

LA POLÍTICA DE LA SALUD PÚBLICA EN LA UNIÓN EUROPEA

Dr. José Manuel Sobrino Heredia*

Sumario: INTRODUCCIÓN.- I. EL FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA POLÍTICA DE LA SALUD PÚBLICA: A) La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública con anterioridad al T.U.E.; B) La actuación comunitaria en materia de salud pública tras el T.U.E.; C) La protección de la salud como elemento constitutivo de otras Políticas comunitarias.- II. ÁMBITOS DE APLICACIÓN Y DESARROLLO DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA: A) Ámbitos prioritarios de acción; B) Medidas jurídicas; C) Libre prestación de servicios y libertad de establecimiento de las profesiones sanitarias.- CONSIDERACIONES FINALES.

INTRODUCCIÓN

El Tratado de la Unión Europea ha añadido a los objetivos que persigue la Comunidad Europea el de realizar una Política de Salud Pública. La incorporación de este objetivo implica una significativa ampliación de su campo de actividades y refleja, nítidamente, las transformaciones que se vienen operando en su seno, al mostrar cómo, de ser una Comunidad esencialmente económica en su origen, no ha cesado de ensanchar su ámbito de actuación integrando, como ahora es el caso, nuevas dimensiones sociales y políticas cada vez más cercanas a las preocupaciones cotidianas de los ciudadanos europeos.

La Política de Salud Pública ha sido, efectivamente, una de las últimas Políticas en integrarse al acervo comunitario. Esta tardía incorporación se explica, en buena parte, por la ausencia de una preocupación comunitaria por los temas relacionados con la salud hasta fecha reciente. El cambio de perspectiva se ha debido, entre otras razones, a la instauración de un mercado interior único y al agravamiento de ciertas enfermedades y problemas sanitarios-sociales que, como el sida, la toxicomanía o la denominada enfermedad de las "vacas locas", desconocen la existencia de fronteras y su lucha precisa de medios y medidas que no están al alcance de las posibilidades de los Estados. Estos problemas pandémicos de salud a nivel europeo han facilitado la integración, lenta e indirecta al principio y directa más tarde, de las preocupaciones sanitarias y de la protección de la salud humana en los Tratados constitutivos¹.

* Quisiera agradecer la ayuda que me han prestado en la preparación de este trabajo las Prfras. Belén Sánchez Ramos y Marta Sobrido Prieto, Becarias del Área de Derecho Internacional Público de la Universidad de A Coruña.

¹ Sobre esta evolución, véase, entre otros: VANDERSANDEN, G. y DUBOUIS, L.: Commentaire Megret. Le Droit de la CE: Culture, Santé, Consommateurs, Réseau Transeuropéens, Recherche et Développement, Technologie, Environnement, Energie, vol.8, Bruxelles, 1996, esp. pp. 13-38.

Tal integración, por otro lado, se ha visto lastrada por el transfondo económico-financiero que con frecuencia ha ocultado las inquietudes puramente sanitarias y de protección de la salud de los europeos. Agravado, en ocasiones, por los claros posicionamientos adoptados por ciertos Estados miembros más preocupados por salvaguardar la autonomía de sus sistemas sanitarios nacionales que por fortalecer una Política comunitaria en este ámbito.

Esta situación permite explicar la lenta y compleja incorporación de la Salud pública a las prioridades de la Europa comunitaria. La misma se produjo, en un primer momento, de manera indirecta, vinculada a los temas de seguridad e higiene en el trabajo. De este modo, observamos cómo el Tratado de París de 1951, por el que se constituyó la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, aunque no contenía ninguna disposición específica sobre la salud permitió, sin embargo, y sobre la base de su art. 55, la adopción de medidas consagradas a la salud en el terreno de la seguridad en el trabajo. Posteriormente, en 1957, el Tratado de la Comunidad Europea de la Energía Atómica, consagró el Capítulo III (arts. 30 a 39) a la salud y a la seguridad en el trabajo (capítulo III, arts. 30 a 39), lo que sirvió de fundamento para la elaboración de diferentes normas consagradas a la protección de las personas y los trabajadores contra las radiaciones ionizantes.

De manera también indirecta, el Tratado de la Comunidad Económica Europea, se va a ocupar de estas cuestiones, al incluir entre sus objetivos originarios el de mejorar el nivel de vida (art. 2). Tal objetivo que encierra, claramente, una dimensión sanitaria, ha sido desarrollado a través de un importante conjunto de disposiciones adoptadas por las Instituciones comunitarias sobre la base de los arts. 100 y 235, que han versado, entre otros aspectos, sobre sustancias peligrosas, medicamentos, productos alimentarios, etc.

Avanzando en esta evolución normativa llegamos al Acta Única Europea de 1987 que vino a reforzar la base jurídica de las medidas relativas a la protección de la salud, al incorporar el art. 100A y 118A, lo que permitió que se ampliase el campo de acción comunitario a la salud y la seguridad de los trabajadores, a la protección del medio ambiente y de los consumidores así como que se exigiese que las medidas jurídicas de instauración de un mercado interior deberían garantizar un nivel elevado de protección de la salud. Adoptándose, en su desarrollo, un importante paquete de directivas de armonización de las legislaciones de los Estados miembros en materias como los aditivos, los productos farmacéuticos, etc., y permitiendo el que, en otros ámbitos, como fue el del derecho de establecimiento, se dictasen una serie de directivas conectadas con el reconocimiento de títulos de profesiones sanitarias, médicos, dentistas, enfermeros...

Fue, como adelantábamos, el Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht el 2 de febrero de 1992, por el que se modifica los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas, el que ha avanzado significativamente en la consolidación de una Política comunitaria en este tema. En primer lugar, las competencias específicas otorgadas a la Comunidad por las disposiciones de los artículos 3, letra o) y 129 del TCE en materia de salud pública han permitido, por vez primera, diseñar una política comunitaria coherente de salud pública, reagrupando diferentes campos de acción en una estrategia global homogénea. En segundo lugar, a partir de la entrada en vigor del TUE, las exigencias en materia de protección de la salud se han convertido también en parte integrante de las demás políticas de la Comunidad.

Finalmente, la última etapa en esta evolución viene marcada por la firma del Tratado de Amsterdam el 2 de octubre de 1997, donde se refuerza el contenido de la Política de Salud Pública, puesto que, por un lado, incorpora en su seno las medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario, y por otro lado, incluye las decisiones que deban ser tomadas en el marco de esta Política entre las que deberán ser adoptadas por el pro-

cedimiento de codecisión, reforzándose, consiguientemente, el papel del Parlamento Europeo.

Siguiendo el hilo de esta evolución normativa y atentos al carácter novedoso de la Política estudiada, el presente trabajo pretende dar una visión global y actual de la misma y, para ello, en su primera parte nos detenemos en el examen de su fundamento jurídico (I), mientras que la segunda parte está dedicada a analizar el ámbito de aplicación y el desarrollo alcanzado por dicha Política (II).

I.- EL FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

A) La Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud Pública con anterioridad al Tratado de la Unión Europea

Los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas no le conferían a éstas ninguna competencia jurídica específica en materia de salud pública. Ello, sin embargo, no significa que los Tratados no contuviesen ninguna disposición que estuviese relacionada con la salud pública. Tal era el caso, por ejemplo, de los preceptos que han regulado la protección de la salud desde la perspectiva de la seguridad e higiene en el trabajo. En este sentido, cabe mencionar los arts. 46.5², y 55.1³ del TCECA donde se contemplan cuestiones relacionadas con la seguridad del trabajador en la industria del Carbón y de la Siderurgia en actividades que lo exponen a riesgos graves. Hay que mencionar también el TCEE donde se recuerda la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo de la mano de obra (art. 117⁴), aunque limitándose a invitar a la Comisión a promover la colaboración entre los Estados (art. 118⁵). Finalmente, el Tratado CEEA dedica su Capítulo III (arts. 30 a 39) a la protección sanitaria, destacando el art. 30 donde se regula la protección de las poblaciones contra las radiaciones ionizantes⁶.

² “la Alta Autoridad, procediendo a las consultas antes mencionadas, deberá: - reunir las informaciones necesarias para la evaluación de las posibilidades de mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores en las industrias de su competencia y de los riesgos que amenacen estas condiciones de vida”.

³ “la Alta Autoridad deberá fomentar la investigación técnica y económica relacionada con la producción y el desarrollo del consumo de carbón y de acero, así como la seguridad en el trabajo de estas industrias. Organizará, a este fin, los contactos adecuados entre los organismos de investigación existentes”.

⁴ “los Estados miembros convienen en la necesidad de promover la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores, a fin de conseguir su equiparación por la vía del progreso”.

⁵ Sin perjuicio de las restantes disposiciones del presente Tratado, y de conformidad con los objetivos generales del mismo, la Comisión tendrá por misión promover una estrecha colaboración entre los Estados miembros en el ámbito social, particularmente en las materias relacionadas con: - ..., - el Derecho del trabajo y las condiciones de trabajo; -la seguridad social, -la protección contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales; -la higiene del trabajo. A tal fin, la Comisión actuará en estrecho contacto con los Estados miembros, mediante estudios, dictámenes y la organización de consultas, tanto para los problemas que se planteen a nivel nacional como para aquellos que interesen a las organizaciones internacionales. Antes de emitir los dictámenes previstos en el presente artículo, la Comisión consultará al Comité Económico y Social”.

⁶ “Se establecerán en la Comunidad normas básicas para la protección sanitaria de la población y los trabajadores contra los peligros que resulten de las radiaciones ionizantes. Se entenderá por normas básicas: a) las dosis máximas admisibles con un suficiente margen de seguridad; b) las exposiciones y contaminaciones máximas admisibles; c) los principios fundamentales de la vigilancia médica de los trabajadores”.

Por otra parte, y desde otra perspectiva, la del Derecho a la libertad de establecimiento, el art. 57.3 del TCEE dispone que: *"En cuanto a las profesiones médicas, paramédicas y farmacéuticas, la progresiva supresión de las restricciones quedará subordinada a la coordinación de las condiciones exigidas para su ejercicio en los diferentes Estados miembros"*.

Se trata, como vemos, de una regulación que sólo indirecta o tangencialmente se ocupa de los temas de salud pública, por lo que, durante este período, la protección de la salud sigue siendo competencia de los Estados miembros, quienes disponen, igualmente, de una verdadera reserva de competencia nacional que les autoriza a limitar, por razones de salud pública, la libre circulación de personas (arts. 48.3⁷ y 56.1⁸ del TCE), así como la libre circulación de mercancías (art. 36 TCEE⁹).

Este planteamiento inicial tan reducido se fue ampliando progresivamente a medida que se reforzaba la integración europea, lo que se evidencia ya con el Acta Única Europea, donde se abre al Consejo la posibilidad de que, a propuesta de la Comisión, en cooperación con el Parlamento Europeo y previa consulta al Comité Económico y Social, adopte por mayoría cualificada aquellas directivas que tienen como finalidad (art. 118 A) *"promover la mejora, en particular, del medio de trabajo, para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores"*, fijando como objetivo la armonización de las condiciones existentes en ese ámbito.

Sobre esta escasa base jurídica se ha desarrollado, sin embargo, una importante legislación comunitaria derivada. La primera técnica utilizada fue la adopción de directivas relativas a riesgos muy concretos contra la salud. Posteriormente, las instituciones comunitarias mostraron su preferencia por un proceso en dos tiempos que comprendía la adopción, primero, de una directiva marco y después, en aplicación de ésta, de directivas particulares. El texto fundamental en la materia es, hoy en día, la Directiva nº 89/391 de 12 de junio de 1989, referente a la puesta en marcha de medidas tendentes a promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, sobre cuya base se han adoptado una docena de directivas relativas al lugar de trabajo, los equipamientos de trabajo, y la protección de mujeres embarazadas. Una de las particularidades de la Directiva nº 89/391 es asociar la protección de los trabajadores al derecho a la información y a la consulta imponiéndoles, a su vez, una serie de obligaciones¹⁰.

Por lo que se refiere al, por entonces, otro gran tema, el de la protección contra las radiaciones ionizantes, el Consejo, sobre la base del capítulo III del título II del Tratado CEEA consagrado, como ya hemos dicho, a la protección sanitaria, adoptó una serie de normas de base relativas a la protección de los trabajadores y de la población, imponiendo niveles máximos de exposición radiactiva que no pueden ser sobrepasados, así como instituyendo medidas de vigilancia médica. En desarrollo de ello, además, la

⁷ "Sin perjuicio de las limitaciones justificadas por razones de orden público, seguridad y salud públicas, las libre circulación de los trabajadores...".

⁸ "las disposiciones del presente Capítulo y las medidas adoptadas en virtud de las mismas no prejuzgarán la aplicabilidad de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas que prevean un régimen especial para los extranjeros y que están justificadas por razones de orden público, seguridad y salud públicas".

⁹ "las disposiciones de los artículos 30 a 34, ambos inclusive, no serán obstáculo para las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificadas por razones de orden público, moralidad y seguridad públicas, protección de la salud y vida de las personas...".

¹⁰ Hay que mencionar también dentro de este marco, la creación por reglamento nº 2026/64 de 18 de julio de 1994 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, que tiene como objetivo facilitar el intercambio de información entre los Estados miembros y reforzar la acción llevada a cabo en favor de la seguridad y la salud de los trabajadores.

Comisión puede formular recomendaciones a los Estados miembros sobre el índice de radioactividad de la atmósfera, de las aguas y del suelo y, en caso de urgencia, podrá adoptar directivas para requerir al Estado miembro de que se trate a tomar, en el plazo que ella determine, todas las medidas necesarias para evitar una infracción de las normas básicas y asegurar el respeto de las regulaciones pertinentes (art. 38 TCEEA). A su vez, la Comisión emite un informe previo a la realización, por parte de cualquiera de sus Estados miembros, de cualquier instalación susceptible de producir cualquier tipo de contaminación radiactiva (art. 37 TCEEA). Esta vasta competencia de la Comisión en la materia y el deber que tienen los Estados miembros de informar han sido precisados por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en su Sentencia de 22 de septiembre de 1988 en relación con la central nuclear de Cattenom, al afirmar que el Capítulo III del TCEEA titulado Política sanitaria “atribuye a la Comisión competencias bastante amplias para la protección de la población y del medio ambiente contra los riesgos de contaminación nuclear” y, concluir que “sólo la interpretación según la cual el artículo 37 impone que se suministre (por los Estados) a la Comisión los datos generales sobre un proyecto de residuos radiactivos antes de la autorización definitiva de dicha evacuación permite a este artículo alcanzar su finalidad”¹¹.

