

COLABORACIÓN ESPECIAL**ESTRATEGIA DE SALUD DE LA UNIÓN EUROPEA:
SALUD PÚBLICA PARA LAS PERSONAS EUROPEAS****Antonio Calvete Oliva**

Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

RESUMEN

La salud es competencia exclusiva de los Estados miembros (EEMM) pero la Unión Europea (UE) tiene la responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 152 del Tratado, de complementar las políticas de los EEMM para mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y evitar las fuentes de peligro para la salud humana; eso incluye 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 y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

Para dar cumplimiento a estas obligaciones, la Comisión Europea (CE) presentó el día 23 de octubre de 2007 el Libro Blanco "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)". Pero la estrategia sanitaria comunitaria se viene gestando desde hace bastante tiempo mediante diversos documentos que han ido prefigurándola, de manera que es fruto de un trabajo largo y continuado desarrollado desde los primeros años noventa.

A lo largo de ese tiempo la Dirección General de Salud Pública ha venido participando en el proceso de elaboración de esos documentos y, por ende, en lo que hoy se presenta como estrategia sanitaria de la Unión Europea.

La idea central de este trabajo es que existe una línea de continuidad evidente y un claro contenido de salud pública, tanto en el Libro Blanco como en los documentos que le precedieron.

Palabras clave: Salud pública. Estrategia sanitaria europea.

ABSTRACT**European Union Health Strategy:
Public Health for European People**

The member States have exclusive authority over health, but the European Union has the responsibility, pursuant to the provisions of Article 152 of the Treaty, of rounding out the policies of the member States in order to enhance public health, prevent diseases and avoid sources of hazards to human health, which includes the fight against the most serious, widespread diseases (by supporting the research of their aetiology, their transmission and prevention), as well as health information and education and the surveillance of serious transborder threats to health, alerting in the event of such threats and combating the same.

In order to fulfil these obligations, the European Commission presented the White Paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013" on October 23, 2007. But the community-based health strategy has been taking shape for some time now by means of different documents which have progressively been prefiguring it, thus being the result of long years of continuous work which has been being done since the early nineties.

Throughout this time, the Directorate General of Public Health has been taking part in the process of preparing these documents and thus in what is now being presented as the EU health strategy.

The main idea around which this work revolves is that there is a patent continuity and clear public health content in both the White Paper and in the documents which preceded it in time.

Keywords: Public Health. Health European Strategy.

Correspondencia:
Dirección General de Salud Pública.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid
Correo electrónico: acalvete@msc.es

INTRODUCCIÓN

El día 6 de octubre de 2007 la Comisión Europea (CE) presentó un Libro Blanco titulado **“Juntos por la salud: un enfoque estratégico para la UE 2008-2013”**. Algunos pueden pensar que es una “nueva estrategia” que rompe con la línea seguida hasta ahora en la Unión Europea (UE). Pero, en mi opinión, es la expresión final de un proceso muy largo que viene gestándose a través de una serie de documentos anteriores elaborados por las distintas Instituciones comunitarias. Los emitidos por el Consejo de Ministros han sido debatidos previamente por el Grupo de Salud Pública del Consejo de la UE, Grupo en el que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo ha tenido representación desde que España ingresó en la Unión Europea.

Mediante la exposición de esos documentos mostraré el desarrollo cronológico del proceso. Y a través de los comentarios de cada uno de ellos intentaré demostrar que, aunque la terminología ha ido cambiando (opciones fundamentales de la política sanitaria, futuras acciones en el ámbito de la salud pública, marco de actuación en el ámbito de la salud pública, desarrollo de la política de salud pública, futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública, acción futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública...), puede constatarse una línea de continuidad desde el primero de esos documentos hasta el Libro Blanco recientemente presentado, tanto en los planteamientos de fondo como en los objetivos que se persiguen.

La idea clave que pretendo desarrollar es que esa línea continua que recorre los documentos que comentaré y que, por ahora, termina en el Libro Blanco, está constituida por claros elementos de salud pública; es decir, que la salud pública es parte fundamental de la estrategia de la UE.

