

Políticas de Salud en la Unión Europea: ¿Hacia un Sistema Europeo de Salud Pública?

Fernando Llorca Castro
Fundación ACTIVA Internacional

Resumen

Con la creación de la Unión Europea se eliminaron fronteras entre naciones y, con ellas, algunos controles que existían en materia de seguridad, salud pública, comercio y ejercicio profesional. Como respuesta, se ha creado la Dirección General de Sanidad y Protección de Consumidores, que se encarga de establecer y coordinar políticas de implicación europea sobre estos temas, desarrollando oficinas responsables de la administración y puesta en marcha de programas específicos en salud pública. Sobresalen la lucha contra el cáncer, el tabaco, seguridad y salud ocupacional y el control de productos de consumo humano o animal, que se comercializan como tratamiento de enfermedades en la Unión Europea. Como principales logros tenemos; la reorganización ejecutiva y la tan importante recopilación, clasificación, homologación y divulgación de datos, como información asequible para gobiernos, empresas y ciudadanos. La inequidad en el acceso a los servicios de atención y el control de la factura sanitaria son los grandes fantasmas que acosan la sanidad mundial, y Europa no es la excepción, convirtiéndose así en los grandes retos políticos de salud de la futura Unión de los 27. En este artículo se discute el hecho de que el "laboratorio social" europeo en materia de salud pública navega por buenas aguas sin terminar de llegar a puerto.

Palabras clave: salud pública, política sanitaria, Unión Europea.

Summary

The creation of the European Union led to the elimination of borders between nations as well as some controls regarding safety, public health, commercial trade and professional practice. In response, the General Administration of Health and Consumer Protect was created. This is responsible for establishing and coordinating policies involving Europe on these subjects, developing offices responsible for administration and establishing specific public health programs. The fight against cancer, smoking, occupational health and safety and control of products for animal or human consumption, that have been sold in the European Union as treatment for diseases, stand out. Principal achievements include executive reorganization and data recompilation, classification, homologation and publication of data, and attainable information for governments, companies and citizens. Unfairness in the access to health care services and control of the health care invoices are important phantoms that harass the world and Europe is no exception. Thus, this is one of the important political challenges in health care administration of the 27 states of the future Union. This article speaks about the European "social laboratory" in public health sailing on good waters without arriving to any port.

Key words: public health, health policy, European Union.

Introducción

Los sistemas de salud son complejas redes de acciones que se crean, orientadas a capturar un fin de salud y bienestar para las personas y su entorno. Se sustentan en reglamentos y leyes determinadas y exigen la participación de todos los sectores sociales. Europa, como tal, no va a ser la excepción.

En el mundo de hoy, lo que sucede en materia de salud al otro lado del planeta nos puede afectar tarde o temprano y cada vez, este efecto se percibe con mayor prontitud. Los elementos ambientales, la facilidad de transporte, lo que consumimos como alimentos, fuentes de energía, estilos de vida y, en general, la cultura universal que se impone poco a poco, son claros ejemplos de que vivimos en lo que alguna vez se denominó como *aldea global*. Con suma razón, la influencia de lo que sucede en las naciones o regiones vecinas nos puede deparar un futuro de mayor o menor salud.

La medicina preventiva y la salud pública son los campos de acción en que inicialmente la Unión Europea (UE) se ha planteado abordar los diferentes asuntos concernientes a la sanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ya desde hace muchos años, ha planteado gran cantidad de medidas orientadas a con-

trolar problemas de salud que no respetan fronteras, como las enfermedades infectocontagiosas con medidas preventivas como la vacunación universal básica. Sin embargo, Europa no puede y no va a quedarse únicamente con esos parámetros elementales de salud pública. Su red de esfuerzos será muy superior.

Como si se tratara de una carrera por alcanzar un mejor nivel de salud y de vida para todos sus habitantes, se presentan a continuación los pasos que la UE ya ha emprendido en esta materia y, además, se puntualizan algunos elementos que complementarían la senda que queda por andar, hacia un verdadero Sistema Europeo de Salud Pública (SESP).

¿Eliminando o ampliando fronteras?

Al desaparecer las fronteras, desaparecen con ellas los controles migratorios que se encargan de mitigar los riesgos para la salud pública de la UE. Al circular libremente los ciudadanos y residentes europeos, y al existir libertad de intercambio de productos comerciales o de servicios, transitarán con ellos los riesgos inherentes a la movilización de materias primas, elementos *biopeligrosos*, genomas, enfermedades contagiosas, aspectos culturales, estilos de vida, animales o plantas

para el consumo o no de otros animales o inclusive, del ser humano. En fin, con la UE aumentó el diámetro de la frontera y con él, en parte, los esfuerzos por mantener los niveles de salud pública que la población de Europa quiere y merece.

