

# La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de los usuarios

*Pablo José Ortiz de Elgea Goicoechea*

Abogado y experto en Derecho sanitario

**Sumario:** 1. Evolución de la normativa comunitaria. 2. La Política sanitaria de la Unión Europea. 2.a) Introducción. 2.b) Comunicación de la Comisión de abril de 1998. 2.c) Comunicación de la Comisión de junio de 2000. 2.c)1. La estrategia de salud integrada. 2.c)2. El programa de acción comunitario. 2.d) Comunicación de la Comisión de diciembre de 2001. 2.d)1. La diversidad de los sistemas nacionales y la contribución de las políticas comunitarias. 2.d)2. Objetivos a largo plazo: Accesibilidad, calidad y sostenibilidad. 2.d)3. Conclusión. 2.e) Conclusiones del Consejo de julio de 2002. 2.f) El proyecto BIOMED. 3. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas. 4. Conclusión: El futuro de la planificación sanitaria: ¿Conduciendo o siendo conducidos?.

## 1. EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA COMUNITARIA

Aunque resulta sobradamente conocido, para introducir el tema conviene recordar cómo el derecho a la protección de la salud se ha configurado como un derecho secundario de carácter social, derivado de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física. El contenido de este derecho a la protección de la salud tiene una doble vertiente: de una parte, abarca el ámbito de la denominada “salud pública”, contemplando todas las medidas que un estado debe desarrollar para preservar la salud de su ciudadanía; de otra, comprende las acciones a adoptar para garantizar la asistencia sanitaria que cada ciudadano pueda llegar a precisar. Dependerá del desarrollo de cada país la mayor o menor cobertura de ambas facetas, y serán los países social y económicamente más avanzados los que se doten de un sistema sanitario que permita garantizar a su población la efectividad del derecho a la protección de la salud. Así, en el artículo 43.1 de nuestra Constitución se recoge dicho derecho, el cual no llegó a desplegar toda su potencialidad hasta 1986, cuando la Ley General de Sanidad universaliza el derecho a la asistencia sanitaria y crea un sistema sanitario: el Sistema Nacional de Salud

Dejando al margen la dinámica de dicho desarrollo en nuestro ámbito interno así como la siempre problemá-

tica articulación de los niveles competenciales estatal y autonómico, vamos a enfocar la cuestión desde la perspectiva supranacional de la Unión Europea. Al respecto se tendrán en consideración exclusivamente las disposiciones comunitarias que constituyan un desarrollo directo del derecho a la protección de la salud, sin que por el contrario sean tenidas en cuenta aquella normativa reguladora de otros derechos sociales o económicos que afecte al ámbito de la salud de los ciudadanos, por muy intensa que sea dicha afección. Así, no se analizará cuestión alguna relacionada con la asistencia sanitaria como prestación del sistema de Seguridad Social, dado que, a pesar de la obvia relación existente y de la consideración de que la implementación de dicha prestación constituye un paso previo imprescindible para la creación de un sistema sanitario propiamente dicho, tal prestación opera en un ámbito distinto al que aquí se pretende acceder. Para ello se describe a continuación la normativa comunitaria existente en materia del derecho a la protección de la salud, cuya evolución al respecto ha sido la siguiente:

Por su parte, la asunción de competencias por las CCAA ha implicado una ulterior diversificación, relacionada con las opciones en materia de personal que las mismas, en ejercicio de su autonomía, han puesto en marcha. Existen modelos continuistas –en los que las CCAA actúan sobre el tipo de relación preexistente– y otros que no lo son –procesos de funcionarización o de

laboralización existentes—. Incluso en los primeros pueden existir modelos normativos diferentes en atención a las competencias autonómicas de desarrollo de unas bases que no han quedado plenamente explicitadas en la legislación estatal<sup>1</sup>. El problema, por lo demás, puede agravarse a corto plazo puesto que, si, inicialmente, sólo algunas CCAA asumieron competencias en este terreno, en la actualidad el proceso de transferencia competencial se ha extendido a la práctica totalidad del territorio nacional.

- a) El Tratado de la Unión Europea de Maastricht de 1992 modificó el antiguo Tratado de la Comunidad Europea de 1957, introduciendo en la cuestión que nos ocupa las siguientes dos novedades: una, el añadido en el artículo 3 (en el que se relacionaban las características que ha de tener la acción de la Comunidad para alcanzar sus fines), de una nueva letra o), que hace referencia a “una contribución al logro de un alto nivel de protección de salud”<sup>2</sup>; y la otra, el nuevo artículo 129 que se incluye para dar contenido al citado objetivo, y en que se contempla la actuación comunitaria fundamentalmente en el ámbito de la salud pública<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Una rápida descripción de los diferentes modelos en GOERLICH PESET, J.M., “El personal estatutario al servicio de instituciones sanitarias”, en *Las relaciones laborales en las Administraciones Públicas cit.*, pp. 354 ss. Para más detalles, LANDA, La reforma de la sanidad pública cit., pp. 73 ss.

<sup>2</sup> Este precepto establecía:

“1. La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuese necesario, apoyando la acción de los mismos.

La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, apoyando la investigación de su etiología y de su transmisión, así como la información y la educación sanitarias.

Las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad.

2. Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí 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 los terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. Para contribuir a la consecución de los objetivos del presente artículo, el Consejo adoptará:

- Con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 189B y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, medidas de fomento, con exclusión de toda

- b) Dicho artículo 129 fue sustituido en el Tratado de Ámsterdam por el nuevo artículo 152<sup>3</sup>. Comparando ambos textos se comprueba un claro progreso en cuanto a las posibilidades de actuación comunitaria respecto a la salud pú-

---

*armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros;*

- *Por mayoría cualificada, a propuesta de la Comisión, recomendaciones”.*

<sup>3</sup> Para comparar ambos preceptos, transcribimos el vigente artículo 152, que dispone:

“1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y medidas 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, lo que incluirá 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 de ser necesario, prestará apoyo a su acción.

