

II

(Actos jurídicos preparatorios)

COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO

424º PLENO DE LOS DÍAS 14 Y 15 DE FEBRERO DE 2006

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la «Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establece un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013)»

COM(2005) 115 final — 2005/0042 (COD)

(2006/C 88/01)

El 2 de junio de 2005, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 152 y 153 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, el Consejo decidió consultar al Comité Económico y Social Europeo sobre la propuesta mencionada.

La Sección Especializada de Mercado Único, Producción y Consumo, encargada de preparar los trabajos del Comité en este asunto, aprobó su dictamen el 23 de enero de 2006 (ponente: Sr. PEGADO LIZ).

En su 424º Pleno de los días 14 y 15 de febrero de 2006 (sesión del 14 de febrero de 2006), el Comité Económico y Social Europeo ha aprobado por 130 votos a favor, 2 en contra y 1 abstención el presente Dictamen.

1. Síntesis

1.1 La Comisión presentó su propuesta de Decisión para «un programa único integrado» a nivel comunitario en los ámbitos de la salud pública y la protección de los consumidores para el período 2007-2013, basándose en un documento estratégico compuesto por una Comunicación y una evaluación ampliada del impacto, con un documento de trabajo anexo.

1.2 Es la primera vez que la Comisión define una estrategia común para las políticas de salud pública y protección de los consumidores y que lo hace para un período tan largo (siete años). El CESE reconoce el esfuerzo de la Comisión para intentar imprimir un nuevo impulso a estas dos políticas, que desde el punto de vista administrativo dependen de una misma Dirección General.

1.3 La Comisión quiere justificar esta innovación por razones de orden jurídico, económico, social y político, y el CESE toma nota con satisfacción del conjunto de elementos de información suministrados y del cuidado por el detalle que evidencia la descripción de las distintas opciones posibles en su evaluación del impacto.

1.4 Una audiencia ampliada organizada por el CESE a la que asistieron múltiples representantes acreditados de los principales intereses en cuestión y varias iniciativas llevadas a cabo entre tanto por la Comisión y por el Parlamento Europeo permitieron recabar opiniones sobre el tenor, el contenido, la

forma de presentación y la justificación de las propuestas de la Comisión.

1.5 Sobre la base del análisis de los documentos presentados y de la información complementaria proporcionada de manera exhaustiva por la Comisión, y habida cuenta de las contribuciones de los representantes de la sociedad civil directamente interesados en los ámbitos de la salud pública y la defensa y la protección de los consumidores y de las distintas contribuciones escritas enviadas al Comité por una amplia gama de organizaciones representativas en estos ámbitos, el CESE considera a grandes rasgos que la propuesta de Decisión por la que se establece un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y de la protección de los consumidores no está suficientemente justificada ni explicada en sus distintos aspectos: las razones invocadas no parecen suficientemente convincentes para demostrar la validez de la opción elegida.

1.6 En particular, a juicio del CESE, no queda probada convincentemente la existencia de las sinergias que supuestamente se derivarían de la presencia efectiva de puntos comunes y complementarios en las dos políticas comunitarias en cuestión, que no pudieran desarrollarse ni aplicarse por medio de acciones de cooperación y de coordinación, teniendo en cuenta el carácter horizontal intrínseco de las dos políticas en cuestión, tal como ocurre, por ejemplo, con la política de medio ambiente.

1.7 La naturaleza jurídica de las dos políticas definidas respectivamente en los artículos 152 y 153 del Tratado es muy diferente. Por lo tanto, debe prestarse atención para evitar efectos negativos: por una parte, catalogar la política de protección de los consumidores como complementaria y subsidiaria de la política de salud pública, en detrimento de las competencias propias de la UE en ese ámbito y, por otra, introducir una dimensión indeseable de «consumo» en la salud pública, en la que se confundan los conceptos de «usuario» y de «consumidor», bajo la alegación genérica de que los dos están englobados en el concepto común de «ciudadanía».

