

## CAPÍTULO 17

# IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE LOS SISTEMAS SANITARIOS

**Fernando Silió Villamil**  
**M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez**  
**Nuria Romo Avilés**

*Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada*

### 1. Introducción <sup>1</sup>

Analizar el impacto de la Unión Europea en los Servicios Sanitarios de los países miembros, entre ellos España, no es una tarea fácil. Sin embargo, la Unión Europea siempre ha considerado la salud de los ciudadanos como una de sus prioridades.

Diferentes artículos hacen referencia a la salud en el tratado de la Unión. De entre éstos destaca el artículo 3 donde se dice que «las actividades de la comunidad deben incluir una contribución a la consecución de un nivel alto de protección sanitaria», desarrollándose las acciones concretas en el artículo 152, donde se destaca que «debe asegurarse un alto grado de protección a la salud humana en la definición e implementación de todas las políticas y actividades comunitarias». En resumen, los objetivos básicos en el ámbito sanitario de la Unión Europea son:

- Contribuir al logro de un alto nivel de protección de la salud.
- Mejorar la salud pública.
- Prevenir las enfermedades humanas.
- Evitar las fuentes de peligro para la salud humana.

Además, recientemente la Comisión Europea ha presentado una propuesta de decisión al Parlamento Europeo por la que se adopta un programa de acción

---

<sup>1</sup> La mayoría de resultados y conclusiones de este artículo están extraídos del proyecto BIOMED: *Impacto de las Normativas del Mercado Único de la Unión Europea en los Servicios Sanitarios Públicos de los Estados Miembros*. Los autores del mismo se presentan en un anexo al final del capítulo.

comunitaria en el ámbito de la salud pública para el periodo 2001-2006. Este programa de salud pública se centra en tres prioridades:

- Mejorar la información y los conocimientos sobre la salud, estableciendo un sistema global de información sobre la salud que proporcione a los responsables políticos, a los profesionales sanitarios y a la población en general la información y los datos esenciales sobre la salud que necesitan.
- Atajar rápidamente las amenazas sobre la salud, estableciendo un dispositivo de respuesta rápida y eficaz para abordar las amenazas para la salud pública relacionadas, por ejemplo, con las enfermedades transmisibles.
- Abordar los factores determinantes de la salud, contribuyendo a mejorar la situación sanitaria de la población y a reducir las muertes prematuras en la UE abordando las causas subyacentes de las enfermedades mediante medidas eficaces de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

La implementación de estas medidas en el ámbito nacional deben tener –y tienen– un fuerte impacto, no sólo sobre la salud de los ciudadanos, sino también sobre los servicios de salud pública.

Sin embargo, cuando nos referimos a los servicios sanitarios en general nos encontramos con una contradicción inherente. Por una parte, la Unión Europea se plantea objetivos en el ámbito de la salud pública pero, por otra parte, en el mismo artículo 152 se establece que la acción comunitaria en el ámbito de 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.

Por lo tanto, si entendemos los servicios sanitarios como el modo en que los países disponen la financiación, organización y provisión de la atención sanitaria a sus ciudadanos, en base a este principio de subsidiariedad enunciado en el artículo 152 del tratado de la Unión, podemos concluir que el impacto es nulo, dado que siempre deben primar los intereses nacionales sobre los comunitarios.

En cambio, existen otras muchas maneras de analizar el impacto de la Unión Europea en los servicios sanitarios de los estados miembros. De la misma manera que es fácil concluir que todas las medidas en el ámbito de la salud pública tienen un impacto potencial y real, hay otros factores europeos con similar impacto potencial.

Entre estos factores europeos destaca con fuerza el Mercado Único Europeo. Las interpretaciones del Mercado Único Europeo son muchas y diversas. Está claro que se trata de una iniciativa de «espectro económico» que no intenta abarcar el área de bienestar social y mucho menos el área sanitaria. Algunos han descrito el Mercado Único Europeo como una tentativa para regular el (de por sí) libre mercado, y por lo menos garantizar la protección de los objetivos y valores sociales. Otros se han inclinado en verlo simplemente como una herramienta de la política económica.

Sin embargo, incluso en este punto surge el debate entre los que consideran al Mercado Único Europeo como un medio para *promover la competencia*, tanto en el ámbito de la Unión Europea como dentro de los estados miembros, o aquellos que la consideran como un medio para permitir la *racionalización y concentración* (fusión de amplios sectores industriales) contra el telón de la globalización. Estos debates nos dotan de un importante contexto para la comprensión de cómo las intervenciones del Mercado Único Europeo pueden afectar los servicios sanitarios y para determinar si el impacto de estas intervenciones es intencionado o accidental.

De entre los principales cambios introducidos en el Mercado Único destacan con fuerza las libertades de movimiento dentro de la Unión Europea, o libre circulación de ciudadanos, bienes, servicios y capitales.

Si analizamos cada una de estas categorías, podemos ver cómo dentro de la libre circulación de ciudadanos, podemos incluir médicos, enfermeras y pacientes; cómo en la circulación de bienes podemos incluir medicamentos, fungibles, etc.; y cómo dentro de los servicios se incluyen seguros médicos, etc. Está claro –antes de analizar con detalle estos factores– que el impacto potencial en los servicios sanitarios es amplio, a pesar de lo establecido en el artículo 152.

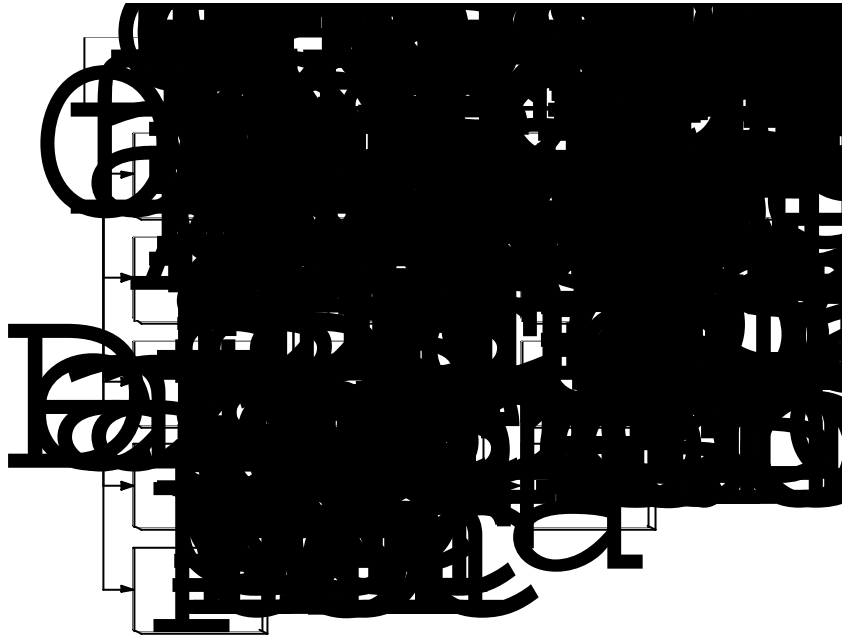
Por lo tanto, la suposición de que la integración económica europea está separada de las responsabilidades puramente nacionales en sanidad –que la mayoría observadores y planificadores han aceptado como realidad– tiene que ser cuestionada. Puesto que el sistema sanitario no sólo es parte del estado de bienestar sino, al mismo tiempo, parte importante de la economía, 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 de la UE no crea una separación clara, ni siquiera significativa.

La libre circulación de personas, bienes, servicios y capital significa también libre movimiento de médicos, ATS, otros profesionales, pacientes, fármacos, tecnología médica y servicios sanitarios. La relación entre la Unión Europea –incluyendo el

Mercado Único Europeo– y los servicios y sistemas sanitarios de los estados miembros está convirtiéndose en un área cada vez más compleja.

## 2. La libre circulación y su impacto en los servicios sanitarios

Para analizar el efecto de las cuatro libertades de circulación en el Sistema Sanitario es necesario establecer subcategorías adecuadas, tomando en cuenta los factores «oferta» y «demanda» (Figura 1). Por ejemplo, la libre circulación de ciudadanos incluye tanto la libre circulación de médicos, ATS y otros profesionales sanitarios como «oferentes» de servicios sanitarios, así como el de personas que pasan un período de tiempo, ya sea a corto o largo plazo, en otros países y que pueden «demandar» servicios sanitarios.



**Figura 1**  
Libertades de circulación, oferta y demanda. Subcategorías analíticas

Por otro lado, la circulación de consumidores con la explícita intención de recibir bienes y servicios sanitarios está clasificada en la libre circulación de bienes y servicios, con el propósito de reflejar las intenciones de las respectivas intervenciones del Mercado Único Europeo (Normativas y Directivas Mercado Único Europeo así como los respectivos dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo). Las categorías consideradas desde la perspectiva de la demanda –en lo que a estas libertades compete– se relacionan a las contrataciones públicas, mientras que las normativas relativas a los fármacos, productos médicos y el mercado de los seguros médicos constituyen la perspectiva de la oferta.

Para resumir, la Figura 1 presenta una tipología diseñada para explorar los asuntos y legislación pertinentes. Esta tipología no es la única forma posible de organizar el estudio, pero es una sólida herramienta para reflejar el impacto del Mercado Único Europeo en los servicios sanitarios.