Los Estados miembros coordinarán entre sí, en colaboración con la Comisión, sus políticas y programas 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 251, 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 órganos y sustancias de origen humano; sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a los Estados miembros mantener o introducir medidas de protección más rigurosas;*
- b) *No obstante 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 para la organización y suministro de los servicios sanitarios y la 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 sangre”.

blica<sup>4</sup>. Los cambios introducidos tienen una enorme trascendencia porque abren la posibilidad de establecer normas comunitarias (y obligatorias por tanto para los Estados miembros) en unos ámbitos muy necesitados de ello, y también porque se traen ahora al campo de la salud pública europea asuntos que le son propios pero que hasta ahora se afrontaban desde prismas fundamentalmente comerciales o económicos.

La evolución de la citada normativa evidencia cómo la Unión Europea en su construcción sigue el camino que los países que la componen han recorrido previamente. De esta manera, se observan avances en relación con la faceta del derecho a la protección de la salud referida a la salud pública. Pero todavía no se perfila previsión alguna en lo referente al otro ámbito del derecho, el de la asistencia sanitaria, que únicamente se contempla en el ámbito del sistema de Seguridad Social en relación con la protección a la población trabajadora, recogiendo las obligaciones al respecto asumidas en el marco de la Organización Internacional del Trabajo.

Se comprende entonces que cuando los órganos comunitarios miran hacia el futuro de la Unión, introduzcan el derecho a la asistencia sanitaria en el texto que pretende reflejar lo que supondría el estatuto del ciudadano europeo. Se hace en términos de “mínimos” y supeditando su contenido efectivo a la regulación interna de cada país, algo razonable teniendo en cuenta que se trata de un primer paso. Así, el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, publicada en el Boletín Oficial de las Comunidades Europeas el 18 de diciembre de 2000, tiene el siguiente contenido:

*“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria conforme a las condiciones establecidas en las disposiciones nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.*

Las fuentes de este artículo se encuentran en el artículo 152 del Tratado de la Unión Europea mencionado anteriormente, y en el 11 de la Carta Social Europea<sup>5</sup>. Lo que

<sup>4</sup> Un detallado estudio comparativo entre ambos artículos ha sido realizado por A. CALVETE OLIVA, “La Salud Pública en la Unión Europea según el Tratado de Amsterdam”, *Revista de Administración Sanitaria*, 2000, IV/14, p. 39.

<sup>5</sup> La Carta Social Europea aprobada por el Consejo de Europa en Turín el 18 de octubre de 1961 y ratificada por España el 29 de abril de 1980 mediante Instrumento publicado en el n° 153 del B.O.E. el 26 de junio del mismo año establece en su artículo 11 lo siguiente: “Dere-

la nueva Carta de Derechos Fundamentales aporta es la expresión en una nueva forma a través de sus 50 artículos de derechos tales como el referido, elevándolo expresamente al status de derecho fundamental. Se trata de hacer visibles estos derechos para los ciudadanos, de recoger la doctrina jurisprudencial construida sobre los mismos y, como novedad, de incluir como fundamentales, junto a los derechos civiles y políticos, a los derechos económicos y sociales. Se pretende así que el ciudadano cuente con una mayor protección en esta materia. No se trata de aumentar el poder de Bruselas a costa de la soberanía de los Estados miembros, sino de crear una herramienta para controlar las actuaciones comunitarias y nacionales en esta materia.

La meritada Carta, contrariamente a las previsiones iniciales, no pudo ser incorporada en el Tratado de Niza del 2000<sup>6</sup>, debido fundamentalmente a la oposición del Reino Unido. A pesar de ello, dicho texto muestra la futura senda comunitaria que, antes o después, será recorrida en general y en relación con la materia que nos ocupa en particular (siempre que se considere irreversible el proceso de la construcción europea). Consecuentemente, no resulta sorprendente que el Anteproyecto de Tratado Constitucional<sup>7</sup> recoja íntegramente el contenido de la referida Carta en su artículo 6.

Finalizado este recorrido normativo, corresponde a continuación analizar la labor desarrollada a partir de los cimientos jurídicos comentados por las instituciones comunitarias en el ámbito del derecho a la protección de la salud.

---

cho a la protección de la salud. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; y 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras”.

<sup>6</sup> El Tratado de Niza de 26 de febrero de 2001, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos, fue publicado en el B.O.E. n° 267, de 7 de noviembre de 2001, entró en vigor de forma general y para España el 1 de febrero de 2003, tal y como se contempla en el n° 24 del B.O.E. publicado el 28 de enero de 2003.

<sup>7</sup> El Praesidium de la Convención Europea ha elaborado un anteproyecto de Tratado Constitucional que fue presentado por el Presidente a la Convención en la sesión plenaria del 28 de octubre de 2002.

## 2. LA POLÍTICA SANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

### 2.a) INTRODUCCIÓN

Tal y como se ha expuesto, en 1993 la salud pública tuvo por primera vez una base legal comunitaria a través del artículo 129 del Tratado de Maastricht, ya comentado y en el que se establecía que las exigencias en materia de protección de la salud debían constituir un componente de las demás políticas de la Comunidad. Aunque no estaba prevista armonización alguna de las legislaciones nacionales al respecto, la Comisión puso en marcha ocho Programas de Salud Pública<sup>8</sup>, con el objeto de contar con un marco de acción que permitiera responder adecuadamente a las nuevas obligaciones derivadas de dicho artículo. Las citadas obligaciones hacían referencia a aspectos tales como la contribución “a la consecución de un alto nivel de protección de la salud”, “fomentar la cooperación entre los Estados miembros”, la “prevención de las enfermedades” y la adopción de “medidas de fomento”. Se completaba así el indicado marco de trabajo que permitiera en el futuro la implantación de una nueva estrategia sanitaria de la Comunidad Europea.

Pero si el artículo 129 del Tratado de la CE establecía que las exigencias en materia de protección de la salud debían constituir un componente de las demás políticas de la Comunidad, después de la entrada en vigor del Tratado de Amsterdam, el nuevo artículo 152 del Tratado CE hemos visto que confiere una mayor importancia al impacto de las políticas comunitarias sobre la salud y amplía el campo de influencia de la acción comunitaria, al tiempo que garantiza un nivel elevado de protección de la salud humana, tanto en la definición como en la aplicación de todas las políticas y acciones de la Comunidad.

A raíz de la entrada en vigor del citado Tratado de Amsterdam, el artículo 152 relativo a la Salud Pública afirma que, al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad, se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. Además, los ámbitos de cooperación entre los Estados miembros se extienden a todas las “causas de peligro para la salud humana”.