1.8 El CESE estima también que la política de los consumidores puede salir desfavorecida en el cálculo general de un presupuesto de base única y que una decisión separada para cada una de las políticas de la UE, tal como era el caso hasta la fecha, presenta ventajas para las dos vertientes en cuestión, en particular en una situación de crisis institucional y de incertidumbre preocupante sobre las perspectivas financieras como la que se vive en la actualidad.

1.9 El CESE reconoce que la propuesta de Decisión no contempla algunos de los aspectos fundamentales de estas dos políticas al no garantizar una financiación apropiada, y que pasa por alto, quizá, algunos aspectos decisivos, fundamentales y actuales, por no mencionar la necesidad de un mayor impulso de innovación, rigor y compromiso de las modalidades de aplicación, control y evaluación previstas.

1.10 El CESE pide que el «Instituto europeo del consumidor» cuente con competencias y funciones más claramente definidas y no sea considerado como simple «departamento» no autónomo de la Agencia ejecutiva para el programa de salud pública. Sólo de esta forma puede contribuir decisivamente como sería deseable a una mejor aplicación de la legislación vigente y a una mejor información, educación y defensa de los consumidores.

2. Introducción: Síntesis de la Comunicación y de la propuesta de Decisión de la Comisión

2.1 En la Comunicación titulada «Más salud, seguridad y confianza para los ciudadanos: estrategia de salud y protección de los consumidores», la Comisión propone al Parlamento Europeo y al Consejo que adopten una Decisión por la que se establezca un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores para el período 2007-2013.

2.2 Por primera vez, la Comisión presenta una nueva estrategia y un programa de acción comunitaria para el período 2007-2013, que supone la integración de las políticas de salud pública y de protección de los consumidores.

2.3 En su Comunicación, la Comisión explica los motivos de este nuevo enfoque e indica los objetivos comunes de las

dos políticas y el papel que desempeñan en la vida diaria de los ciudadanos. Por otra parte, la Comisión presenta las ventajas del nuevo programa común en términos de sinergias, que pueden dar lugar a un ahorro presupuestario y a una reducción de los procedimientos en aras de una mayor eficiencia.

2.4 La opción estratégica de la Comisión se fundamenta básicamente en la necesidad de crear sinergias entre las dos políticas que permitan generar economías de escala y ahorros por lo que respecta a la gestión de los recursos financieros y la eficiencia de los procedimientos, además de garantizar una mayor coherencia entre las medidas adoptadas y una mayor visibilidad de estos temas en la agenda política.

2.5 Según la Comisión, los objetivos comunes de esta política conjunta serían los siguientes:

- Proteger a los ciudadanos contra los riesgos y amenazas que no puedan controlar por sí solos.
- Mejorar la capacidad de los ciudadanos para tomar decisiones más correctas sobre su salud y sus intereses como consumidores.
- Integrar los objetivos de la política de salud y la política de los consumidores en las demás políticas comunitarias.

2.6 Por lo que respecta a la política de salud, los objetivos serían los siguientes:

- Proteger a los ciudadanos contra las amenazas para la salud.
- Promover políticas tendentes a fomentar una vida más saludable.
- Contribuir a reducir la incidencia de las enfermedades de alta prevalencia.
- Mejorar la eficiencia y la eficacia de los sistemas de salud.
- Suministrar más y mejor información sobre la salud.

2.7 Por lo que respecta a la política de los consumidores, los objetivos serían los siguientes:

- Garantizar un nivel elevado e idéntico de protección para todos los consumidores de la UE.
- Aumentar la capacidad de los consumidores para defender sus propios intereses.
- Ampliar el ámbito de acción de la Agencia ejecutiva para el programa de salud pública a fin de incluir un Instituto europeo de los consumidores.