En términos de efectos en los servicios o la atención sanitarios se puede también distinguir entre el impacto de la intervención del Mercado Único Europeo y los resultados. El impacto se refiere a las intervenciones del Mercado Único Europeo en la legislación doméstica y las reglas administrativas de las instituciones nacionales o regionales. El impacto en los estados miembros depende de un número de factores, incluyendo el grado de transposición de las directivas comunitarias y el grado en que los sistemas sanitarios de los estados miembros han cambiado. Una misma intervención de la UE puede tener diferente impacto en diferentes países. Por ejemplo, puede que un país ya haya puesto en marcha la legislación sobre protección de datos requerida mientras que otro país tiene que introducir un volumen considerable de legislación.

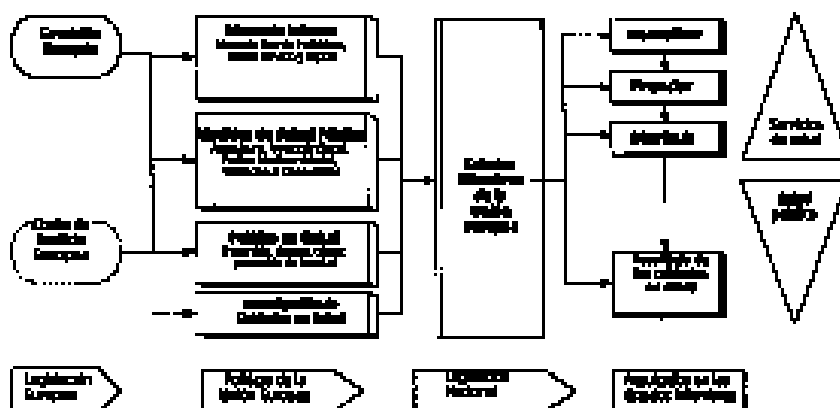
De igual manera, algunos países pueden transponer una legislación de forma más o menos efectiva (o, en casos extremos, ni transponerla). Una transposición plena puede ser interpretada de diversas formas: por una cultura política de entusiasmo por Europa («ser un buen europeo»); un proceso de transposición de las normativas «automático»; o la percepción de que las normativas ofrecen ventajas nacionales.

En términos de gestión, financiación, oferta y distribución, resultado se refiere al efecto de las intervenciones del Mercado Único Europeo en los servicios y atención sanitarios. Los efectos pueden ser intencionados o no-intencionados.

### 3. Impacto del Mercado Único. Desarrollo normativo

#### 3.1. Marco general

El marco general de análisis para analizar el impacto puede describirse en la Figura 2:



*Figura 2*

**Marco de análisis e impacto del mercado**

#### 3.2. Intervenciones europeas

Analizando el desarrollo normativo en la UE se puede destacar que dentro del período de más de 40 años (1958-1998) se identifica un total de 233 documentos legales con impacto potencial, afectando diferentes áreas o subcategorías.

La distribución de las intervenciones entre las cuatro libertades se presenta en la Tabla 1:

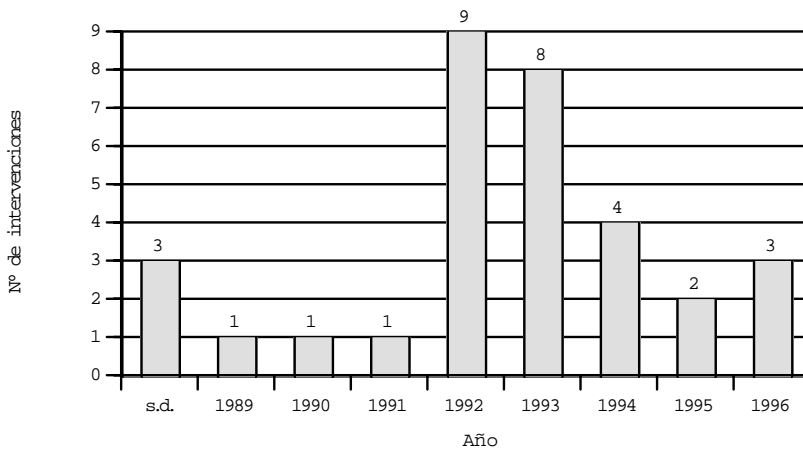
**Tabla 1**  
**Intervenciones de libre movimiento**

	Personas	Bienes	Servicios	Capitales	Total
Nº	128	120	12	0	260
%	49	46	5	0	100

### 3.3. La transposición española

Este desarrollo normativo europeo ha tenido un amplio reconocimiento en el marco legislativo español. El análisis de la transposición en el ordenamiento jurídico español nos da una idea del impacto que sobre los servicios sanitarios ha podido tener la incorporación de nuestro país en la UE. La distribución anual de las transposiciones españolas ponen de manifiesto que dicha incorporación ha sido paulatina y que, principalmente en el ámbito normativo, se ha desarrollado entre 1992 y 1994.

Entre 1992 y 1994 hemos identificado 21 transposiciones españolas cuyo fin era adaptar la normativa europea. Este ritmo en la transposición decrece a partir de 1995 (Gráfico 1).



**Gráfico 1**

**Número de transposiciones normativas españolas por años (números absolutos)**

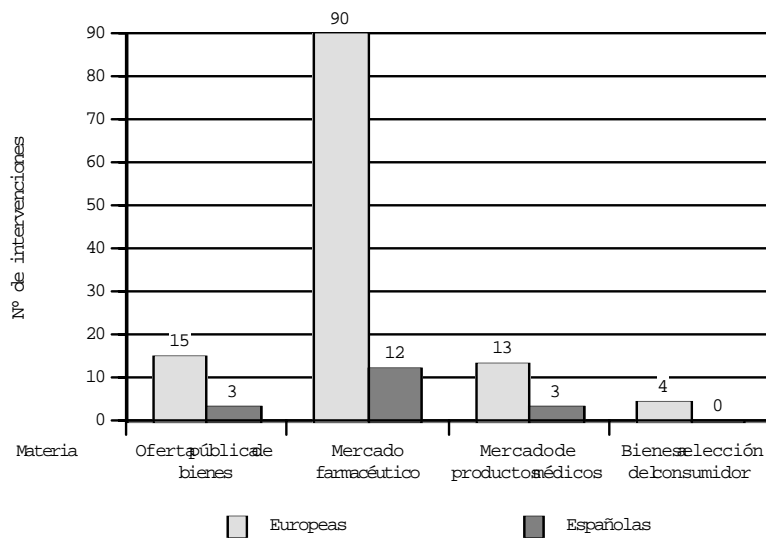
Agrupándolas, el 76% aproximado de las transposiciones se produce entre 1992 y 1994. El 7% se habría traspuesto entre los años 1989-90 y el 17% se habría llevado a cabo entre los años 1995-1996.

Respecto al tipo de norma adoptada para hacer la transposición, podemos afirmar que la formalidad de la norma que transpone es irrelevante, dado que en nuestro caso, tanto sectorialmente como a nivel general, la adopción de medidas legislati-

vas se lleva a cabo de acuerdo con la distribución competencial que realiza la Constitución Española de 1978.

Las materias de las cuales se han ocupado estas transposiciones han sido clasificadas siguiendo el mismo esquema que las normativas europeas para poder obtener comparabilidad entre ambas.

La normativa de transposición española se concentra en la transposición de normas que regulan la libre circulación de bienes e individuos (Gráfico 2 y Gráfico 3). Las transposiciones de normativa referida a la regulación del mercado farmacéutico son las predominantes entre las identificadas en la libre circulación de bienes; un 66% de las identificadas se encuentran en esta categoría frente al 17% que transponen normativas referidas a la oferta pública de bienes, y otro 17% al mer-

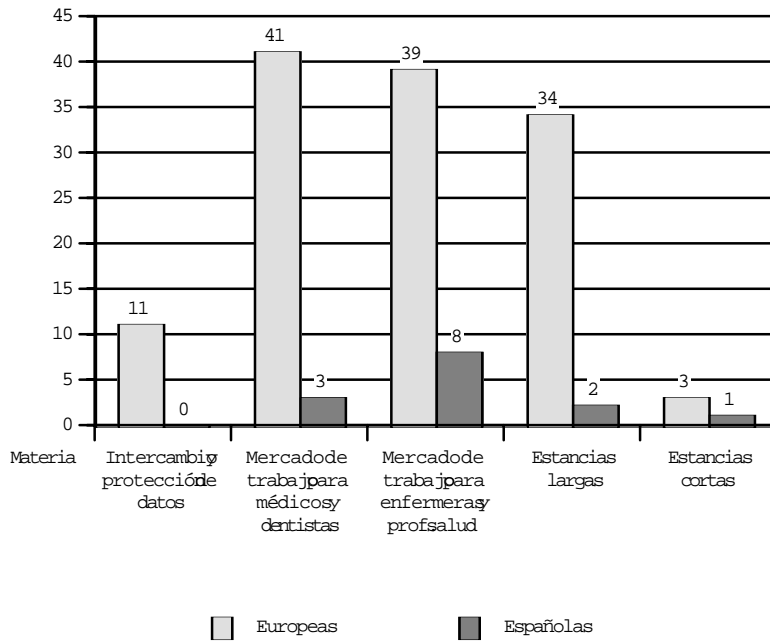


**Gráfico 2**

**Disposiciones legislativas europeas y españolas que regulan el libre movimiento de bienes en el sector sanitario (números absolutos)**

cado de productos médicos. (ver Gráfico 2 para la comparación entre la europea y española y Gráfico 3 para la distribución porcentual de la española).