En el momento en que se crea la Comunidad Europea se crea también la necesidad de integrar muchos elementos de los diferentes sistemas de sanidad de los Estados Miembros. Uno de los elementos fundamentales de la política europea de empleo es estimular la libre circulación de personas individuales y jurídicas por el territorio de la Unión. Con ello se pretende brindar, al trabajador que se desplaza, todas las garantías laborales y sociales que goza en su lugar de origen. Estos desplazamientos de mano de obra, de lugares con tasas de desempleo altas a sitios con algunas oportunidades de trabajo, obligaron a la puesta en marcha de medidas de “*integración positivas*”¹ como la aproximación y coordinación de los sistemas de seguridad social y los sistemas sanitarios de los Estados Miembros, conservando la acumulación de las cuotas para obtener el derecho a las distintas prestaciones sociales como: el pago de pensiones, el seguro de maternidad o paternidad, el seguro de enfermedad, otros subsidios familiares, vejez, desempleo, etc.

La Carta Social Europea, con respecto al campo de la seguridad en el trabajo, ha establecido el derecho de los trabajadores que se desplacen a otros Estados de la Unión y el compromiso de la UE con ellos, en materia de protección sanitaria y seguridad en el trabajo. El primero se había incorporado al Tratado de Ámsterdam de 1997 y en su artículo 137, faculta al Consejo Europeo para que se obtenga la suficiente protección sanitaria y de seguridad para el trabajador, en su entorno laboral.

El Consejo del Empleo y la Política Social (CEPS) para el 2002 habían identificado dentro de las 10 dimensiones de la calidad en el trabajo a la número 4 que dice: “*Salud y seguridad en el trabajo*”, refiriéndose de nuevo a que las condiciones de trabajo sean seguras y sanas en un sentido amplio, no sólo desde un punto de vista físico o corporal, sino también elevándolas a un nivel psicológico o emocional.

Ya para el Tratado de Roma, en su artículo 57, se homologaron los títulos profesionales de muchas áreas de la sanidad como: el de medicina, enfermería, dentista, veterinarios, matronas y farmacéuticos. Ello permite el libre desplazamiento profesional de este personal en la Unión, compartiendo no solamente sus experiencias en el campo de la atención sanitaria

ria y de la investigación, sino también los riesgos laborales propios del personal de salud, riesgos para sus compañeros, sus pacientes y ellos mismos. Para completar este proceso, se pretende que en el 2010 todas las titulaciones de universidades europeas se homologuen desde sus programas de carrera. De esa forma los estudiantes podrán convalidar sus materias con mayor facilidad.

Como hemos apreciado, la suma de todas estas medidas y compromisos que ha ido adoptando la UE hacen que los asuntos de algunas garantías laborales básicas le sean también de su incumbencia, sin restar la responsabilidad que los distintos países siguen manteniendo sobre ellas, como se resume en las siguientes palabras: *“La política social sigue siendo una competencia fundamental de los Estados Miembros, pero ahora pasa a ser también una competencia compartida en el seno de la UE”*¹.

Problemas clásicos de la gestión sanitaria, con la ampliación de la Unión, se pueden ver amplificados desde un punto de vista comunitario. No quiere decir que estos hayan aumentado, sino que la perspectiva europea global se ve modificada por los mismos. La inequidad en el acceso a los servicios sociales² y a los servicios sanitarios³ de los Estados Miembros han evidenciado que se re-

quiere trabajar de forma innovadora en los sistemas de financiación⁴ y en el acceso a los mismos, acordes con el mercado de trabajo, condiciones laborales, consumo y enfoques territoriales⁵.

Por otro lado, para detener el crecimiento de la factura del gasto sanitario global en los países miembros de la UE que para el 2003-04 alcanzó el 8,5% en promedio del PIB (4,5% promedio de los países de ampliación)⁶, se deben atender directamente algunas de sus probables causas como lo pueden ser: el desequilibrio entre los grupos de diferentes edades que persiste y que, para contrarrestarlo, algunos proponen un nuevo contrato generacional², la llamada medicina defensiva que disminuye la calidad del servicio⁷ y la inadecuada gestión de la investigación y desarrollo de tecnologías sanitarias, ya que para implementarse adecuadamente, deberían pasar la prueba del beneficio neto⁸⁻¹¹. Sin embargo, a pesar de que existe una conciencia ampliamente aceptada sobre estos temas, queda camino por andar.