Por otra parte, la catástrofe que tuvo lugar en Chernobil ha llevado a un fortalecimiento del sistema de prevención. En este sentido, el Consejo ha creado un sistema comunitario de intercambio rápido de información en caso de situaciones de urgencia (Decisión nº 87/74 EURATOM de 12 de diciembre de 1987). A su vez, ha reforzado la información de la población sobre las medidas a tomar ante un evento de esta naturaleza (Directiva nº 89/618 Euratom de 27 de noviembre de 1989), la protección de los trabajadores (Directiva nº 90/641 Euratom de 4 de diciembre de 1990) y la seguridad en la manipulación de los residuos radiactivos (Directiva nº 92/3 de 3 de febrero de 1992). Por su parte, el temor a que se reproduzca una situación semejante a la de Chernobil ha llevado a la Unión Europea a intensificar su cooperación técnica y financiera con los Estados de la Europa del Este.

Sin embargo, en el ámbito de la salud, como en muchos otros, la dinámica comunitaria se ha desarrollado más allá del marco tan reducido establecido por las disposiciones mencionadas anteriormente, centradas, esencialmente, en su relación con la seguridad en el trabajo. Esta ampliación se ha visto favorecida por el juego de dos disposiciones claves en aquellos años, nos referimos a los arts. 100 y 235 del TCEE. El Acta Única Europea, por su parte, vino a profundizar en esta tendencia puesto que, por una parte, el art. 100 A, pár. 31, del TCEE establece que, en la medida que tenga por objeto la creación del mercado único, la Comisión se basará en sus propuestas en materia de salud y seguridad, en un nivel de protección elevado. Y, por otra parte, autoriza la adopción de directivas por mayoría cualificada. Ahora bien, y a pesar de estos avances, lo cierto es que el Acta Única no sitúa la política de la salud en el marco de las políticas comunitarias y no la cita más que como componente de la política del medio ambiente, tal y como se desprende del art. 130R.1 del TCEE¹².

Otro aspecto destacable en estos años es la creciente preocupación política que se comienza a tener por los temas de salud. En este sentido, vemos cómo desde 1977 los Ministros de Sanidad empiezan a reunirse en el seno del Consejo y a partir de este momento van a decidir desarrollar tres ámbitos de actuación política, lo que supuso un primer paso para la transformación de la política sectorial de salud pública en una poli-

¹¹ TJCE, Sentencia de 22 de septiembre de 1988, Land del Sarre c. Ministre d'Industrie, 187/87, Rec. p. 5013 (puntos 11 y 19).

¹² A tenor del mismo: “la acción de la Comunidad, por lo que respecta al medio ambiente, tendrá por objeto: -(...), -contribuir a la protección de la salud de las personas”.

tica más global. Estos ámbitos eran: a) los aspectos económicos ligados a la salud (costes y consumo de medicamentos); b) la información sanitaria (tabaquismo y alcoholismo, drogas y alimentación); c) la ayuda mutua en caso de catástrofes y de enfermedades especialmente graves.

En esta línea, y desde 1984, los Ministros de Sanidad celebran regularmente reuniones ministeriales, al tiempo que se observa cómo cuestiones de tipo general como la drogadicción, el cáncer, el sida, la libre circulación de personas y las catástrofes (como Chernóbil, o el síndrome tóxico del aceite en España) y los costes de asistencia sanitaria en los Estados miembros han situado la salud pública en la agenda política de la Comunidad. En 1991, los ministros de Sanidad adoptaron Resoluciones sobre las opciones fundamentales de la política sanitaria y sobre la salud y el medio ambiente¹³ y en 1992, una Resolución sobre el control y la vigilancia de las enfermedades transmisibles¹⁴, en las que se pedía una mayor cooperación a escala comunitaria.

En desarrollo de esta estrategia se fueron adoptando programas comunitarios de investigación, así el programa marco de investigación y desarrollo tecnológico 1987-1991¹⁵, donde se incluía la investigación relacionada con: el cáncer y el sida; los problemas sanitarios relacionados con la edad, el medio ambiente y el modo de vida; la tecnología médica; la utilización eficaz de los recursos sanitarios y la organización y la prestación de la asistencia sanitaria; los riesgos radiológicos-incidentes con liberación de radioactividad-; y el análisis del genoma humano¹⁶.

Además, se elaboraron programas contra el cáncer, el sida, se tomaron medidas contra el tabaco y se creó una cartilla sanitaria europea¹⁷. Dicha cartilla, que suministra información médica en diferentes lenguas, está disponible en las farmacias de algunos Estados miembros.

También, durante este período, el Parlamento Europeo, mediante múltiples preguntas orales y escritas, resoluciones e informaciones, ha promovido el establecimiento de una política coherente de salud pública. Asimismo, mediante numerosos dictámenes e informes por propia iniciativa (por ejemplo, sobre el uso indebido de las drogas), esta Institución ha intentado activamente reforzar y promover la política de la salud. Los asuntos planteados por el PE en sus preguntas escritas y en sus propuestas de resolución incluyen, entre otros, las medidas para la protección radiológica de los pacientes sometidos a tratamiento o diagnóstico médicos, el respeto de la vida y el cuidado de los enfermos terminales, una carta europea de los niños hospitalizados y la investigación en el ámbito de la biotecnología, incluidos los trasplantes de órganos y las madres portadoras.

B) La actuación comunitaria en el ámbito de la salud pública tras el Tratado de la Unión Europea

Como acabamos de observar, tanto los Tratados Constitutivos como el Acta Única Europea si bien contenían en su articulado algunas disposiciones que hacían mención indirectamente a la salud, no atribuían a la Comunidad competencia expresa en materia de salud pública. Fue en el curso de los Consejos Europeos de 1990 cuando se empezó a hablar de una extensión de las competencias de las Comunidades entre la

¹³ DOCE C 304 de 23.11.1991.

¹⁴ DOCE C 326 de 11.12.1992.

¹⁵ DOCE L 302 de 24.10.1987.

¹⁶ DOCE L 196 de 26.7.1990.

¹⁷ Tras la aprobación de una Resolución por el Parlamento Europeo en 1981, el Consejo adoptó la Resolución (DOCE C 184 de 23.7.1986) por la que se crea la cartilla sanitaria europea.

que se encontraría la salud pública, sobre todo en el marco de la lucha contra las enfermedades más graves.

En 1991 la Presidencia Luxemburguesa solicitó al resto de las delegaciones proposiciones de redacción sobre aquellas materias cuya competencia se vería ampliada. Recibiendo, por lo que respecta a la salud, textos de seis Estados miembros y de la Comisión. En ellos hay una coincidencia sobre una serie de elementos claves, como: la subsidiariedad, la relación entre salud e investigación, la necesidad de una mayor información. Finalmente, dicho texto progresó durante el año 1991, dando lugar al artículo 129.

Desde la entrada en vigor del TUE la competencia de la Unión Europea en materia de salud pública se basa en el Título X del TCE, integrado por un sólo artículo, el 129. Por primera vez, pues, existe un fundamento jurídico específico donde se fija un marco de acción y definen las funciones de los Estados miembros y de la Unión respectivamente. Podemos, de manera sintética, resumir esta disposición en dos ideas esenciales, una haría referencia a su objetivo, indicado en la primera frase de dicho artículo, cuando dice que *“la Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de salud humana”*, y otra a la acción esencial que pretende llevar a cabo, *“la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas”*. Mientras que su contenido cabe, a su vez, resumirlo en los cuatro siguientes aspectos esenciales:

1) Principio de subsidiariedad: Aunque el texto del artículo 129 no menciona expresamente este principio¹⁸, la política de salud pública, lejos de constituir una política de competencia exclusiva de la Comunidad y como competencia compartida con los Estados miembros, se encuentra íntimamente unida al principio de subsidiariedad¹⁹, ello, por lo demás, se extrae con claridad del pár. 11 del art. 129,1 del TCE, cuando se dice que la Comunidad fomentará la cooperación de los Estados miembros y solamente si fuere necesario apoyará su acción. Además, conforme al art. 129.4, si bien el Consejo puede adoptar acciones, éstas se caracterizarán por *“contribuir a la consecución de los objetivos del presente artículo”* y favorecer el esfuerzo de los Estados miembros. En este marco, la Comisión facilita la coordinación de los programas de los Estados (arts. 129.1 y 2), y el Consejo sólo puede, a propuesta de la Comisión, adoptar recomendaciones por mayoría cualificada o bien, con arreglo al procedimiento previsto en el art. 189B, es decir, al procedimiento de codecisión, y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, adoptar medidas de fomento, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

2) Campo material de la acción comunitaria: En este ámbito hay que mencionar la inclusión de una nueva letra “o” en el art. 3 del TCE, estableciendo que la acción de la Comunidad implicará: *“una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud”*. Esta idea se va a precisar en el pár. 21 del art. 129.1, al señalarse que: *“la acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía”*, poniendo de manifiesto, además, que la acción Comunitaria se llevará a cabo con el fin de

¹⁸ La subsidiariedad, tal y como se regula en el art. 3B del TCE supone que: *“En los ámbitos que no sean de su competencia exclusiva, la Comunidad intervendrá, conforme al principio de subsidiariedad, sólo en la medida en que los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, y, por consiguiente, puedan lograrse mejor, debido a la dimensión o a los efectos de la acción contemplada, a nivel comunitario”*.

¹⁹ Sobre esta relación, véase: BELANGER, M.: “L’Espace sanitaire européen selon le Traité de Maastricht”, *RMC*, n° 372, 1993, pp. 785-789.

“apoyar la investigación de su etiología y de su transmisión así como la información y la educación sanitarias”. En cuanto a la disposición del pár. 31, según la cual “las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad”, no estamos, como ya sabemos, ante una fórmula nueva inventada por el Tratado de Maastricht, puesto que ya había sido utilizada en el marco de la Política del medio ambiente por el Acta Única Europea, y como tal había sido interpretada por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en el asunto C-300/89 de 11 de junio de 1991, Comisión contra Consejo, conocido como asunto del dióxido de titanio²⁰.

3) Medios para llevar a cabo los objetivos fijados en el artículo 129 y obligaciones establecidas en materia de salud pública: En cuanto a las obligaciones, éstas figuran en los números 2 y 4 del artículo 129 al establecerse que: los Estados miembros deben coordinar sus políticas y programas en colaboración estrecha con la Comisión, quien “en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación”. Mientras que los objetivos deberán ser alcanzados a través de los siguientes medios: fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de los mismos; favoreciendo la coordinación de las políticas y de los programas de los Estados miembros en los ámbitos de la prevención y la investigación de las causas y factores de transmisión de las enfermedades, así como en materia de información y educación sanitaria; favoreciendo la cooperación con los terceros países y las Organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

La Comisión, mediante su Comunicación sobre un marco de acción en el ámbito de la salud pública de noviembre de 1993²¹, ha explicado cómo pretendía poner en marcha estas nuevas disposiciones del Tratado. En dicha Comunicación se identificaban los problemas más importantes con los que se encuentran los Estados miembros en materia de salud pública. La Comunidad era consciente de que no puede ni debe intentar resolver todos estos grandes problemas al mismo tiempo, sino que, al contrario, para ser eficaces, las acciones de la Comunidad deben ir dirigidas a temas muy concretos. Así, teniendo en cuenta estas premisas, la Comunicación de la Comisión va a proponer varios criterios para la selección de prioridades, como por ejemplo, el impacto de una enfermedad sobre la mortalidad.

En su Comunicación la Comisión describe los problemas sanitarios con que se enfrentan los Estados miembros y explica cómo piensa aplicar las disposiciones del Tratado. Su enfoque se basa en la realización de dos tipos de acciones:

1.- Acciones horizontales relativas, en particular, a la promoción y vigilancia de la salud: programa comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud, programa de vigilancia de la salud, redacción de informes sobre la situación de la salud en la Comunidad Europea²² y sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias²³.

2.- Programas plurianuales globales relativos a cierto número de sectores prioritarios: cáncer, toxicomanía, sida y otras enfermedades transmisibles. La Comisión ha presentado en 1997 propuestas en otros diversos ámbitos de acción: enfermedades vinculadas a la contaminación, accidentes y lesiones.

²⁰ TJCE, Sentencia de 11 de junio de 1991, Comisión c. Consejo, C-300/89, Rec. p.I-2867.

²¹ COM(93)559 final, de 24.11.1993

²² COM (95) 357 final, de 19.07.1995.

²³ COM (96) 407 final, de 4.9.1996.

Además de la aplicación de estos distintos programas plurianuales, la Comisión pretende seguir fomentando la cooperación entre los Estados miembros en numerosos sectores, incluidos el autoabastecimiento y la seguridad de la sangre, las decisiones fundamentales en lo tocante a salud, el acceso a los servicios sanitarios, la evolución tecnológica, la movilidad y las disposiciones en materia de salud con el fin de contribuir lo mejor posible a un elevado nivel de protección de la salud humana.

La preocupante evolución de las enfermedades transmisibles en el mundo en general y en Europa en particular llevó a la Comisión a elaborar una propuesta de decisión sobre la creación de una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles. El Consejo ha adoptado una posición común sobre esta propuesta de decisión, que está siendo examinada por el Parlamento en segunda lectura.

Sobre la base del art. 129 TCE la acción comunitaria se ha venido plasmando, también, a través de otros tipos de acciones, a saber: medidas en el marco de la realización del mercado interior, con la legislación sobre los controles veterinarios y fitosanitarios y la instauración de un mercado único de productos farmacéuticos; el apoyo a la investigación en biotecnología dentro del 41 programa marco; iniciativas en los ámbitos de la justicia y de los asuntos interiores: el Consejo Europeo de Dublín (13-14 de diciembre de 1996) reiteró la necesidad de emplear todos los instrumentos de la Unión de manera plena y coherente para luchar contra la droga; por otra parte, se congratuló del acuerdo sobre una acción común relativa a la aproximación de las legislaciones y de las prácticas de los servicios de policía, de aduanas y de las autoridades judiciales en la lucha contra la toxicomanía y el tráfico ilícito de drogas, así como de las resoluciones relativas al narcoturismo, a la cultura de la droga y la producción de droga.

Por último, a raíz de la crisis de las “vacas locas”, el 12 de febrero de 1997 la Comisión procedió a revisar sus planteamientos en materia de salud humana alimentaria según los siguientes principios: - separación entre los servicios encargados de elaborar la legislación y los servicios responsables de la consulta científica; - separación entre los servicios encargados de elaborar la legislación y los servicios responsables del control de su aplicación; - refuerzo de la transparencia y de la difusión de información a lo largo del proceso de decisión y de las acciones de control.

Estos nuevos planteamientos se han traducido en una serie de iniciativas concretas, como: - la constitución de un “Grupo de Comisarios para la salud alimentaria” encargado de garantizar la coordinación política de las acciones de la Comisión en materia de salud; - la asignación de nuevas competencias a la actual DG XXIV, que recibirá la nueva denominación de “Dirección General de política de los consumidores y de protección de su salud”; - la creación de una base de datos accesible al público sobre la composición de los Comités científicos, los temas que tratan y el contenido de los dictámenes que emiten.