3. Valoración de la Comunicación y de la propuesta de la Comisión

3.1 Observaciones generales: El programa conjunto

3.1.1 Los fundamentos jurídicos de las políticas comunitarias de salud pública y de protección de los consumidores son

de naturaleza completamente diferente. Mientras que la política de salud pública es competencia fundamentalmente de los Estados miembros y la intervención de la UE sólo se acepta con carácter complementario para apoyar las políticas nacionales en los aspectos específicos enunciados en el artículo 152 ⁽¹⁾, el Tratado, en particular después de Amsterdam, confirió a la política de los consumidores un carácter manifiestamente común con objeto de «promover» los derechos de los consumidores y la protección de sus intereses, en particular en lo relativo a la realización del mercado interior ⁽²⁾.

3.1.2 De ahí que no parezca legítimo alegar una supuesta «identidad» de la naturaleza jurídica de los artículos 152 y 153 para justificar una estrategia y un programa integrado de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública y la protección de los consumidores.

3.1.3 A ello se añade que en los Estados miembros el estatus jurídico y constitucional del derecho a la salud es también completamente distinto del de los derechos del consumidor, y la tutela de ambos derechos muestra rasgos bien diferenciados.

3.1.4 Ello no quiere decir que el CESE no considere que las cuestiones de salud pública revisten en la actualidad una importancia fundamental que, por sí sola, justificaría la necesidad de contar con una política sólida de salud pública europea, que también podría considerarse un instrumento de lucha contra la pobreza y la exclusión. El CESE no puede sino lamentar que la no aprobación del texto constitucional pueda haber contribuido a que no se hayan dado pasos relevantes en esta dirección.

3.1.5 En efecto, el CESE no puede dejar de subrayar que los conceptos de «consumidor» y de «paciente» no son coincidentes y no puede establecerse un paralelismo entre sus rasgos característicos; en primer lugar, porque los «consumidores» no son exclusivamente individuos y sus elecciones en el mercado responden a motivaciones predominantemente económicas, mientras que los «pacientes» no pueden considerarse meros consumidores de medicamentos y de servicios de asistencia médica, puesto que sus derechos tienen otra naturaleza distinta de la exclusivamente económica y sólo son comparables al derecho a la justicia o el derecho a la educación, que se materializan en la prestación de servicios de interés general por parte de los Estados.

⁽¹⁾ Como bien recordaron tanto el Director General de la DG SANCO, Robert MADELIN, en la inauguración del «Open Health Forum 2005» (7 y 8 de noviembre de 2005, Bruselas), como los diputados europeos Miroslav MIKOLASIK, del PPE, y Dorette CORBEY, del Grupo Socialista, en sus intervenciones en el marco de la primera sesión paralela de este Foro.

⁽²⁾ Véase, por ejemplo, la doctrina de VANDERSENDEN, DUBOIS, LATHAM, Van den ABEELE, CAPOUET, Van ACKERE-PIETRY, GÉRARD y AYRAL en *Comentaire Mégret*, vol. VIII, 2 ed., 1996, p. 16 y ss. y 41 y ss. La situación es aún más clara en el texto del proyecto de Constitución (DO C 169, de 18 de julio de 2003), si se comparan las disposiciones del artículo III-132 sobre la protección de los consumidores, incluido en el Capítulo III del Título III sobre las «políticas en ámbitos específicos», en el que se establece su perfecta paridad con la política social, la política agrícola o la de medio ambiente, con el artículo III-179 sobre la salud pública, que figura en el Capítulo V relativo a los ámbitos en los que la Unión sólo «podrá llevar a cabo acciones de apoyo, coordinación o complemento» de las acciones de los Estados miembros, junto con la cultura, la juventud, los deportes o la protección civil.

3.1.6 Admitiendo que las dos políticas presentan aspectos comunes, no puede considerarse que esto sea un rasgo privativo o principal de estas dos políticas ⁽³⁾. Por lo demás, se considera que la Comisión no ha demostrado de manera incuestionable que los aspectos comunes de las acciones que deben llevarse a cabo en el marco de las dos políticas sólo puedan llevarse a buen término mediante la elaboración y la aplicación de un programa único integrado ni que ésta sea siquiera la fórmula más conveniente y ventajosa ⁽⁴⁾.