Porque si la salud pública, siguiendo a los manuales clásicos y simplificando mucho, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad, veremos que el esfuerzo de la UE, desarrollado a lo largo de todo este tiempo y concretado en las medidas contempladas en esos documentos y en el Libro Blanco, está dirigido precisamente a cumplir ese objetivo.

Iremos comprobando, al resumir a continuación las disposiciones comunitarias a las que vengo refiriéndome, que hay una serie de cuestiones fundamentales para la salud pública que aparecen constantemente en ellas, tal como luego veremos que están igualmente presentes en el Libro Blanco. Por ejemplo, reducir las desigualdades sanitarias; o la necesidad de tener en cuenta en todas las políticas comunitarias su impacto sobre la salud; o considerar que los factores socioeconómicos son fundamentales; o que hay que combatir las diferencias socioeconómicas; la cooperación con organismos internacionales, especialmente con la OMS; o algo tan clásico y evidente como la prevención de las enfermedades; o la conveniencia de disponer de sistemas de recopilación de datos que sean compatibles y puedan ser compartidos...

No se puede ignorar que a lo largo del tiempo en que se han ido adoptando todas estas disposiciones –desde la primera Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad en el año 1991 hasta el Libro Blanco en octubre de 2007- se han producido importantes cambios en el marco legislativo de la UE. El Tratado de la Comunidad Europea firmado en Roma en 1957 no hacía mención alguna a la salud pública; hubo que esperar a 1992 para que el Tratado de Maastricht incorporara un artículo específico sobre salud pública que, en 1997, fue modificado por el Tratado de Ámsterdam¹.

Tanto el Tratado de Maastricht como el de Ámsterdam proporcionaron una base jurídica para afrontar los asuntos de salud pública en la UE de la que hasta entonces se carecía lo que, en ocasiones, llevaba a situaciones extrañas cuando no absurdas; podríamos recordar como una anécdota si no tuviera una gran trascendencia para la salud pública, el hecho de que una gran parte de la crisis de las “vacas locas” estuvo siendo tratada únicamente por los Consejos de Ministros de Agricultura sin que los de Salud tuvieran intervención alguna. Este es otro de los datos que da gran relevancia al hecho de que la estrategia sanitaria de la UE tenga elementos importantes de salud pública.

DISPOSICIONES COMUNITARIAS EN MATERIA DE SALUD ANTERIORES A LA PUBLICACIÓN DEL LIBRO BLANCO

El 11 de noviembre de 1991, siguiendo las conclusiones de la Conferencia sobre Sanidad celebrada en Noordwijk (Holanda) del 8 al 10 de octubre de 1991, el Consejo de Ministros de Sanidad de la UE adopta una Resolución² en la que, por primera vez en la entonces Comunidad Económica Europea, se habla de establecer bases de datos comunes y comparables así como de sistemas informativos pertinentes que se ocupen, por ejemplo, de la propagación y control de las enfermedades contagiosas; la aplicación de programas comunitarios específicos; el establecimiento de prioridades de las políticas sanitarias de los Estados miembros. Todo ello hace de este documento un auténtico pionero en cuanto a cuestiones fundamentales para la salud pública.

En 1992 entra en vigor el Tratado de Maastricht que incorpora un artículo dedicado a la Salud Pública que no existía en el Tratado anterior. La primera Resolución de los Ministros de Sanidad de la UE³ que se publica después de ello, invita a la CE “a

presentar al Consejo, (...) propuestas relativas a un programa de acción en el ámbito de la salud pública”. Es decir, en época tan temprana, y aprovechando la primera ocasión que el nuevo Tratado le brinda, la Comunidad se plantea ya trabajar en pro de la salud pública.