4) Acción Internacional: El art. 129.3, menciona explícitamente la cooperación con los países terceros y las Organizaciones internacionales en materia de salud pública; en efecto, según esta disposición “*La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con los terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública*”. Ahora bien, no estamos ante una absoluta novedad, sino que como no podía ser de otra forma dada la entidad de los problemas en la materia, dicha cooperación ya había sido materializada sobre la base del art. 228 del TCEE, que permite la conclusión de acuerdos entre la Comunidad y uno o varios Estados y Organizaciones internacionales. Además, el TCEE establecía que la Comisión era la encargada, igualmente, de asegurar el mantenimiento de todo tipo de relaciones adecuadas con los órganos de las Naciones Unidas, de sus organismos especializados así como con todas las Organizaciones internacionales (art. 229). Por su parte, el art. 230 prevé el establecimiento de todo tipo de cooperación adecuada con el

Consejo de Europa y, de acuerdo con el art. 231, una estrecha colaboración con la OCDE.

Como es sabido, la salud forma parte del programa de actividades de un gran número de Organizaciones internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, y, entre ellas, muy particularmente de la OMS, el Consejo de Europa, UNESCO, la Agencia Internacional para la Energía Atómica, la OCDE, la OIT, la FAO, la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Por otro lado, la Comunidad Europea ha concluido un gran número de acuerdos, bajo formas diversas con la mayor parte de estas Organizaciones, llegando, incluso, a participar como miembro de pleno derecho de una de ellas, la FAO. Con tal cooperación la CE persigue un doble objetivo: por una parte, reforzar las acciones en materia de salud pública en el seno de la Comunidad así como aquellas acciones exteriores que surten sus efectos sobre la Comunidad; y por otra parte, asegurar que la Comunidad juega un papel creciente en el campo de la salud pública a nivel internacional.

Actualmente la Comunidad Europea participa en las actividades en materia de salud del Consejo de Europa y, en particular, en ámbitos tales como el transplante de órganos, la información sobre la salud en los hospitales, los problemas de salud de las familias monoparentales, la organización de servicios de asistencia sanitaria para los detenidos, las revisiones médicas previas a una contratación o a la concertación de un seguro y la psiquiatría y los derechos humanos. Asimismo la Comunidad coopera con la OMS, participando en la financiación de la Red Europea de escuelas que asumen la promoción de la salud.

En el marco de la cooperación con terceros países, cabe mencionar, a título de ejemplo, que la Unión Europea y los Estados Unidos desarrollan actualmente en el marco de la Agenda Transatlántica distintos proyectos en relación con las enfermedades transmisibles, en los que participan muy de cerca los Estados miembros. Estos proyectos se refieren al refuerzo de la vigilancia y del control, al sector de la investigación y de la formación en investigación, a la mejora del conocimiento y utilización de nuestras capacidades tanto en Europa y Estados Unidos, así como a la consolidación de las capacidades propias de los demás países.

El examen de la evolución jurídica de la Política estudiada, finaliza, por el momento, con el Tratado de Amsterdam. Esta nueva etapa en la construcción europea viene a dar una nueva redacción al art. 129 (que, en la versión consolidada del Tratado, aparece como el art. 152), conteniendo algunas novedades. Según la nueva redacción:

“1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias.

La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Comunidad fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1.

La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación.

3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. El Consejo, con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 189B y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, contribuirá a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando:

a) 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; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas.

b) como excepción a lo dispuesto en el artículo 43, medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública.

c) medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

El Consejo, por mayoría cualificada y a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar recomendaciones para los fines establecidos en el presente artículo.

5. 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. En particular, las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 no afectarán a las disposiciones nacionales en materia de donaciones o de uso médico de órganos y de sangre”.

Tal y como se desprende de la lectura de esta disposición, el art. 129 del TCE ha experimentado algunas modificaciones, las más importantes parecen ser las que se refieren a la inclusión, por vía de derogación del art. 43 del TCE, de medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tienen como objeto directo la protección de la salud pública. Y la nueva circunstancia de que las decisiones se adoptarán según la técnica legislativa de la codecisión, tal y como se describe en la nueva redacción del art. 189 B (art. 251 en la versión consolidada), y que se pretende sean capaces de permitir la adopción de medidas eficaces, de armonización legislativa, reglamentaria o administrativa, destinadas a cumplir los objetivos reseñados en la disposición examinada. Finalmente, hay también un cambio de redacción significativo, pues del originario “la Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana”, se pasa a la afirmación de que la acción “garantizará” un alto nivel en dicha protección, lo que parece permitir el sentar las bases de una auténtica Política comunitaria de Salud Pública²⁴.

C) La protección de la salud como elemento constitutivo de otras políticas comunitarias

La importancia creciente de la salud a nivel comunitario se traduce en el integración progresiva de este concepto no sólo, con carácter particular, en el art. 129 precitado, sino también en otras disposiciones de los Tratados. En efecto, una de las novedades incluidas en el Tratado CE en materia de salud pública es la estrecha relación que se

²⁴ En este sentido, OREJA, M.(Dir.): *El Tratado de Amsterdam. Análisis y comentarios*, vol.I, Madrid, 1998, p.249.

pretende establecer con las restantes políticas comunitarias, al disponer expresamente el art. 129 que “*las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad*”²⁵. Las Instituciones comunitarias y los Estados miembros estarán así obligados a tener en cuenta la dimensión de la salud a la hora de definir y aplicar las restantes políticas comunitarias.

En desarrollo de este objetivo de articulación entre políticas comunitarias, el Consejo adoptó el 12 de noviembre de 1996 una Resolución sobre la integración de las exigencias de protección de la salud en las políticas comunitarias²⁶, donde reiteraba esta idea, al poner de manifiesto, “*la necesidad de coordinación, coherencia y complementariedad de todas las actividades comunitarias que tengan una dimensión sanitaria, así como la necesidad de coordinación dentro de los Estados miembros*”.

Estas exigencias aparecen concretadas explícitamente en una serie de disposiciones del TCE, donde podemos ver cómo la protección de la salud es un componente de las Políticas de la Comunidad en materia de, por ejemplo, medioambiente (art. 130R), investigación, protección de los consumidores (art. 129A 1.b) o en materias de dimensión social como la salud en los lugares de trabajo.

Por su parte, la Comisión, para dar respuesta a esta nueva exigencia, además de poner en marcha un procedimiento completo de consultas entre servicios sobre sus propuestas, ha establecido otros mecanismos de coordinación que incluyen el debate de los temas relacionados con la sanidad entre los servicios de la Comisión en el Grupo inter-servicios de sanidad, y la creación de grupos *ad hoc* con el fin de permitir un examen más pormenorizado, de problemas específicos o de determinadas políticas, desde el punto de vista de la sanidad. En el marco de esta preocupación, la Comisión presenta cada año, desde 1995, un informe en el que analiza la repercusión de la política de la salud sobre el resto de las políticas. Estos informes constituyen, hoy por hoy, una iniciativa única en el seno de la Comunidad.

El Consejo, que se ha felicitado por esta iniciativa, a la que considera como una etapa importante en la puesta en marcha de las disposiciones del art. 129, ha propuesto que los futuros informes persigan con carácter prioritario²⁷: -establecer métodos y criterios adecuados como base para la integración de las exigencias sanitarias en otras políticas comunitarias; -establecer métodos y criterios adecuados así como un mecanismo formal para evaluar el impacto de las políticas comunitarias sobre la salud humana; -informar, en su próximo informe anual sobre este tema, sobre el establecimiento de métodos, criterios y mecanismos para la integración de las exigencias en materia de salud en otras políticas comunitarias y para la evaluación de las repercusiones de las políticas comunitarias en la salud, así como sobre la medida en que se han tenido en cuenta estas exigencias; -garantizar que las consideraciones relativas a la salud se tengan en cuenta en todas las etapas de la formulación de las propuestas y que se determinen claramente aquellas propuestas que impliquen exigencias en materia de salud, invitando además a la Comisión a establecer una evaluación transparente del impacto de las políticas comunitarias en la sanidad o salud humana.

Estos informes abarcan la casi totalidad de los campos de actuación comunitarios, aunque, eso sí, ponen el acento sobre aquellos que tienen una especial influencia sobre la salud, tales como la política social, el mercado interior, la agricultura, la ali-

²⁵ Tras el Tratado de Amsterdam, la redacción es la siguiente: “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

²⁶ DOCE C 374 de 11.12.1996.

²⁷ Resolución del Consejo de 12 de noviembre de 1996 sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias (96/374/03). DOCE C 374 de 11.12.1996.

mentación y la pesca, la investigación y desarrollo, el medio ambiente, la energía y el transporte así como la cooperación internacional.

Por primera vez, y como consecuencia de estas actividades, se ha intentado dar una visión más clara de las diferentes interacciones existentes entre la salud pública y el resto de las actividades comunitarias. En primer lugar, se pone de manifiesto que otras políticas comunitarias pueden influir considerablemente en la salud pública: bien indirectamente, como es el caso de las políticas de transporte o energía, bien directamente, como ocurre con las políticas de medio ambiente o agrícola. En segundo lugar, los informes ponen de manifiesto cómo las políticas comunitarias que tienen una influencia sobre la salud precisan ser completadas, en ocasiones, con medidas dependientes de la salud pública para que su impacto sobre la salud sea lo más benéfico y eficaz posible. Así, a título de ejemplo, cabe citar el sector farmacéutico, para el cual las actividades complementarias referentes al papel de los medicamentos en el seno del sistema de salud pública pueden ser necesarias.

En tercer lugar, en los informes se pone de manifiesto la conveniencia de que las medidas de salud pública se acompañen, a su vez, de acciones en otros campos para ser plenamente eficaces. El problema de la infección por el VIH y del sida son un ejemplo esclarecedor al respecto. Fenómeno mundial y pluridimensional, el sida necesita acciones en diversos campos. Las medidas de salud pública de la Comunidad, que abarcan la prevención y la educación, son completadas, a su vez, por una acción de gran envergadura en el marco del programa BIOMED y por un programa de cooperación al desarrollo relacionado con el sida.

Con la elaboración de estos informes se intenta, además, reforzar la coordinación intersectorial de la protección de la salud en el marco de las políticas comunitarias. Dicha coordinación puede mejorar la eficacia de las medidas adoptadas en interés de todos los ciudadanos de la Unión Europea. Así, a título de ejemplo, en el marco del Programa Europa contra el Cáncer, podemos comprobar cómo, en relación con el tabaco, las medidas destinadas a luchar contra el tabaquismo corresponden a diferentes ámbitos y, en particular, al mercado interior con medidas como: la elevación de la fiscalidad; la armonización del etiquetado y los componentes del tabaco; la prohibición de los cigarrillos con elevado nivel de alquitrán y las ventas de tabaco libres de impuestos. Estas acciones han de desarrollarse también en otros sectores de la agricultura (reducción de la producción) o de la protección de los consumidores (tabaquismo en los lugares públicos o limitación de la publicidad en favor del tabaco).

Otro ejemplo de la necesidad imperiosa de una correcta articulación entre las políticas comunitarias nos viene dado por un tema de candente actualidad, como es el de las "vacas locas". En relación con ello, podemos ver, una vez más, cómo la política de la salud se convierte en un componente de las demás políticas de la Comunidad, en este caso, de la libre circulación de mercancías y de la Política Agrícola Común. La encefalopatía espongiforme bovina (EEB), denominada enfermedad de las "vacas locas", es una enfermedad degenerativa del cerebro, caracterizada por la modificación del tejido cerebral y por la aparición de una proteína anómala, el prión. Un primer caso de EEB fue identificado en 1986 en el Reino Unido, a causa de lo cual el Reino Unido adoptó numerosas medidas preventivas²⁸. Por su parte, en ese momento, la Comisión había impuesto, mediante una Decisión de 1994, numerosas prohibiciones de exportación de bovinos vivos y de carne cruda a otros Estados miembros y había previsto asimismo un sistema de identificación y certificación de los animales.

28 Entre estas medidas se encontraba el prohibir la utilización de proteínas sospechosas en la alimentación de los rumiantes, así como- a partir de noviembre de 1989- vender o utilizar como alimentos humanos algunas vísceras bovinas específicas y las cabezas de los bovinos, con excepción de la lengua.

En marzo de 1996, un organismo científico independiente que asesora al Gobierno del Reino Unido, habiendo comprobado nuevos casos de la enfermedad en personas jóvenes, confirmaba la necesidad de aplicar medidas de protección y control. Simultáneamente, algunos Estados miembros cerraban sus fronteras a los bovinos vivos y a la carne de bovino procedentes del Reino Unido, y algunos terceros países hacían lo mismo con dichos productos, en general procedentes de la Unión Europea.

En ese momento, la Comisión, mediante la Decisión de 27 de marzo de 1996, prohibió al Reino Unido exportar a otros Estados miembros y a terceros países bovinos vivos y carne de bovino, así como otros productos básicos derivados. Esta decisión provocó que se presentaran dos asuntos ante el Tribunal de Justicia: - una cuestión prejudicial, remitida al Tribunal de Justicia por la High Court of Justice, Queen's Bench Division²⁹; y un recurso directo del Reino Unido contra la Comisión, en cuya virtud el primero solicita la anulación de dicha Decisión³⁰.

El Abogado General, en sus conclusiones, al analizar la competencia de la Comisión, pone de manifiesto que las Directivas 90/425 y 89/662 (relativas a los controles veterinarios y a los intercambios intracomunitarios de animales vivos) confieren a la Comisión amplias facultades a efectos de adoptar las medidas necesarias para hacer frente a los peligros graves para los animales y los hombres: la salud es, en efecto, un objetivo prioritario, que justifica eventuales limitaciones de la libre circulación de las mercancías y que se considera un componente importante de la Política Agrícola Común. La gravedad del EEB y el peligro de su transmisibilidad al hombre es una hipótesis real, que legitima la Decisión. La prohibición de exportar a terceros países, que la Directiva no excluye, es un instrumento indispensable para garantizar la eficacia de la Decisión, es decir, para evitar -mediante el aislamiento absoluto de la zona- que la prohibición de exportar a otros Estados miembros se eluda mediante tránsito a través de terceros países. Por lo demás, los controles rigurosos de las importaciones del Reino Unido se han revelado, según el Abogado General, como una medida insuficiente.

En dichas conclusiones, el Abogado General puso, también, de manifiesto que: “aún cuando entre los objetivos fundamentales de la Política Agrícola Común figuren el de estabilizar los mercados y el de asegurar precios razonables, la protección de la salud constituye una exigencia primaria e imprescindible en relación con todas las políticas comunitarias”.

El TJCE, en sus recientes Sentencias de 5 de mayo de 1998 relativas a estos asuntos³¹, ha venido a confirmar la validez de las medidas de emergencia tomadas por

²⁹ La asociación profesional National Farmers' Union impugnó -en el Reino Unido- los actos adoptados por las autoridades inglesas con base en la Decisión de la Comisión, sosteniendo que tales actos estaban viciados porque la Decisión de la Comisión era inválida (afirmaba que la Comisión carecía de competencia, en cuanto que sólo habría podido adoptar medidas de protección contra un peligro grave para la salud, siendo así que la intención de dicha Institución fue en cambio la de tranquilizar a los consumidores; la asociación alegaba también que la Comisión carecía de competencia para establecer la prohibición de exportación a terceros países y que su decisión no era necesaria ni adecuada para el objetivo perseguido). Conclusiones del Abogado General Sr. Giuseppe Tesaro en los asuntos acumulados C-157/96 y C-180/96.