3.1.7 Este enfoque integrado presenta, según algunas organizaciones de consumidores, varios inconvenientes, algunos de los cuales pueden compartirse, como:

- la posibilidad de una pérdida de visibilidad y de una degradación aún mayor de la política de los consumidores debido a su incorporación o subordinación a la política de salud, en la que la UE sólo interviene con carácter complementario en apoyo de las políticas de los Estados miembros ⁽⁵⁾;
- mayores dificultades de diálogo y articulación con las organizaciones y las entidades nacionales responsables que, en la gran mayoría de los casos, no administran conjuntamente los dos ámbitos en cuestión;
- la posibilidad de que las ONG de cualquiera de los dos sectores encuentren mayores dificultades para acceder a la financiación y a la cofinanciación de las acciones en los ámbitos respectivos y negociarlas, debido a recursos limitados o destinados a otros agentes.

3.1.8 Por el contrario, ninguna de las seis razones fundamentales que se aducen en la «evaluación del impacto» (pp. 6 y 7) son un argumento decisivo para justificar la opción de abordar de manera unitaria estas dos políticas; todos los problemas podrían resolverse mediante la adecuada coordinación de las políticas, en particular si se aplica la excelente iniciativa de la Comisión relativa a la cooperación administrativa entre las autoridades nacionales ⁽⁶⁾.

⁽³⁾ Se da la circunstancia de que la política de los consumidores y la política de salud pública presentan también puntos de conexión con otros ámbitos como el medio ambiente, el turismo, la competencia, el mercado interior o la justicia, que, en teoría, podrían también justificar un enfoque conjunto.

⁽⁴⁾ La simple mención del contenido de las «Perspectivas financieras 2007-2013» (COM(2004) 487 final, de 14.7.2005, punto 3.3, p. 24), cuya negociación se halla en la actualidad estancada, no constituye por sí sola un argumento decisivo, sino que se limita a demostrar la coherencia de la propuesta de la Comisión, lo que no equivale a una justificación o demostración de la validez de la solución. En el «Open Health Forum 2005» el resultado fue exactamente el contrario: en él se reconoció la necesidad de reforzar una política autónoma e independiente para la salud pública a nivel europeo.

⁽⁵⁾ Como, por otra parte, la Comisión admite expresamente cuando afirma que «la estrategia y el programa propuestos tienen por objeto aplicar los artículos 152 y 153 del Tratado (...), completando las acciones de los Estados miembros con medidas de valor añadido que no pueden adoptarse a nivel nacional» (Legislative Financial Statement (Ficha financiera), p. 41).

⁽⁶⁾ Reglamento CE 2006/2004 (DO L 364, de 9.12.2004).

3.1.9 La Comisión tampoco logra demostrar cuáles serían las verdaderas sinergias estructuradoras que se derivarían de este enfoque que no fueran meramente temporales, ni cuantificar las economías de escala respectivas. Por el contrario, de su evaluación del impacto parece desprenderse que la solución actual no tiene incidencia en los costes, dado que la suma pura y simple de las dos políticas daría como resultado el mismo marco financiero exactamente (7).

3.1.10 Por el contrario, en un momento especialmente crítico por lo que se refiere a las perspectivas financieras de la UE, la separación de las dos políticas podría presentar la ventaja de abrir dos frentes de negociación y de aumentar la visibilidad de los aspectos importantes de cada una, con la posibilidad de obtener mejores resultados con respecto a los fondos asignados a las dos, según la opinión de las respectivas organizaciones representativas.

3.1.11 Por otro lado, el CESE observa con gran preocupación la posibilidad de una reducción drástica de las perspectivas financieras 2007-2013, que, aunque no haría totalmente inviable el programa actual, ya de por sí escaso en recursos, implicaría como mínimo la necesidad de reformularlo por completo y de volverlo a presentar; ello implicaría la determinación de una nueva lista de prioridades y de acciones, ya que no es concebible, por impracticable, su pura y simple reducción porcentual en proporción al recorte general de las cantidades globales presupuestadas.