---

<sup>8</sup> Estos Programas presentados por la Comisión contemplaban actuaciones en los ámbitos siguientes: cáncer, SIDA, toxicomanía, promoción de la salud, vigilancia de la salud, enfermedades poco comunes, enfermedades relacionadas con la contaminación y hemoderivados.

### 2.b) COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN DE ABRIL DE 1998

El 15 de abril de 1998 la Comisión a través de una COMUNICACIÓN expuso sus conclusiones sobre el desarrollo de la “Política de Salud Pública en la Comunidad Europea”<sup>9</sup>, señalando al respecto que la política comunitaria en esta materia debía tener como objetivo el de estimular un amplio debate sobre la orientación que debe darse a la futura política de la Comunidad en materia de salud pública a fin de poder presentar propuestas concretas, una vez ratificado el Tratado de Ámsterdam. Para ello, propone iniciar un debate sobre las siguientes cuestiones: a) la necesidad de una revisión fundamental de la estrategia comunitaria en el ámbito de la salud pública; b) los problemas de salud actuales de la ciudadanía europea; c) presiones sobre los sistemas sanitarios derivadas del crecimiento de la demanda y su financiación; d) la salud pública y la ampliación de la Unión; e) aspectos positivos y mejorables del marco de acción compuesto por los 8 programas establecidos a partir de 1993; y f) repercusiones de acontecimientos tales como la crisis de las “vacas locas”. A fin de responder a estas cuestiones, la Comisión consideró en dicha Comunicación que la futura política comunitaria en materia de salud pública debía girar en torno a las tres líneas de acción siguientes: mejorar la información, reaccionar rápidamente y abordar los factores determinantes de la salud mediante medidas de promoción y prevención.

### 2.c) COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN DE JUNIO DE 2000

Posteriormente, en junio de 2000 la Comisión presentó una nueva COMUNICACIÓN sobre la “Estrategia Sanitaria”<sup>10</sup> de la Comunidad Europea. El objetivo consiste en la creación de una estrategia de salud pública que refleje las nuevas responsabilidades de la Comunidad y permita a la misma desempeñar plenamente su papel contribuyendo a un elevado nivel de protección, al tiempo que completa las actividades de los Estados miembros

---

<sup>9</sup> Se trata de la Comunicación de la Comisión COM (1998) 230 final, sin publicar en el Diario Oficial. El Consejo, en sus Conclusiones de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública (Diario Oficial C 390, de 15 de diciembre de 1998), felicitó a la Comisión por su trabajo y precisó las orientaciones que la Comisión debería tener presentes en sus futuras actuaciones, profundizando en la línea marcada por ésta.

<sup>10</sup> La Comunicación de la Comisión -COM (2000) 285 final- al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, de 16 de mayo de 2000, aún no ha sido publicada en el Diario Oficial.

y hace frente a los principales retos de salud pública<sup>11</sup>. La nueva estrategia se debía centrar, resumidamente, en tres prioridades:

- Mejorar la información sobre la salud destinada a todos los niveles de la sociedad.
- Establecer un dispositivo de respuesta rápida a fin de responder a las grandes amenazas que se ciernen sobre la salud (téngase presente lo cercano que estaban los casos de las “vacas locas” y de las “dioxinas” en aquellas fechas).
- Abordar los factores determinantes de la salud, especialmente los factores nocivos relacionados con el modo de vida.

La estrategia cuyas prioridades acabamos de perfilar consta a su vez de dos elementos principales: a) La realización de una ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRADA; y b) un marco de salud pública, que incluye un PROGRAMA DE ACCIÓN en el ámbito de la salud pública (2001-2006), así como la política y la legislación relativas a la salud pública. A continuación se analizan ambos elementos.

**2.c)1.** La realización de una **ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRADA**: La previsión del Tratado en virtud de la cual debe garantizarse un elevado nivel de protección sanitaria al determinar y aplicar las políticas comunitarias hace que la protección de la salud abarque todos los ámbitos clave de la actividad comunitaria. Esta nueva estrategia conlleva medidas específicas para responder a la obligación de integrar la protección de la salud de manera horizontal, es decir, en todas las políticas comunitarias. Y es que la Comisión entiende que para garantizar la coherencia de la estrategia sanitaria general de la Comunidad, hay que garantizar un estrecho vínculo entre las acciones en el marco de la salud pública y las iniciativas relacionadas con la salud, que se tomen en otros ámbitos políticos como el mercado único, la protección de los consumidores, la protección social, el empleo y el medio ambiente, como exige el Tratado. Sin embargo, los vínculos no bastan por sí solos para garantizar esta coherencia total, por lo que conviene reforzarlos con nuevos mecanismos e instrumentos que garanticen la contribución de otras políticas comunitarias a la protección de la salud:

- A partir de 2001, las propuestas que afecten especialmente a la salud incluirán una declaración en la que se explicará cómo y por qué se tuvieron en cuenta las cuestiones sanitarias, así como las repercusiones previstas para la salud;
- Una tarea prioritaria del programa de salud pública consistirá en poner a punto criterios y métodos, a modo de directrices, para evaluar las políticas propuestas y su aplicación, con la posibilidad de hacer una evaluación de impacto en profundidad en algunas acciones o políticas;
- El programa de salud pública prevé la posibilidad de realizar acciones conjuntas en cooperación con otros programas y agencias comunitarios;
- En la Comisión se reforzarán los mecanismos que garantizan la coordinación de las actividades relativas a la salud.

La nueva estrategia, con sus elementos diferentes, significativos y ambiciosos, representa un compromiso fundamental y demuestra la importancia que la Comisión concede a la salud pública en las políticas comunitarias.

**2.c)2. EL PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIO<sup>12</sup>.** En el ámbito de la salud pública, este Programa es el elemento clave en la realización de la estrategia. En este sentido la Comisión propuso el 16 de mayo de 2000 un nuevo programa de acción para el período 2001-2006, el cual, a diferencia del anterior, será global y sustituirá a los 8 programas que se venían aplicando hasta entonces en el ámbito de la salud.