³⁰ El Reino solicita la anulación de dicha Decisión, sustancialmente por los mismos motivos alegados por la National Farmers' Union (el Reino Unido afirmaba también que la Decisión crearía una discriminación indebida entre los productores del Reino Unido y los productores de los demás Estados miembros y que afectaba a productos cuya regulación no era competencia de la Comisión).

³¹ TJCE, Sentencias de 5.5.1998, National Farmers Union, C-157/96, y de 5.5.1998, Reino Unido c. Comisión, C-180/96 (aún no publicadas en la Recopilación. Los textos íntegros pueden consultarse en Internet: www.curia.eu.int).

la Comisión contra la E.E.T., reiterando la competencia de la Comisión en esta materia³², la inexistencia de desviación de poder³³ y el carácter proporcionado de la medida³⁴, concluyendo que tan sólo una prohibición de exportación a los países terceros permitía garantizar la eficacia de la medida, al aislar en el territorio del Reino Unido todos los elementos que podían estar infectados por la EEB, habida cuenta de que no cabía excluir por completo toda reimportación de carne o desviación comercial si seguía siendo posible la exportación a determinados países terceros.

Por su parte, y en pleno fragor de la batalla jurídico-económica, el Consejo en las Conclusiones del Consejo de 12 de noviembre de 1996 sobre las encefalopatías espongiiformes transmisibles (EET)³⁵ vino a reiterar que: “la protección de la salud pública es la más alta prioridad en lo que se refiere a la prevención de la transmisión de las EET”.

32 Manifestando que el objetivo de las Directivas en las que se basa dicha competencia es permitir que la Comisión intervenga rápidamente para evitar que una enfermedad se propague entre los animales o afecte a la salud humana. A este respecto, las nuevas informaciones comunicadas por el SEAC (Spongiform Encephalopathy Advisory Committee) modificaron de manera significativa la percepción del peligro que suponía para la salud humana la EEB, autorizando de este modo a la Comisión a adoptar medidas de salvaguardia. Según el TJCE, de los textos aplicables se desprende que, en caso de enfermedad que pueda constituir un peligro grave para los animales o para el hombre, la inmovilización de los animales y de los productos y su aislamiento en un territorio determinado constituye una medida apropiada. La eficacia de tal aislamiento requiere prohibir totalmente la circulación de los animales y productos más allá de las fronteras del Estado miembro de que se trate, lo que afecta a la exportación con destino a países terceros. Por otra parte, las mencionadas Directivas no excluyen explícitamente la competencia de la Comisión para prohibir la exportación a países terceros. Teniendo en cuenta, por un lado, la probabilidad de una conexión entre la EEB y una enfermedad mortal que afecta al ser humano y para la cual no se conoce actualmente ningún remedio, y, por otro lado, la incertidumbre en cuanto al carácter suficiente y a la eficacia de las medidas anteriormente adoptadas por el Reino Unido y la Comunidad, el TJCE ha considerado que la Comisión no rebasó manifiestamente los límites de su facultad de apreciación al esforzarse en confinar la enfermedad al territorio del Reino Unido mediante la prohibición de las exportaciones de bovinos y de productos derivados con destino tanto a los demás Estados miembros como a países terceros.

33 Declarando el TJCE, frente a las alegaciones relativas a la desviación de poder que se basaban en el hecho de que, en la motivación de la Decisión de la Comisión, se aludía a las preocupaciones de los consumidores y al apoyo al sector de la carne de bovino, que el análisis de la motivación de una Decisión debe referirse al texto en su conjunto y no a un elemento aislado. Resultando, de tal análisis, que la Comisión adoptó las medidas provisionales debido a la preocupación por los riesgos de transmisibilidad de la EEB al hombre y que ningún elemento de los autos permite fundamentar la tesis según la cual la finalidad exclusiva o determinante de la Comisión fue tranquilizar a los consumidores o de naturaleza económica, en lugar de la protección de la salud.

34 Observando, el TJCE, en relación con una posible violación del principio de proporcionalidad, que, en el momento en que se adoptó la Decisión impugnada, existía una gran incertidumbre en cuanto a los riesgos que suponían los animales vivos, la carne de bovino y los productos derivados. Recordando que, cuando subsisten incertidumbres en cuanto a la existencia o alcance de riesgos para la salud de las personas, las Instituciones pueden adoptar medidas de protección sin tener que esperar a que se demuestre plenamente la realidad y gravedad de tales riesgos. Concluyendo que, habida cuenta de la gravedad del peligro y de la urgencia, no puede considerarse que una prohibición de exportación con carácter transitorio sea una medida manifiestamente inapropiada, y de que la Comisión había dado pruebas de prudencia adecuada al prohibir globalmente, a la espera de más amplias informaciones científicas, las exportaciones de bovinos, de carne de bovino y de productos derivados.

35 DOCE C 374 de 11.12.1996.

II.- ÁMBITOS DE APLICACION Y DESARROLLO DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

A) Ámbitos prioritarios de acción

Los campos de actuación comunitaria en materia sanitaria pueden ser, en teoría, muy diversos, pero para conseguir que la acción comunitaria alcance un mínimo de eficacia se hace imperativo el seleccionar tan sólo algunos de estos ámbitos. Esta preocupación estaba presente en el ánimo de la Comisión cuando, en 1993, elaboró una lista de criterios para la determinación de los ámbitos prioritarios de actuación en este terreno, mencionando, al respecto, los siguientes:

1) **Mortalidad:** enfermedades que causan, o son susceptibles de causar, en ausencia de intervención: muertes prematuras importantes (importantes en función de los años de vida perdidos) y/o comportan globalmente tasas de mortalidad muy elevadas.

2) **Mal estado de salud:** Enfermedades que causan, o son susceptibles de causar, en ausencia de intervención: un estado de salud malo significativo en razón de una mortalidad importante o que constituyen una causa potencial de mortalidad elevada y/o de invalidez grave (gravedad en función de años de invalidez).

3) **Calidad de vida/consecuencias socio-económicas:** Enfermedades que comportan implicaciones significativas para la calidad de vida así como consecuencias socio-económicas mayores como: costes elevados de tratamiento y cuidados; absentismo laboral; incapacidades de trabajo considerables. Respecto a este tercer criterio, la propia Comisión admite que, así como los primeros pueden resultar relativamente fáciles, este tercero entraña, en lo relativo a la calidad de vida, ciertas dificultades. En efecto, la "calidad de vida" es un criterio que, utilizado para describir grados de incapacidad, dolor o sufrimiento, adolece de una gran subjetividad.

4) **Garantías de prevención:** Enfermedades para las cuales existen medidas de prevención.

5) **Beneficio a escala europea:** Enfermedades contra las cuales las acciones emprendidas a nivel comunitario entrañarían un mayor beneficio

Si estos eran los criterios de selección, las modalidades de aplicación debían, según la Comisión, ajustarse a dos etapas diferenciadas: 1) Un primer momento, en el que la aplicación de los cuatro primeros criterios permitirá distinguir qué enfermedades y problemas sanitario-sociales son las más importantes en el territorio comunitario; para ello, se sirve de los datos que, acerca de las enfermedades recogidas en la clasificación internacional de enfermedades, se encuentren disponibles. 2) Pero, como no todas las enfermedades importantes interesarán a la Comunidad, el quinto criterio marca una segunda selección al establecer que ha de optarse, entre las enfermedades y problemas sociales más importantes, por aquéllos en los que la Comunidad pueda aportar con su acción un mayor beneficio.

Estamos, en nuestra opinión, frente a un criterio coherente con la lógica de la política que la Comunidad pretende desarrollar en materia salud pública, dado que la Comunidad no desea sustituir a los Estados miembros, sino ayudarles a alcanzar sus propios objetivos ofreciéndoles su acción en la medida en que ésta aporte ventajas adicionales (lógica de la subsidiariedad), la maximización de tal beneficio comunitario constituirá un criterio de selección. Para ello, hay que distinguir, en primer lugar, los supuestos en que la acción comunitaria aporte un beneficio en cuanto tal; será así cuan-

do las actividades comunitarias: en razón de su dimensión, no puedan ser realizadas por los Estados miembros de manera totalmente satisfactoria (dimensión europea); a pesar de un coste inicial más elevado, la puesta en marcha conjunta acarrearía ventajas evidentes (valor añadido europeo); logran resultados significativos con actividades complementarias de las nacionales (complementariedad); se trate de normas/criterios de buena práctica (códigos de buena práctica); actividades que contribuyan al refuerzo de la solidaridad y de la cohesión social (desarrollo solidarios). Y si con tales actividades se entiende que la acción comunitaria aporta un beneficio, habrá de optarse por aquellas enfermedades en las que tales beneficios sean mayores. Así, para lograr la maximización del beneficio comunitario, deberá procurarse tanto la coherencia y continuidad respecto a las acciones ya emprendidas por la Comunidad como que el impacto de una acción alcance al mayor número de enfermedades posibles.

Una vez aplicados tales criterios y ajustándose a las etapas previstas³⁶, la Comisión estima que la actuación de la Comunidad debería centrarse en una serie de grandes enfermedades o calamidades sociales, como son el cáncer, las enfermedades cardio-vasculares, los accidentes, los suicidios, las enfermedades transmisibles (especialmente el sida), la toxicomanía y otra serie de enfermedades que cobrarán mayor protagonismo con el envejecimiento de la población. Pero, también, en ciertas enfermedades poco comunes pero que puedan ocasionar problemas importantes. Sobre cada una de ellas, realiza la Comisión una serie de consideraciones:

Así sobre el **Cáncer**, señala que se trata de una enfermedad muy condicionada por factores externos, de forma que el modo de vida actual en unos casos ha empeorado la situación (mayor incidencia de factores como el tabaco, alcohol, alimentación...) y, en otros casos, la ha mejorado (mayor higiene sexual...). Otra cuestión a tener en cuenta -de modo favorable- es el desarrollo de las técnicas de diagnóstico precoz. La situación observada por la Comisión es, por tanto, la de una enfermedad que en algunos de sus tipos aumenta (especialmente el que afecta a las vías aéreas superiores, al tubo digestivo o a los pulmones) y que en otros registra una disminución (colon, útero) pero que, en definitiva, se presenta como un grave problema sanitario-social que, en tanto condicionado por el modo de vida y el diagnóstico precoz, resulta muy sensible a las campañas de información y prevención.

En cuanto a las **Enfermedades cardio-vasculares**, considera que al igual que el cáncer, estas enfermedades se presentan muy condicionadas por una serie de factores, de modo que puede predicarse lo mismo (campañas de información...). Además, la introducción de métodos de tratamiento más eficaces ha contribuido a lograr que la tendencia general sea de disminución.

Por lo que se refiere a los **Accidentes**, la Comisión entiende que éstos son un grave problema de la sociedad, pues, si bien ha descendido notablemente el índice de accidentes de todo tipo, los de carretera continúan constituyendo la principal causa de mortalidad de los jóvenes de la Comunidad.

En cuanto a los **Suicidios**, la Comisión declara que estamos ante un problema importante que, lejos de mejorar, ha experimentado durante los últimos 20 años un incremento en la Comunidad. Posiblemente, la consecuencia de este aumento haya que buscarla en el cambio del modelo/patrón social. Pero influyen, además, los factores nacionales (estructura política, tradición cultural, evolución histórica...), como demuestra el hecho de que se vean más afectados determinados países del norte que los del sur de Europa; por tanto, la atención que merece este problema no deberá ser planteado por la Comunidad desde una única perspectiva.

³⁶ Anexos IV y V de la Comunicación de la Comisión.

Respecto del **Sida y otras enfermedades transmisibles**, la Comisión opina que, en gran medida, las enfermedades transmisibles han dejado de constituir una causa importante de mortalidad, aunque el reciente resurgir de la tuberculosis (frecuentemente ligada al sida) demuestra la necesidad de luchar contra enfermedades transmisibles. Mención aparte merece el caso del Sida. Apareció en la década de los 80 y, desde entonces, ha ido en aumento. Existe una gran diferencia entre los propios países miembros tanto en razón del número de afectados (el 71% de toda la Comunidad lo constituyen Francia, Italia y España³⁷) como por los grupos de riesgo (mientras en los países septentrionales el grupo de más riesgo lo constituye la comunidad homosexual, en los países del sur, son los consumidores de drogas por vía parenteral; en cualquier caso en toda la Comunidad aumenta el contagio por relaciones heterosexuales); estas diferencias habrán de ser tenidas en cuenta por la Comunidad en su actuación.

La Toxicomanía, como destaca la Comisión, constituye la única “enfermedad” mencionada expresamente en el art. 129 TCE y ya, por ello, debe ser automáticamente clasificada como objetivo prioritario. Se trata de un problema muy vinculado a los grandes males de la sociedad como la exclusión social o el paro. Para ser verdaderamente eficaz, debe evitar un tratamiento estandarizado del toxicómano y procurar llegar a los distintos grupos (jóvenes, población carcelaria...) del modo adecuado.

Por lo que se refiere al **Envejecimiento de la población**, existen, como advierte la Comisión, una serie de enfermedades que revisten gravedad y que en el futuro verán aumentada su incidencia como consecuencia del envejecimiento de la población. Son enfermedades como las mentales, las complicaciones musculoesqueléticas o los problemas respiratorios. La Comisión señala que, sin tener por qué constituir la primera prioridad, sí deben ser tenidas en cuenta.

Finalmente, respecto de las **enfermedades poco comunes**, la Comisión, destaca que, por definición, las enfermedades “raras” tienen una menor importancia en la sociedad. Sin embargo, advierte la Comisión que la experiencia ha demostrado que, precisamente por tratarse de enfermedades raras suele haber una falta de información acerca de ellas que pueden terminar ocasionando importantes problemas en ciertos países; la enfermedad del legionario, y las anomalías genéticas como la hemofilia, son claros ejemplos. Resulta, por tanto, que aunque estas enfermedades no habrían resultado seleccionadas por los primeros cuatro criterios sí responden al quinto; en efecto, la acción comunitaria en estos casos permite: completar los esfuerzos de los Estados miembros, optimizar el intercambio de informaciones y experiencias a fin de procurar a los Estados miembros una asistencia que les permita actuar de modo apropiado cuando deban enfrentarse a una enfermedad poco conocida y, en la medida en que ciertas enfermedades pueden ser raras en unos Estados miembros y no en otros, crear una solidaridad entre los Estados miembros.

B) Medidas jurídicas

Los ámbitos citados en el epígrafe anterior son las enfermedades y los problemas sanitario-sociales respecto de los que la Comunidad actuará. Para combatirlos, ésta va a seguir una doble estrategia: medidas horizontales de promoción de la salud, por un lado, y programas específicamente diseñados para cada enfermedad, por el otro.