En las referidas a la libre circulación de individuos, son las que regulan el mercado de trabajo para enfermeras y otros profesionales sanitarios las que más han predominado en nuestra búsqueda: el 58% de las encontradas frente al 21% de ellas destinadas a las que regulaban el mercado de trabajo para médicos y dentistas y



**Gráfico 3**

**Disposiciones legislativas europeas y españolas que regulan el libre movimiento de individuos en el sector sanitario (números absolutos)**

un 14% y 7% respectivamente a las destinadas a la regulación de las prestaciones sanitarias en las estancias largas y cortas de los ciudadanos de la UE (ver Gráfico 3 para la comparación entre la europea y española).

Cuando se trata de analizar la influencia del Derecho Comunitario, debe partirse siempre de la propia óptica comunitaria, es decir, el mandato que contienen los tratados es la realización del mercado único y el pleno ejercicio de las cuatro libertades básicas en ellos proclamadas –libre circulación de personas, libre circulación de mercancías, libre circulación de servicios y libre circulación de capital–, de forma que cada Estado debe hacerlas efectivas de acuerdo con sus normas constitucionales y su propio ordenamiento jurídico.

En virtud de los tratados, los estados miembros son responsables de la incorporación y de la aplicación del derecho comunitario en sus respectivas jurisdicciones. El desarrollo de la cooperación administrativa en el seno de la Unión para una mejor aplicación de la ley no modifica esa responsabilidad fundamental.

Si se analizan algunas de las características fundamentales de la transposición de la normativa europea al ordenamiento jurídico español, puede verse cómo el control de esta transposición se realiza sobre bases estrictamente bilaterales, salvo algunos supuestos en los que la publicación en Diario Oficial permite a cada estado miembro conocer el grado de transposición de otro. La Comisión, como órgano que principalmente tiene encomendada la defensa de los intereses comunitarios, procura la publicación de todas las normas de transposición. Igualmente, tiene la responsabilidad de asegurar un control de la conformidad de las medidas de transposición.

Paralelo al control de la transposición está el control de la aplicación. Este es uno de los grandes problemas que se plantean desde el punto de vista jurídico, toda vez que una directiva puede estar bien transpuesta técnicamente, pero después las diversas prácticas de los operadores o de los estados miembros la hacen inaplicable.

#### **3.4. Competencias del Estado y de las CCAA**

Las consideraciones expuestas nos permiten afirmar que en el análisis de la transposición la formalidad de la norma que transpone es irrelevante. En efecto, en nuestro caso, el derecho a la protección de la salud, reconocido constitucionalmente, se hace efectivo a través de los distintos niveles de competencias de las distintas administraciones públicas. Conforme a lo establecido en el texto constitucional –artículo 149.1.16–, el Estado tiene competencia exclusiva sobre sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación sobre productos farmacéuticos.

Las comunidades autónomas tienen amplias competencias en materias referidas, en lo esencial, a la gestión y ordenación de los servicios sanitarios, así como competencias legislativas en toda la normativa de desarrollo, excluida la legislación sobre productos farmacéuticos. Las corporaciones locales también tienen importantes competencias en el sector, aunque tras la Ley General de Sanidad, sus recursos quedan integrados en los correspondientes servicios de salud. Así, el rango de la norma que transpone difiere según el órgano emisor y según que tenga carácter básico o no.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es la configuración del sistema nacional de salud en nuestro país, en el que a diferencia del de otros estados miembros y con excepción de algunos territorios como Cataluña o Navarra, la prestación de los servi-

cios sanitarios tiene el carácter de servicio público y la prestación de la asistencia sanitaria se lleva a cabo principalmente en el sector público. De ahí la escasa –por no decir nula– incidencia de las normas referidas a la libre circulación de capital.

Desde otra perspectiva se constata que no todas las normas –tanto comunitarias, como de derecho interno– que tienen incidencia en el sector sanitario son sectoriales, es decir, se refieren estrictamente a la sanidad. Por el contrario, nos movemos en un ámbito en el que las más importantes directivas que hacen efectivas las libertades básicas inciden notablemente en el sector, como es el caso fundamental de las normas referidas a la contratación en el sector público.

## **4. Resultados sobre los servicios sanitarios**

Como comentábamos con anterioridad, el siguiente paso consistiría en analizar el impacto real de toda esta normativa en los servicios sanitarios españoles. A manera de ejemplo, podemos analizar este impacto en dos subcategorías: la licitación pública de bienes y las estancias cortas de ciudadanos de la UE, específicamente en el caso del turismo.

### **4.1. La licitación pública de bienes**

#### **4.1.1. Cambios normativos en España derivados de la integración en la UE**

La entrada de España en las comunidades europeas ha determinado un cambio sustancial en la regulación de la contratación pública de bienes, proceso legislativo que se inició en el año de 1986 y que ha terminado con la entrada en vigor de la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas.

Como ya se ha señalado, una de las políticas centrales de la Unión Europea en la construcción del mercado interior único es la que se conoce con el nombre de «apertura efectiva de los mercados públicos», tendente a garantizar la transparencia de la información y los procedimientos de adjudicación de los contratos, para facilitar a los proveedores y a los empresarios mayores oportunidades para ejercer y desarrollar sus actividades a escala comunitaria. Dicha expansión permite reducir costes a través de los efectos de rendimiento de escala y aumentar la eficacia derivada del efecto estimulante de la competencia. Por su parte, las distintas administraciones públicas se benefician de una mayor oferta, lo que permite considerables ahorros presupuestarios. Finalmente, los consumidores y usuarios encuentran una mayor satisfacción en los servicios prestados a un coste menor.

En el sector sanitario el nuevo marco normativo ha supuesto un verdadero revulsivo, dado el alto volumen de contratación de la administración sanitaria. Ello no ha impedido que, como en cualquier otro sector, las deficiencias de la transposición de la normativa comunitaria al ordenamiento jurídico español se hayan dejado sentir inmediatamente. En primer lugar, porque las directivas sobre sectores excluidos no han sido traspuestas a tiempo en nuestro ordenamiento. En segundo lugar, porque la indefinición del sector público desde el punto de vista organizativo ha permitido que importantes ámbitos del mismo no apliquen la legislación de contratos, infringiendo así los mandatos comunitarios. En tercer lugar, desde el punto de vista técnico, también cabe poner de manifiesto el exceso burocrático que ha supuesto la aplicación de la norma, lo que no puede entenderse acorde a los principios comunitarios. Por último, cabe mencionar el incumplimiento de la norma que ha dado lugar a diversos pronunciamientos del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en los que se condena al Reino de España por prácticas contrarias a libre circulación, tanto de personas, como de bienes y servicios.

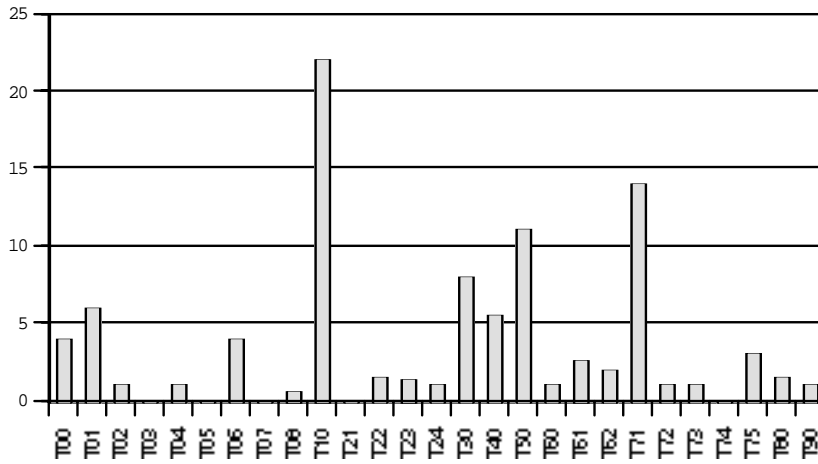
#### **4.1.2. Efectos intencionados**

El importante volumen de contratación en el sector sanitario pone de relieve una vez más la impronta que las normas comunitarias habrán de provocar. El impacto del Derecho Comunitario en la compra de bienes y servicios en los servicios sanitarios, ha sido importante, como en el resto del sector público, dado que la contratación es una materia horizontal que afecta a toda actividad que implique gasto o inversión públicos.

Sin ánimo de agotar todas las posibilidades, en el sector sanitario existen grandes bloques de contratos y merece la pena que nos detengamos en los más importantes.

A modo de ejemplo, se presenta en el Gráfico 4 la distribución porcentual, por tipo de expediente, de los concursos públicos ofertados por el SAS en 1998.

