; después imaginemos el mismo escenario en ausencia de dichas herramientas. No se trata de hacer ejercicios ni de derrotismo negacionista, ni de optimismo irresponsable; con pretensión de objetividad pienso que, en el segundo caso, tanto España como la mayoría de los demás Estados miembros de la UE estarían en pésimas condiciones para afrontar cualquier crisis sanitaria de mediana envergadura. Y no sólo crisis, sino muchos de los problemas cotidianos.

Por ejemplo, ¿alguien está en condiciones de prever la manera en que nuestro país, y otros, hubieran respondido a la crisis provocada por la gripe A/H1N1 si hubiéramos carecido de esas herramientas europeas? Porque no se trata sólo de que la UE como organización esté mejor o peor pertrechada para apoyar a sus Estados miembros ante esta u otras crisis, que lo está y que es lo que le corresponde de acuerdo con sus competencias, sino de cómo cada uno de los socios se ha ido preparando a lo largo de los últimos años para enfrentarse a este tipo de situaciones, empujado y ayudado por el paraguas comunitario. Y es que, en el caso de España, al ir incorporando a la legislación propia las disposiciones comunitarias de obligado cumplimiento, o ir asimilando políticamente las que no lo eran, ha ido construyendo un entramado de disposiciones propias, estructuras y personal preparado, tanto en la Administración central como en las otras Administraciones, particularmente la autonómica, que le ha permitido funcionar de manera ejemplar, por ejemplo, en el caso mencionado de la gripe A/H1N1.

Lo que pretendo decir es que España, como la mayoría de los otros

Estados miembros, ha avanzado enormemente en materia de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, así como en otras materias que afectan a la salud pública debido, en primer lugar, a su propio esfuerzo pero, además, al entramado tanto legislativo como estructural y organizativo que la UE ha ido construyendo a lo largo de bastantes años y del que ha podido “aprovecharse” debido a su pertenencia a la misma; y lo ha hecho con las herramientas que hasta ahora he descrito: la Red de Vigilancia Epidemiológica, el Programa de Salud y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades principalmente, pero también con otras herramientas fundamentales como son las Agencias comunitarias, que se ocupan de asuntos relacionados con la salud; si pretendemos conocer cómo actúa la UE en pro de la salud pública, lo que en definitiva es el objetivo de este trabajo, es obligatorio tener al menos alguna noción sobre las funciones que desarrollan estas Agencias. Vamos, pues, a enumerarlas con una breve explicación de la tarea que desempeñan:

**1.** La Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo (EAHC) (antes Agencia Ejecutiva para el Programa de Salud

Pública): se creó el 1 de enero de 2005 con vistas a la ejecución del Programa de Salud Pública de la UE. En 2008 se amplió su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015 y se añadieron a sus tareas diversas medidas de protección de los consumidores y formación sobre seguridad alimentaria. En el nuevo mandato de la Agencia se incluye la ejecución del Programa de salud, el programa de consumo y la iniciativa de formación sobre seguridad alimentaria.

**2.** La Agencia Europea de Medicamentos (EMA): es un organismo descentralizado de la UE. Su principal responsabilidad es la protección y promoción de la salud pública y animal, mediante la evaluación y supervisión de los medicamentos de uso humano y veterinario. La EMA es responsable de la evaluación científica de las solicitudes europeas de autorización y de comercialización de medicamentos (procedimiento centralizado). En 2001 se creó el Comité de Medicamentos Huérfanos (COMP), encargado de revisar las solicitudes de designación procedentes de particulares o de empresas que pretenden desarrollar medicamentos para enfermedades raras (los denominados “medicamentos huérfanos”). El

Comité de medicamentos a base de plantas (HMPC) fue creado en 2004 y emite dictámenes científicos sobre medicinas tradicionales de origen vegetal.