La Comisión al desarrollar estas acciones ha identificado una serie de factores de riesgo que están relacionados con varias enfermedades y que precisan, para su control,

³⁷ No olvidemos que no se trata de datos actuales sino los que maneja la Comisión en su Comunicación de 1993.

de medidas horizontales que puedan alcanzar un mayor impacto de manera a maximizar su eficacia. En este sentido, la Comisión, deseando aportar un valor añadido del que se beneficien, a la vez, los que toman las decisiones y los ciudadanos, estima que estas medidas horizontales pueden jugar un papel clave en la estrategia global y contribuir a optimizar la utilización de unos recursos que son bastante limitados.

Entre los factores que suelen estar asociados a varias enfermedades la Comisión enumera los siguientes: Cáncer (como posibles causas se señalan el tabaquismo, el alcoholismo, la alimentación, factores genéticos, la exposición a rayos y sustancias cancerígenas); Enfermedades cardio-vasculares: tabaquismo, alcoholismo, alimentación, factores genéticos, stress, falta de ejercicio; Accidentes: conducción en estado de embriaguez, comportamiento temerario, productos y servicios defectuosos, problemas de medio ambiente; Enfermedades transmisibles (incluido el sida): higiene insuficiente, agua insalubre, comportamientos sexuales de riesgo, toxicomanía, sangre contaminada; Toxicomanía: problemas socio-económicos, problemas psicológicos, stress; Enfermedades mentales (incluido el suicidio): problemas socio-económicos, factores genéticos, stress; Síndromes musculares y óseos: malas condiciones de trabajo, stress físico, alimentación, falta de ejercicio; Enfermedades respiratorias (especialmente, el asma): problemas de medio ambiente (así, presencia de sustancias contaminantes), tabaquismo, factores genéticos.

En definitiva, como factores de riesgo la Comisión ha destacado:

Las condiciones socio-económicas: las importantes diferencias que presentan las respectivas tasas de mortalidad de los distintos grupos socio-económicos existentes en los Estados miembros demuestran que las condiciones socio-económicas desfavorables (malas condiciones de alojamiento, difícil acceso a la atención sanitaria, el paro de larga duración...) constituyen una amenaza para la salud pública. Por ello, y aunque también pueda localizarse en el centro de otras políticas comunitarias, el deseo de lograr una estrategia eficaz de protección de la salud lleva a la Comunidad a considerar la mejora de estas condiciones como una de sus preocupaciones en materia de salud pública.

El Tabaco: existe una gran diferencia entre los países del norte, donde el consumo ha ido disminuyendo y los del Sur, donde ha aumentado.

El Alcohol: la diferencia entre los Estados miembros es, justo, la inversa a la observada con el tabaco, esto es, aumenta en los países del norte mientras disminuye en los del sur.

La alimentación: si se centra la atención sobre las materias grasas y las proteínas en la alimentación humana, se observa cómo, mientras el porcentaje de proteínas en la alimentación no ha variado demasiado desde 1970, el de materias grasas sí ha aumentado notablemente en algunos países (especialmente en Francia, Italia, Portugal y España).

Frente a tales riesgos, la Comisión ha propuesto una serie de medidas horizontales que se han concretado en una serie de documentos, entre los que cabe citar los siguientes: los Informes sobre la situación de la salud en la Comunidad Europea, cuyo primer ejemplo es de 1995³⁸; los Informes sobre la integración de las exigencias de materia de protección de la salud en las políticas comunitarias, cuya primera manifestación es de 1996³⁹; el Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud (1996-2000), de 29 de marzo de 1996⁴⁰.

³⁸ COM (95) 357 final, de 19.07.1995.

³⁹ COM (96) 407 final, de 4.09.1996.

⁴⁰ Decisión 96/645/CE.

Las medidas horizontales constituyen, sin duda, una parte esencial de la estrategia que ha de llevarse a cabo por la Comunidad en este terreno. Ahora bien, el carácter específico de algunas enfermedades no puede ser ignorado y precisa de medidas concretas y particulares. Estas medidas están tomando cuerpo en unos programas plurianuales centrados en determinados ámbitos prioritarios. Con ello se busca facilitar la contribución tanto de grupos de interés como de expertos, implicándolos y, al mismo tiempo, organizándolos mejor, en la lucha contra tales enfermedades. Entre estas medidas específicas, destacan las emprendidas en la lucha contra el cáncer, contra la toxicomanía y contra el sida, que pasamos brevemente a describir:

b.1.) Cáncer

El objetivo que persigue la actuación comunitaria en este ámbito concreto es el de difundir las causas del cáncer y las medidas de prevención y, para ello, la Comunidad pretende ayudar a los Estados miembros a alcanzar sus propios objetivos de modo que la acción comunitaria sea puesta en marcha con el único fin de maximizar el beneficio a escala europea. Los antecedentes de tal actuación los encontramos en la aplicación de distintas acciones comunitarias dirigidas a la prevención de los cánceres debidos a la exposición a radiaciones ionizantes o a productos químicos cancerígenos, en aplicación de los Tratados CEE y CEEA; también entre tales antecedentes figuran un cierto número de programas existentes relativos al medio ambiente, a la protección de los trabajadores, a la protección de los consumidores, a la alimentación, a la agricultura y al mercado interior que contienen acciones dirigidas a reducir el riesgo de cáncer debido a la exposición a sustancias carcinógenas.

La acción contra el cáncer⁴¹, propiamente dicha (esto es, la centrada en los conocimientos sobre las causas del cáncer y los medios posibles de prevención y tratamiento), empezó a vislumbrarse a partir de 1985⁴² cuando los jefes de Estado y de Gobierno, ante los estragos causados por el cáncer en la población europea, solicitaron⁴³ a la Comisión que definiese una estrategia común para luchar contra esta enfermedad; ésta dio cumplimiento a esta demanda elaborando, en 1987, un programa denominado "Europa contra el Cáncer"⁴⁴. Partiendo de la idea de que la política de sanidad pública era (excepto en los casos en que los Tratados dispusieran lo contrario) responsabilidad de los Estados miembros, se trataba de aportar un "valor añadido" a la lucha contra el cáncer mediante el fomento de la cooperación y de la coordinación de actividades nacionales, así como el estímulo de actividades comunitarias en este ámbito.

Este programa se ha desarrollado a través de dos planes de acción plurianuales con objetivos prioritarios específicos:

El Primer plan de acción (1987/89): En cuanto a su Alcance: preveía 75 acciones o proposiciones de acciones; en efecto, algunas (las acciones) dependían directamente de los poderes de gestión de la Comisión y, por ello, debían ser realizadas tal y

⁴¹ El programa "Europea contra el cancer" constituiría no sólo la primera acción comunitaria sobre el cáncer sino, también, la primera acción en el campo de la salud pública.

⁴² En las reuniones celebradas en junio de 1985 en Milán y en diciembre de 1985 en Luxemburgo, el Consejo Europeo puso de relieve el interés de lanzar un programa europeo de lucha contra el cáncer y en diciembre de 1986, en Londres, se designó el año 1989 como "Año europeo de información contra el cáncer" señalando que se llevaría a cabo en todos los Estados miembros una campaña informativa coordinada de larga duración sobre la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento del cáncer.

⁴³ Resolución del Consejo y de los Representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, referente a un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer (7 de julio de 1986). DO C 184 de 23.7.1986.

⁴⁴ Aparece con la propuesta del primer plan de acción, esto es, el de 1987-1989. DO C 50 de 26.2.87.

como aparecían en el Programa, mientras que otras (las proposiciones de acciones), que constituían la mayoría, no eran sino propuestas de acción que la Comisión deseaba transmitir de 1987 a 1989 al PE para consulta y al Consejo para aprobación, eran susceptibles de adaptaciones posteriores⁴⁵. Respecto de su Ambito material: Abordaban tres ámbitos principales, la Prevención, centrada en cinco temas: la lucha contra el tabaquismo, la mejora de la alimentación, la protección contra los agentes carcinógenos, el chequeo y la detección precoz y la adaptación, para la población general, del Código europeo contra el cáncer. Las acciones emprendidas en este ámbito están muy relacionadas con otros ámbitos (por ejemplo, la elevación de la fiscalidad del tabaco como medida contra el tabaquismo). La Información y educación sanitaria al público en general y formación del personal sanitario, respecto del público en general preveía medidas como la redacción de un Código europeo contra el cáncer, sensibilización de los medios de información, establecimiento de un repertorio europeo de organismos privados de lucha contra el cáncer, sondeos, semana europea contra el cáncer; en cuanto al personal sanitario: tanto en lo relativo al contenido mínimo de la formación como en lo referente a la movilidad de estudiantes o a un intercambio de material pedagógico o de experiencias. En cuanto a la investigación: concesión de becas para la movilidad de los investigadores, balances comparados de los registros de cánceres existentes, coordinaciones europeas de la investigación sobre cuestiones específicas (por ejemplo, alimentación y cáncer) cofinanciación de las investigaciones, etc. A la hora de realizar un Balance⁴⁶, la Comisión demostró que podía aportar una contribución original e importante a la lucha contra el cáncer ampliando su acción más allá de la lucha tradicional contra los agentes químicos cancerígenos y las radiaciones ionizantes (que eran las acciones clásicas previstas en los Tratados CEE, CEEA, CECA) mediante nuevas acciones, estimando los resultados satisfactorios tanto desde el punto de vista legislativo (7 de sus 12 propuestas fueron adoptadas por el Consejo entre 1987 y 1989) como desde el punto de vista de acciones concretas apoyadas financieramente por el presupuesto comunitario (se dispuso aproximadamente de 9 millones de ecus para cofinanciar acciones).

El **Segundo plan de acción (1990/94)**⁴⁷: En cuanto a su Alcance: se determinó que fuera la Comisión, en estrecha coordinación con las autoridades competentes de los Estados miembros y asistida por un comité consultivo compuesto por representantes de los Estados miembros, quien ejecutase el Plan. Asimismo, la Comisión debería asociar estrechamente, en la ejecución, al Comité oncológico de alto nivel así como a los organismos privados activos en la lucha contra el cáncer; cooperará también con la OMS y con el Centro Internacional de investigaciones sobre el cáncer⁴⁸. La contribución de la Comunidad, inicialmente fijada en 50 millones de ecus, se elevó posteriormente a 55 al prorrogar el plan durante el año 1994⁴⁹. Respecto a su Ambito material: constaba de 40 acciones ampliamente inspiradas en el primer plan; se refería a los mismos ámbitos: Prevención, centrada en los mismos temas, se le da prioridad a la lucha contra el taba-

45 Así el Plan de acción 1988/89 relativo a una campaña de información y sensibilización. Decisión 88/351/CEE del Consejo y de los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el Consejo (21 de junio de 1988). DO L 160 de 28.6.1988.

46 En el Plan de acción se preveía ya que se elaboraría una evaluación regular del mismo con ayuda del Comité de cancerólogos europeos y que al finalizarse realizaría un balance de conjunto con vistas a transmitirlo al Consejo, PE y al Comité económico y social. Este balance fue efectivamente realizado en 1989; Comunicación de la Comisión de 8 de mayo de 1990; COM (90) 85 final.

47 Decisión 90/238/Euratom, CECA, CEE, del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo (17 de mayo de 1990).

48 Este mecanismo (Comisión intergubernamental *ad hoc*, cooperación con Organizaciones internacionales y Organizaciones no gubernamentales) se repetirá en los programas contra la toxicomanía y el sida.

49 Decisión 93/362/CEE del Consejo y de los ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo (27 de mayo de 1993). DO L 150 de 22.06.1993.

quismo. Ahora, además de proseguir con la acción legislativa, trata de apoyar y aplicar acciones de sensibilización del público (por ejemplo, acciones piloto para promover la enseñanza de métodos para dejar de fumar al personal de sanidad y al personal docente). Información y educación sanitaria, básicamente se continuaban las acciones iniciadas con el primer programa; podemos destacar la difusión de los “diez mandamientos” que figuran en el Código europeo contra el cáncer al gran público y a los grupos-objetivo (tales como los jóvenes, las mujeres, el personal docente, la enfermeras y los médicos). En investigación se prosigue y refuerza la coordinación de la investigación médica. A la hora de hacer su *Balance*⁵⁰. La Comisión ha trabajado efectivamente, como se había previsto, en estrecha colaboración con las organizaciones y organismos nacionales o europeos de lucha contra el cáncer (ligas y asociaciones contra el cáncer y grupos antitabáquicos, por ejemplo) consiguiendo importantes progresos en distintos ámbitos⁵¹. Quisiéramos destacar la instauración de la “Semana europea contra el cáncer”; prevista en este plan como culminación de la campaña de 1998, ha pasado a celebrarse anualmente la segunda semana de octubre, especializándose, cada año, en un tema concreto (por ej. en 1995 se dedicó a la promoción del Código europeo contra el cáncer, en 1996 a la prevención de los cánceres de piel); estas semanas consiguen producir un destacado impacto cuantitativo (gran presencia en los medios de comunicación) y cualitativo (así lo muestra el eurobarómetro).

Nos referimos, ya por último y por lo que respecta a la cercana actualidad, al **Plan de acción 1996-2000**, adoptado tras la entrada en vigor del TUE y, por consiguiente, enmarcado dentro de la nueva Política comunitaria de la salud pública. Su *Alcance*, se define a través de 22 acciones debiendo velar la Comisión para que exista coherencia y complementariedad entre estas acciones comunitarias y las que se realizan en otros programas e iniciativas comunitarias. El objetivo es el de ayudar a los Estados miembros a lograr plenamente sus objetivos en la lucha contra el cáncer; para ello, la Comisión garantizará la puesta en práctica de las 22 acciones propuestas en estrecha cooperación con los Estados miembros (se verá asistida, en la ejecución del programa, por un Comité consultivo compuesto por representantes de los Estados miembros y cooperará con las instituciones y organizaciones activas en materia de lucha contra el cáncer). Se fomentará, además, la cooperación con terceros países y con Organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública⁵². La dotación financiera es de 64 millones de ecus. Respecto a su *Ámbito material*, las acciones aparecen clasificadas en cuatro campos: Recogida de datos e investigación, existiendo una propuesta de tres acciones con el objetivo de ampliar y mejorar los conocimientos sobre las causas, la prevención y el tratamiento del cáncer y facilitar la recogida de datos fiables comparables sobre la incidencia del cáncer con vistas a determinar las tendencias y elaborar estudios epidemiológicos a escala europea. Información y educación para la salud: hay una propuesta de 10 acciones con el objetivo de contribuir a mejorar los conocimientos de los ciudadanos europeos sobre los riesgos y la prevención del cáncer e incitarlos a que adopten hábitos de vida sanos. Detección precoz y diagnóstico sistemático: se ha presentado una propuesta de

⁵⁰ Informes de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social sobre la ejecución del programa: en 1992, COM(93)148 final; en 1993, COM (94)550 final; programa entero, COM (95)356 final.