Estas dos disposiciones de los años 1992 y 1993, basadas en Tratados distintos, ya indican cual es el camino que la Comunidad quiere seguir al tratar de los asuntos de salud que le competen. Como respuesta implícita, la CE envía al Consejo su Comunicación de 24 de noviembre de 1993 sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública (no publicada). En ella, aunque no propone el programa en el ámbito de la salud pública que se le pidió, lo que la CE asume es un compromiso concreto con la salud pública al presentar áreas propias de la misma como prioritarias de la actuación comunitaria.

La respuesta del Consejo se produce el 2 de junio de 1994, en forma de Resolución⁴, indicando a la CE las acciones que considera prioritarias: el cáncer; la toxicomanía; el sida y otras enfermedades transmisibles; el fomento de la salud, la educación y la formación sanitarias; el control de las enfermedades y la recopilación de datos sanitarios fiables y comparables. Además, le pide que estudie el modo en que han de integrarse las exigencias de protección de la salud en las demás políticas comunitarias y el modo en que puede reforzarse la cooperación en materia de salud pública entre los Estados Miembros (EEMM), la Comunidad y las organizaciones internacionales. Importa llamar la atención sobre el hecho de que, por primera vez, en una Resolución del Consejo que trata del marco de actuación de la Comunidad en el ámbito de la salud pública, se pide que se tenga en cuenta la integración de la protección de la salud en las demás políticas comunitarias, aspecto que pasará a ser uno de los principios del Libro Blanco al que este artículo se refiere.

A partir de aquí, con la cobertura que da el Tratado de Maastricht y, en concreto, su artículo 129 sobre Salud Pública, la Comunidad sigue el camino iniciado por las disposiciones comentadas hasta ahora mediante una serie de documentos que inciden en la necesidad de: garantizar la coordinación, coherencia y complementariedad de todas las actividades de la Comunidad con una dimensión sanitaria; de asegurar un alto nivel de protección de la salud de los ciudadanos mediante la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud; de buscar la integración de las exigencias sanitarias en otras políticas comunitarias; mejorar la información a fin de fomentar la salud pública; de reaccionar rápidamente ante las amenazas para la salud; de abordar los determinantes de salud mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, especialmente las transmisibles, las poco comunes y las relacionadas con la contaminación; del fomento de la igualdad en materia de salud en toda la UE...

Todo esto se contiene en las Resoluciones del Consejo de 20 de diciembre de 1995⁵ y de 12 de noviembre de 1996⁶, así como en las Conclusiones de 30 de abril de 1998⁷ y de 26 de noviembre 1998⁸. También en la Comunicación de la CE de 15 de abril de 1998 sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea (no publicada). Hay que insistir, porque es el objetivo de este trabajo, en que se observa una clara continuidad en todos los documentos vistos hasta aquí, tanto en cuanto a aspectos que forman parte de la esencia del Libro Blanco, como en que estos aspectos son, en su mayoría, pertenecientes al campo de la salud pública.

Ocurre lo mismo con las Resoluciones del Consejo de 8 de junio de 1999⁹ y de 18 de noviembre de 1999¹⁰. En ambas, el Consejo insiste en su petición de que se establezca un programa de salud pública único,

horizontal e integrado. Es más, en la última de ellas se invita a la CE textualmente a que “establezca una estrategia e incluya los elementos adecuados en la propuesta del programa de acción en materia de salud pública, así como a que facilite las estructuras adecuadas para ejecutar la obligación de garantizar la protección de la salud en todas las políticas de la Comunidad”. En este párrafo se unen los conceptos “estrategia”, “salud en todas las políticas” y “programa de salud pública”, elementos que forman la argamasa del Libro Blanco; y esto ocurre casi diez años antes de la publicación del mismo.

