

A DEBATE

Las dificultades de la 'Europa blanca'

Copenhague alojó este mes de octubre la vigésima cuarta edición de 'Europe Blanche', un coloquio organizado anualmente por l'Institut des Sciences de la Santé, pero no han sido los coloquios sino la vía jurisprudencial la que ha abierto un camino para una progresiva armonización de servicios y coberturas entre los países de la Unión Europea ante la inhibición del Ejecutivo comunitario y de los Ejecutivos de los países miembros.

AUNQUE la Unión Europea tenga en la salud pública sus principales competencias sanitarias tras los Tratados de Maastricht y de Amsterdam, también la asistencia y los modelos organizativos de la Sanidad conocen una lenta convergencia, coherente con su problemas comunes. Esta convergencia —hacia un sistema mixto— entre los Sistemas Nacionales de Salud (tradición Beveridge) y los Sistemas de Seguro Social (tradición Bismarck) se ha producido a través de una serie de cambios graduales: los sistemas de seguro social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, protección universal y han huido del pago por servicio hacia remuneraciones basadas en presupuestos globales. En cambio, en países con sistemas nacionales de salud, se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores.

Público o privado

España ha caminado decididamente hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud, como lo ha hecho Italia, mientras que otros países del sur de Europa, como Grecia y Portugal, dan un protagonismo creciente al sector privado y pueden ser definidos como sistemas de seguro social menos desarrollados que los del centro de Europa.

Adicionalmente, el sistema de protección de salud europeo se encuentra inmerso en un proceso de internacionalización. Se ha producido una cierta armonización en el proceso de aprobación de medicamentos, existe movilidad de profesionales de limitadas consecuencias prácticas, así como nuevos problemas planteados por la movilidad de los ciudadanos: las sentencias del Tribunal Europeo de Justicia, de 1998, sobre los casos



Los sistemas de salud europeos tienen grandes diferencias. / RAFA M. MARÍN

Kohl y *Decker*, establecieron el derecho de los pacientes a procurarse atención sanitaria no urgente en otros países de la Unión Europea y ver reembolsados los costes incurridos como si hubieran recibido la atención en su propio país. Gobiernos y aseguradoras temieron un auge importante en el flujo internacional de pacientes, con su consecuente repercusión en el gasto sanitario. Posteriormente, el 12 de julio de 2001, el Tribunal Europeo de Justicia sentenció en relación al caso de dos ciudadanos holandeses que, habiendo recibido tratamiento en Alemania y Austria, pretendían el reembolso de sus gastos. El Tribunal Europeo confirmó el derecho de los países miembros a organizar sus servicios sanitarios como consideren conveniente, cumpliendo, eso sí, la normativa europea relevante. Y, por

primera vez, el Tribunal sentenció que: primero, la atención hospitalaria debía conformarse a la libre circulación de servicios con independencia de su forma de reembolso; segundo, la solicitud de autorización previa, en el país de origen, pese a ser un obstáculo a la libre circulación de pacientes debía mantenerse en ciertas circunstancias.

Viability financiera

¿Cuáles son estas circunstancias que justifican la autorización previa? **Primera:** atentar contra la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios de cada país, lo que puede producirse cuando un numeroso grupo de pacientes acude en busca de tratamiento fuera de su país. **Segunda:** ausencia de evidencia de efectividad ya que no tiene sentido pagar servicios sanitarios

fútiles, e incluso perjudiciales, para la salud de los individuos. Tercera: ausencia de retrasos indebidos. El Tribunal confirma que las autoridades sanitarias de cada país de la UE pueden negar la autorización previa a un ciudadano para que busque atención especializada programable en otro país siempre que pueda recibir el tratamiento en cuestión, u otro de efectividad similar, en el propio país sin retrasos indebidos. El flujo internacional de pacientes dentro de la Unión Europea continúa siendo pequeño —aunque en aumento— habiéndose producido algunos acuerdos bilaterales entre países para el envío de pacientes.

Curiosamente, la 'Europa blanca' ha conocido poco desarrollo en la dimensión que *a priori* le era más propicia: la libre circulación de medicamentos. Diferentes regulaciones, y diferentes intereses nacionales detrás de las mismas, no tan sólo no han usado las ventajas de un espacio común sino que han asistido a la notoria hemorragia de I+D farmacéutico registrada en Europa durante estos diez últimos años y de la que EEUU ha sido la principal beneficiaria. Fue esta constatación de la pérdida relativa de capacidad europea para generar, organizar y mantener procesos de innovación cada vez más costosos y organizativamente complejos lo que llevó a la Comisión Europea a crear el G-10, Grupo de Alto Nivel sobre Innovación y Medicamentos. El informe del G-10, de este año, (http://pharmacos.europa.org/F3/g10/doc/fr_26022002.pdf) contiene una serie de recomendaciones razonables acerca de cómo coordinar mejor la investigación en la UE o cómo mejorar la información a pacientes. Las diferencias de intereses entre la industria, los gobiernos y los representantes de los pacientes impidieron recomendaciones más radicales. Estados Unidos, con la mitad del

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona
vicente.ortun@econ.upf.es