3.1.12 Por último, los distintos aspectos calificados con razón como comunes a las dos políticas pueden ser objeto de acciones comunes y concertadas tanto a escala comunitaria como a nivel nacional, al igual que sucede en otros ámbitos que dependen de otras políticas comunitarias como el medio ambiente, la competencia, la educación y la cultura; hay que tener en cuenta el carácter horizontal de ambas políticas, que implica obviamente su integración obligatoria en todas las demás políticas, como la propia Comisión termina por reconocer en una serie de ejemplos que figuran en el anexo 2 a su Comunicación (p. 16).

3.2 Observaciones específicas

3.2.1 La realización de una audiencia pública con los principales representantes de la sociedad civil organizada directamente interesados en el programa de la Comisión, en la que participaron cerca de setenta personas, contribuyó decisivamente al análisis de la Comunicación y la propuesta de la Comisión objeto de examen, pese a las dificultades de carácter logístico impuestas que limitan las posibilidades de efectuar un

análisis en profundidad de los distintos aspectos y elementos en liza, con el propósito de evaluar la definición de los objetivos, las metas, los medios y su adecuada utilización, así como las acciones que deben llevarse a cabo con estos medios para alcanzar los objetivos previstos.

3.2.2 La vertiente «consumidores»

3.2.2.1 La Comisión destaca con razón las diferentes acciones que deberán llevarse a cabo para garantizar una protección más equitativa de los consumidores en la UE. No obstante, lo hace desde una perspectiva de protección minimalista, consecuencia de una tendencia que se ha materializado en sus últimas iniciativas legislativas en las que se da prioridad a una armonización total generalizada en un nivel bajo de protección. Por otra parte, el CESE expresa su preocupación por el recurso sistemático al principio de la aplicación de la legislación del país de origen y pone en guardia sobre el peligro de una visión reductora de la defensa de los consumidores, que se limite a una simple información sobre productos y servicios (8).

3.2.2.2 El CESE considera que la Comisión habría podido ser más innovadora (9) y las nuevas propuestas presentadas más concretas (10). El CESE tuvo ocasión de llamar la atención de la Comisión sobre una serie de estas lagunas, que siguen existiendo, cuando elaboró su dictamen sobre la estrategia para 2002-2006 (11). Más recientemente aprobó un dictamen de iniciativa en el que este tema se desarrolló por extenso y se profundizó, a cuyas conclusiones nos remitimos (12).

3.2.2.2.1 El CESE propone incluir en el programa actual las cuestiones siguientes:

- el sobreendeudamiento de las familias;
- la revisión del régimen de la responsabilidad del productor y la conclusión de la revisión de la Directiva sobre cláusulas abusivas, así como la reactivación del CLAB;
- el reexamen del problema de la responsabilidad del prestador de servicios defectuosos;
- el refuerzo de la seguridad del comercio electrónico;
- la necesidad de prever un refuerzo del acceso a la justicia y, en particular, de los mecanismos de defensa colectiva de los derechos de los consumidores;
- el fomento de las sinergias entre las organizaciones de consumidores de los Estados miembros «más antiguos» y de los «más recientes»;

(8) Ejemplo de esta tendencia es la Directiva sobre las prácticas comerciales desleales, como lo fue también la propuesta de Directiva relativa al crédito al consumo que, por suerte, fue modificada en profundidad y sustituida por otra propuesta mejorada, y, en cierta medida, la Directiva relativa a las garantías en la venta de productos.

(9) Como la propia Comisión reconoce, por otra parte, cuando afirma que «de hecho no habrá cambios importantes en estos objetivos en relación con la estrategia de la política de los consumidores para 2002-2006» [(Legislative Financial Statement, (ficha financiera) p. 58].