Este programa pretende contribuir a la consecución de un nivel elevado de protección de la salud a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública y la prevención de enfermedades y dolencias humanas, constituyendo una parte esencial de la estrategia de la Comunidad Europea en materia de salud. Dicho programa persigue los siguientes objetivos y acciones generales:

- Mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública y los sistemas de salud, para lo que propone las siguientes acciones: creación de un sistema global de recopilación, análisis y evaluación de la información

---

<sup>11</sup> Siendo conocida la tradicional reticencia británica a las cuestiones comunitarias, resulta interesante la valoración positiva que esta estrategia les merece a E. MOSSIALOS y a M. MCKEE en la editorial “una nueva estrategia sanitaria Europea”, *British Medical Journal*, Volume 321, 1 de julio de 2000, pág. 6.

---

<sup>12</sup> Con fecha 16 de mayo de 2000 el Parlamento europeo y el Consejo aprobaron una propuesta de decisión por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (COM 2000, 285 final – Diario Oficial C 337E de 28 de noviembre de 2000).

y de los conocimientos con el fin de informar, aconsejar y difundir la información a todos los niveles de la sociedad, el gran público, las autoridades y los profesionales de la salud.

- Aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante las amenazas para la salud de carácter transfronterizo, tales como las que representan el VIH, la encefalopatía espongiiforme humana y las afecciones relacionadas con la contaminación. Para ello propone las siguientes acciones: desarrollo, refuerzo y apoyo de la capacidad, explotación e interconexión de los mecanismos de vigilancia, alerta precoz y reacción rápida.
- Abordar los factores determinantes de la salud, para lo que propone las siguientes acciones: grandes acciones de promoción de la salud acompañadas de medidas y de instrumentos específicos de reducción y eliminación de riesgos. Las prioridades principales son: reducir el número elevado de muertes prematuras y afecciones provocadas por grandes enfermedades como el cáncer y hacer que disminuyan las enfermedades mentales. En consecuencia, se hará hincapié en los factores clave relacionados con el modo de vida, la situación socioeconómica y el medio ambiente, tales como el consumo de tabaco, el alcohol, la toxicomanía, la nutrición y el estrés.

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

Teniendo en cuenta el principio de subsidiariedad y las restricciones de la Comunidad en materia de salud, la cooperación activa y el compromiso total del conjunto de los Estados miembros serán indispensables para el buen funcionamiento del programa y la consecución de los objetivos. En la propuesta comunitaria se prevé una dotación financiera de 300 millones de euros para el período de 2001 a 2006, así como la existencia de un comité que asista a la Comisión en la aplicación del programa. Asimismo, se contempla la apertura del programa a la participación de los países del Espacio Económico Europeo, de los países asociados de Europa central y oriental y de Chipre, en las condiciones establecidas en los acuerdos

correspondientes, y a Malta y a Turquía mediante créditos adicionales. También se promueve la cooperación con terceros países y las organizaciones competentes en el ámbito de la salud pública, tales como la Organización Mundial de la Salud.

Se prevé someter el programa a una doble evaluación; una basada en los indicadores y resultados contenidos en los programas de trabajo anuales y otra, realizada por expertos externos e independientes, intermedia, en el tercer y último año del programa, así como una vez finalizado, haciéndose públicos los resultados de las evaluaciones. También está previsto que la Comisión presente un informe intermedio, en el tercer año del programa, y un informe final al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.

Dicho programa ha sido finalmente puesto en práctica por la Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002<sup>13</sup>. En la misma se dispone su aplicación durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008.

## 2.d) COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN DE DICIEMBRE DE 2001

La Unión Europea, a la hora de definir una estrategia concertada para modernizar la protección social<sup>14</sup>, considera necesario que todos los ciudadanos puedan beneficiarse de los regímenes de atención sanitaria, y que estos se extiendan a todos aquellos que necesiten tratamientos, cuidados y rehabilitación. La contribución de los sistemas sanitarios europeos al respecto ha sido enorme, como se desprende del hecho de que la salud de la población comunitaria sea mejor que nunca. Sin embargo, cada vez hay más presión sobre los sistemas de salud, tendencia que no hará sino acrecentarse en la medida en que siga aumentando la proporción de personas mayores en Europa. Los constantes avances en el campo de la medicina traerán grandes ventajas, pero empujarán los costes al alza. Por ello la Comisión concluye que deben contemplarse actuaciones para:

- Contribuir a la mejora de la eficiencia y la eficacia de los sistemas sanitarios para que puedan cumplir sus objetivos con los recursos disponi-

<sup>13</sup> Esta Decisión, relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública, se publicó el 9 de octubre de 2002 en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas L/271.

<sup>14</sup> Comunicación de la Comisión COM (99) 347 final.

bles; para ello, deberá contarse con la evidencia de que los avances y la tecnología se utilizan con la mayor eficacia posible, además de reforzar la cooperación entre Estados miembros en materia de evaluación de políticas y técnicas.

- Garantizar el acceso generalizado a servicios sanitarios de buena calidad y reducir las desigualdades en este ámbito.
- Reforzar los servicios de atención a las personas mayores dependientes.
- Centrarse en la prevención de las enfermedades y la protección de la salud como mejor forma de abordar los problemas sanitarios, reducir costes y promover una vida sana.

De esta forma, la Comisión de las Comunidades Europeas, en su Comunicación de 5 de diciembre de 2001 relativa a “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”<sup>15</sup>, expone que los europeos consideran que la existencia de una protección de calidad contra los riesgos de enfermedad y de dependencia es un logro fundamental que ha de protegerse y adaptarse a los retos de nuestro tiempo, en particular del envejecimiento demográfico. Por ello, el Consejo Europeo de Lisboa, en marzo de 2000, recordó que es preciso reformar los regímenes de protección social, a fin de que sigan prestando servicios sanitarios de calidad.

En dicha Comunicación, entre otras, se analizan las siguientes cuestiones:

## 2.d)1. La diversidad de los sistemas nacionales y la contribución de las políticas comunitarias:

### 1. La diversidad de los sistemas nacionales

La diversidad de los modos de financiación y de organización es una característica fundamental de Europa; constituye, pues, el marco de las reformas destinadas a adaptarse al envejecimiento y a los demás factores de evolución de los gastos de asistencia sanitaria y de los cuidados destinados a las personas mayores<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones presentada en Bruselas el 5 de diciembre de 2001, COM (2001) 723 final.