⁵¹ Prevención del tabaquismo y apoyo legislativo para esta acción, actividades de información relativas, en particular, a la promoción del código europeo contra el cáncer, elaboración de estrategias de educación para la salud y de material didáctico relativo a la prevención del cáncer en la escuela, creación de redes de detección precoz y sistemática del cáncer de mama y de cuello uterino, formación del personal sanitario y estudios sobre nutrición y cáncer.

⁵² Los países de la AELC y los de Europa Central y Oriental, Malta y Chipre, podrán participar en las actividades que se describen en el anexo en las condiciones establecidas en los acuerdos celebrados con la Comunidad.

tres acciones con el fin de contribuir a mejorar y aumentar las posibilidades de detección precoz, en particular mediante el desarrollo y la difusión de programas de diagnóstico y prácticas adecuadas. Formación y control y garantía de calidad: hay una propuesta de seis acciones con el objetivo de mejorar la formación de los profesionales en relación con el cáncer y a mejorar los métodos de control de calidad. Por lo que se refiere al Balance provisional de este Plan: la Comisión deberá presentar un informe provisional intermedio y un informe final cuando acabe el plan. Destacar, por el momento, la creación de un Comité consultivo para la prevención del cáncer⁵³.

Por otra parte y estrechamente relacionado con el Programa de la Europa contra el cáncer, hay que subrayar la acción comunitaria de **lucha contra el tabaquismo**. Al respecto, deben destacarse una serie de actuaciones, como: la Resolución sobre la prohibición de fumar en lugares destinados al público, de 18 de julio de 1989⁵⁴; la Resolución sobre la reducción del consumo de tabaco en la Comunidad Europea, de 26 de noviembre de 1996⁵⁵.

Asimismo, se deben mencionar ciertas Directivas como: la Directiva sobre coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva, de 3 de octubre de 1989⁵⁶; las Directivas relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos de tabaco⁵⁷ de 13 de noviembre de 1989 y de 15 de mayo de 1992; la Directiva relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros respecto al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos, de 17 de mayo de 1990⁵⁸. Finalmente, debemos mencionar el proyecto de Directiva sobre la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la publicidad de los productos de tabaco. Con ella se trata de prohibir toda forma de publicidad para los productos del tabaco y así el campo de aplicación se desea que sean todas las formas y medios (todas a excepción de la radiotelevisiva, la cual cubre la citada Directiva de 1989). Se trata de una Directiva que ha sido bastante problemática, especialmente por la cuestión de los patrocinios deportivos. La propuesta de Directiva data de 1991 y, desde entonces, había estado bloqueada en el Consejo por no conseguir la mayoría cualificada que le permitiría alcanzar una posición común; la oposición la protagonizaban Reino Unido, Países Bajos, Grecia, Alemania y Dinamarca, recientemente, el 4 de diciembre de 1997 se alcanzó la posición común y el procedimiento sigue, actualmente, su curso. Sin duda, el hecho de legislar en una materia tan sensible, social y económicamente, como la presente por medio de una directiva adoptada, no por unanimidad, sino por mayoría cualificada, constituye una muestra significativa del grado de integración que se está alcanzando en la construcción europea en general y, en particular, en el ámbito de la protección de la salud.

⁵³ Decisión 96/469/CE de la Comisión, de 30 de julio de 1996. DO L 192 de 02.08.1996.

⁵⁴ Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo (DO C 189 de 26.7.89). Destacar, además, que el 14 de noviembre de 1996, la Comisión elaboró un Informe (que envió a Consejo, PE, Comité Económico y Social y CdR) relativo al curso dado a dicha resolución; COM (96) 573 final. Este Informe se sirve de las informaciones facilitadas por las autoridades de los Estados miembros, constatando así que en todos ellos existen actualmente normativas que limitan la posibilidad de fumar en los lugares destinados al público; el Reino Unido es el único que no ha establecido un instrumento jurídico específico y continúa basándose en un simple código de buena práctica.

⁵⁵ Resolución del Consejo. DO C de 11.12.1996.

⁵⁶ Directiva 89/552/CEE del Consejo. DO L 298 de 17.10.89.

⁵⁷ Directiva 89/622/CEE del Consejo, de 13 de noviembre de 1989 (DO L 359 de 8.12.1989) modificada por la Directiva 92/41/CEE, de 15 de mayo de 1992 (DO L 158 de 11.6.1992).

⁵⁸ Directiva 90/239/CEE del Consejo. DO L 137 de 30.5.1990.

b.2.) Toxicomanía

El origen de estas acciones está estrechamente vinculado a la dimensión que alcanzó el problema de la droga en la década de los 80 y las dificultades encontradas por los Estados miembros en su lucha por combatir este problema. Tal estado de cosas llevó a que se tomaran, antes del TUE, una serie de iniciativas. De este modo, especialmente durante los años 1987-1990, se adoptaron una serie de acciones basadas en la prevención (elaboración de programas de información, educación, tratamiento y rehabilitación, así como intercambio de datos y coordinación general de los sistemas de tratamiento existentes en los Estados miembros). Esta primera fase culmina, en 1990, con el **Primer Plan de Acción**. En 1993, se dota a la lucha contra la droga de un importante instrumento: el **Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías**.

En estos años las Instituciones comunitarias han multiplicado su labor en este terreno. De este modo, si nos acercamos al Parlamento Europeo, vemos cómo se creó una Comisión de investigación sobre el problema de la droga en los Estados miembros. Con tal acción manifestaba su interés por estudiar minuciosamente los factores que activan la demanda de droga y permiten la continuación de la producción y la distribución de las drogas. Además, una serie de Resoluciones adoptadas en: 1980⁵⁹, 1982⁶⁰ y 1985⁶¹ sobre el uso indebido de las drogas, mostraban su preocupación constante por estos temas.

El Consejo europeo durante su reunión de octubre de 1986 destacó la importancia de fortalecer de manera sistemática y permanente la acción de la Comunidad y sus Estados miembros en la lucha contra la droga y la delincuencia organizada, solicitando a los órganos responsables que velen por la rápida ejecución del programa elaborado por el Comité europeo de Lucha antidroga (CELAD, en adelante). Además solicitaba al Consejo de Ministros que lograra un acuerdo sobre el blanqueo de capitales y que se tomara una decisión rápida sobre el Centro europeo de observación de la droga. Se declaró, además, que en las políticas relacionadas con los países terceros debería tomarse en consideración el objetivo de la lucha contra la droga, debiendo desempeñar el CELAD un papel de impulso y de coordinación en la acción de los Estados miembros en el plano internacional.

El Consejo adoptó en 1989 una Resolución relativa a una red europea de datos sanitarios en materia de toxicomanía⁶² con la que trata de responder al aumento de la toxicomanía y sus consecuencias para la salud pública, y destaca la necesidad de reforzar los intercambios de información con y entre los Estados miembros al respecto. Además invita a la Comisión a elaborar, contando con la asistencia de un grupo de trabajo, el inventario completo de los trabajos ya realizados o previstos⁶³ por parte de los Estados miembros y de los organismos internacionales como el Grupo Pompidou del Consejo de Europa o la OMS. Se trata de recoger esta información de modo sistemático e instaurar una cooperación y prestar asistencia con el fin de mejorar las posibilidades de comparación, determinando asimismo esta Comisión los sectores en que es necesario realizar actividades complementarias y presentará un informe al Consejo.

⁵⁹ DO C 85 de 8.4.1980.

⁶⁰ DO C 149 DE 14.6.1982.

⁶¹ DO C 262 de 14.10.1985.

⁶² Resolución del Consejo y de los ministros de sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo, de 16 de mayo de 1989. DO C 185 de 22.7.89.

⁶³ Existen en los diferentes Estados miembros estructuras de probada utilidad para la recopilación de información sobre la utilización ilícita de drogas pero esta información no se reúne en un fondo común dado que las diferencias legislativas y de organización dificultan su comparación.

El Consejo europeo de Dublín en junio de 1990 subrayó que corresponde a cada Estado miembro “elaborar un programa adecuado de reducción de la demanda de droga” y consideró que “una acción eficaz de cada Estado miembro apoyada por una acción común de los Doce y de la Comunidad, debería constituir una de las principales prioridades durante los próximos años”. Además, y a resultas de una invitación que cursó a la Comisión, ésta elaboró, en diciembre de 1990, un Primer informe sobre los programas nacionales para reducir la demanda de drogas.

Un importante paso en la actuación comunitaria en este ámbito específico es el determinado por la elaboración del **Primer Plan de Acción contra la droga** por el CELAD, recogiendo las conclusiones del Consejo Europeo de diciembre de 1990. En él se insiste en la continuidad de las medidas de carácter preventivo iniciadas con anterioridad. Entre estas medidas, una de las más llamativas es la organización de unas “semanas europeas de prevención contra la droga” (septiembre de 1992 y octubre de 1994).

En mayo de 1992 la Comisión presentó su Segundo informe sobre los programas nacionales para reducir la demanda de drogas, donde ofrecía una perspectiva general sobre las acciones realizadas a nivel comunitario y resumía las actividades emprendidas por la propia Comisión.

Otro aspecto, ya mencionado, de especial transcendencia fue la creación del Observatorio Europeo de la Droga y de las Toxicomanías (OEDT, en adelante), en 1993⁶⁴, con el objetivo de suministrar a los Estados la información adecuada sobre el uso de estupefacientes, sus consecuencias y otros aspectos de índole socio-económica. Con tal finalidad, se pretende que coopere, de forma activa, con Organizaciones internacionales y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, especialmente europeas, con competencias en el sector de la droga. Este Observatorio (con sede en Lisboa) se ha dedicado en su primer año (1994) a la creación de la infraestructura administrativa en Lisboa, el segundo (1995) fue un año experimental dedicado al inicio de las funciones que se le habían encomendado y que fructificó en la adopción del primer programa trianual (1995-1997) en el que se consideró prioritaria la epidemiología y el análisis de los instrumentos de reducción de la demanda. Las tareas principales fueron la identificación de indicadores clave, el establecimiento de relaciones de cooperación con las instituciones internacionales competentes y los principales centros de investigación y la organización de REITOX (Red europea de información sobre droga y toxicomanías)⁶⁵. Para los próximos años, la acción parece que va a encaminarse en tres direcciones: - la realización, y entrada en funcionamiento, de una base de datos sobre las actividades de reducción de la demanda en colaboración con los puntos centrales nacionales del sistema REITOX; -la definición de las equivalencias lingüísticas en el ámbito de la demanda; -el establecimiento de una evaluación de los métodos de evaluación de los proyectos de prevención de la demanda⁶⁶.

El marco actual, viene determinado por el **Programa de acción comunitario de prevención de la toxicomanía: 1996-2000**⁶⁷, adoptado tras la entrada en vigor del TUE, donde el art. 129 se refiere expresamente a la toxicomanía. El objetivo que persi-

⁶⁴ Reglamento 302/93/CEE. DO L 36 de 12.2.1993.

⁶⁵ Informe de la Comisión sobre las realizaciones del Observatorio en 1994-1996. COM (97) 146 final.

⁶⁶ Además, en los próximos años sería conveniente: determinar con precisión los derechos y las obligaciones de los puntos centrales nacionales en el marco de REITOX; buscar una mayor coordinación con el programa comunitario 1996-2000 de prevención de la toxicomanía; desarrollar, a escala internacional, las relaciones del Observatorio con el PNUCID (Programa de las Naciones Unidas para el control internacional de la Droga) y el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, así como con la EUROPOL.

⁶⁷ Decisión nº 101/97/CE del PE y del Consejo de 16 de diciembre de 1996. DO L 19 de 22.1.97.

que es el de contribuir a la lucha contra la toxicomanía, en particular estimulando la cooperación entre los Estados miembros, apoyando su acción y promoviendo la coordinación de sus políticas y programas con vistas a prevenir situaciones de dependencia vinculadas al uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como el uso asociado de otros productos con fines toxicomaniacos. En cuanto al Método seguido, se pretende poner el acento en la documentación, la investigación y la evaluación, así como en la información, la educación sanitaria y la formación, y debe tener en cuenta la complejidad del fenómeno considerado, los riesgos asociados al mismo y la importancia fundamental de la gran diversidad de respuestas sanitarias y sociales cruciales para la protección de la salud y la calidad de vida. Respecto a la prevención, busca huir de estereotipos sobre los toxicómanos y, junto a las acciones generales de promoción, llevar una prevención dirigida a grupos específicos en la cual se tendrán en cuenta las condiciones socio-económicas, pues éstas podrán influir en la medidas que se adopten. Por lo que respecta a su Aplicación⁶⁸, la Comisión garantizará la aplicación del programa en estrecha cooperación con los Estados miembros (la Comisión estará asistida por un Comité compuesto por representantes designados por los Estados miembros) y en cuanto al Seguimiento, con el fin de aumentar el valor y el impacto del programa de acción, se procederá a la evaluación continua de las acciones emprendidas, especialmente en lo relativo a su eficacia y a la consecución de los objetivos, tanto a nivel nacional como comunitario, así como proceder, en su caso, a las adaptaciones necesarias. Así, la Comisión, teniendo en cuenta los balances elaborados por los Estados miembros y con la participación, si fuere necesario, de expertos independientes, llevará a cabo la evaluación de las acciones emprendidas.

Finalmente, hay que referirse a la ineludible necesidad de reforzar la Cooperación Norte-Sur en materia de lucha contra las drogas y la toxicomanía. En relación con ello, conviene recordar que, en el plano internacional, la Comunidad participa en el Convenio de Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, como partícipe, colabora con los países socios en la gestión y control del comercio internacional de esas sustancias; desde 1987, la UE ha dedicado 105 millones de ecus para la cooperación en materia de lucha contra la droga. En esta línea, ha de situarse el Reglamento de 1997 sobre la cooperación Norte-Sur en materia de lucha contra las drogas y la toxicomanía⁶⁹.

b.3.) Sida

Las acciones específicas relativas al Sida tienen como objetivo fijar los principios básicos comunes que deben guiar la prevención y la lucha contra el sida en los Estados miembros y elaborar un plan de acción y de coordinación de las actividades nacionales y comunitarias, creando para ello una estructura encargada de su puesta en práctica. La lucha contra esta enfermedad es un desafío para la salud pública a escala internacional y, en este sentido, es preciso que la Comunidad actúe en colaboración permanente con los Estados miembros y con la OMS. Para ello, los principios que gobernarán su actuación van a ser: la prevención mediante información y educación sanitaria, como prioridades en la lucha contra el sida; en cambio, carece de eficacia como medida preventiva, según la Comisión, una política de detección sistemática y obligatoria; y debería, en cualquier caso, evitarse todo tipo de discriminación y estigmatización de las personas afectadas, particularmente en el empleo.

⁶⁸ Será igual con el programa del sida.

⁶⁹ Reglamento 2046/97/CE de 13 de octubre de 1997; DO L de 21.10.1997.