Precisamente, a continuación de estas Resoluciones y como respuesta a las mismas, la CE redacta su Comunicación de 16 de mayo de 2000 sobre la estrategia de la Comunidad Europea en materia de salud (no publicada). Es la primera vez que un documento comunitario lleva en su título el concepto “estrategia en materia de salud” lo que es relevante porque esto sí supone una inflexión, que no ruptura, con la línea anterior y ello confirma la continuidad con dicha línea a la que me refería más arriba. En esta Comunicación la CE señala los elementos que han de servir para responder a los desafíos que la salud pública ha de soportar y, concretamente, propone dos: un marco de salud pública compuesto de un programa de acción y de la política y legislación relativas a la salud pública; y la contribución de otras políticas y actividades comunitarias al logro de un nivel elevado de protección de la salud.

Las semejanzas y puntos de contacto de este documento del año 2000 con muchos de los elementos que conforman el “núcleo duro” de la estrategia planteada en el Libro Blanco recientemente publicado son evidentes y fácilmente reconocibles. Esta constatación es la base de la tesis que planteo en la introducción y, sobre ella, puede establecerse el debate.

Para dar cumplimiento a uno de los elementos señalados en su Comunicación de mayo del año 2000, la CE propone al Consejo una Decisión¹¹ que es aprobada por el Consejo de Ministros el 23 de septiembre de 2002. Esta Decisión, muy debatida en el Grupo de Salud Pública del Consejo y en el Parlamento Europeo, establece un programa de acción de salud pública para el período 2003-2008 que tiene tres objetivos generales: mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública; aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios; fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades. El programa también pretende contribuir a garantizar un nivel elevado de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones comunitarias; reducir las desigualdades en materia de salud; fomentar la cooperación entre los EEMM en los ámbitos regulados por el artículo 152 del Tratado.

Otra vez se constata que los objetivos del programa se parecen mucho a los planteamientos fundamentales de la estrategia contenida en el Libro Blanco y, en consecuencia, se mantienen, tanto la línea de continuidad, como la presencia de la salud pública en esa línea y en la estrategia.

Mucho más recientemente, el 23 de octubre de 2007, el Consejo y el Parlamento Europeo aprueban una Decisión¹² que establece el segundo programa de salud comunitario para el período 2007-2013. Aunque, por razones que no vienen al caso, aborda aspectos que no corresponden estrictamente a la salud pública, conserva, como no podía ser de otra forma, una fuerte carga en ese sentido. Así, su base jurídica es el artículo 152 del Tratado referido a “Salud pública” y uno

de sus objetivos dice que “El Programa complementará y apoyará las políticas de los EEMM, les dará valor añadido y contribuirá a incrementar la solidaridad y la prosperidad en la Unión Europea mediante la protección y promoción de la salud y la seguridad humanas y la mejora de la salud pública”.

Esto, junto con otras muchas referencias a la salud pública contenidas a lo largo de todo el texto, confirma su inclusión en la línea continua que aúna la estrategia sanitaria de la UE con la salud pública.

LIBRO BLANCO. RESUMEN Y ANÁLISIS

El primer punto plantea la pregunta: ¿Por qué una nueva estrategia en materia de salud? Después de recordar que el papel de la Comunidad no es reproducir las actividades de los EEMM que son los responsables de la política sanitaria y de la prestación de atención sanitaria, pero que existen ámbitos en los que la sola acción de los EEMM no sería eficaz, haciéndose pues indispensable una cooperación a nivel comunitario, dice que esa cooperación aporta valor añadido en materia de prevención de las enfermedades, seguridad de los alimentos y la nutrición, seguridad de los productos médicos, lucha contra el tabaquismo, legislación relativa a la sangre, los tejidos, las células y los órganos, la calidad del agua y del aire... A continuación plantea los retos para la salud de la población que requieren un nuevo planteamiento estratégico.