(10) No pueden dejarse de mencionar dos temas especialmente importantes a este respecto, uno en sentido positivo: la publicación, finalmente, de una nueva propuesta de Directiva relativa al crédito al consumo (COM(2005) 483 final, de 7.10.2005) y otro, en sentido negativo: la decisión de retirar la propuesta de Reglamento relativo a la promoción de las ventas (COM(2005) 462 final, de 27.9.2005).

(11) DO C 95, de 23.4.2003.

(12) DO C 221, de 8.9.2005.

(7) En el punto 4.4 de la «evaluación del impacto» (p. 32) puede, en efecto, leerse lo siguiente: «Desde el punto de vista puramente financiero, las ventajas logradas gracias al aumento de los gastos presupuestarios concedido a los dos programas por separado o a un único programa resultante de la fusión de ambos son prácticamente idénticas.»

— la toma en consideración de la situación particular de los nuevos Estados miembros de la UE, así como la de los países que se adhieran en el curso de la ejecución del programa ⁽¹³⁾;

— la inserción de todo el programa en la perspectiva del consumo sostenible y el comercio justo.

3.2.2.3 Sin embargo, por lo que se refiere a las iniciativas previstas de hecho, que se valoran positivamente y se apoyan, en muchos casos falta la indicación de la manera concreta en que se piensa llevarlas a la práctica y el calendario correspondiente. Éste es el caso, por ejemplo, de las siguientes:

— desarrollo de un marco común de referencia para el Derecho contractual europeo, previsto en el punto 4.2.2;

— creación de un sistema de alerta precoz para detectar la picaresca, previsto en el punto 4.2.3;

— garantía de que se escucha a los consumidores y que se refuerzan sus capacidades de organización, previsto en los puntos 4.2.2 y 4.2.4;

— integración horizontal de la política de los consumidores en otras políticas, tal como se menciona en los puntos 4.1 y 4.2.2, aunque no hay referencias al modo en que se va a llevar a la práctica.

3.2.2.4 El CESE señala que, por lo que respecta a los objetivos de aumentar la participación de la sociedad civil y de las partes interesadas en la elaboración de las políticas y la integración de la política de los consumidores en otras políticas comunitarias, los indicadores previstos para controlar y evaluar las sinergias del programa no son, excepto el primero, adecuados para la política de los consumidores.

3.2.2.5 Por otra parte, el CESE considera que sería útil definir otros indicadores de evaluación de la política de los consumidores a fin de garantizar una mayor fiabilidad y establecer un vínculo más estrecho con los objetivos definidos en el anexo 3 al programa.

3.2.2.6 Hay que tener en cuenta también que, aunque están previstos algunos «programas de trabajo anuales» para la ejecución del programa cuya duración se fija ahora en siete años, no parece que se haya previsto la utilización del instrumento que formaba parte del programa 2002-2006: la revisión del programa de acción renovable ⁽¹⁴⁾, tanto más necesaria cuanto que el período sobre el que se extiende el programa se ha ampliado a siete años.

3.2.2.7 El CESE señala que no se definen ni la organización ni el modo de funcionamiento del Instituto europeo del consumidor, integrado en la Agencia ejecutiva para el programa de salud pública, y recomienda que se garanticen su independencia y autonomía en un marco de atribuciones y competencias bien

delimitadas, para evitar que se convierta en un elemento burocrático indeseable.

3.2.2.8 Por último, por lo que se refiere a los medios financieros presupuestados para la política de los consumidores, puede comprobarse que representan menos del 20 % del total, que no equivale a más de siete céntimos de euro por consumidor al año durante los siete años de duración del programa; su duplicación aparente con respecto al programa anterior debe matizarse teniendo en cuenta la diferente duración de los programas (siete y cuatro años respectivamente).

3.2.2.9 Además, la mera consideración de la próxima adhesión de nuevos Estados miembros debería haber llevado a plantear una propuesta presupuestaria más que proporcional a la duración del programa, ya que la actual es ya insuficiente para las acciones que deberán llevarse a cabo y una parte considerable será absorbida por el funcionamiento del Instituto.