Normativa de salud en la Unión Europea

La propuesta para una Constitución Europea de Roma no sólo defiende el derecho de las personas a la vida y el derecho de acceso a las prestaciones socia-

les, sino que uno de sus objetivos comunes es el bienestar con un desarrollo sostenible que integre los aspectos económicos, sociales y medioambientales, la justicia y la protección social, entre otros. La salud como derecho puntual se encuentra contemplado en el capítulo de los ámbitos en los que la Unión puede realizar una acción de apoyo, coordinación o complemento. En su sección de salud pública, se garantiza la protección de la salud humana ante cualquier política o acción al definirla y ejecutarla.

Constitucionalmente, el compromiso se concentra en garantizar las medidas de coordinación suficientes entre los Estados Miembros para prevenir las enfermedades contagiosas, promover la lucha contra pandemias como el tabaco y el abuso del alcohol, reducir mediante la prevención y la información la incidencia nociva de las drogas, y aclara que los Estados deberán formular sus políticas de sanidad, disponer los recursos suficientes, gestionarlos y brindar la atención sanitaria a sus respectivas poblaciones. Sobresale, sin embargo, que la propuesta constitutiva ya plantea la obligación de tomar medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios. El Consejo de Salud Pública podrá hacer recomendaciones a propuesta de la Comisión, y le remite directamente

a ésta, que a su vez puede coordinar y poner en marcha, junto a ellos, acciones específicas.

Actualmente se encuentra en vigencia el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, y en el mismo muchos de estos elementos se vislumbraban como una necesidad. Como objetivos básicos del Tratado tenemos los descritos en el artículo 152, respetando la competencia de cada Estado: contribuir al logro de un alto nivel de protección de la salud, mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana.

La UE puede emprender acciones relacionadas directamente con la protección de la salud. Estas son:

- Medidas en el ámbito de la legislación veterinaria y fitosanitaria que tienen como objetivo directo la protección de la salud pública.

- Medidas relacionadas con la calidad y la seguridad de los órganos y las sustancias de origen humano, así como con la sangre y los hemoderivados. Con la finalidad de transplantes.

- Medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud pública.

- La adopción de recomendaciones del Consejo a fin de proteger la salud pública. Dichas recomendaciones son de carácter no vinculante.

En el artículo 153 del Tratado sobre la protección de los consumidores, se manifiesta que la Comunidad contribuirá a proteger la salud, la seguridad y los intereses económicos de los consumidores, así como promover su derecho a la información. Con respecto al medio ambiente, en su artículo 174, el Tratado señala que uno de sus objetivos es la protección de la salud de las personas.

Las políticas de la UE en materia de salud podrían ir más allá de sus fronteras, ya que basados en el artículo 177 del Tratado, la Comunidad adquiere la obligación de luchar contra la pobreza en los países en desarrollo y la salud pública, es parte fundamental de esa batalla.

Estrategia sanitaria de la Unión Europea

La estrategia sanitaria general de la Comunidad incluye dos elementos. El primero, un marco de salud pública compuesto por un programa de acción junto con su política y legislación correspondientes. En segundo lugar, por los elementos integradores en la Unión que sean necesarios para aplicarlo.

El programa de acción

En 1998 se identificaron puntos débiles en el sistema de salud pública

europeo, por lo que la Comisión estableció tres líneas de acción principales para hacerles frente: optimizar la información sanitaria, no sólo entre instituciones y personal sanitario, sino entre la población en general; establecer un mecanismo de respuesta más eficiente y emprender medidas destinadas a contrarrestar problemas específicos de salud. El programa actual tendrá una duración de 5 años (2003-2008) y cuenta con un presupuesto de 312 millones de euros para mejorarlo¹².

Para desarrollar el Sistema Global de Información Sanitaria se utilizará la última tecnología en sistemas de comunicación, y mediante el consenso se establecerán indicadores sobre la situación sanitaria, enfermedades y factores determinantes de salud, estilos de vida de trabajo, así como medidas de promoción y prevención.

En primer lugar, a la población en general se le brindará información sobre los estilos de vida saludables y los riesgos que existen para la salud y, muy especialmente, se les informará durante sus desplazamientos dentro de la Unión sobre los sitios donde deben consultar en caso de necesitarlo. Segundo, a los profesionales de la sanidad y personas involucradas se les proporcionará información sobre investigaciones o estudios y se les actua-

lizará y capacitará en elementos puntuales de interés universal para la Unión. Finalmente, directrices, orientaciones y recomendaciones no se harán esperar¹³.