Por lo que se refiere a la evolución de estas acciones, debemos recordar que a partir de mediados de los ochenta, las Instituciones europeas empezaron a manifestarse con asiduidad sobre la necesidad de prevenir y combatir el sida. Durante los años 1987-1989 se implantaron una serie de acciones de carácter general sobre la información al público, estudios comparativos sobre la situación de la enfermedad en Europa y difusión de los conocimientos. Durante el período 1990-1995 se puso en marcha un Programa sobre prevención y control de la enfermedad.

Otros momentos y aspecto que cabe retener de estos años son: Las Conclusiones del Consejo de 15 de mayo de 1987, donde se recogen por primera vez orientaciones de carácter general sobre este problema⁷⁰. La creación en 1987 de un **Grupo ad hoc "SIDA"**, donde con la participación de la Comisión se reúnen los responsables de la salud pública de los Estados miembros, con la misión de fijar una estrategia común y, en particular: proponer un procedimiento de intercambio de información que permita garantizar, a escala comunitaria, el intercambio rápido de datos epidemiológicos y la información mutua sobre las iniciativas científicas y las medidas de carácter técnico, administrativo y jurídico consideradas o aprobadas por los Estados miembros; proponer acciones comunes de lucha contra el sida; poner a punto métodos de evaluación de las acciones emprendidas en la Comunidad.

A partir de 1989 se va a mejorar **el sistema de intercambio de información**, gracias a la intensificación de los trabajos de grupo y la prosecución del examen de las necesidades y de las ventajas del intercambio rápido de datos epidemiológicos concretos y lo más detallados posible, con garantías para la protección de su carácter anónimo y confidencial. Además, el intercambio de información se mejoró también al incluir informaciones basadas en una serie de criterios acordados previamente; de este modo se facilitaba la evaluación de la eficacia de las medidas de prevención adoptadas en los Estados miembros y se obtenían indicaciones precoces sobre el desarrollo de los esquemas y de las tendencias epidemiológicas. Para los años 1989-90 se elaboraron una serie de Medidas complementarias adoptadas en diferentes ámbitos relacionados con la lucha contra el sida, se trataba de medidas de tres tipos: programas basados en el asesoramiento personalizado y medidas de apoyo a los toxicómanos (por ejemplo, campañas de educación e información, servicios de asistencia y de asesoramiento y un acceso fácil al material de inyección estéril); preparar a las empresas para afrontar el problema del sida teniendo en cuenta el hecho de que en las relaciones y los contactos de trabajo no existe riesgo de contaminación del sida; desarrollar los intercambios de información, experiencias y expertos en lo que respecta a las intervenciones médicas y sociales en favor de las mujeres embarazadas y de los neonatos seropositivos, la organización de la asistencia a domicilio y la asistencia sanitaria de los enfermos de sida así como el provisionamiento de material de inyección seguro.

En 1991 se elaboró el **Programa "Europa contra el sida" (1991-1995)** con un primer plan de acción para el período 1991-1993⁷¹. El objetivo era el de detener la epidemia del sida luchando contra su propagación a través de un conjunto de acciones de prevención y control y de una amplia sensibilización del público mediante un aumento y una coordinación de la información. Como siempre, con el fin de optimizar los esfuerzos, se presta una atención especial a la labor de coordinación de las acciones naciona-

⁷⁰ DO C 178 de 7.7.1987, pp. 1-3.

⁷¹ Decisión 91/317/CEE del Consejo y de los ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de 4 de junio de 1991. DO L 175 de 04.07.1991.

les y comunitarias y se trata de dar continuidad a las acciones ya emprendidas⁷². El programa se amplió dos años más, hasta el 31 de diciembre de 1995⁷³. Según datos de 1994, durante 1991-1993 las acciones de prevención y de asistencia social y psicológica representaron los mayores porcentajes del presupuesto total⁷⁴.

Tras el TUE hay que destacar los siguientes avances: el **Plan Europa contra el sida (1996-2000)** que ya se encuadra dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública⁷⁵, destacándose al respecto, por lo que se refiere a su ámbito material, que este se divide en: vigilancia y control de las enfermedades transmisibles; lucha contra la transmisión; información, educación y formación; asistencia a personas infectadas por el sida y lucha contra la discriminación. Cuenta con un presupuesto de 49,6 millones de ecus para todo el período (5 años).

C) Libre prestación de servicios y libertad de establecimiento de las profesiones sanitarias

En paralelo a la constitución de una Política comunitaria de la salud pública se ha ido definiendo el marco jurídico de la movilidad, dentro del espacio europeo, de los profesionales que se dedican a actividades sanitarias. Esta cuestión se entronca con el principio clásico del Derecho comunitario relativo a la libre circulación de las personas y, en relación con el mismo, hay que recordar, en primer lugar, que el art.3, a) del TCE señala que para alcanzar los fines que le son propios, la acción de la Comunidad implicará la supresión entre los Estados miembros de los obstáculos a la libre circulación de mercancías, personas, servicios y capitales.

Respecto de estos trabajadores, conviene subrayar, en segundo lugar, que este principio encuentra su desarrollo en el art. 49, donde se prevé que el Consejo adopte, mediante directivas o reglamentos, las medidas necesarias a fin de hacer progresivamente efectiva la libre circulación de los trabajadores.

La eliminación de obstáculos queda también enunciada en el art 57, por lo que respecta al derecho a la libertad de establecimiento, señalándose que, con el fin de facilitar el acceso a las actividades no asalariadas y su ejercicio, el Consejo adoptará directivas para el reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos.

En este contexto, sin perjuicio de la armonización sectorial de algunos sectores destinada a facilitar la libre circulación y el reconocimiento mutuo de diplomas, el sistema establecido por el Consejo se basa en dos directivas generales: Directiva

⁷² Este programa completa una serie de acciones emprendidas por la Comunidad y los Estados miembros, orientados inicialmente hacia los Estados ACP, América latina y el sureste asiático. Además, si en el marco de las acciones de investigación y desarrollo que precedieron al programa 1991-1993 se había prestado una especial atención a la biología y a la transmisión del virus, el programa 1991-1993 venía a completar estas primeras iniciativas al instituir una cooperación entre las personas competentes en los Estados miembros.

⁷³ Decisión 95/1729/CE del Parlamento y del Consejo, de 19 de junio de 1995 relativa a la prolongación del programa "Europa contra el sida". DO L 168 de 18.7.1995.

⁷⁴ Informe de la Comisión sobre la puesta en marcha del programa en 1993; COM (94) 525 final.

⁷⁵ La acción de la Comisión está concebida para ayudar a los Estados miembros a alcanzar plenamente sus objetivos en la lucha contra el sida; un Comité consultivo compuesto por representantes de los Estados miembros, asistirá a la Comisión en la aplicación del programa; la Comisión asegurará que haya coherencia y continuidad respecto a los demás programas e iniciativas de la Comunidad; durante la aplicación del programa se fomentará la cooperación con los terceros países, las Organizaciones internacionales y las Organizaciones no gubernamentales; seguimiento: la Comisión presentará al Parlamento europeo y al Consejo un informe intermedio y un informe final al término del programa; etc.

89/48/CEE⁷⁶, relativa a un sistema general de reconocimiento de los títulos de enseñanza superior que sancionan formaciones profesionales de una duración mínima de tres años; y Directiva 92/51/CEE⁷⁷, relativa a un segundo sistema general de reconocimiento de formaciones profesionales, que completa la anterior.

En cuanto a la **libre circulación de los médicos (de medicina general y especialistas) y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos**, el Consejo ha adoptado una Directiva específica: la Directiva 93/16/CEE del Consejo de 5 de abril de 1993 destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos⁷⁸, modificada por la Directiva 97/50/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de octubre de 1997 destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento de sus diplomas, certificados y otros títulos⁷⁹.

La libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos estaba regulada, antes de la adopción de las citadas Directivas, por las Directivas 75/362/CEE del Consejo, de 16 de junio de 1975, sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de la libre prestación de servicios⁸⁰, y 75/363/CEE del Consejo, de 16 de junio de 1975, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas referentes a las actividades de los médicos⁸¹, Directivas que han sido modificadas varias veces y de forma sustancial; por lo que se hace necesario, en aras de la racionalidad y de la claridad, proceder a la codificación de dichas Directivas; siendo oportuno además, al refundir dichas Directivas en un solo texto, añadir la Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a una formación específica en medicina general⁸².

El principio básico es que el derecho de establecimiento en cualquier país de la Unión, ya sea como independiente o como asalariado, se obtiene sobre la base del reco-

⁷⁶ Esta Directiva de 21 de diciembre de 1998, responde a una nueva estrategia para hacer efectivo el derecho al libre establecimiento en el interior de los Estados miembros; estrategia según la cual debe procederse a un reconocimiento general de los títulos sin necesidad de llevar a cabo ninguna armonización previa de los mismos, estableciéndose en contrapartida unas condiciones compensatorias aplicables cuando la formación adquirida en un Estado de origen no se corresponda con la exigida en el Estado miembro de acogida.

Esta Directiva afecta a todas las profesiones que requieren una formación universitaria y que no han sido objeto de Directivas específicas de reconocimiento. Por otra parte, los títulos que posean los ciudadanos comunitarios que hayan sido obtenidos en terceros países se incluyen también en su ámbito de aplicación, siempre que la mayor parte de la educación se haya adquirido en la Comunidad, o que el titular cuente con una experiencia profesional de tres años en el Estado miembro que haya reconocido el título.

El mecanismo de reconocimiento establecido por la Directiva se asienta en un principio básico, consistente en el reconocimiento de pleno derecho por parte del Estado miembro de acogida. No obstante, excepcionalmente, el reconocimiento por parte de dicho Estado quedará condicionado a una compensación, consistente en un período de prácticas controladas, en una prueba de aptitud o en una experiencia profesional previa.

⁷⁷ El sistema establecido en la Directiva 89/48/CEE se completó en 1992 con el Directiva 92/51/CEE del Consejo, relativa a un segundo sistema general de reconocimiento de formaciones profesionales, relativo al reconocimiento de cualificaciones profesionales excluidas del régimen general de la Directiva de 21 de diciembre de 1988.

⁷⁸ DOCE L 165 de 7.7.93.

⁷⁹ DOCE L 291 de 24.10.97.

⁸⁰ DOCE L 167 de 30.6.1975. Directiva modificada en último lugar por la Directiva 90/658/CEE, DOCE L 353 de 17.12.1990.

⁸¹ DOCE L 167 de 30.6.1975. Directiva modificada en último lugar por la Directiva 90/658/CEE, DOCE L 353 de 17.12.1990.

⁸² DOCE L 267 de 19.9.1986.

nocimiento del título. En caso de simple prestación de servicios, la Directiva ha establecido procedimientos simplificados en lo que se refiere a la autorización de inscripción requeridas. El reconocimiento de la titulación sólo es obligatorio y automático si se posee un título obtenido en un Estado miembro y previsto en la Directiva. Por tanto, sólo es obligatorio y automático para todos los Estados miembros si el título permite ejercer la medicina general o una especialidad médica común a todos los Estados miembros y mencionada como tal en la Directiva (las formaciones especializadas de que se trata son las siguientes: anestesia-reanimación, cirugía general, neurocirugía, ginecología-obstetricia, medicina interna, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría, medicina de las vías respiratorias, urología, ortopedia, anatomía patológica, neurología, psiquiatría (art. 5)). Para los títulos de médicos especialistas que no son comunes más que para algunos Estados miembros (las formaciones especializadas de que se trata son: biología clínica, hematología biológica, inmunología, cirugía vascular, cirugía pediátrica... (art. 7)), el reconocimiento sólo es automático y obligatorio para esos Estados miembros. Para las demás especializaciones no cubiertas por la Directiva o cubiertas únicamente por el Estado miembro de acogida, el reconocimiento es obligatorio e individual pero sólo se obtiene una vez que el Estado miembro ha procedido a una comparación entre la formación obtenida en el Estado miembro de origen y la que puede obtenerse en el Estado miembro de acogida. En su caso, puede exigirse una formación complementaria.

En algunos casos especiales, en concreto en caso de formación antigua adquirida en algunos Estados miembros antes de la aplicación de las Directivas, o de distinta denominación del título, éste podrá acogerse al reconocimiento en determinadas condiciones.

En cuanto a la **libre prestación de servicios**, cuando un Estado miembro exija a sus nacionales bien una autorización, bien la inscripción o afiliación a una organización u organismo profesionales para el acceso a una de las actividades de los médicos o para su ejercicio, dicho Estado miembro dispensará de esta exigencia a los nacionales de los Estados miembros en caso de prestación de servicios. El beneficiario ejercerá la prestación de servicios con los mismos derechos y obligaciones que los nacionales del Estado miembro de acogida; estará sometido, en particular, a las disposiciones disciplinarias de carácter profesional o administrativo aplicables en ese Estado miembro (art. 17). Por otra parte, la Directiva no prevé el reconocimiento de una formación obtenida en un tercer país. No obstante, cada Estado miembro puede reconocer una formación de tal naturaleza. En tales casos, el reconocimiento únicamente vincula al Estado miembro que lo concede y sólo es válido en su territorio.

Las autoridades del Estado miembro de acogida disponen de un plazo de 3 meses para tramitar su solicitud de acceso a la actividad. En caso de denegación, la decisión debe ser motivada y susceptible de recurso jurisdiccional interno.

En cuanto a los trámites nacionales en España, éstos vienen siendo los siguientes⁸³: 1) Procedimientos nacionales en vigor: En principio, toda solicitud de autorización debe presentarse al Consejo Oficial de Médicos del que dependa la ciudad o municipio en el que pretenda trabajar. Sin embargo, tratándose de especialidades no previstas en la Directiva o previstas únicamente, en el caso de España, como Estado de acogida, las solicitudes deben presentarse al Ministerio de Educación y Ciencia. Por otro lado,

⁸³ Los textos nacionales de referencia son: Real Decreto 1691/1989, modificado por el Real Decreto 2072/1995 y Real Decreto 766/1992, modificado por el Real Decreto 737/1995, sobre entrada y permanencia en España de nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y otros Estados partes del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

deberá solicitarse una tarjeta de residencia ante el servicio competente (Oficina de extranjeros, Gobierno civil o Comisaría de Policía) de la Provincia. 2) Información y documentación que debe presentarse a las autoridades competentes: Se le exigirá, en particular: a) pasaporte o documentos de identidad, b) título, certificado o equivalente, c) certificado de moralidad u honorabilidad.

El **reconocimiento del título de dentista** aparece regulado en las directivas: 78/686/CEE y 78/687/CEE⁸⁴; 81/1057/CEE⁸⁵; 89/594/CEE⁸⁶; y 90/658/CEE⁸⁷. Para acogerse al reconocimiento obligatorio y automático, el título deberá haber sido obtenido en un Estado miembro y debe ser mencionado como tal en la Directiva. Aunque, por regla general, se obtendrá el reconocimiento de un título reciente que de acceso al ejercicio de la profesión de dentista en el Estado miembro de origen, en caso de duda, conendrá consultar a la asociación profesional nacional. En lo que se refiere a los títulos de especialización en ortodoncia y en cirugía bucal, el reconocimiento sólo es obligatorio y automático entre los Estados miembros enumerados como tales en la Directiva. Para las demás especializaciones, no previstas en la Directiva o previstas únicamente en el Estado miembro de acogida, el reconocimiento es obligatorio e individual, pero sólo se obtiene una vez que el Estado miembro de acogida ha procedido a una comparación entre la formación obtenida en el Estado miembro de origen o de procedencia y la formación requerida en el Estado miembro de acogida; eventualmente puede exigirse una formación complementaria.