Los contratos de obras tienen una gran importancia no sólo en la construcción de centros sanitarios, sino también en la necesidad de acometer permanentemente obras de ampliación y de reforma de los diferentes inmuebles. El gran inconveniente que ha surgido en este tipo de contratos viene determinado por una insuficiencia presupuestaria formal, dado que el capítulo presupuestario destinado a inversiones es escaso, cuando no inexistente. Amén de las obras que han sido financiadas con cargo a los fondos FEDER de la Unión Europea, en muchas ocasiones se ha solucionado esa traba con subvenciones, bien a corporaciones locales, bien a empresas o entes instrumentales, que se han hecho cargo directamente de



*Tipos de Expedientes:*

10 *Material Fungible Sanitario*  
*Prótesis/Lentes Intraoculares*  
*Prótesis/Trauma*  
*Prótesis/Cardiología*  
*Prótesis/Resto*

30 *Determinaciones Analíticas / Reactivos /*  
*Resto Mat. Laboratorios*

40 *Viveres/Dietética/Nutrición*

41 *Enteral/Catering/Svº Cafeterías*

50 *Medicamentos*

60 *Terapias Domiciliarias*

61 *Transporte Sanitario*

62 *Servicios Sanitarios Asistenciales*

71 *Servicio de Limpieza*

72 *Servicio de Mantenimiento*

73 *Servicio de Seguridad*

74 *Servicio de Lavandería*

75 *Servicios Logísticos*

80 *Gases Medicinales*

90 *Material Fungible Radiodiagnóstico*

00 *Resto Contratación*

01 *Obras*

02 *Equipamiento*

03 *Transportes Otros*

04 *Vestuario Lencería*

05 *Arrendamiento Locales*

06 *Arrendamiento Equipos*

**Gráfico 4**

**Distribución de los concursos ofertados por tipo de expediente. SAS, 1998**

la gestión del contrato. Este tipo de contratos no afecta a la gestión periférica de los centros porque, por la cuantía de los mismos, la gestión del expediente está normalmente centralizada.

A lo largo del tiempo también se ha observado la paulatina externalización del control de la ejecución. Hasta la fecha y respecto de la incidencia de los principios comunitarios no se ha conseguido una efectiva apertura del mercado, dado que la necesidad de tener establecimientos abiertos en la localidad donde se realiza la obra, o la de adquirir o desplazar maquinaria pesada, así como de efectivos de per-

sonal, ha impedido la concurrencia de empresas extranjeras a este tipo de licitaciones, con algunas excepciones importantes en las que han licitado uniones temporales de empresas, pero siempre con participación de alguna constructora nacional.

La concesión administrativa de obras ha tenido hasta la fecha poca implantación en el sector, pero en la actualidad, ante la necesidad de dotar de un mejor acceso y equipamiento a los centros sanitarios, comienza a utilizarse este tipo de contrato, sobre todo para construir y explotar aparcamientos y centrales eléctricas de cogeneración en los grandes hospitales. Respecto de la licitación es válido lo dicho para el contrato de obras.

Otro bloque de contratación importante es el de la gestión del servicio público. Nos estamos refiriendo al concierto sanitario. Éste es un contrato administrativo regulado por la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, así como por su régimen específico que es el que establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 90. A pesar de su importancia económica y social, desde el aspecto que nos ocupa no tiene relevancia, por ser un contrato genuino de nuestro ordenamiento jurídico que no es objeto de regulación en las directivas comunitarias.

Sin embargo, sí merece la pena apuntar algún dato respecto de los centros o establecimientos sanitarios privados. El estudio de la titularidad de dichos centros, dado que suponen el ejercicio de actividades empresariales, sí tendría interés respecto del libre establecimiento de empresa y respecto de la libre circulación de capital en la medida en que supongan inversión de capital comunitario. Sólo desde esta perspectiva el concierto sanitario se vería condicionado por las normas comunitarias.

En los servicios sanitarios el contrato de suministro puede ser calificado como el principal por el volumen de actividad que genera. Entre las adquisiciones de bienes destaca el equipamiento de aparatos de electromedicina, contratación que tradicionalmente ha tenido el mismo problema financiero que el contrato de obras, dado que presupuestariamente tal adquisición supone una inversión. Nuevas figuras contractuales han permitido solucionar este problema utilizándose el arrendamiento sin opción de compra, lo que ha permitido no sólo la utilización del equipo sino también su pronta renovación, ya que en este tipo de bienes los avances científicos y tecnológicos hacen que la amortización de los mismos se produzca en breves plazos de tiempo por quedar obsoletos.

La introducción de nuevas figuras contractuales, como el arrendamiento financiero (*leasing*) y el arrendamiento con opción de compra, ofrecen nuevas posibilidades en estas adquisiciones. Este tipo de bienes son suministrados en su mayoría por

empresas europeas, algunas japonesas y americanas, que tienen empresas filiales en nuestro país, por lo que la aplicación de las directivas comunitarias no modifica la nacionalidad del suministrador, si bien dichas empresas (las comunitarias y las comprendidas en el ámbito del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y el de la Organización Mundial del Comercio) se pueden ver beneficiadas al poder licitar directamente desde su país, sin necesidad de establecimiento en el nuestro, lo que puede redundar en ahorro de costes. Desde los servicios sanitarios no se ha apreciado a corto plazo ningún cambio.

Otro suministro importante con destino a los centros sanitarios es el de medicamentos. Tradicionalmente las instituciones sanitarias adquirían los medicamentos con destino a las farmacias hospitalarias y botiquines mediante contratación directa. Esta actuación motivó un pronunciamiento desfavorable del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en el asunto C-328/1992 de Comisión contra el Reino de España, Sentencia de 3 de mayo de 1994, en cuyo fallo resuelve: «Declarar que el Reino de España ha incumplido las obligaciones que le incumben en virtud de la Directiva 77/62/CEE del Consejo, de 21 de diciembre de 1976, de coordinación de los procedimientos de adjudicación de contratos públicos de suministro, al exigir, en la legislación básica relativa a la Seguridad Social, que la Administración adjudique por procedimiento de contratación directa los contratos públicos de suministro de productos y especialidades farmacéuticas a las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y adjudicar por contratación directa la casi totalidad de dichos suministros, omitiendo la publicación del anuncio de contratación en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*».

Los fundamentos en que se basa el Tribunal de Luxemburgo para esta decisión son que la directiva que menciona no excluye a los citados productos de su ámbito de aplicación y, al mismo tiempo, la infracción de los principios de publicidad y concurrencia. De esta forma la primacía del Derecho Comunitario invalida la argumentación de la defensa, basada en que la Ley General de Seguridad Social expresamente ha dispuesto que los medicamentos y especialidades farmacéuticas con destino a centros sanitarios se adquirirán directamente, lo que se hace a través del Convenio que la administración sanitaria mantiene con la industria farmacéutica, así como que la Ley del Medicamento caracteriza estos productos como mediatizados y, por tanto, excluidos de la legislación de contratos.

En cuanto a los proveedores es igualmente aplicable la reflexión arriba expuesta respecto del equipamiento de electromedicina. Los grandes laboratorios mantienen un férreo control del mercado que dificulta con frecuencia la libre competencia en el suministro de estos productos. En cualquier caso, para hacer efectivos los principios comunitarios en este suministro se requiere también de la

técnica de armonización, toda vez que la naturaleza del producto exige las pertinentes autorizaciones y controles administrativos en orden a su elaboración y comercialización.

Lo dicho hasta ahora vale también para el suministro del resto de productos sanitarios –reactivos, gases medicinales, material de quirófano, etc.–, dado que las características técnicas de los mismos hacen que el mercado esté ya predeterminado, por lo que no varía el tipo de proveedor aunque, lógicamente, la adquisición por concurso puede abaratar el precio de los productos.

Respecto de otros suministros corrientes, por la escasa cuantía que representan normalmente, tienen la consideración de menores y no hay concurrencia comunitaria, siendo las empresas locales las que se hacen cargo de los mismos.

En el apartado concerniente a los servicios, además de contratos de consultoría y asistencia en los que la incidencia comunitaria es escasa, las importantes prestaciones que requieren los centros sanitarios son los servicios de limpieza, hostelería, mantenimiento y seguridad. Aun cuando dichas prestaciones se contratan a través del procedimiento de concurso y se promueve la concurrencia al tratarse de contratos de cuantías elevadas, lo cierto es que por la propia naturaleza de su objeto, que requiere de la disponibilidad de muchos trabajadores, son empresas o grupos nacionales los que concurren a las licitaciones, sin que la observancia de las normas comunitarias haya implicado la participación de empresas no nacionales. Mención aparte merece la de los servicios informáticos, en los que la participación de empresas no nacionales es mayor por la propia configuración del sector.

También se contratan otros servicios de menor trascendencia económica, como los de publicidad para campañas de promoción de la salud, servicios de formación o servicios jurídicos en los que igualmente no existe participación comunitaria.

Los servicios de seguros de reciente implantación en el sistema nacional de salud, en cuanto a la contratación de pólizas de responsabilidad civil, sí se han visto influenciados por las normas comunitarias, dado que son contratos de cuantía elevada que requieren de publicidad comunitaria y en este sector, a pesar de estar intervenido y requerir de la preceptiva autorización administrativa para operar en los distintos ramos del seguro, se ha llevado a cabo una importante actuación normativa de las instituciones comunitarias, que han obligado a los estados miembros a la adecuación de su normativa interna.

En nuestro país dicha adecuación se ha producido principalmente mediante la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. La figura contractual que la Ley de Contratos del Estado de 1995 ha previsto para este caso se ha

revelado inadecuada y por ello, tras la reforma, este servicio tiene la consideración de contrato privado, aunque su adjudicación deba llevarse a cabo cumpliendo los principios comunitarios de contratación.