Las instituciones sanitarias se beneficiarán de la base de información para establecer políticas, para la toma de decisiones y la gestión y, sobre todo, para compartir experiencias de países vecinos al comparar situaciones determinadas. Se establecerá un dispositivo de reacción rápida ante situaciones que involucren a varios Estados, no sólo por algún problema directo, sino por riesgo inminente. El programa también abordará los factores determinantes de la salud, es decir, las principales causas de morbi-mortalidad de la población de Europa, sobresaliendo las afecciones que producen las llamadas *muertes prematuras* y, por lo tanto, muchas de estas medidas se dirigirán a la juventud, etapa en la que se definen gran cantidad de hábitos que alejan o acercan al individuo a una vida de bajo o alto riesgo en el llamado *proceso salud enfermedad*.

Este nuevo programa continúa los esfuerzos emprendidos en programas paralelos y que serán cobijados por el nuevo. Programas como: red de vigilancia y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad (1999), prevención de las toxicomanías (2000), control del

tabaquismo (1999), calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano (2000), calidad y seguridad de la sangre y hemoderivados (2000) y medidas veterinarias y fitosanitarias (2000)¹³⁻¹⁵.

Para que la Estrategia Sanitaria General se llegue a implantar será necesaria la coordinación con organismos internacionales como la OMS y otras agencias de las Naciones Unidas, programas como el INCO-Med (Asociación Euro-mediterránea) y otros programas como INCO-Copernicus (nuevos Estados independientes) o INCO-Dev (países en vías de desarrollo), la OTAN, la OCDE, los Estados que son candidatos a ser miembros de la UE, países de Europa no comunitarios, etc.

Organismos existentes

La Dirección General de Sanidad y Protección de Consumidores funciona desde 1999 y su Comisario tiene a su cargo la responsabilidad de la salud pública y seguridad relacionada con los alimentos, normas y controles fitosanitarios y veterinarios. Hace que se cumplan las normativas sobre productos como los alimentos, medicamentos, sustancias peligrosas, textiles, aparatos eléctricos y vehículos de motor, entre otros, que ya existían desde el Tratado de la Comunidad Económica Europea y que se relacio-

nan, principalmente, con la salud y la seguridad de los consumidores.

Con la intención de integrar algunos asuntos, muy puntuales pero amplios, concernientes a la salud pública en los diferentes sistemas europeos, se han creado varias iniciativas:

Agencia Ejecutiva para el Programa de Salud Pública (AEPSP)

Funcional en Luxemburgo desde enero del 2003 hasta diciembre del 2008, con la finalidad de coordinar todos los programas vigentes en las distintas áreas relacionadas con la salud pública. Se encarga de gestionar su implementación con eficiencia y brinda apoyo logístico en aspectos técnicos o científicos. Su presupuesto para el año 2005 es de 4,8 millones de euros para su gestión, y durante los 6 años tendrá que coordinar con los directores proyectos y programas un presupuesto mucho mayor que para el nuevo programa (de 2007 a 2013), tendrá un contenido de 1.200 millones de euros.

Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (CEPCE)

Creado en el año 2004, tiene por misión identificar, determinar y comunicar las amenazas que pueden representar para la salud humana las enfermedades

transmisibles. Desde 1991 existe una red de vigilancia epidemiológica, administrada por la Comisión y que se sustenta en la voluntaria cooperación de los Estados Miembros; sin embargo se ha considerado que es un esfuerzo limitado ante el riesgo que sufren los ciudadanos europeos de epidemia o de bioterrorismo. Administra el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SAPR).

Como tareas principales tiene la vigilancia epidemiológica, la alerta precoz y la reacción, la emisión de los dictámenes científicos, la asistencia técnica y las acciones de apoyo ante nuevas amenazas sanitarias. Su ubicación se encuentra en Estocolmo, con una plantilla de unas 100 personas y un presupuesto para los primeros 3 años (2005-07) de 48 millones de euros.

Agencia Europea de Medio Ambiente (AEM)

Coordina la Red Europea de Información y Observación sobre el Medio Ambiente (REIOMA). Tiene sus oficinas en Copenhague desde 1993 y se encarga, en términos generales, de suministrar información fiable y comparable en los Estados Miembros de la UE, para desarrollar políticas y estrategias ambientales. Además, se encarga de brindar apoyo técnico y científico.

Entre otras cosas relacionadas con la salud humana, esta Agencia trata de supervisar que los transportes de materiales peligrosos se den en las mejores condiciones de seguridad posibles, y promueve que en la UE se estudien propuestas para atender los problemas derivados de la contaminación atmosférica, los plaguicidas, las sustancias químicas, la calidad de los recursos hídricos, los contaminantes antropogénicos (radiaciones) y la contaminación acústica y visual.

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT)

Esta agencia se encarga de administrar la información referente a las drogas y su adicción en Europa. Con sede en Lisboa, tiene actividad desde 1993 y sus cometidos principales son la recogida y análisis de datos, estandarizarlos para hacer posible su comparación, difundir informes en los Estados Miembros y coordinar con todos los organismos correspondientes. Administra la Red Europea de Información sobre las Drogas y Toxicomanías (REITOX).

Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEMM)

Ubicada en Londres, se encarga de controlar la calidad de los medicamentos que se mercadean en Europa, tanto para

seres humanos como para animales. Sus primeros pasos los comenzó a dar hace 10 años, con el Certificado Complementario de Protección (CCP), que se le otorga en Europa a los medicamentos que han sido aprobados según La Legislación Comunitaria sobre la Autorización de Medicamentos de uso Humano y Veterinario, dispuesta a partir del 1 de enero de 1995 y que fue recientemente actualizada en marzo del 2004.

En el campo farmacéutico ya se ha emprendido un esfuerzo para controlar el coste de los medicamentos en Europa, coordinando su implementación en los diferentes Estados Miembros, se denomina Comité Consultivo, fundado para la aplicación de la Directiva 89/105/CEE relativa a la transparencia de las medidas que regulan la fijación de precios de los medicamentos para uso humano y su inclusión en el ámbito de los sistemas nacionales del seguro de enfermedad.

Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo (AESST)

Actúa como catalizador en Europa para desarrollar, recolectar, analizar y difundir información sobre salud ocupacional en los Estados Miembros de la UE. Trabaja conjuntamente con las organizaciones de empleados, empresarios y su gobierno en cada país y tiene su sede en

Bilbao. Su misión desde 1996 es hacer los puestos de trabajo europeos más sanos, seguros y productivos, poniendo un especial énfasis en la cultura de prevención de riesgos en el lugar de trabajo.

Autoridad Europea para la Seguridad de Alimentos (AESEA)

Situado en Parma, es un organismo de carácter independiente y estrictamente técnico, fue creado para el control de la calidad y seguridad de todos los alimentos y suplementos nutricionales de los que puede disponer el consumidor en Europa, la veracidad del respaldo de la información publicitaria que recibe la población, la investigación independiente de los intereses del fabricante o comerciante, el arbitraje científico en situaciones de conflicto, control de los insumos como insecticidas y técnicas de cultivo, pesca o producción, certificación oficial y vigilancia permanente, entre otros. Similar a la *Food and Drug Administration (FDA)* de los Estados Unidos de América con alcances ambiciosos, pudiendo llegar a actuar bajo el *principio de precaución* al suspender la comercialización de productos que se encuentren bajo sospecha de peligrosidad, aunque no hayan concluido las investigaciones, considerándose como parte del proceso legal.

La Oficina Alimentaria y Veterinaria desde 1997 se encarga de vigilar las nor-

mas de etiquetado, la composición, elaboración, denominación y conservación de los productos alimenticios. Además de velar por las sustancias prohibidas, medicamentos, productos cosméticos, textiles, tabaco, la seguridad de los juguetes y los distintos productos industriales, sobre su denominación, clasificación, etiquetado y envasado.

Grupo Europeo de Comités de los Consumidores (GECC)

No es más que la unión de los representantes de todas las cámaras de protección al consumidor en los diferentes países de la UE, y sus funciones son básicamente cuatro. La primera es que los consumidores de Europa se puedan hacer escuchar, para ello se han establecido las llamadas *Euroventanillas* que recolectan y tramitan reclamaciones de los habitantes y distribuyen información educativa a la población sobre sus derechos y deberes.

La segunda es fomentar un diálogo eficaz entre las empresas (productoras o distribuidoras) y los consumidores finales. La tercera es alcanzar que la experiencia de los distintos Estados Miembros de la UE se intercambie de forma oportuna para generar la retroalimentación positiva. Y finalmente la principal, que es la de facilitar la concertación y

que se defiendan los intereses de los consumidores, desde el inicio de la elaboración de las diferentes políticas económicas europeas en esta materia.

Foro Europeo de la Salud (FES)

Dentro de los elementos propuestos por la Estrategia Sanitaria General sobresale la creación de esta Institución, que servirá para que todos los sectores de la sociedad participen de la toma de decisiones y para la obtención de información, recordando que apertura y transparencia en los procesos son pilares fundamentales de la UE.

Tarjeta sanitaria europea

El Consejo de Ministros de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores aprobó el 4 de marzo de 2004, la tarjeta sanitaria europea. Inicialmente sustituirá a los formularios E-110, 111, 119 y 128, que se utilizaban para que trabajadores desplazados, individuos en busca de empleo, estudiantes bajo programas como Erasmus, Sócrates, etc. o trabajadores coordinados por EURES y los transportistas en general pudieran consultar con el médico en cualquier país de la Unión.