**3.** La Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA): es el organismo de la UE dedicado a proporcionar información sólida e independiente acerca del medio ambiente. La AEMA es la principal fuente de información para los responsables del desarrollo, adopción, aplicación y evaluación de las políticas medioambientales, así como también para el público general. El objetivo de la AEMA es facilitar a la UE y a los Estados miembros la toma de decisiones, con conocimiento de causa, destinadas a mejorar el medio ambiente, integrando las consideraciones medioambientales en las políticas económicas y avanzando en materia de sostenibilidad.

**4.** La Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (ECHA): empezó su actividad el 1 de junio de 2007. El objetivo de esta agencia es asegurar la coherencia en la gestión de sustancias químicas dentro de la UE y proporcionar asesoramiento de carácter técnico y científico, así como orientación e información sobre sustancias químicas. La Agencia será res-

ponsable de la coordinación de las obligaciones impuestas por el nuevo Reglamento REACH. También gestionará el registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias químicas con el fin de garantizar la seguridad dentro de la UE. Estos procesos han sido concebidos para proporcionar información adicional sobre sustancias químicas, garantizar su uso seguro e incrementar la competitividad del sector industrial europeo.

**5.** La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA): tiene como objetivo la mejora continua de la seguridad y la salud en el trabajo, puesto que este es también el objetivo fundamental de la política social y laboral en Europa. Sin embargo, el alcance y diversidad de las cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad en el trabajo a que se enfrenta Europa exceden los recursos y conocimientos con que pueden contar cada uno de los Estados miembros o instituciones por separado. Por tal motivo se creó la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA): para reunir y poner en común una vasta reserva de conocimientos e información sobre cuestiones relativas a ese campo, en particular las relacionadas con

las buenas prácticas de prevención. La Agencia actúa como catalizador desarrollando, analizando y difundiendo información que sirva para mejorar el estado de la seguridad y la salud en el trabajo en Europa.

**6.** La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA): proporciona asesoramiento científico independiente sobre todas las cuestiones que afectan directa o indirectamente a la seguridad alimentaria: incluida la salud y bienestar de los animales y la protección fitosanitaria. Asimismo, asesora sobre temas de nutrición humana en relación con la legislación comunitaria. La Autoridad proporciona al público una comunicación objetiva y transparente en los ámbitos comprendidos dentro de su cometido. Las evaluaciones de riesgo de la EFSA proporcionan a los encargados de la gestión de riesgo (instituciones comunitarias políticamente obligadas a rendir cuentas, es decir, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Consejo) una sólida base científica para definir las medidas legislativas o normativas de orientación política necesarias para garantizar un elevado nivel de protección de los consumidores en relación con la seguridad de los alimentos.

**7.** El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT): es el eje central de la información sobre drogas en la UE. Su función consiste en recopilar, analizar y difundir información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y la drogadicción en Europa. De este modo, proporciona a su público una imagen sólida y basada en pruebas fidedignas sobre el fenómeno de las drogas a nivel europeo. Entre los grupos destinatarios del Observatorio se cuentan responsables políticos que utilizan esta información para contribuir a formular estrategias coherentes en relación con las drogas en el ámbito nacional y comunitario. La información se dirige también a profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas y, con carácter más amplio, a los medios de comunicación europeos y al público en general.

El último de los instrumentos o herramientas al que quiero referirme es el Libro Blanco “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”<sup>10</sup> plenamente actual y vigente. En él se aceptan como valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE la universalidad, el acceso

a una atención sanitaria de calidad, la equidad y la solidaridad. Además, entiende que la salud está íntimamente relacionada con el bienestar de los individuos y de la sociedad, así como con su prosperidad económica. Otra de las cuestiones importantes que debe destacarse en el Libro Blanco que comentamos es que, siguiendo una línea consolidada desde hace tiempo en la UE, pretende que la salud esté presente en todas las políticas comunitarias. En fin, los objetivos del Libro Blanco son promover la buena salud en una Europa que envejece, proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud y fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías.