Para concluir este breve análisis, haremos mención de una serie de contratos de contenido patrimonial –y por tanto excluidos de la legislación de contratos administrativos– pero que han de ser adjudicados del mismo modo conforme a los principios comunitarios, como son las concesiones administrativas para instalación de cafeterías, quioscos de prensa y loterías, cajeros automáticos y otros negocios que se promueven en los recintos sanitarios. En este tipo de contratación, no exenta de confusión en cuanto al régimen jurídico aplicable, no se han aplicado las normas comunitarias, por lo que no hay concurrencia.

#### **4.1.3. Efectos no intencionados**

El análisis de la incidencia de la contratación administrativa en el sector sanitario exige contemplar con carácter previo algunos condicionantes normativos. En primer lugar, que la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas es de la competencia exclusiva del Estado –art. 149.1.18 Constitución Española–. Tratándose de una materia de las consideradas de carácter horizontal, que afecta a la actuación administrativa de diversos sectores y que está directamente ligada a la regulación del mercado, las comunidades autónomas sólo tendrán competencias en orden al desarrollo legislativo de la misma. No obstante, la doctrina del Tribunal Constitucional –Sentencia de 22 de abril de 1993 dictada en el conflicto positivo de competencia 513/1987– ha fijado para las comunidades autónomas amplias competencias en los ámbitos que afectan a la organización de la actuación administrativa y respecto de aquellas cuya norma estatutaria les otorgue la respectiva competencia.

En el sector sanitario las comunidades autónomas asumen importantes competencias en orden a la gestión de los servicios sanitarios, configurándose el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los distintos servicios de salud autonómicos.

Con toda probabilidad ha sido en el sector sanitario donde el debate sobre las nuevas formas de gestión y la necesidad de superar el modelo tradicional sometido al derecho administrativo ha tenido mayor relevancia.

Para decirlo con palabras de Muñoz Machado, «[...] ese gusto por el abandono de las garantías del Derecho Público y la penetración del Derecho Privado por todos los resquicios de todos los servicios públicos es una medida que algunas veces se

postula contra corriente de la historia de este tiempo porque, mientras nosotros abandonamos algunas de ese tipo de garantías, la Unión Europea a la que pertenecemos como miembros, viene imponiendo el mantenimiento necesario de alguna serie de garantías, que son desde luego de Derecho Público, para el funcionamiento de algunos establecimientos o para la configuración de algunas actividades» (Muñoz Machado 1995).

En definitiva esto es lo que sucede al margen de concepciones o modelos organizativos diferenciados en materias como la contratación pública en la que los instrumentos al uso han de ceñirse a las previsiones del Derecho Comunitario, independientemente de que tales normas operen como condicionantes del modelo de gestión. Como decíamos, con independencia del modelo de gestión que se adopte, esa actividad contractual queda sometida de pleno al Derecho Comunitario y coloca al gestor sanitario en una posición no siempre fácil, ya que debe combinar su actuación entre los principios de eficacia y eficiencia y el de legalidad.

El análisis jurídico de las líneas precedentes nos permite concluir que el impacto de las regulaciones europeas en la adquisición de bienes y servicios en el sector sanitario es importante porque ha obligado a un cambio de actuación en la gestión administrativa que es causa, a su vez, de las modificaciones legislativas operadas en nuestro ordenamiento jurídico y que en un futuro será mayor. La planificación en la adquisición de bienes y servicios se ha constituido en un instrumento de primer orden, lo que va a permitir una mayor racionalización de la actividad contractual. De otra parte, dicho cambio, que no es percibido como positivo por un amplio sector de la gestión, ha contribuido en alguna medida al debate sobre nuevas formas de organización de los servicios sanitarios.

Presentamos a continuación los resultados de dos ámbitos concretos relacionados con los servicios sanitarios en los que hemos diseñado estudios para medir el impacto: los servicios de contratación pública y las estancias cortas (turismo) de los ciudadanos europeos.

#### **4.1.4. Resultados de los cambios normativos en la licitación pública de bienes**

Además del impacto derivado de la transposición de la normativa explicada con anterioridad, la aplicación de las nuevas normas empieza a tener resultados en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, fundamentalmente en los departamentos de compras.

Algunos resultados iniciales detectados en nuestro estudio son:

- El porcentaje de adquisiciones realizadas por los servicios sanitarios públicos en Andalucía a través de concurso público ha aumentado significativamente a partir de la aplicación de la nueva normativa. En el año 1998, este porcentaje ascendió al 66,7% del total de gasto en los capítulos presupuestarios afectados por las nuevas normativas europeas.
- Se observa que el 89,57% de los concursos ofertados requieren publicación en el *DOCE*, frente a un 10,43% cuya publicación no es obligatoria, por lo que el principio comunitario de transparencia y concurrencia parece garantizado.
- Desde el punto de vista cualitativo estos resultados coinciden con la opinión de los responsables de los Departamentos de Contratación de los Servicios Sanitarios Andaluces en los que hemos trabajado. En su opinión, el principal cambio es el aumento del volumen de compra por contratación pública. Anteriormente la forma más generalizada de realizar la contratación pública era la compra directa, la «adjudicación directa» en el antiguo marco legislativo.
- Entre los resultados negativos de la nueva normativa, una de las principales consecuencias de la nueva forma de contratación es el aumento de los trámites administrativos para realizar ofertas públicas de compra en los servicios sanitarios. Los concursos plurianuales son una forma de soslayar y prolongar en el tiempo este aumento del «trabajo burocrático». La publicación en el *DOCE* implica que prolongue el período para la adjudicación de los concursos. Entre algunos de los entrevistados se ha reconocido que, en algunos centros, se fraccionan los concursos para evitar la obligación de publicar en el ámbito europeo y conseguir acortar los plazos.
- Una vez realizados los trámites que se llevan a cabo en el propio centro, los plazos externos se citan como otro de los escollos para poder cumplir lo establecido en la legislación. Fundamentalmente son los de la asesoría jurídica y la publicación por los servicios centrales.
- En relación con los proveedores, las personas entrevistadas no han percibido un cambio sustancial en el tipo de proveedores que acuden a las ofertas de los concursos de los servicios sanitarios andaluces. Debido a la propia dinámica del mercado, pero también a la imposibilidad de presentarse a los concursos, se detecta en los servicios en los que hemos realizado entrevistas una mayor concurrencia

de empresas de gran tamaño, de multinacionales, en detrimento de las pequeñas y medianas empresas. Las razones aducidas para explicar la dificultad de las empresas pequeñas de presentarse a los concursos han estado principalmente en la deuda, pero también en la incapacidad de preparar la documentación necesaria en los concursos públicos.

- Las personas entrevistadas no han percibido en sus sistemas de compras el impacto de la legislación europea. Las excepciones son la obligación de publicar en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* el cambio en los criterios de adjudicación y en los procedimientos.
- Merece la pena destacar que, para hacer cumplir el nuevo marco legislativo, una de las principales medidas implementadas en los servicios en los que hemos investigado ha sido reestructurar el departamento de contratación y aumentar el personal dedicado a la gestión de los concursos.

#### **4.2. Las estancias cortas de ciudadanos de la UE**

Para analizar el impacto de las directivas europeas sobre los servicios sanitarios en relación al turismo (estancias cortas) hemos diseñado un estudio de caso en el ámbito geográfico de la Costa del Sol.

Se ha obtenido información de la empresa pública Hospital Costa del Sol<sup>2</sup> perteneciente a la Consejería de Salud y del Distrito Sanitario Costa del Sol<sup>3</sup> del Servicio Andaluz de Salud. Se han analizado los registros de pacientes atendidos durante los años 1997, 1998 y 1999. Además se han entrevistado a los responsables sanitarios y miembros de los equipos de gestión de los centros del área y a profesionales directamente implicados en la atención a pacientes extranjeros.

##### **4.2.1. Quiénes y cuántos. Inexistencia de datos reales sobre el número de extranjeros residentes en la Costa del Sol**

Según datos del Instituto Nacional de Estadística durante 1998, de un total de

---

<sup>2</sup> El hospital Costa del Sol está situado en Marbella (Málaga). Cuenta con 197 camas. Tiene acreditación docente y dispone de instrumentos de alta tecnología para la atención a los pacientes.

<sup>3</sup> El distrito Costa del Sol está situado en Mijas Costa (Málaga). En él se ubican 8 centros de salud.

719.647 extranjeros con residencia permanente en España, cerca de 96.000 residían en Andalucía.

Región española	Número de ciudadanos extranjeros
<b>número de extranjeros con residencia permanente en España clasificados por región autónoma de residencia, 1998</b>	
Andalucía	95.970
Aragón	11.877
Principado de Asturias	8.682
Islas Baleares	40.399
Islas Canarias	68.848
Cantabria	3.910
Castilla-La Mancha	11.374
Castilla y León	20.113
Cataluña	148.803
Comunidad Valenciana	69.972
Extremadura	9.063
Galicia	21.140
Comunidad de Madrid	148.070
Región de Murcia	15.731
Comunidad Foral de Navarra	6.385
País Vasco	16.995
La Rioja	3.253
Ceuta	1.196
Melilla	1.054
Errores en las distintas regiones autónomas	16.812
<b>Total</b>	<b>719.647</b>

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística).