<sup>16</sup> D.B. EVANS y otros, en “Eficiencia compartida de los sistemas de salud nacionales”, *British Medical Journal* Volume 323, 11 de agosto de 2001, pág. 307, describen el método utilizado por la Organización mundial de la Salud para determinar las puntuaciones comparativas globales de los resultados de los diferentes sistemas nacionales de salud. Aunque la calidad de los datos varía entre los países y persiste la

Sin embargo, se observa que, en todos los países, la financiación pública tiene una importancia decisiva en los gastos sanitarios: en el país en el que es menor (Grecia), representa, pese a todo, aproximadamente un 56 % de dichos gastos, y casi el 84% en el Reino Unido. Esta diversidad tiene dos caras:

- Algunos sistemas –principalmente los que están organizados en servicio sanitario nacional- se financian mediante recursos procedentes de los *impuestos*, en ocasiones íntegramente (Dinamarca, España, Holanda, Irlanda, Portugal, Reino Unido y Suecia). En otros, los recursos provienen de las *cotizaciones sociales*, si bien se observa una tendencia a reducir el porcentaje de éstas últimas y a incrementar el de los ingresos fiscales (por ejemplo, en Francia y en Alemania).
- El otro elemento de diversidad, independiente del anterior, es la repartición entre *financiación pública y privada*, es decir, la parte de los gastos sanitarios totales que corren a cargo de las familias y, en su caso, están cubiertos por seguros complementarios facultativos. Estos gastos representan entre una quinta y una cuarta parte del gasto global en la mayoría de los Estados miembros, pero son muy bajos en el Reino Unido y en Luxemburgo (menos del 5%), del 23,2% en España, y ascienden al 42% en Italia y Portugal.

Dichos gastos suelen variar según el tipo de asistencia: en muchos casos, el seguro de base cubre ampliamente la asistencia hospitalaria, pero no ocurre así con los medicamentos, la asistencia odontológica, los productos de óptica, por citar sólo los casos más frecuentes.

La mayoría de las veces se aduce como justificación para dejar esa parte a cargo de los usuarios la voluntad de que sean más conscientes del coste de la asistencia. No obstante, de esa forma también se contribuye a incrementar el papel de los seguros complementarios en las posibilidades de acceder a los sistemas sanitarios, incluso para las persona más desfavorecidas, para las cuales es preciso establecer dispositivos de cobertura.

---

controversia sobre algunos aspectos de este método, los resultados proporcionan unos primeros datos para una reforma de los sistemas sanitarios basada en la evidencia. Cabe indicar que en el referido estudio de la OMS, España ocupa el sexto lugar en la relación mundial de países por la eficiencia de su sistema sanitario.

## 2. Contribución de las políticas comunitarias

Cabe destacar tres políticas que son elementos fundamentales de las adaptaciones y de las reformas.

- La política de salud pública y la promoción de un alto nivel de protección de la salud humana (artículo 152 del Tratado). En la Comunicación de la Comisión sobre la Estrategia sanitaria de la Comunidad Europea ya citada, se hace hincapié en que los servicios sanitarios deben ser una respuesta efectiva a las expectativas y preocupaciones de la población, en un contexto caracterizado por los retos del envejecimiento y del desarrollo de las técnicas médicas, así como por una mayor dimensión transfronteriza en lo que a la salud se refiere (enfermedades transmisibles, salud medioambiental, mayor movilidad de las personas, de los servicios y de los bienes).
- La mejora de la calidad y de la sostenibilidad de las finanzas públicas.
- La profundización del mercado interior.

### 2.d)2. Objetivos a largo plazo: Accesibilidad, calidad y sostenibilidad.

#### 1. Accesibilidad

Para los europeos, el acceso a la asistencia sanitaria es un derecho fundamental y un elemento esencial de la dignidad humana. Sin embargo, los datos reflejan que en todos los países la situación global de las personas depende de su posición social, por lo que entre los “objetivos comunes” debe figurar el lograr el acceso a la asistencia por parte de los grupos más desfavorecidos y de las personas más necesitadas.

#### 2. Calidad

Recibir una asistencia sanitaria de calidad es una exigencia que comparten todos los europeos, y un objetivo fundamental de la salud pública. Sin embargo, ese enfoque de la calidad es particularmente complejo y delicado debido a dos elementos:

- *La diversidad de los modelos de oferta de asistencia:* la estructura y el nivel de oferta desempeñan un papel decisivo para determinar la demanda de asistencia (y, en consecuencia, el nivel de gastos).
- *La heterogeneidad de las prácticas terapéuticas:* en el caso de los partos, Francia y los Países

Bajos tienen unas tasas de mortalidad perinatal bastante próximas (en 1996, 0,82% y 0,84% respectivamente), aunque en Francia la mayor parte de los partos tienen lugar en el medio hospitalario mientras que en los Países Bajos casi una tercera parte de los nacimientos tienen lugar en el domicilio. Por tanto, resulta difícil *a priori* sacar la conclusión de que un método sea mejor que otro. Así, el análisis comparativo de los sistemas de asistencia y de las prácticas terapéuticas que permita detectar las “buenas prácticas” reviste especial interés para mejorar la calidad de los sistemas sanitarios y, en consecuencia, para una utilización óptima de los recursos de protección social.

#### 3. Sostenibilidad financiera

Para simplificar, cabe decir que los sistemas de tipo “servicio nacional de salud” permiten, en teoría, controlar más fácilmente el gasto (ya que éste es intrínsecamente presupuestario), pero la presión de la demanda puede llevar consigo un alargamiento de las listas de espera, cuya amplitud puede revelar una verdadera inadecuación de la oferta. Por su parte, los sistemas de seguro, en los que, en muchos casos, los prestadores de asistencia son independientes del financiador, un incremento de la demanda y/o de los costes lleva consigo un incremento de los gastos, que puede llegar a ser insostenible para las finanzas públicas, salvo que se recurra a incrementar los ingresos o a adoptar medidas de control de los gastos que, en muchos casos, se enfrentan con la oposición de los profesionales interesados y, sobre todo, ante la dificultad de elegir en función de la importancia de las necesidades que han de satisfacerse.