Cualquier ciudadano europeo en otro país de la Unión sin esos formularios o sin la tarjeta será atendido, pero siempre

deberá pagar su factura sanitaria en la mayoría de las situaciones. Por el contrario, si utiliza adecuadamente la tarjeta sanitaria o el formulario E-111, el paciente será quien pueda tramitar con mucha mayor facilidad la factura en la entidad aseguradora de su respectivo lugar de origen.

Comenzó a regir oficialmente a partir del 1 de junio de 2004 y está dirigida especialmente a pensionistas residentes en otro país de la Unión, trabajadores, estudiantes y turistas. Pero también se ha estimulado a los ciudadanos de la UE para que, por sus propios medios, gestionen la realización en otro Estado de la UE de ese examen de gabinete o ese procedimiento terapéutico que por razones de limitación de oferta o por estar en una lista de espera no puede realizar en su país de origen. Su lanzamiento se efectuará en tres fases, y se espera que para 2008 la tarjeta incluirá datos electrónicos homologados que podrán ser leídos en todos los sistemas sanitarios de la UE, preámbulo de un expediente electrónico comunitario¹⁶.

La UE ha confirmado, por medio de los Tribunales de Justicia, la forma en que se deben realizar los pagos o reembolsos entre los Estados Miembros, cuando sus ciudadanos utilizan servicios sanitarios en otra nación europea. Las aclaraciones

se especifican a continuación de forma textual del informe de salud y movilidad de pacientes en la UE (COM: 301final/2004):

“1) Cada ciudadano puede buscar en otro Estado miembro, sin autorización previa, toda asistencia sanitaria no hospitalaria a la que tiene derecho en su propio Estado miembro, y se le reembolsarán los gastos al nivel previsto en su propio régimen.

2) Cada ciudadano puede buscar en otro Estado miembro toda asistencia hospitalaria a la que tiene derecho en su propio Estado miembro, previa autorización de su propio régimen. Si su régimen no puede ofrecerle asistencia en un plazo médicamente aceptable, habida cuenta de su afección, le tiene que conceder dicha autorización. También en este caso se le reembolsarán los gastos, como mínimo, al nivel previsto en su propio régimen.

3) Si desea recibir tratamiento en el extranjero, las autoridades sanitarias de su país tienen que informarle sobre cómo pedir la autorización de asistencia en otro Estado miembro, los niveles de reembolso que serán de aplicación y cómo presentar recurso contra las decisiones, si así lo desea”.

Se mantiene la responsabilidad que tienen los Estados de velar por la asistencia sanitaria para con sus ciudadanos, pero se ha iniciado la definición de los derechos y deberes de los pacientes en

Europa. En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea se establece que: *“toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.”*

No solamente los pacientes podrán circular libremente, sino que los profesionales de salud también lo hacen ya desde hace algunos años. Esto para combatir la escasez de personal de salud que se avecina en la UE, se calcula que entre 1995 y el 2000 la cantidad de médicos menores de 45 años descendió un 20% y los mayores de 45 años aumentaron un 50%. Igualmente sucede en enfermería, que la mitad de ese personal tiene más de 45 años. En síntesis, la atención sanitaria también está en riesgo.

Con la comunicación relativa a la ampliación del método abierto de coordinación a la asistencia sanitaria y a los servicios para enfermos crónicos y con la comunicación sobre el espacio europeo de salud en línea (y su plan de acción de salud en línea), se reconoce el enorme valor potencial de la cooperación entre Estados miembros dentro de la UE, orientados a superar los diferentes problemas de salud y de su gestión que persisten en Europa.

Discusión

Las acciones de Bruselas para abordar los temas de salud pública europea han sido provechosas hasta el día de hoy, pero no suficientes. No tanto porque se eliminen o controlen todos los problemas relacionados con ella, sino porque han demostrado que se puede aprender de los errores del pasado, como en el caso de la llamada *enfermedad de las vacas locas* (encefalopatía espongiiforme bovina), el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) o la *gripe aviar* (virus H5N1) y porque constantemente se toman medidas ejecutivas con contenido presupuestario y con una clara intención de crear la infraestructura necesaria para enfrentar problemas más evidentes, como el uso del tabaco y abuso de otras drogas, el riesgo laboral, etc.

En tiempos donde en lugar de unificarse los sistemas de salud se descentralizan, desconcentran e, inclusive, se descomponen competencias como ha sucedido en España con las Comunidades Autónomas, parece extraño, sin serlo, que la UE se encuentre buscando la unidad de criterios en muchas áreas de la salud pública y de la atención sanitaria. La Unión Europea ha pretendido aplicar el concepto de “*gobierno de la salud*” en sus competencias, desde una perspectiva muy general¹⁷. Hasta e

momento, se han iniciado las etapas de uniformar criterios generales en esta materia y, sobre todo, en coordinar la obtención de datos fiables, estandarizados y comparables y ponerlos al alcance de los gobiernos, las instituciones, los profesionales y ciudadanos que los requieran. El concepto de *salud pública* es algo mucho más amplio de lo que se ha logrado, con todo, el continente lo persigue.