Para responder a esos retos, establece cuatro principios. El primer principio en que se basa el Libro Blanco parte de las Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea adoptadas por el Consejo de Ministros de Sanidad el día 2 de junio de 2006¹³. En ellas se acep-

tan como valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de calidad, la equidad y la solidaridad. Las acciones que, derivadas de este primer principio, se proponen, son la creación de un sistema de indicadores de salud de la Comunidad dotado de mecanismos comunes para la recopilación de datos comparables; la continuación de los trabajos encaminados a encontrar fórmulas que reduzcan las desigualdades sanitarias y la promoción de programas de educación sanitaria. Pero estas Conclusiones añaden lo que llaman “principios operativos” de los que el Libro Blanco no hace referencia; éstos son la calidad, la seguridad, la atención basada en las pruebas y la ética, la participación del paciente, el derecho a reparación y el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. Hubiera sido muy positivo mencionarlos porque, además de recordar a los gobiernos de los EEMM la necesidad de su cumplimiento, se daría a los ciudadanos un mensaje que podría reforzar su confianza en los respectivos sistemas sanitarios.

El segundo principio pone en relación la salud con el bienestar de los individuos y de la sociedad como requisito para la prosperidad económica, tal como lo contempla la “Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo”. Habrá puristas que critiquen el hecho de considerar la salud desde un enfoque economicista, pero ni siquiera éstos podrán negar que la atención a la salud cuesta dinero; en consecuencia, incidir, como hace la Estrategia de Lisboa y recuerda el Libro Blanco, en la relación entre buena salud y prosperidad económica, o, dicho de otra forma, que la mejora de la salud pública beneficia a la economía en su conjunto, es bueno para la salud pública porque hasta ahora la mayoría de los Gobiernos han considerado los presupuestos dedicados a salud sólo como gasto, lo que llevaba a su restricción siempre que era posible; si los

ven como inversión, antes de reducirlos, al menos, se preguntarán sobre las consecuencias de hacerlo.

El principio número 3 quiere que la salud esté presente de alguna manera en todas las políticas comunitarias. El listado es amplio y, forzosamente, incompleto: política regional y de medio ambiente, fiscalidad del tabaco, reglamentación de productos farmacéuticos y alimenticios, regímenes de Seguridad Social, importación de mercancías, salud y seguridad en el trabajo, etc. El Libro Blanco recuerda que este planteamiento también debe aplicarse a la política exterior porque tanto los problemas como las soluciones en materia de salud pública traspasan las fronteras. La acción que plantea en este caso es, precisamente, reforzar la integración de las consideraciones sanitarias en todas las políticas, tanto en la Comunidad como en los EEMM. Es lo mismo que hemos visto, en el capítulo de Antecedentes de este artículo, en muchísimas de las disposiciones comentadas lo que fortalece la idea que está en la base de este artículo.

Por medio del principio número 4 la Comunidad Europea quiere obtener mejores resultados en el ámbito de la salud para los ciudadanos de la UE y de terceros países asumiendo un liderazgo colectivo permanente a nivel mundial. La justificación, además del mandato contenido en el Tratado, como ya queda dicho, es que en el mundo globalizado es difícil separar las acciones nacionales o comunitarias de la política mundial, pues las cuestiones sanitarias que afectan al resto del mundo tienen repercusiones en la política interior comunitaria en el ámbito de la salud y viceversa. Por eso se quiere fomentar la aplicación de acuerdos internacionales en el ámbito de la salud como el Convenio marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), así como la coordinación en materia de salud con organizaciones internacionales

como la OMS, la OIT, el Banco Mundial, la OCDE y el Consejo de Europa. Para ello se proponen dos acciones: reforzar la posición de la Comunidad en las organizaciones internacionales intensificando la cooperación en materia de salud con socios y países estratégicos y asegurar una integración apropiada de la salud en la ayuda exterior de la UE, además de promover la aplicación de los acuerdos sanitarios internacionales, en particular el CMCT y el RSI.

Una vez expuestos los principios, el Libro Blanco se plantea tres objetivos. El primero es "Promover la buena salud en una Europa que envejece", objetivo a todas luces propio de la salud pública.

"Proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud" es el segundo objetivo. Para cumplirlo se proponen dos acciones: reforzar los mecanismos de vigilancia y reacción a las amenazas sanitarias, en particular revisando el mandato del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades; y prestar atención a los aspectos sanitarios de la adaptación al cambio climático.