Las reformas acometidas en diversos países en materia de sostenibilidad suelen utilizar, en mayor o menor medida, los siguientes dos elementos básicos: 1) la regulación de la demanda (incrementando impuestos o estableciendo co-pagos); y 2) la regulación de oferta macroeconómica (estableciendo presupuestos para los prestadores de asistencia) o microeconómica (con medidas de contractualización de las relaciones entre compradores y suministradores o con medidas de competencia)

**2.d)3. Conclusión:** Los sistemas de asistencia sanitaria de la Unión tienen un reto ante sí: alcanzar simultáneamente el triple objetivo del acceso de todos a la asistencia, del alto nivel de calidad de la oferta de la asistencia y de la sostenibilidad financiera de los sistemas. Para alcanzar esos objetivos, es fundamental que exista una

**cooperación de todos los agentes del sistema sanitario**, es decir, las autoridades públicas, los profesionales de la salud, los organismos de protección social, los organismos de seguros complementarios, los usuarios o sus representantes.

## 2.e) CONCLUSIONES DEL CONSEJO DE JULIO DE 2002

El Consejo y los representantes de los estados miembros formularon el 19 de julio de 2002 unas *Conclusiones* relativas a la “Movilidad de los pacientes y evolución de la atención sanitaria en la Unión Europea”<sup>17</sup>. Entre las referidas conclusiones se contemplan aspectos tales como los siguientes:

- El reconocimiento de que los sistemas de atención sanitaria de la unión Europea comparten, pese a su diversidad, principios comunes de solidaridad, equidad y universalidad.
- El reconocimiento de una interacción entre dichos sistemas motivada por la libre circulación de personas<sup>18</sup> y su deseo de acceder a servicios sanitarios de alta calidad.
- El examen de ciertos problemas sanitarios desde una perspectiva que rebase las fronteras nacionales puede resultar ventajoso.
- La reforma del Reglamento CEE nº 1408/71 debería culminar en el establecimiento de un marco simplificado que facilite, entre otras cosas, la movilidad de los pacientes<sup>19</sup>.
- Es preciso reforzar la cooperación con el objeto de propiciar una asistencia sanitaria de alta calidad sin menoscabo de la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios de la Unión Europea.

---

<sup>17</sup> Estas Conclusiones figuran publicadas en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2002 C 183/01.

<sup>18</sup> La cumbre europea celebrada bajo presidencia española en marzo de 2002 en Barcelona aprobó en su 34ª conclusión el mandato político para proceder a la creación de la tarjeta sanitaria europea única. Su entrada en vigor está prevista para el año 2004.

<sup>19</sup> La referida tarjeta sanitaria europea única es un instrumento ideado para favorecer la movilidad de los ciudadanos y, en un primer momento, sólo servirá para sustituir al documento E-111. Un detallado estudio de la referida tarjeta desde el punto de vista del sistema de seguridad social es el elaborado por V. PÉREZ MENAYO, “La tarjeta sanitaria europea”, revista “Mutua Fraternidad”, enero 2003, pág. 75.

## 2.f) PROYECTO BIOMED

El Proyecto BIOMED sobre el “Impacto de las Normativas del Mercado Único de la Unión Europea en los Servicios Sanitarios Públicos de los Estados Miembros”<sup>20</sup> advierte la contradicción que subyace en el debate sobre los servicios sanitarios en general. Y es que, por un parte, la Unión Europea se plantea objetivos en el ámbito de la salud pública a la vez que, en el mismo artículo 152 que fundamenta lo anterior, se establece que la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública debe respetar plenamente las responsabilidades de los estados miembros en la organización y provisión de los servicios sanitarios y la atención médica, excluyendo cualquier armonización de la legislación y normativas de los estados miembros. En consecuencia, si se contemplan los servicios sanitarios como el modo en el que los países disponen la financiación, organización y provisión de la atención sanitaria a sus ciudadanos, el impacto de la acción comunitaria es nulo en base al principio de subsidiariedad enunciado en el artículo 152 del Tratado de la unión, dado que siempre deben primar los intereses nacionales sobre los comunitarios.

Sin embargo, la suposición de que la integración económica europea está separada de las responsabilidades puramente nacionales en sanidad tiene que ser cuestionada, ya que el sistema sanitario, no sólo es parte del estado de bienestar, sino que simultáneamente constituye una parte fundamental de la economía. Por ello, es imposible regular uno de ellos sin ocasionar efectos en el otro. Restringir la política sanitaria en el ámbito de los estados miembros mientras se fomenta la integración económica a escala europea no permite una separación clara y significativa. Y es que la libre circulación de personas, bienes, servicios y capital significa también el libre movimiento de profesionales sanitarios, de usuarios, de medicamentos, de tecnología, de servicios sanitarios, ... . De ahí que la relación entre la Unión Europea y los sistemas sanitarios se esté convirtiendo en una cuestión cada vez más compleja.

Las conclusiones que arroja el proyecto BIOMED son, sucintamente, las siguientes:

- Intentar delimitar el impacto de la Unión Europea en los servicios sanitarios es una tarea compleja. Es evidente que existe un cierto impacto actual, así como que el posible desarrollo comu-

---

<sup>20</sup> El Proyecto BIOMED inició sus trabajos en 1995, y dentro del mismo se analizó el impacto de la normativa comunitaria en los servicios sanitarios públicos, mediante la ejecución del Contrato de Acción Concertada núm. BMH4-98-3030.

nitario suponga un incremento de dicho impacto.

- Las intervenciones del Mercado Único Europeo tienen tantos efectos *intencionados* (principalmente para crear un mercado único de libre circulación de bienes, servicios, ciudadanos y capital) como efectos *no intencionados*.
- Por otra parte, las intervenciones del Mercado Único Europeo en los estados miembros pueden provocar un efecto distinto dependiendo de los diferentes entornos políticos y organizativos de los sistemas sanitarios.
- Aunque el impacto real actual de la normativa y jurisprudencia comunitarias pueda ser marginal, es posible que los conflictos inherentes a la situación presente puedan tener a corto plazo un impacto significativo y erosionar la estabilidad de los sistemas.
- En el caso de que se desarrollaran tanto un catálogo europeo de prestaciones como la libre elección del ciudadano, se impulsaría enormemente la creación de un sistema sanitario europeo. Sin embargo, dicho desarrollo parece que supondría un fuerte impacto en los sistemas del tipo “Beveridge”, lo que provocaría resistencias en los estados miembros.
- En consecuencia no parecen factibles, ni la total “integración de los servicios sanitarios a escala europea”, ni la “exclusión de los sistemas sanitarios nacionales del Mercado Único Europeo”. La tercera opción, “adaptarse a la situación”, tampoco proporciona soluciones fáciles. Del mismo modo, “no hacer nada” tampoco es una opción sensata.
- Por ello, se plantea debatir honesta y profundamente las ventajas y desventajas de la opción consistente en “adaptarse a la situación”.
- No se trata de excluir la sanidad del Mercado Único Europeo, pero cuando las reglas del mercado entren en conflicto con valores que conforman el “modelo social europeo” (accesibilidad, solidaridad, ...), serán precisas la regulación e intervención del mercado para la consecución de los objetivos sanitarios. Paradójicamente, para ello se requiere una política sanitaria europea coherente y preeminente.