Independientemente de la forma de financiación, organización y gestión de los distintos sistemas de sanidad en los Estados Miembros de la UE, se debe fomentar la equidad en salud desde un punto de vista clásico europeo, entendiéndola tanto en las oportunidades de acceso a la atención sanitaria, como en la responsabilidad que tienen los Gobiernos de velar por la equidad de los resultados para su población. Ello, porque en algunas de las naciones recientemente incorporadas se pasó de un alto intervencionismo estatal en la administración de salud, a una participación casi imperceptible y perjudicial, a largo plazo, sobre la misma.

Para fomentar la equidad en salud de la Europa del futuro, como bien lo han propuesto algunos autores¹⁸ al referirse a la Reforma Europea de la Sanidad, se deben adoptar políticas económicas orientadas a fomentar reformas más sofisticadas que radicales, con un énfasis so-

bre los productores de la atención sanitaria y no sobre los financiadores, estimulando sistemas que se costeen a base de impuestos, ya que parecen ser más equitativos, y finalmente promover la búsqueda de la equidad en la salud de la población pobre, basada en reformas estructurales que modernicen la educación, que faciliten la vivienda y el empleo, y no simplemente pretender que con las clásicas políticas de salud pública en el campo de la medicina preventiva, orientadas a mejorar la equidad en la salud de la clase social media, se puede rescatar también a la clase social más baja y que persiste actualmente en los países de reciente incorporación¹⁹.

Por otro lado, si bien se pretende que la AEEM llegue a tener el poder de supervisar la investigación, producción, venta y utilización de medicamentos y de tecnologías médicas, en general, sería provechoso que se regule y certifique la calidad, no solamente de los medicamentos, sino que también se ejecute un control constante sobre todas las terapéuticas y procedimientos empleados en la Unión Europea, ya sean alopáticos, homeopáticos o *alternativos*²⁰.

La experiencia europea de los 15 en el campo de las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS), como apoyo de procedimientos para la toma de decisiones a la

hora de canalizar los recursos hacia la salud, ha sido muy variada. Existen grandes vacíos en algunos países de la UE en este campo y, por el contrario, en sitios como en la Autoridad Sanitaria de Oxfordshire en el Reino Unido, sus procedimientos son ejemplares para toda Europa. Investigadores recomiendan al respecto, dos estrategias que “aseguren la difusión y uso racional de tecnologías sanitarias de forma más agresiva. La primera sería utilizar guías basadas en una buena evidencia procedente de ETS. La otra estrategia se basaría en el control de la financiación y de los presupuestos”²¹, sobre todo financiando las nuevas tecnologías con lo que se recorte de las antiguas, basados siempre en una evidencia de sólida rigurosidad y limitados por la realidad presupuestaria.

En materia de asistencia sanitaria, la idea de estimular a la población para que presionen a los prestadores de servicio en sus respectivos países cuando se encuentren en lista de espera, estimulará por medio de la competencia entre las Instituciones prestadoras del servicio público a que mejoren su oferta y, con ello, que mejore la calidad en el servicio de salud que brindan a su población. Todos querrán evitar los costes administrativos que se generen del hecho de que su población se esté tratando en otro país, salvo en casos donde este coste sea menor,

como lo puede ser en los países de reciente incorporación. Los servicios de Urgencias suelen ser el escape para las personas que se encuentran en *lista de espera* y, como ya se ha experimentado en la costa mediterránea, los jubilados de naciones del norte que residen ahí están aprovechando la oportunidad.

Controlar las *listas de espera* es una prioridad para cualquier sistema sanitario de Europa. Pero todavía, el simple *intercambio de facturas* generadas por los pacientes que hacen uso de la tarjeta sanitaria europea con todos sus derechos y deberes es insuficiente para solventar el problema. Se podría establecer un Sistema de Coordinación de Control de *listas de espera* y, para ello, se deberían compartir las responsabilidades sobre la calidad en la atención sanitaria que reciben los ciudadanos. Si se comparte la responsabilidad, se refuerza la idea de la necesidad de estructurar un sistema europeo de atención más articulado.