El último de los objetivos pretende "Fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías". Para conseguir esto la CE propone crear un marco comunitario para unos servicios sanitarios seguros, de alta calidad y eficaces; respaldar a los EEMM y a las regiones en la gestión de la innovación en los sistemas sanitarios e implantar medidas de apoyo a la aplicación e interoperatividad de dispositivos de salud electrónica en los sistemas sanitarios.

El Libro Blanco finaliza planteando como se hará la puesta en práctica de la estrategia. La CE recuerda que, de acuerdo con el Tratado, la Comunidad tiene una responsabilidad específica en la mejora y la protección de la salud de los ciudadanos europeos, así como en la cooperación en

ese campo. Pide a los EEMM que participen activamente en la puesta en práctica de la estrategia y concluye implicando al segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y a otros programas para que apoyen el cumplimiento de los objetivos de la estrategia lo que, desde mi perspectiva, cierra el círculo de la continuidad de la estrategia sanitaria comunitaria y de la interconexión de todos sus elementos.

CONCLUSIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA

El Libro Blanco de la CE que comentamos, al plantear la estrategia sanitaria de la UE, trata de salud pública cuando habla en su principio número 1 de potenciar el papel de los propios ciudadanos a la hora de tomar decisiones sobre su salud; o de reducir las desigualdades sanitarias. Porque ambas cosas se dirigen a grupos humanos amplios y sólo pueden hacerse colectivamente. Y también, porque eso sólo se puede hacer movilizandolos recursos y profesionales de muy diversos campos lo que, como queda dicho, es propio de la salud pública.

También trata de salud pública el principio número 2 cuando introduce los aspectos económicos. Considerada globalmente, es innegable que la economía ejerce una notable influencia sobre la salud de los colectivos humanos, ya sea de un país o de toda la Unión Europea. Como decía más arriba, al comentar este principio, se da un movimiento de ida y vuelta: mientras que una buena situación económica repercutirá en una mejor salud pública, la buena salud de las poblaciones (buena salud pública) mejorará la economía.

Tal como recoge el principio número 3 la Comunidad se ha planteado desde hace mucho tiempo la protección de la salud en todas las políticas, lo que significa el reconocimiento de que son múltiples los ámbitos técnicos, políticos o de cualquier índole

que han de tomarse en consideración a la hora de plantear una estrategia sanitaria; exactamente el mismo planteamiento que se hace la salud pública y que hemos visto reflejado en muchos de los documentos examinados en este artículo.

El principio número 4 viene a demostrar que no puede haber estrategia sanitaria en la UE que no esté profundamente relacionada con el resto del mundo. Es decir, que, como ocurre con la salud pública, han de considerarse los grandes grupos humanos y la relación entre ellos a la hora de afrontar los retos para la salud que les afectan, tanto existentes como futuros, así como sus posibles soluciones.

Los objetivos del Libro Blanco ofrecen unas conclusiones similares a las extraídas de los principios. Así, cuando el primero se propone “Promover la buena salud en una Europa que envejece”, se refiere a que el envejecimiento saludable debe apoyarse con acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad a lo largo de toda la vida, abordando factores clave como la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, los riesgos medioambientales y la lucha contra los accidentes de tráfico y los accidentes domésticos. También promoviendo estilos de vida sanos, reduciendo los comportamientos nocivos y previniendo enfermedades específicas. Es obvio que estamos hablando de las más clásicas actividades de salud pública.

El segundo objetivo propone que la acción a nivel comunitario comprenda la evaluación científica del riesgo, la preparación y reacción a las epidemias y el bioterrorismo, el abordaje de los riesgos asociados a enfermedades y afecciones específicas, la acción sobre los accidentes y lesiones, la mejora de la seguridad de los trabajadores y las acciones en materia de seguridad alimentaria y de protección de los consumidores. Además, que se preste atención a posibles

futuros riesgos para la salud que habrá que afrontar como consecuencia del aumento de los intercambios comerciales y de los desplazamientos de personas que facilitan la propagación de enfermedades transmisibles, tanto antiguas como nuevas. También la lucha contra las pandemias y la gestión de la amenaza bioterrorista así como nuevas amenazas para la salud asociadas al cambio climático requieren cooperación a nivel comunitario y coordinación con instancias internacionales. Todo esto le corresponde llevarlo a cabo a la salud pública.