Los datos oficiales informan sólo de un «tipo de extranjero», principalmente europeo, que decide residir en Andalucía. No se dispone de información precisa sobre los europeos, a los que podríamos llamar «flotantes», es decir, aquellos que pasan un período como turistas en la zona y que no quedan registrados oficialmente. El número de extranjeros que figura en el Censo es 230.000. Sin embargo, los responsables del hospital Costa del Sol estiman que durante el verano hay más del 700.000 personas extranjeras viviendo en la Costa del Sol, cifra que desciende a

400.000 durante el resto del año. Muchas de estas personas residen en la zona durante todo el invierno, demandando atención sanitaria como si fuesen residentes, cuando sólo se han contabilizado, en el mejor de los casos, como turistas.

Sea como fuere, el volumen de extranjeros residentes y demandantes de servicios y prestaciones sanitarias en la Costa del Sol parece ser muy superior al registrado oficialmente. Ello supone que su presencia no repercute en la financiación ni en los presupuestos de los centros, aunque sí genera un importante coste.

#### **4.2.2 ¿A través de qué proceso reciben atención sanitaria los extranjeros? Normativa comunitaria sobre el derecho a la atención y prestaciones sanitarias**

Cuando una persona europea se traslada a la Costa del Sol y necesita atención sanitaria suele utilizar el formulario comunitario E-111. A las personas portadoras del E-111 en España se les presta todo tipo de asistencia sanitaria (urgente, programada, atención domiciliaria, atención de enfermería, prescripción farmacológica, pruebas complementarias, etc.). Es decir, las mismas prestaciones que a cualquier persona con cobertura sanitaria por la Seguridad Social (Circular de SSCC 6/89) (13-6).

De acuerdo con la normativa comunitaria (Reglamento 1408/71), el formulario E-111 ampara dos supuestos:

- Derecho que tiene un trabajador a recibir las prestaciones médicas que con carácter inmediato pueda precisar durante su estancia temporal en otro Estado Comunitario (art. 22.1 letra a).
- Derecho de un pensionista o sus familiares a recibir asistencia sanitaria durante su estancia temporal en otro Estado Miembro de la UE, sin condicionar la asistencia a que ésta tenga el carácter de inmediata necesidad (art. 31). En consecuencia deberá prestarse la asistencia sanitaria solicitada siempre que, desde el punto de vista médico, se considere oportuna y necesaria y no sea aconsejable para el paciente la demora en su concesión.

El alcance de las prestaciones médico-farmacéuticas que ampara un formulario E-111 son:

- La asistencia sanitaria que los trabajadores o sus familiares puedan precisar con carácter inmediato durante su estancia temporal en otro Estado de la Unión

Europea.

- Respecto a los pensionistas o sus familiares, la asistencia sanitaria necesaria en función de su estado de salud, incluidos los tratamientos concretos y reglados para los que están previstos otros formularios para asegurados a su cargo, y no con aseguramiento propio.

Respecto al proceso administrativo que hay que seguir cuando un ciudadano o ciudadana europea se encuentra en España como turista y recibe atención sanitaria, hay que señalar que éste no desembolsa cantidad alguna al recibir el servicio sanitario. Una vez presentado el E-111, desde los distritos se tarifa y se remite al INSS (caja nacional española que le cobra los gastos a la caja correspondiente europea). Una vez que la persona reside en España con el E-111 tramita su documentación sanitaria en la mayoría de los casos como pensionista, y recibirá la misma documentación que un español ya que a partir de estos momentos tendrá los mismos derechos.

#### 4.2.3. Turistas atendidos en 1999–2000 por los servicios sanitarios públicos del Área Costa del Sol

Como indicador indirecto del número de personas europeas atendidas en el distrito de atención primaria de la Costa del Sol disponemos de datos relativos al número de H1<sup>4</sup> tramitados. En este distrito, el volumen de H1 tramitados ha aumentado progresivamente en los tres últimos años. Durante 1999 se llegaron a tramitar 6.890, cifra que supone el 0,27% del total de actos médicos realizados en el distrito. La atención prestada en ese año supuso para el INSS unos ingresos de 30.823.082 pts<sup>5</sup> (185.681 euros).

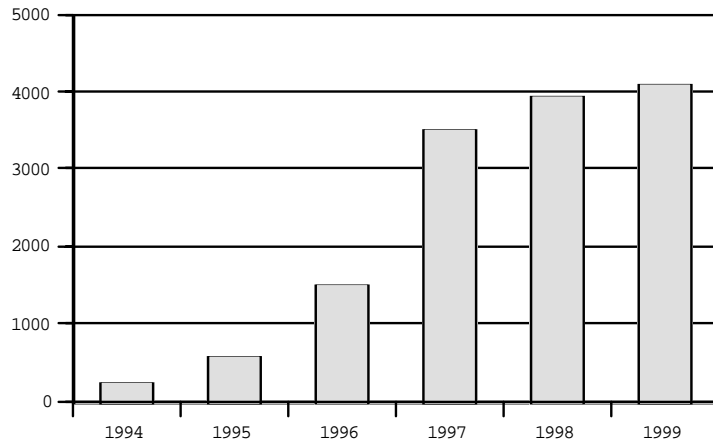
Año	H1 Tramitados	Actividad Distrito	% de Actividad a Turistas
<i>Tabla 3</i>			
<b>Tramitación de H1 y actividad del distrito Costa del Sol, 1998 y 1999</b>			
1998	5.483	2.450.574	0,22
1999	6.890	2.582.782	0,27

En el hospital Costa del Sol en este mismo año, de un total de 90.834 pacientes

<sup>4</sup> Documento que permite al distrito de atención primaria declarar los servicios prestados a los extranjeros y cobrarlos.

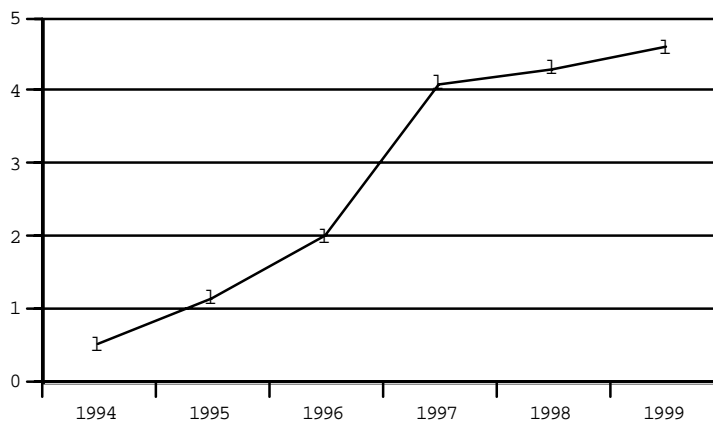
<sup>5</sup> Esta cantidad no revierte directamente en los centros ni en sus profesionales, ya que es cobrado a nivel nacional por la Seguridad Social y no existen vías de reintegro a las CCAA.

atendidos en el servicio de urgencias, 4.316 eran extranjeros, lo que supone un 4,75%. En consultas externas, se atendieron 242 extranjeros, un 3% del total de pacientes y estuvieron hospitalizados 328, es decir, un 2,6% de las 12.226 altas de



Fuente: Base de datos de urgencias: Unidad de evaluación. Hospital Costa del Sol.

**Gráfico 5**  
**Evolución de las urgencias atendidas en el hospital Costa del Sol de pacientes con residencia en el extranjero, 1994-1999**



**Gráfico 6**  
**Evolución de las urgencias atendidas de pacientes con residencia en el extranjero.**

unidades de hospitalización de ese año.

En los últimos años la evolución ha sido creciente como puede observarse en el Gráfico 5 y en el Gráfico 6.

La percepción de todos los entrevistados, directivos y profesionales, tanto en el hospital como en los centros de atención primaria, es que la tendencia de la demanda de pacientes extranjeros es «exponencialmente» creciente.

#### 4.2.4. Costes derivados de la atención sanitaria prestada a los pacientes europeos

A partir de una estimación del precio medio de un acto médico, obtenido de la suma de los gastos de personal, suministros y farmacia divididos por el total de las consultas de medicina general, enfermería y urgencias realizadas en el distrito, se puede obtener una estimación de los costes derivados de la atención a los pacientes extranjeros y de las diferencias con las cantidades facturadas al INSS a través del H1.

Año	H1 Tramitados	Facturación H1	Coste Distrito	Diferencia
<b>Coste atención extranjeros. Área Costa del Sol</b>				
1998	5.483	22.998.358 pts 138.544 euros	15.335.951 pts 92.385 euros	7.662.407 pts 46.159 euros
1999	6.890	30.823.082 pts 185.681 euros	22.096.230 pts 133.109 euros	8.726.852 pts 52.571 euros

#### 4.2.5. Qué cambios está generando esta demanda en los centros del Área

En algunas de las zonas básicas de salud del distrito sanitario Costa del Sol se han creado consultas específicas para atender a los pacientes desplazados y entre ellos a los europeos. En algunos centros de salud se establecen «refuerzos» de personal en los momentos del año en los que hay mayor tránsito de extranjeros. En opinión de los responsables y profesionales entrevistados, la atención a este tipo de pacientes «en tránsito» genera una sobrecarga de trabajo, que no sólo afecta al personal médico sino también al resto del personal de los centros, como el administrativo que se ve desbordado en algunos momentos del año.