Para erradicar la *medicina defensiva* es preciso revisar los programas de formación universitaria del personal sanitario en toda Europa como se está haciendo, pero con la orientación de prevenir las circunstancias que llevan al personal a actuar de esa forma. Sumado a eso, se podrían establecer algunas políticas orientadas a estimular positivamente a las

instituciones públicas sanitarias, para que protejan a sus profesionales en la práctica clínica diaria, como sucede en los países escandinavos, donde tienen políticas tan puntuales como seguros corporativos de responsabilidad civil²², que hacen que el médico se sienta amparado por la organización en la que trabaja, para limitarse a ejercer su profesión de una forma clínicamente técnica sin temer posibles demandas injustificadas por *mala praxis*.

En este documento, hemos podido verificar los primeros pasos que la Unión Europea ha dado hacia un Sistema Europeo de Salud Pública. La pregunta que nos debemos de hacer es ¿si existe también un camino que nos llevará hacia un inminente Sistema Europeo de Sanidad? Sin duda alguna, es pronto para responderla, no obstante en la Europa de los 27 cerca de 480 millones de ciudadanos esperarán que la idea de igualdad de oportunidades para todos dentro de la Comunidad, sea también un norte común respecto a su salud.

Agradecimiento

Al Dr. Luis Rodríguez Saiz, Catedrático de Política Económica de la Universidad Complutense de Madrid y profesor de Política Económica de la Unión Europea, por su colaboración en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jordán G JM, Sanchis MM, Barberán OR, Egea RP, Cuadrado RJR, Mancha NT, et al. Economía de la Unión Europea. 4.^a ed. Madrid: Civitas Ediciones L.S.; 2002.
2. Esping-Andersen G. Health care, social expenditures and social cohesion: the new challenges. International Conference FOSBA: "European Health Care System: Next Steps". Sitges, 28-29 Mar, 2003.
3. Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *British Medical Journal*. 2000;320:15-9.
4. Wasgstaff A. Health spending and aid as escape routes from the vicious circle of poverty and health. International Conference FOSBA: "European Health Care System: Next Steps". Sitges, 28-29 Mar, 2003.
5. Mackenbach JP. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362:1409-14.
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea. Comunicación de la Comisión, al Consejo, al Parlamento al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Bruselas, 20/04/2004.
7. Martínez López de Letona J. El ejercicio de la Medicina hoy y su coloquio. En: Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología. Bilbao-España: Fundación BBV; 1992. p. 16-22 y 105-26.
8. Del Llano Señaris J. Innovación tecnológica y bienestar social en el valor de la salud. *Humanitas Humanidades Médicas*. Barcelona, vol 1, n.º 3, julio-septiembre de 2003.
9. Lobo F. Intervención y mercado: reforma sanitaria y medicamentos. En: Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología. Bilbao-España: Fundación BBV; 1992. p. 324-30.
10. Puig-Junoy J, Llop Talaverón J. Propuesta de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. *Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 50*, España, 2004.
11. Sacristán JA, Rovira J, Ortún V, García-Alonso F, Prieto L, Antoñanzas F. Utilización de las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. *Medicina Clínica*. 2004;122(20):789-95.

12. Merkel B. Next steps for UE health policies. International Conference FOSBA: "European Health Care System: Next Steps". Sitges, 28-29 Mar, 2003.
13. Comisión de las Comunidades Europeas. Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-06. Comunicación al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Bruselas, 16/5/2000.
14. European Commission. Health Tele-matics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report. Health & Consumer Protection Directorate-General. Brussels, 01/04/2003.
15. European Commission. The health status of the European Union. Health & Consumer Protection. Luxembourg, Official Publications, 2003.
16. Comisión de las Comunidades Europeas. Relativa a la introducción de la tarjeta sanitaria europea. Comunicación de la Comisión, al Consejo, al Parlamento al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Bruselas, 17/02/2003.
17. Sakellarides C. El valor de la salud y su "gobierno" en un mundo globalizado posmoderno: el encuentro de la bella y la bestia en el valor de la salud. Barcelona: Humanitas Humanidades Médicas, vol 1, n.º 3, julio-septiembre de 2003.
18. Saltman R. Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la salud. Reforma sanitaria y equidad. Colección igualdad. España: Fundación ArgenteriaVisor Dis; 1997.
19. European Commission. Recommendations health and enlargement. EU Health Policy Forum. Brussels: Re-issued, January/2004.
20. European Commission. Pharmaceuticals and public health in the EU: proposals to the High Level Committee on Health for Policies and Actions in the Framework of the Treaty of Amsterdam. Report of the Working Group on "Pharmaceuticals and Public Health" of the High Level Committee on Health. Brussels, March/2000.
21. Barbieri M, Drummond M. Uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones. En: Pinto JL, Sánchez FI, editores. Métodos de evaluación económica de nuevas prestaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
22. Palou A. Seguro del paciente: propuesta metodológica de implantación en España (I). Actualidad de Derecho Sanitario. 1998;43:575-656.