Es obvio que la complejidad de los problemas y desafíos que han de enfrentar los sistemas sanitarios de la UE hacen necesario el recurso a las nuevas tecnologías, tal como propone el tercer objetivo. La electrónica aplicada a la salud, la genómica y la biotecnología pueden mejorar la prevención de las enfermedades y la prestación de tratamientos, además de favorecer un cambio en los sistemas sanitarios, de forma que se produzca un traspaso de la asistencia hospitalaria hacia la atención primaria lo que ayudaría a que la atención estuviera más centrada en la persona, a disminuir los costes y a favorecer la interoperatividad entre las fronteras nacionales y, por ende, la movilidad y la seguridad de los pacientes. En esta tarea la colaboración de la salud pública es necesaria y puede ser decisiva.

Estos argumentos, basados en la documentación aportada, son los que me llevan a concluir que la salud pública no sólo está presente en la estrategia de salud de la Unión Europea, sino que es la columna vertebral de la misma. Porque, además de su presencia en el Libro Blanco, hemos visto que desde 1991 hay una serie larga de documentos aprobados por las distintas instituciones comunitarias que mantienen la misma línea. Y, a mayor abundamiento, porque el segundo programa de acción en el ámbito de la salud que está en vigor actualmente es un eslabón más de la cadena que desarrolla la estrategia sanitaria de la

Comunidad con un claro enfoque de salud pública. Y, por otra parte, no podría ser de otra forma ya que el propio artículo 152 del Tratado así lo dispone: “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”.

Para finalizar. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo ha participado desde el año 1989 en los debates que han servido para construir este entramado de textos que han desembocado en el Libro Blanco aportando ideas y conceptos. Ello hace que legítimamente se sienta, junto a las representaciones del resto de los EEMM de la UE, coautora de los mismos y, por ende, inspiradora, aunque sea en una mínima parte, de la filosofía que subyace en el Libro Blanco que no es otra que los principios en que, a su vez, se basa la salud pública como disciplina y como práctica. Es decir, mejor salud para el conjunto de los ciudadanos europeos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvete A. La Salud Pública en la Unión Europea según el Tratado de Ámsterdam. Revista de Administración Sanitaria 2000; 14:39-45
2. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad reunidos en el seno del Consejo de 11 de noviembre de 1991 relativa a las opciones fundamentales de la política sanitaria. DOCE núm. C 304 de 23/11/1991.
3. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad reunidos en Consejo de 27 de mayo de 1993 relativa a las futuras acciones en el ámbito de la salud pública. DOCE núm. C 174 de 25/6/1993.
4. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 2 de junio de 1994 relativa al marco de actuación de la Comunidad en el ámbito de la salud pública. DOCE núm. C 165 de 17/6/1994.
5. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 20 de diciembre de 1995 sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias. DOCE núm. C 350 de 30/12/1995.
6. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 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. DOCE núm. C 374 de 11/12/1996.
7. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Conclusiones del Consejo de 30 de abril de 1998 sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias. DOCE núm. C 169 de 4/6/1998.
8. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Conclusiones del Consejo de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública. DOCE núm. C 390 de 15/12/1998.
9. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 8 de junio de 1999 sobre la acción futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública. DOCE núm. C 200 de 15/7/1999.
10. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la garantía de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Comunidad. DOCE núm. C 86 de 24/3/2000.
11. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008). DOCE núm. L 271 de 9/10/2002.
12. Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2007-2013). DOUE núm. L 301 de 20/11/2007.
13. Diario Oficial de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea. DOUE núm. C 146 de 22/6/2006.