Por todo lo dicho, si nos preguntan en alguna ocasión para qué sirve la UE, si no estaremos pagando demasiado para mantener estructuras y personal que no aportan a nuestro país apenas nada, deberíamos responder que, en lo que atañe a la salud pública, la UE hace posible que estemos muy bien preparados para afrontar problemas de envergadura cuando estos llegan, sean la gripe A/H1N1, la gripe aviar, el síndrome respiratorio agudo severo o la encefalopatía espongiforme bovina,

pero también para mantener cotidianamente un nivel muy elevado de seguridad en los alimentos o en los medicamentos, para conocer en qué situación está nuestro medio ambiente y cómo influye en nuestra salud, para mejorar las condiciones de la salud y la seguridad en el trabajo, para vigilar qué productos químicos entran en nuestro mercado y cómo pueden afectar a la salud de todos, etc.

## Conclusión

---

En definitiva, a pesar de que, como he dejado escrito en otro lugar, las competencias de la UE en cuanto a salud pública son escasas, los beneficios que los europeos obtenemos del trabajo comunitario en este ámbito son tan importantes que quizá deberían llevar a los responsables políticos a plantearse si no ha llegado la hora de que las competencias que los Estados miembros han cedido a la UE en esta materia se amplíen.

Hace poco un artículo de Timothy Garton Ash, miembro del Consejo Europeo de Relaciones Exteriores, nos hacía ver que Europa está perdiendo protagonismo en la política mundial. Él defendía que no es este un asunto que sólo interese a diplo-

máticos y políticos de alto nivel, sino que también a los ciudadanos corrientes les importa, porque llevamos ya algún tiempo sufriendo todos, tanto los de arriba como los de abajo, pero más los de abajo, las consecuencias negativas de la globalización: en nuestro trabajo, en nuestros ahorros, en nuestras hipotecas, en nuestra seguridad y en nuestra salud, y citaba alguna de las causas de esas consecuencias negativas, siendo una de ellas, naturalmente, la amenaza de pandemia que, como corresponde a su nombre, no se circunscribe a un país, sino que cruza las fronteras indiscriminadamente. Concluía afirmando que no son cosas que cada Estado pueda afrontar por separado.

Lo anterior entronca con lo que, en la introducción de este artículo,

decía que fue la idea primigenia que los padres de lo que hoy es la UE defendían: que la acción común era más eficaz que la de los Estados por separado, y que una serie de sectores deberían ser gobernados por instituciones democráticas e independientes de dichos Estados; entonces determinaron, en función de la situación y del análisis de los problemas conocidos, que esos sectores eran el mercado interior, la moneda, la cohesión económica y social, la política de empleo, la política exterior y de defensa y la creación de un espacio de libertad y seguridad. Estoy convencido, y espero no ser el único, de que Spinelli, Monnet, Schuman, Adenauer y el resto de visionarios que entonces les acompañaban añadirían hoy a esa lista la salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo y de los Representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 7 de julio de 1986 referente a un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer. DOCE núm. C 184 de 23/7/1986.
2. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva del Consejo de 12 de mayo de 1986 relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos debidos a la exposición al ruido durante el trabajo. DOCE núm. L 137 de 24/5/1986.
3. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Tratado de la Unión Europea firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. DOCE núm. C 191 de 29/7/1992.
4. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos, firmado en Ámsterdam el 2 de octubre de 1997. DOCE núm. C 340 de 10/11/1997.
5. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Conclusiones del Consejo de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública. DOCE núm. C 390 de 15/12/1998.
6. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Decisión 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. DOCE núm. L 268 de 3/10/1998.
7. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Decisión 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). DOCE núm. L 271 de 9/10/2002.
8. Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2007-2013). DOUE núm. L 301 de 20/11/2007.
9. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de abril de 2004 por el que se crea un Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. DOUE núm. L 142 de 30/4/2004.