3.2.3 La vertiente «salud pública»

3.2.3.1 El CESE desea subrayar los aspectos positivos del programa de la Comisión, en particular su intención de impulsar la política de salud pública por considerarla prioritaria, confiriéndole una mayor visibilidad y adoptando instrumentos más eficaces, algo que era urgente llevar a cabo. En efecto, ni siquiera es necesario aludir a la amenaza de pandemia de gripe aviar para reconocer la necesidad de una concertación a escala comunitaria de los aspectos más significativos de la salud pública, tal como la Comisión pone de relieve con toda razón ⁽¹⁵⁾.

3.2.3.2 En este sentido, el CESE valora positivamente las grandes líneas generales relativas a la salud pública, en particular la idea de integrar las preocupaciones sobre este asunto en las demás políticas comunitarias y el hecho de apostar por la prevención, el análisis de la información, el refuerzo de la cooperación y el intercambio de conocimientos, así como por una mejor difusión de la información.

3.2.3.3 El CESE se congratula también de que la Comisión dé prioridad a la lucha contra las desigualdades en el acceso a los cuidados sanitarios, a la necesidad de promover la salud desde la infancia y a la situación a la que da lugar el envejecimiento de personas que todavía están activas en el mercado de trabajo.

3.2.3.4 Por otra parte, el CESE comparte las preocupaciones de la Comisión por lo que se refiere a las amenazas globales para la salud y a la carga cada vez mayor que representan las enfermedades vinculadas a determinados estilos de vida, por lo que aprueba la estrategia descrita en el programa para reforzar la acción sobre los factores determinantes de la salud.

⁽¹³⁾ Tema que es objeto, como se sabe, de un interesante proyecto de informe del PE, del que es ponente el diputado Henrik Dam KRISTENSEN (doc. 2004/2157 (INI), de 31.5.2005).

⁽¹⁴⁾ Llevada a cabo el 15 de septiembre de 2003 (doc. SEC(2003) 1387, de 27.11.2003).

⁽¹⁵⁾ Esto se pone claramente de relieve en el conjunto de decisiones que la Comisión ha adoptado y publicado recientemente sobre este tema: (Decisiones C (2005) 3074 y 3705 de 6 de octubre, 4068 de 13 de octubre, 3877 y 3920 de 17 de octubre, 4135 y 4163 de 19 de octubre y 4176 de 20 de octubre, 4197 y 4199 de 21 de octubre, que se recogen respectivamente en los DO L 263 de 8 de octubre, 269 de 14 de octubre, 274 de 20 de octubre, 276 de 21 de octubre y 279 de 22 de octubre.

3.2.3.5 El CESE respalda también el esfuerzo que hace la Comisión por apoyar el desarrollo de organizaciones activas en el sector de la salud para que refuercen su presencia en las instancias de diálogo, la movilidad de los pacientes, la cooperación entre los sistemas sanitarios nacionales a fin de que puedan afrontar los retos que se les plantean y el refuerzo de los mecanismos de intercambio de información en materia de salud pública.

3.2.3.6 El CESE reconoce de este modo que la Comisión ha dispensado a la vertiente «salud pública» un tratamiento más adecuado a las necesidades del sector, desde el punto de vista de la definición de los objetivos, la descripción de las acciones o también de los medios asignados para su realización, que representan cerca del triple de lo previsto en el programa anterior y más del cuádruple de lo que está previsto para la vertiente «consumidores».

3.2.3.7 Sin embargo, el CESE considera que incluso en esta vertiente no se introducen innovaciones de importancia⁽¹⁶⁾ en relación con el contenido de los programas anteriores; por lo tanto, siguen siendo completamente válidas las observaciones que el CESE formuló sobre el programa 2001-2006 y el Plan europeo «Medio ambiente y salud 2004-2010», en particular por lo que se refiere a la falta persistente de objetivos concretos y evaluables objetivamente y de un calendario preciso para su realización⁽¹⁷⁾.