- El desarrollo de una política sanitaria europea podría evitar los efectos *no intencionados* del Mercado Único Europeo en el futuro tales como:

- La restricción de las prestaciones, como reacción a las decisiones judiciales que amplíen la libertad de elección.
- La privatización de la oferta, como consecuencia de la dificultad de planificación del sector público, la emigración de los profesionales donde mayores ingresos obtengan, o la desincentivación de educar a profesionales que luego van a emigrar, todo lo que conduciría a una desigualdad en el acceso a la sanidad de los ciudadanos de los distintos países.
- La concentración de empresas, dado que la lógica intención de la Unión Europea de hacer uso del Mercado único Europeo para fortalecer la posición competitiva de la Unión en un mercado globalizado puede conducir a una concentración de empresas que podría acarrear consecuencias negativas para los servicios sanitarios.

La tensión diagnosticada en relación con el derecho a la protección de la salud del ciudadano desde la perspectiva comunitaria se refleja en las decisiones judiciales adoptadas por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, cuestión que se contempla en el siguiente epígrafe.

### **3. LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS**

Por una parte, se ha puesto de manifiesto anteriormente cómo la normativa comunitaria a fecha de hoy no contempla desarrollo alguno significativo en relación con la asistencia sanitaria que deben recibir sus ciudadanos para hacer efectivo en su integridad el derecho a la protección de la salud, pareciendo todavía lejano el momento en el que contemos con un sistema sanitario europeo único y un catálogo europeo básico de prestaciones sanitarias.

Por otra, nos encontramos con que reiterada jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades

Europeas establece que el Derecho comunitario no afecta a la competencia de los Estados miembros en lo que respecta a la ordenación de sus sistemas de seguridad social<sup>21</sup>, aunque en el ejercicio de dicha competencia los Estados miembros deben respetar el Derecho comunitario.

Sin embargo, y como prueba evidente de la certeza de las conclusiones alcanzadas en el marco del Proyecto BIOMED, en los últimos tiempos hemos asistido a diversos pronunciamientos del Tribunal de Justicia que ponen de manifiesto la existencia de “efectos indeseados” en la aplicación de la normativa comunitaria en relación con el ámbito de la salud<sup>22</sup>. Destacan al respecto las Sentencias de 12 de julio de 2001, correspondientes a los asuntos C-157/99 (Asuntos “Smits” y “Peerbooms”) y C-368/98 (Asunto “Descamps”)<sup>23</sup>.

La doctrina fijada en dichas sentencias se puede resumir de la siguiente manera:

- Los Estados miembros son competentes para organizar su sistema sanitario.
- El principio comunitario de libertad circulación de servicios es aplicable en relación con la asistencia sanitaria.
  - Tanto en la asistencia hospitalaria como en la extrahospitalaria.
  - Tanto si el sistema se basa en el reintegro como si proporciona prestaciones en especie a través de la concertación.
- Los sistemas sanitarios nacionales pueden introducir el requisito administrativo de la *autorización previa* para autorizar asistencia sanitaria en el extranjero.
  - Esta restricción del principio de libre circulación de servicios se justifica por: a) necesidad de limitar los recursos; b) la univer-

salidad de la prestación; y c) la necesidad de planificación.

- Este criterio deber ser proporcionado.
- Debe garantizarse la asistencia en tiempo adecuado.
- Régimen de la prestación para:
  - El usuario: Derecho a las prestaciones en las condiciones en que se presten en el país donde se recibe la asistencia, excepto en lo que a la duración se refiere.
  - Estado que realiza la prestación: obtendrá el reembolso del país de residencia.
  - Estado de residencia: abona o reembolsa el importe íntegro si el nivel es más ventajoso en el otro país, y desembolsa el complemento correspondiente además en el caso de que el nivel de cobertura sea superior en el propio país de residencia.

A la vista de dicha doctrina, cabe plantearse la repercusión de la misma en relación con el Sistema Nacional de Salud diseñado por la Ley General de Sanidad, pudiendo plantearse al respecto las siguientes reflexiones:

- La doctrina expuesta sólo resultaría inaplicable en el caso de que un sistema sanitario prestara la asistencia exclusivamente en régimen de gestión directa. Como quiera que en nuestro sistema coexisten ambos sistemas, dicha doctrina resulta aplicable<sup>24</sup>.
- Es válida la limitación interna del catálogo de prestaciones<sup>25</sup>, sin que se pueda exigir el tratamiento más eficaz a nivel comunitario, ahora bien, el nivel exigible a las prestaciones, o es el mejor que puede darse en los países comunitarios, o es el mejor que pueda proporcionarse en el sistema sanitario público.

<sup>21</sup> Véanse Sentencias de 7 de febrero de 1984, *Duphar y otros* 238/82; de 17 de junio de 1997, *Sodeamre y otros* C-70/95; y de 28 de abril de 1998, *Kohll*, C-158/96.

<sup>22</sup> Un enfoque desde la perspectiva de financiación de los sistemas sanitarios puede verse en J.M. ANTEQUERA VINAGRE, “Libre circulación de pacientes entre Sistemas Sanitarios Públicos en la Unión Europea”, *Revista de Administración Sanitaria, Volumen V, núm. 20, 2001*, pág. 49 y ss.

<sup>23</sup> Un exhaustivo y pormenorizado análisis de dichas sentencias puede verse en M. GÓMEZ MARTÍN, “La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2001”, *Revista Derecho y Salud, Volumen 10, núm. 2, 2002*, pág. 167 y ss.