En el caso del hospital Costa del Sol la atención a los pacientes extranjeros no ha originado cambios en la organización del centro ya que ésta ha sido una circunstancia prevista en los procesos de planificación estratégica del hospital. Sin embargo, el perfil del paciente que acude al hospital, por su edad avanzada en la mayoría de los casos, sí está originando una necesidad de adaptación y orientación de los servicios hacia determinados problemas de salud. Este hecho puede hacerse más patente en los próximos años y hacer necesario un dimensionamiento diferente de algunas especialidades médicas o el desarrollo de programas específicos para este público.

Aunque la atención a población europea comunitaria no es una circunstancia imprevista para este centro, el importante incremento de la demanda, que no repercute en las condiciones del contrato-programa por falta de datos reales sobre población residente, sí es un problema que cada día pesa más sobre la dinámica y la gestión del hospital.

#### **4.2.6. Qué servicios demanda el paciente extranjero comunitario**

En esta zona de España podemos distinguir dos tipos de servicios sanitarios demandados por la población europea:

- Atención urgente cuando están de paso por la zona en vacaciones.
- Los mismos servicios que demanda un residente nacional cuando se establecen en la zona durante periodos de tiempo más o menos largos. En este caso se trata de una población flotante de difícil cuantificación, que necesita principalmente reponer los fármacos que les habían sido prescritos en sus países de origen.

En general, los profesionales entrevistados aseguran que los problemas de salud de los extranjeros europeos a los que atienden no difieren de los de los residentes españoles. Sin embargo, señalan que la demanda de fármacos por parte de estos pacientes es «excesiva» y, en ocasiones, también la de pruebas complementarias. En la mayoría de los casos esta medicación ha sido prescrita por médicos en sus países de origen. En este aspecto, los entrevistados aprecian diferencias entre los comportamientos de sus pacientes nacionales y extranjeros.

#### **4.2.7. El trabajo diario con el paciente europeo**

El problema principal en la relación diaria con este tipo de pacientes es el idioma,

que supone una traba en el trabajo de los profesionales sanitarios. En el hospital este problema se ha solventado contratando una plantilla políglota. En los centros de atención primaria se ha recurrido a intérpretes voluntarios. No contar con ellos de forma estable genera dificultades en muchos momentos.

Los pacientes extranjeros comunitarios en la Costa del Sol plantean otros problemas específicos, relacionados fundamentalmente con sus edades avanzadas. El envejecimiento de estas personas y la ausencia, en la mayoría de los casos, de apoyo familiar y redes sociales susceptibles de asumir cuidados informales relacionados con la salud está provocando situaciones de necesidad concreta de ayuda y atención sociosanitaria.

## **5. Conclusiones**

Como comentábamos al principio, intentar delimitar el impacto de la Unión Europea en los servicios sanitarios es una tarea compleja. Queda claro que existe un cierto impacto actual y que el posible desarrollo de la Unión Europea suponga a medio plazo que la interrelación existente aumente. Sobre estas consecuencias, a partir de los resultados de los dos estudios realizados en el ámbito español y del resto de estudios del proyecto BIOMED, se pueden extraer una serie de temas de discusión y análisis.

### **5.1. Contexto y significación general**

- En el ámbito político se aprecia una contradicción entre la intención del Mercado Único Europeo y la manera en que es interpretado el texto del artículo 152 del Tratado de la Unión Europea, «[...] excluyendo cualquier armonización de la legislación y normativas de los estados miembros. [...] 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». La relación entre los servicios sanitarios como sector importante de las economías de los estados miembros y el Mercado Único Europeo están imbricados de manera tan compleja que es virtualmente imposible separarlos. El argumento, por tanto, de que la subsidiariedad se aplica a los servicios sanitarios no es del todo sostenible dentro del contexto del Mercado Único Europeo.
- El Mercado Único Europeo puede con toda razón ser percibido como un reto para los servicios sanitarios, añadiendo una mayor complejidad a los principales ejes del cambio, como las necesidades de la atención primaria, la mayor expectativa de los pacientes, el desarrollo de la educación para la salud, la regionaliza-

ción del ámbito de decisión política en un contexto de globalización económica. Esto es particularmente cierto dado que el Mercado Único Europeo considera inevitablemente al paciente como un consumidor individual antes que un ciudadano con derechos y responsabilidades colectivas.

## **5.2. Efectos intencionados y no intencionados**

- Las intervenciones del Mercado Único Europeo tienen tanto efectos intencionados (principalmente para crear un mercado único de libre circulación de bienes servicios, ciudadanos y capital) como efectos no intencionados.
- Entre los efectos intencionados se incluye el establecimiento de una base común para una gama de actividades europeas en la atención sanitaria. Por ejemplo, un sistema de contratación pública común de bienes y servicios, movilidad a escala europea de doctores y ATS, un sistema común para la regulación de instrumental médico, licencias y procedimientos para acceder al mercado de los fármacos, así como un sistema europeo para la provisión de atención sanitaria a turistas y disposiciones para garantizar atención sanitaria a las personas que trabajen en otro Estado Miembro de la UE.
- Los efectos no intencionados en la financiación y provisión de los servicios sanitarios han surgido por no haber sido suficientemente considerados cuando se redactaron las Normativas y Directivas. Por ejemplo, las intervenciones del Mercado Único Europeo han provocado una mayor burocracia en los servicios sanitarios. Las pequeñas y medianas empresas han sido también negativamente afectadas. Las intervenciones del Mercado Único Europeo han ocasionado movimientos de pacientes/ciudadanos de un país a otro para poder obtener tratamiento, socavando por tanto los intentos de priorización localizados dentro de los sistemas públicos de los estados miembros. El movimiento de doctores y otros profesionales puede crear una escasez de éstos en los países más pobres, en especial después de la ampliación.
- Las intervenciones del Mercado Único Europeo en los estados miembros pueden provocar efectos distintos dependiendo de los diferentes entornos políticos y organizativos de los servicios sanitarios, así como los entornos geográficos dentro de la UE. Los planificadores deben estar al tanto de dichas diferencias.

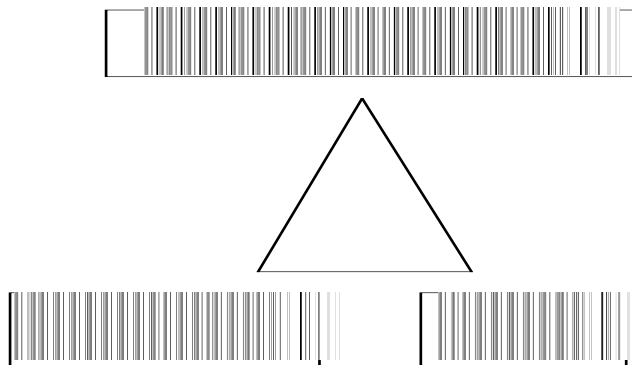
## **5.3. Impacto en los servicios sanitarios**

- Aunque el impacto real de algunas de las normativas y directivas del Mercado Único Europeo y los dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo en los servicios

sanitarios puede ser marginal en la actualidad, los conflictos inherentes a las directivas y dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo pueden tener un impacto significativo y ocasionar una inesperada inestabilidad en los sistemas.

Por ejemplo, en caso de que las causas actualmente pendientes de sentencia en el Tribunal de Justicia Europeo se fallen a favor de la libre elección de bienes y servicios sanitarios, la relación paciente-proveedor estaría incluida en la gama de actividades sanitarias europeas, con la libre elección del proveedor dominando otros objetivos. De permitirse tal libre elección fuera de las fronteras nacionales, tendría que ser aplicada dentro de los países, con grandes consecuencias potenciales para los sistemas sanitarios.

- La razón de tal política es enfatizar los derechos individuales en contraste con las prioridades y derechos colectivos de los sistemas sanitarios públicos. Dado que las clases más favorecidas son las que suelen obtener ventajas de tales derechos individuales, la extensión de la libre elección de la asistencia sanitaria dentro de los estados miembros ampliaría esta capacidad. Por otro lado, las prioridades colectivas pueden ser socavadas por una movilidad que impide una planificación nacional efectiva. Algunas características del sistema tipo «Beveridge» (NHS) de sanidad pública podrían verse amenazadas.
- Asumiendo la existencia de una relación triangular (Figura 3) entre ciudadanos/pacientes, financiadores, terceras partes y proveedores, podemos observar que las relaciones proveedores-ciudadanos/pacientes y las proveedores-pagadores (es



**Figura 3**  
**Relación proveedores-ciudadano/paciente-financiadores**

decir, la distribución) ha sido el foco de la mayoría de las intervenciones Mercado Único Europeo (especialmente si tomamos en cuenta también las leyes de la competencia).

- Las relaciones entre ciudadanos/pacientes y pagadores/terceras partes –la tercera parte del triángulo– no han sido planteadas ni por las normativas de la UE ni por las decisiones del Tribunal de Justicia Europeo. En el caso de que fueran planteadas podría conllevar, por ejemplo, regular la elección del ciudadano de los financiadores/tercera parte o desarrollar un paquete de prestaciones europeo. En el caso de establecerse un mercado de financiadores/terceras partes se constituiría como un poderoso propulsor de un sistema sanitario europeo. Sin embargo, dicho desarrollo supondría un fuerte impacto en los sistemas nacionales, en particular en los sistemas del tipo «Beveridge», y provocaría resistencias en los estados miembros.