3.2.3.8 El CESE habría defendido una indicación precisa de los objetivos perseguidos sobre aspectos que figuraban en el texto legal anterior y que han desaparecido del texto actual. Se trata, por ejemplo, de los relacionados con la lucha contra las desigualdades en materia de salud, en particular entre los hombres y las mujeres, pero también la situación de las personas mayores, las personas más desfavorecidas y los grupos

marginales de la sociedad, o también la confidencialidad de los datos de carácter personal, los factores personales y biológicos, los efectos perjudiciales de las radiaciones y del ruido, o la resistencia a los antibióticos.

3.2.3.9 El CESE también habría deseado que se incluyeran de forma coherente en el programa temas de verdadera importancia, como la obesidad, el VIH/SIDA, la salud mental⁽¹⁸⁾, la salud infantil y las enfermedades infantiles o el envejecimiento pues, aunque se mencionan en las partes descriptivas del programa, no son objeto de un tratamiento adecuado en el texto legal de la propuesta de Decisión.

3.2.3.10 No obstante, lo que no puede por menos que sorprender es la manera en que la propuesta de la Comisión pasa por alto algunas de las grandes cuestiones de salud pública de la actualidad, como la salud dental, la vista, los cuidados paliativos y la mitigación del dolor.

3.2.3.11 Por regla general, el Comité valoraría positivamente que la Comisión se hubiese mostrado más comprometida con aspectos como la calidad de la información a todos los niveles y en todos los ámbitos, la prevención global de los riesgos, las asociaciones público-privadas, la cooperación entre los Estados miembros y la cooperación internacional.

3.2.3.12 Por último, al CESE le hubiera gustado también que el programa incluyera acciones concretas destinadas a facilitar la comparabilidad entre los distintos sistemas sanitarios de la UE⁽¹⁹⁾, promover la protección de los pacientes que se desplazan en la UE («seguro de enfermedad en la UE»), fomentar más decididamente la aprobación de códigos de «buenas prácticas» y crear y desarrollar «centros de excelencia», así como un centro de epidemiología.

Bruselas, 14 de febrero de 2006.

La Presidenta
del Comité Económico y Social Europeo
Anne-Marie SIGMUND

⁽¹⁶⁾ En efecto, un análisis comparativo de los programas 2007-2013 y 2001-2006 revela que el contenido de los puntos 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 5.4, 5.6, 5.7 y 6 de la propuesta actual coincide con el del programa anterior; sólo cambia la numeración. Sin embargo, pueden encontrarse algunas innovaciones en el apartado 1.5; en el detalle del punto 2, aunque el tema de la respuesta a las emergencias sanitarias ya figurase en el programa anterior; en los puntos 3.5, 3.6, y 3.7 y en la totalidad del apartado 4 que sólo se enunciaba vagamente en la Comunicación de la Comisión relativa al programa anterior; y en los puntos 5.1, 5.2, 5.3, 5.5 y 5.8. En cambio, la referencia a las acciones en el ámbito de la cooperación con los países candidatos y los terceros países ha desaparecido del programa actual y esta cuestión sólo se menciona en el punto 2.2.
⁽¹⁷⁾ DO C 116, de 20.4.2001 y DO C 157, de 28.6.2005.

⁽¹⁸⁾ Esto resulta mucho más sorprendente si se tiene en cuenta que la Comisión acaba de publicar un excelente Libro Verde titulado «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental» (COM(2005) 484 final, de 14 de octubre de 2005) como seguimiento, por otra parte, de toda una serie de actividades realizadas desde 1997 en este ámbito, de las que da amplia cuenta el informe preparado por el profesor Ville Lehtinen en diciembre de 2004. Es la prueba evidente de que la Comisión puede realizar, con plena autonomía, acciones de gran interés en ámbitos importantes de la salud pública que no tienen nada que ver con la política de los consumidores.
⁽¹⁹⁾ Necesidad que puso de manifiesto con toda razón el Dr. Yves CHARPAK, de la OMS, durante el «Open Health Forum 2005».