<sup>24</sup> Dicha doctrina fue expresamente comentada por el Presidente del Tribunal de Justicia, G.C. RODRÍGUEZ-IGLESIAS, en la presentación del informe anual de 2001 de dicho Tribunal presentado en Madrid en abril de 2002.

<sup>25</sup> Así, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 30 de mayo de 2000, en la que se trata la cuestión del alcance de la asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la Unión Europea, concluye que la finalidad del Reglamento 1408/71 no es la de dar a los beneficiarios de la Seguridad Social española derecho a recibir en los otros Estados miembros prestaciones de asistencia sanitaria distintas de las previstas en nuestra legislación.

- Por lo que al tratamiento posible aplicable, el parámetro de comparación para saber si un tratamiento es experimental no puede ser la doctrina científica interna de un país, sino la comunidad internacional.
- El problema del rango del Real Decreto 63/1995: en caso de nulidad, ¿aplicación sin limitación alguna de los principios comunitarios?
- Necesidad de completar el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud: Ley de coordinación, catálogo de prestaciones con rango legal, circulación de pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud, listas de espera, ...

#### **4. CONCLUSIÓN: EL FUTURO DE LA PLANIFICACIÓN SANITARIA: ¿CONDUCIENDO O SIENDO CONDUCIDOS?**

Observando el panorama existente, se advierte cómo el mismo es consecuente con el proceso de construcción de la unión Europea. Así, dicha construcción arrancó en el ámbito económico, buscando en un principio un espacio en el que fuera posible la libre circulación de mercancías, personas y servicios. Con el transcurso de los años, se ha ido avanzando en la construcción europea, pero en la etapa en la que nos encontramos queda mucho recorrido para el pleno desarrollo de una Europa social. Es lógico entonces que el actual marco jurídico deje al criterio cada país el alcance y contenido de la asistencia sanitaria que garantiza a sus ciudadanos, sin que se contemplen unos mínimos al respecto y quede todavía lejana la existencia de un sistema sanitario europeo. Sin embargo, aún cuando el impacto de las intervenciones del Mercado Único Europeo es pequeño en cuanto al número de pacientes o profesionales afectados por aquellas, los desequilibrios del sistema causados por estas intervenciones (en particular aquellas que son resultado de las Sentencias del Tribunal de Justicia Europeo) podrían ser mucho mayores de lo que aparenta. Así, podrían resultar afectados los sistemas del tipo “Beveridge” si se produce una proliferación de fondos de enfermedad en el contexto del modelo de las aseguradoras. En el otro extremo, podría darse el caso de desequilibrios en los sistemas de corte “Bismarckianos” si las reglas se alejasen de los modelos sanitarios de seguridad social.

A la vista de las consideraciones expuestas, el estudio BIOMED anteriormente citado plantea que, para

hacer frente a tales problemas derivados de los efectos no deseados de la normativa comunitaria en los sistemas sanitarios, resulta necesario elevar el perfil de la política sanitaria en el ámbito europeo, en la línea que marquen las aspiraciones de los estados miembros<sup>26</sup>. En caso contrario, los distintos sistemas nacionales de salud se verán afectados como resultado de la aplicación pura de la libertad de circulación de personas, mercancías y servicios, siendo totalmente incierto el alcance y profundidad de dichas afecciones. Por ello, como quiera que no parece posible desandar el camino de la construcción europea emprendido, la única manera razonable que se atisba para acabar donde nadie quiere en este ámbito consiste en afrontar la necesidad de un debate que concluya en la adopción de un marco comunitario que defina los aspectos básicos de la asistencia sanitaria de los ciudadanos los países miembros, tarea que a priori es cierto que encierra enormes dificultades, empezando por determinar si es necesario decantarse por un modelo sanitario de Seguridad Social o de Sistema Nacional<sup>27</sup>, o si por el contrario ambos pueden ser compatibles, y siguiendo por cuestiones tales como la “transportabilidad” del derecho a la protección de la salud en el caso de que la prestación no se reciba en tiempo oportuno<sup>28</sup>, la asistencia a los ciudadanos extracomunitarios, el modelo de financiación pública o privada, provisión pública o privada, catálogo mínimo de prestaciones, modelo de calidad asistencial, la conjugación de la movilidad del paciente con la sostenibilidad financiera del sistema, y un sin fin de cuestiones que sería preciso abordar y definir. La próxima ampliación de la unión Europea es obvio que va a significar un

---

<sup>26</sup> Esta problemática no es exclusiva de la Unión Europea, sino que se plantea también en otras organizaciones internacionales. Así, S. E. SHORTT, en “¿Puede Alberta sufrir una estampida por la globalización de la asistencia sanitaria”, en la revista *The Lancet* de 14 de octubre de 2000, Volumen 356, núm. 9238, comenta la resolución de la provincia canadiense de Alberta por la que se permite a los ciudadanos (en un contexto de sistema nacional de salud) acudir a la medicina privada y ser reembolsados por los gastos, y su implicación en relación con los países de la NAFTA, ya que estos ciudadanos podrían acudir a servicios médicos de estos países por estar incluidos en el tratado de libre comercio.

<sup>27</sup> B. IRVINE y otros, en “Ventajas e inconvenientes: aseguramiento social, ¿el camino correcto para la asistencia sanitaria en el Reino Unido”, revista *British Medical Journal* de 31 de agosto de 2002, Volumen 325, núm. 7362, pág. 488 y ss., analiza la controversia acerca de si es mejor que el sistema sanitario esté basado en un sistema de seguridad social o si es mejor que se base en impuestos, artículo interesante no sólo por su contenido, sino por provenir de la cuna del modelo de sistema nacional de salud.

<sup>28</sup> En la revista *British Medical Journal* de 30 de junio de 2002, Volumen 322, pág. 1565, se recoge la noticia de que pacientes holandeses se desplazan a España para recibir cirugía ortopédica.

parón en el avance de la Europa social, a la vista del volumen de población que se integrará y de las grandes diferencias existentes en ámbitos como el que aquí contemplamos en relación con los actuales países miembros.

Pero dicha circunstancia a su vez puede significar un agravamiento del problema de falta de definición de un marco común en materia de asistencia sanitaria, lo que añadirá todavía más incertidumbre a la situación actual.