#### **5.4. Implicaciones para las políticas**

- Basándonos en las situaciones futuras planteadas como parte del estudio, ni la total integración de los servicios sanitarios a escala europea ni la exclusión de los servicios sanitarios del Mercado Único Europeo es factible. La tercera opción, «adaptarse a la situación», tampoco proporciona soluciones fáciles. Del mismo modo, no hacer nada tampoco es una opción sensata.
- Es necesario facilitar un debate honesto y explícito sobre las ventajas y desventajas de «adaptarse a la situación». Para ello se requiere primero una aceptación de la imbricación entre el Mercado Único Europeo y los servicios sanitarios. Dicha aceptación permitiría el desarrollo de un papel pro-activo de la planificación sanitaria, en oposición a la actual toma de decisiones que es demasiado reactiva, en especial los dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo. Mientras que objetivos e intereses distintos van a continuar sujetos a concesiones recíprocas, se debe desarrollar una estrategia sanitaria transparente para gestionar la relación entre el Mercado Único Europeo y la sanidad.
- Es necesario continuar con la monitorización de los efectos del Mercado Único Europeo en los servicios sanitarios. Esta monitorización debe de ser combinada con la línea de información sanitaria que se incluye en la nueva estrategia sanitaria de la UE.

## **6. Otras consideraciones**

### **6.1. Mercados y el Modelo Social Europeo: las reglas del mercado o regular el mercado**

Inherente a muchas de las conclusiones de este capítulo es la diferencia crítica entre la forma en que la Unión Europea percibe la relación entre «el mercado» y los servicios sanitarios y la forma en que los estados miembros perciben esta relación. A nivel europeo, el Mercado Único Europeo requiere de servicios sanitarios que se adapten a las reglas del mercado mientras que, en el ámbito nacional, los gobiernos buscan adaptar las reglas del mercado para garantizar una provisión efectiva de los servicios sanitarios dentro de un modelo social.

Sin embargo lo que se conoce como «Modelo Social Europeo» se caracteriza por unos valores específicos que se vinculan a una política social. La relevancia de estos valores en los servicios sanitarios –por ejemplo, promover tanto la solidaridad y la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios– tiene que ser estudiado y reflejado de forma patente y abierta. Donde las normativas del Mercado Único Europeo tengan consecuencias que entren en conflicto con tales valores, sería deseable garantizar que las normativas del Mercado Único Europeo no sean interpretadas de forma que atenten contra los valores inherentes del «modelo social europeo».

Está claro que cuando las libertades adoptadas por el Mercado Único Europeo son libertades humanas básicas (sobre todo la movilidad de los individuos), no pueden ser simplemente dejadas de lado en el caso de los servicios sanitarios. Hasta ese punto, no se trata de simplemente de «excluir la sanidad del Mercado Único Europeo». Sin embargo, puede que haya casos significativos en los que la regulación del mercado sea necesaria para la consecución de objetivos sanitarios. Paradójicamente, ello requiere una nueva coherencia y prominencia de la política sanitaria de la UE, no sólo para establecer una línea sostenible y no accidental entre la política del Estado Miembro y la política europea, sino para hacer las aspiraciones de estas dos partes más coherentes.

### **6.2. Efectos no intencionados del Mercado Único Europeo en el futuro**

No es la función de este capítulo identificar los potenciales efectos no intenciona-

dos hasta sus últimas consecuencias. Sin embargo, vale la pena señalar que la elección de la política de base en el ámbito europeo se refiere a cómo resolver de la mejor manera posible los conflictos inherentes entre el Mercado Único Europeo y la política sanitaria. ¿Es suficiente continuar con el pragmatismo? O será necesario desarrollar una política sanitaria de la UE para que el Mercado Único Europeo evite los efectos negativos, ya sea con relación a la igualdad o la solidaridad en los sistemas sanitarios públicos, o con relación a los incentivos tergiversados referentes a la educación, la formación y la circulación de individuos (trabajadores y consumidores).

Un enfoque coordinado facilitaría la exploración de opciones y posibilidades para evitar los posibles efectos no intencionados que de otra forma podrían ocurrir:

- a) ¿Restricción de prestaciones? Es concebible que las futuras decisiones del Tribunal de Justicia Europeo a favor de un incremento de la elección puedan motivar o forzar a la Unión Europea, a los estados miembros o a ambos, a decidirse por un «paquete de prestaciones normalizado». Esto podría suponer una amenaza para la cobertura pública integral si se hace como una reacción de «pánico político».
- b) ¿Privatización de la oferta? El énfasis de los derechos individuales (por ejemplo, la movilidad) sobre objetivos públicos es probable que incremente el papel del sector privado, puesto que la planificación pública es menos viable cuando los factores de producción y las reglas del consumo no pueden ser controladas. Aun así, la cada vez mayor dependencia del sector privado para corregir desequilibrios o la carencia de personal o instalaciones sanitarias puede suponer un coste en el acceso igualitario a los sistemas sanitarios del sector público.

Los estados de Europa Central y del Este que accederán con la ampliación pueden, por ejemplo, experimentar con el tiempo una carencia de médicos debido a la emigración (en parte debida a la libre circulación del Mercado Único Europeo) a estados miembros más ricos de la Unión Europea. La consecuencia podría ser un incremento de la educación médica que forme más médicos para los proveedores privados de atención sanitaria, y esta atención sanitaria sería, de forma desproporcionada, adquirida por aquellos con más medios. Los estudiantes de medicina sólo se matricularían si tuvieran la expectativa de un ingreso adecuado para pagar sus préstamos, probablemente en la atención sanitaria privada.

La solvencia de la atención sanitaria pública de los estados miembros más pobres sería cuestionada si hubiera la necesidad de pagar las «tarifas del mercado» a un número reducido de doctores, ATS y otros profesionales de la sanidad. Además, la

movilidad de los escasos profesionales puede conllevar un incentivo no deseado a la luz de los objetivos sociales de la Unión Europea: los estados miembros pueden no hallar incentivos para educar médicos y otros profesionales en el sector público si un número significativo de éstos va probablemente a emigrar.

c) Concentración de empresas: El Mercado Único Europeo puede incorporar objetivos contradictorios: primero, la competencia dentro de Europa, y segundo, la competitividad de Europa en el mundo.

Por un lado, se da el caso de que la política de la Unión Europea tiene como meta promover la competencia tanto dentro de Europa como dentro de los estados miembros y, por cierto, la promoción de las Pequeñas y Medianas Empresas (PYME). Pero está claro, en particular dentro del estudio de las contrataciones públicas, que la competencia dentro de Europa puede dañar a las PYME.

Por otro lado las normativas empiezan por el reconocimiento de un incremento de concentración no sólo en los mercados europeos sino también en los mercados globalizados. El reconocimiento en el ámbito europeo de nuevos fármacos a través del EMEA puede, por ejemplo, ser un medio para delimitar en el contexto del mercado multinacional de los productos farmacéuticos. La lógica intención de la Unión Europea de hacer uso del Mercado Único Europeo para fortalecer la posición competitiva de la UE en un mercado globalizado puede conducir a una concentración de empresas que podría producir consecuencias negativas en los servicios sanitarios.

### **6.3. El futuro de la planificación sanitaria: conducir o ser conducidos**

Aun cuando el impacto de las intervenciones del Mercado Único Europeo es pequeño en número de pacientes o profesionales afectados por estas intervenciones, los desequilibrios del sistema causados por las mismas –en particular aquellas resultado de los dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo– podrían ser mayores de lo que muestran las cifras.

Las normativas del Mercado Único Europeo y los dictámenes del Tribunal de Justicia Europeo tienen el potencial –en el «peor de los casos»– de afectar los sistemas del tipo «Beveridge», entre ellos el Sistema Sanitario Español, si la «competencia gestionada» en cumplimiento de otros aspectos de la legislación europea conduce a la proliferación de fondos por enfermedad en el contexto del modelo de las aseguradoras. Por igual, podría darse el caso de desequilibrios de los sistemas «bismarckianos» si las reglas se alejasen del modelo de seguros de salud «social».

Para hacer frente a estos problemas que surgen de los efectos no deseados de las normativas de la Unión Europea en los servicios sanitarios, es necesario elevar el perfil de la política sanitaria en el ámbito de la Unión Europea –pero– de forma consistente con las aspiraciones de los estados miembros.

### **ANEXO**

#### **Proyecto BIOMED: «Impacto de las Normativas del Mercado Único de la Unión Europea en los Servicios Sanitarios Públicos de los estados miembros»**

Número de Contrato de Acción Concertada: BMH4-98-3030

Philip C. Berman: Director de Proyecto, EHMA (European Health Management Association)  
Reinhard Busse: Observatorio Europeo de Sistemas de Atención Primaria, Madrid, España  
Pauline Ong: Universidad de Keele. Reino Unido  
M<sup>a</sup> Ángeles Prieto: Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España  
Clas Rehnberg: Centro de Economía de la Salud, Estocolmo, Suecia  
Barbro Renck: Centro de Investigación de la Salud Pública. Karlstad, Suecia  
Nuria Romo: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España  
Fernando Silió: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España  
Mona Sundh: Centro de Investigación de la Salud Pública. Karlstad, Suecia  
Matthias Wismar: Escuela Médica. Hannover, Alemania