En algunos supuestos especiales, en particular en caso de formación antigua adquirida en determinados Estados miembros antes de la aplicación de las Directivas o de distinta denominación del título, éste podrá acogerse al reconocimiento en determinadas condiciones.

En ciertos supuestos particulares, los títulos de médico obtenidos en Italia o en España podrán acogerse al reconocimiento en el marco de la Directiva "dentistas".

La Directiva no prevé el reconocimiento de una formación obtenida en un tercer país. No obstante, cada Estado miembro puede reconocer una formación de tal naturaleza. En tales casos, el reconocimiento únicamente vincula al Estado miembro que lo concede y sólo es válido en su territorio.

Las autoridades del Estado miembro de acogida disponen de un plazo de 3 meses para tramitar su solicitud de acceso a la actividad. En caso de denegación, la decisión debe ser motivada y susceptible de recurso jurisdiccional interno.

Respecto de los trámites nacionales en España, éstos son los siguientes: 1) Procedimientos nacionales en vigor: la solicitud de reconocimiento deberá dirigirse al Ministerio de Educación y Cultura. 2) Información y documentación: Básicamente deberá presentarse: documento que certifique la nacionalidad, un título o diploma que le habilite para el ejercicio de la profesión en el Estado miembro de origen.

⁸⁴ DOCE L 233, de 24.8.1978, tal como han sido modificadas por: actas de adhesión de Grecia (DOCE L 291, de 19.11.1979) y de España y Portugal (DOCE L 302, de 15.11.1985).

⁸⁵ DOCE L 385, de 31.12.1981.

⁸⁶ DOCE L 341, de 23.11.1989.

⁸⁷ DOCE L 353, de 17.12.1990; acta de adhesión de Austria, Finlandia y Suecia (DOCE L 1, de 01.1.1995).

Por lo que se refiere a las **Profesiones Paramédicas**⁸⁸, los textos de referencia son las Directivas 89/48/CEE⁸⁹ y 92/51/CEE⁹⁰. En cuanto a los principios básicos que lo gobiernan: el sistema general de reconocimiento de las titulaciones cubre las profesiones paramédicas, a excepción de los enfermeros de cuidados generales y de las matronas, cuya formación ha sido objeto de una armonización mínima que permite el reconocimiento automático de sus titulaciones. En relación con los límites: el campo de actividad de dos profesiones que tengan la misma denominación o una denominación distinta en dos Estados miembros puede variar sustancialmente de un Estado a otro.

Las profesiones paramédicas están supeditadas a las normas aplicables en el Estado miembro en que se desea ejercer la profesión, el cual define las modalidades de acceso a la actividad y al ejercicio de la profesión. En la mayoría de los casos, las profesiones paramédicas están muy reguladas, su ejercicio precisa una autorización previa y sus actuaciones tienen un carácter exclusivo.

En algunos Estados miembros determinadas actividades profesionales están reservadas a los médicos: quiropraxis, osteopatía, medicina alternativa (por ejemplo, Bélgica, Italia, Austria), mientras que otros Estados miembros pueden autorizar el ejercicio de las mismas a personas que no tengan cualificaciones médicas, pero posean otras (por ejemplo, es el caso de los "Heilpraktiker" (medicina alternativa) en Alemania, de los quiroprácticos en Reino Unido, Dinamarca y Finlandia, y los osteópatas en Reino Unido y Finlandia).

En principio, el sistema general prevé el reconocimiento de los títulos de los enfermeros especializados. Sin embargo, existen dos posibilidades si se desea ejercer en un Estado en que la profesión es ejercida por enfermeros de cuidados generales: si la especialización del enfermero especializado es posterior a una de las titulaciones recogidas en la Directiva para los enfermeros de cuidados generales, entonces el reconocimiento de su titulación es automático; si no es éste el caso, el Estado miembro tiene que tomar en consideración las cualificaciones del enfermero migrante y proceder a un examen comparativo con la formación requerida⁹¹.

Conviene subrayar la importancia de las normas relativas a la seguridad social que entran en juego en este tipo de profesiones, distintas según los Estados miembros, y que permiten o no, según las profesiones, la concesión del reembolso de determinadas prestaciones a los profesionales que reúnan determinadas condiciones. El sistema general de reconocimiento podría no aplicarse en algunos casos aislados en que la diferencia de nivel entre las dos cualificaciones profesionales es excesiva.

En relación con los trámites en España, el procedimiento a seguir es el siguiente: las solicitudes de reconocimiento deben dirigirse a la autoridad competente en España para recibir y tramitar las solicitudes referentes a la profesión médica regulada que se desea ejercer. Por otra parte, pueden obtenerse también informaciones útiles rela-

⁸⁸ Ejemplos de profesiones paramédicas: auxiliar de enfermería, dietista, higienista bucodental, enfermero de cuidados especializados, manipulador de electroradiología, podólogo, psicólogo, psicoterapeuta, técnico de laboratorio de análisis, terapeuta.

⁸⁹ Directiva del Consejo de 21 de diciembre de 1988 relativa a un sistema general de reconocimiento de los títulos de enseñanza superior que sancionan formaciones profesionales de una duración mínima de tres años (DOCE L 19 de 24.1.89).

⁹⁰ Directiva 92/51/CEE del Consejo de 18 de junio de 1992 relativa a un segundo sistema general de reconocimiento de formaciones profesionales que completa la Directiva 89/48/CEE (DOCE L 209, de 24.7.92).

⁹¹ Arts. 48, 52, 59, y jurisprudencia del Tribunal de Justicia en las sentencias Heylens, Vlassopoulou y Newman.

tivas a la profesión en los distintos Estados miembros en las asociaciones profesionales de las distintas profesiones, ya sea a nivel nacional o europeo.

Por lo que respecta al Reconocimiento de títulos académicos: **enfermero responsable de cuidados generales**, cabe enunciar como normas de referencia, las siguientes Directivas: 77/452/CEE⁹², 81/1057/CEE⁹³, 89/594/CEE y 89/595/CEE⁹⁴, 90/658/CEE⁹⁵, tal como han sido modificadas por las Actas de adhesión de Grecia, España y de Portugal, de Austria, Finlandia y de Suecia. En cuanto a los límites: para acogerse al reconocimiento obligatorio y automático, el título deberá haber sido obtenido en un Estado miembro y debe ser mencionado como tal en la Directiva. En general, un título reciente que le permita el acceso a la profesión en su Estado miembro de origen le será reconocido pero, en caso de duda, es conveniente consultar a la asociación profesional nacional. En algunos casos especiales, en particular en caso de formación antigua adquirida en algunos Estados miembros antes de la aplicación de las Directivas, o de distinta denominación del título, éste podrá acogerse al reconocimiento en determinadas condiciones.

En caso de duda justificada, el Estado miembro de acogida puede exigir a las autoridades competentes del Estado miembro de origen o de procedencia la confirmación de la autenticidad del título, así como la confirmación de que el beneficiario cumple todos los requisitos mínimos de formación previstos en las Directivas. La Directiva no prevé el reconocimiento de una formación obtenida en un tercer país. No obstante, cada Estado miembro puede reconocer una formación de tal naturaleza. En tales casos, el reconocimiento únicamente vincula al Estado miembro que lo concede y sólo es válido en su territorio. Las autoridades del Estado miembro de acogida disponen de un plazo de 3 meses para tramitar su solicitud de acceso a la actividad. En caso de denegación, la decisión debe ser motivada y susceptible de recurso jurisdiccional interno.

Finalmente y en cuanto al reconocimiento de títulos: **matronas**, los textos de referencia son las Directivas: 80/154/CEE y 80/155/CEE⁹⁶, tal como han sido modificadas por las Actas de adhesión de Grecia⁹⁷, y de España y Portugal⁹⁸, 89/594/CEE; 90/658/CEE⁹⁹; acta de adhesión de Austria, Finlandia y Suecia. En cuanto a los límites, únicamente poner de manifiesto que para acogerse al reconocimiento obligatorio y automático en todos los Estados miembros, el título debe haber sido obtenido en un Estado miembro y debe ser mencionado como tal en la Directiva. Sin embargo, si el título ha sido obtenido en Alemania, pueden exigir un certificado complementario de dos años de práctica profesional supervisada posterior a la formación; si ha obtenido su título en Reino Unido o en Portugal, y éste cubre una formación básica de enfermero responsable de cuidados generales seguido de una formación complementaria de matrona de una duración inferior a dos años, podrán exigir la certificación complementaria de un año de práctica profesional supervisada posterior a la formación.

⁹² DOCE L 176 de 15.7.1977.

⁹³ DOCE L 385 de 31.12.1981.

⁹⁴ DOCE L 341 de 23.12.1989.

⁹⁵ DOCE L 353 de 17.12.1990.

⁹⁶ DOCE L 33 de 11.2.1980.

⁹⁷ DOCE L 291 de 19.11.1979.

⁹⁸ DOCE L 302 de 15.11.1985.

⁹⁹ DOCE L 353 de 17.12.1990.

CONSIDERACIONES FINALES

La Política comunitaria de Salud Pública ha adquirido carta de naturaleza en el Derecho comunitario merced al Tratado de la Unión Europea y a la incorporación en el TCE de los arts. 3, o) y 129. Se trata, como hemos visto, de una Política sustentada sobre unas competencias compartidas con los Estados miembros y su ejercicio va a inspirarse, por consiguiente, en el principio de subsidiariedad, de manera que la actuación de aquéllos seguirá siendo primordial dado que las Instituciones comunitarias no actuarán salvo que razones de necesidad o eficacia así lo aconsejen.

Estamos, además, ante una Política complementaria, puesto que a través de ella se pretende apoyar los esfuerzos de los Estados miembros en un campo, como el examinado, que se muestra tan sensible a las presiones políticas, económicas, corporativas y sociales. En atención a ello, y como se desprende del análisis efectuado, la finalidad de la Política de la Salud, no es la de sustituir a las Políticas llevadas a cabo por los Estados miembros, sino ayudarles a formular y aplicar objetivos y estrategias, coordinarlos y contribuir a garantizar una mejor protección de la salud en toda la Comunidad.

Una legislación derivada, cada día más abundante, está desarrollando y concretando los objetivos fijados por esta Política, abandonando el terreno de las declaraciones programáticas y estableciendo marcos de actuación concretos en el terreno de la mejora de la salud pública, la prevención de las enfermedades humanas y la eliminación o reducción de las fuentes de peligro para la salud. Ello se está plasmando en una pluralidad de acciones: medidas horizontales, programas plurianuales y medidas en sectores específicos. Estas disposiciones, adoptadas mediante la técnica de la cooperación legislativa pasaran a ser tomadas, desde la entrada en vigor del Tratado de Amsterdam, por medio de la codecisión, lo que significa un paso adelante en la comunitarización de este sector y una consolidación de la responsabilidad del Parlamento Europeo dentro del mismo.

Esta Política, sin embargo, hoy por hoy, no cubre la generalidad de los aspectos concernientes a la Salud pública, así, por citar un ejemplo altamente ilustrativo, no se refiere a los sistemas nacionales de cuidados sanitarios establecidos por los Estados miembros. Pero, a pesar de esta y otras importantes lagunas, lo cierto es que ya empieza a afectar variados campos de importancia creciente, como son, por ejemplo, los temas de investigación, prevención e información sanitaria. Por otra parte, los problemas a los que se enfrenta esta Política -y no sólo los financieros- son tan ingentes que por sí sola no sería capaz de resolverlos, de ahí la importancia de lograr su correcta articulación con las restantes Políticas comunitarias que puedan tener repercusiones sobre la salud y de hacer, al mismo tiempo, de la salud un componente real e importante de las mismas. Esta exigencia se plasma con meridiana claridad en una serie de ámbitos afectados por la realización del mercado interior (pensemos en la libre circulación de medicamentos y en la movilidad de los profesionales sanitarios), y en una serie de materias como la investigación y tecnología, medio ambiente, cooperación al desarrollo, justicia e interior, etc.

En este orden de ideas, sucesos tan mediáticamente impactantes como el de la enfermedad conocida como la de las "vacas locas" o problemas sociales y sanitarios como la toxicomanía o el sida muestran, también, la necesidad de llevar a cabo no sólo la articulación mencionada sino también establecer cauces de coordinación con las Políticas nacionales de los Estados miembros en la materia. Y, todo ello, sin olvidar que resulta imprescindible el potenciar la presencia de la Unión Europea en los foros internacionales donde se debatan problemas relacionados con la salud y en los que se adopten decisiones que puedan afectar a los ciudadanos comunitarios.

La salud es un derecho fundamental del ser humano, la Europa comunitaria en su lento pero continuo desarrollo ha acabado por incorporarla a su ámbito de preocupación y actuación. Ciertamente, dicho campo es aún hoy en día, muy estrecho, sobre todo si lo comparamos a la magnitud de los desafíos a los que se enfrenta esta incipiente Política de Salud Pública. Pero, poco a poco, mediante iniciativas propias, impulsando la armonización de los sistemas sanitarios de los Estados miembros, buscando la puesta en común de los recursos y actuando coordinadamente en los foros internacionales se va consolidando esta joven Política comunitaria.

En este sentido, pronunciamientos del TJCE como los recientemente efectuados con su Sentencia de 5 de mayo de 1998 confirmando las medidas de emergencia de la Comisión contra la encefalopatía espongiforme bovina, por la que ésta prohibía expedir bovinos, carne de bovino o productos obtenidos a partir de ésta, del territorio del Reino Unido a los demás Estados miembros y a países terceros; o, la adopción por mayoría cualificada -y no por unanimidad- de actos legislativos por el Consejo de la trascendencia social, económica y sanitaria, como los relativos a la prohibición de toda forma de publicidad para los productos del tabaco (afectado directamente a los patrocinadores de eventos deportivos), son una muestra de los avances concretos que se están produciendo en la Política estudiada.

El TUE, al abrir la vía a una acción comunitaria específica en el sector sanitario, ha supuesto un primer paso en esta consolidación. El Tratado de Amsterdam, aunque menos de lo esperado, también avanza en tal dirección. Frente a un horizonte en el sector sanitario cargado de tensiones proteccionistas y corporativistas y crispaciones económicas, la Política comunitaria de Salud Pública podría, pensamos, contribuir a mejorar la salud de los ciudadanos comunitarios si es capaz de conseguir alcanzar un equilibrio entre los intereses económicos y las prioridades sociales, en una Europa cada vez más amplia, heterogénea y, paradójicamente, más integrada.