

## RELACIONES INTERNACIONALES



# BOLETÍN *EUROPA AL DÍA*

**Sistemas sanitarios y las políticas en materia de salud**

*N.º 122*

*Año 2004*

Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de este Boletín *Europa al Día* sin citar la fuente o sin haber obtenido el permiso del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

## Sistemas sanitarios y las políticas en materia de salud

### INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios y las políticas en materia de salud están más interrelacionados que nunca. Ello se debe a muchos factores, como la libre circulación de los pacientes y los profesionales (favorecida por sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas), las expectativas públicas comunes en toda Europa, la difusión de nuevas tecnologías y técnicas médicas a través de la tecnología de la información, y la próxima ampliación de la Unión. Esta mayor interconexión plantea muchas cuestiones de política sanitaria, como:

- la calidad de la asistencia transfronteriza y el acceso a la misma;
- los requisitos de información para los pacientes, los profesionales de la salud y los responsables de las políticas;
- el alcance de la cooperación en materia de salud; y
- la forma de conciliar las políticas nacionales con las obligaciones europeas en general.

Aunque, según el artículo 152 del Tratado, la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública debe respetar plenamente las responsabilidades de los Estados miembros con respecto a la organización y prestación de servicios sanitarios y asistencia médica, otros avances (tales como los relativos al mercado interior), tienen un impacto sobre los sistemas sanitarios. En este sentido, el Consejo de Ministros de la UE ha llegado a la conclusión de que es necesario reforzar la cooperación para promover oportunidades de acceso a una asistencia sanitaria de gran calidad al tiempo que se mantiene la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea.

Con este motivo se creó el Grupo de Alto Nivel sobre Libre Circulación de Pacientes, que ha presentado su informe de conclusiones en diciembre de 2003. En sus trabajos han participado los Ministros de Sanidad de los Estados miembros y también una serie de organizaciones internacionales entre las que se encuentra el Comité Permanente de Médicos Europeos, CPME.

En este informe se realizan diecinueve recomendaciones en relación con cinco ámbitos principales:

- **Cooperación europea para aprovechar mejor los recursos**, que incluya cuestiones como los derechos y los deberes de los pacientes; las actividades tendentes a facilitar el intercambio de la capacidad disponible potencial y a

facilitar la cooperación en las regiones fronterizas; centros europeos de referencia, y la evaluación de la tecnología médica.

- **Información para los pacientes, los profesionales y los prestadores de servicios sanitarios** que incluya un marco estratégico de iniciativas de información que contemple cuestiones como las políticas en materia de sanidad, los sistemas sanitarios, la vigilancia sanitaria, las soluciones tecnológicas, el control de la calidad, la privacidad, la gestión de expedientes, la libertad de información y la protección de datos.
- **Acceso a la asistencia sanitaria y calidad de la misma**, que incluya temas como la mejora del conocimiento sobre estas dos cuestiones y el análisis del impacto de las actividades europeas sobre el acceso y la calidad.
- **Conciliar los objetivos nacionales con las obligaciones europeas**, incluyendo cuestiones como la mejora de la seguridad jurídica, el desarrollo de un mecanismo permanente para apoyar la cooperación europea en el ámbito de la asistencia sanitaria y hacer un seguimiento del impacto de la UE sobre los sistemas sanitarios.
- **La salud y los Fondos de Cohesión y Fondos Estructurales**, con miras a facilitar la inclusión de inversiones en sanidad, el desarrollo de infraestructuras sanitarias y el desarrollo de capacidades como ámbitos prioritarios de financiación en el marco de los instrumentos financieros de la Comunidad.

Se han planteado muchas situaciones distintas, tanto positivas como negativas, a las que podría dar lugar un contexto más europeo para el desarrollo de los sistemas sanitarios. Algunos consideran que una mayor libertad de circulación supone una amenaza para la viabilidad de los sistemas sanitarios, ya que una de las razones de los límites históricos de la movilidad de los pacientes es ayudar a controlar los costes (un asunto clave en todos los sistemas sanitarios de la UE) y permitir una planificación eficaz. Otros han imaginado una influencia más positiva merced a una mayor capacidad de elección y de acceso para los pacientes, y a una mayor colaboración e interacción que permita compartir los recursos y las mejores prácticas. Por tanto, el reto consiste en elaborar una política europea en este ámbito que permita avanzar hacia los resultados más positivos posibles, al mismo tiempo que se respeta la responsabilidad nacional sobre los sistemas sanitarios.

La Comisión tiene intención de presentar propuestas que respondan a estas recomendaciones en una Comunicación en primavera de 2004.

salud y seguridad para los trabajadores, la Directiva quiere evitar que este acuerdo se obtenga por medio de subterfugios o de intimidación y rodea, por tanto, a esta

renuncia de garantías para que el acuerdo del trabajador sea libre y sometido a la tutela de las autoridades.

### 3.2. La utilización del opting-out en los Estados miembros. El caso particular del Reino Unido

Inicialmente sólo el Reino Unido hizo uso de esta facultad y con carácter general para todo el tipo de trabajadores. Recientemente otros países comienzan a hacer uso de esta facultad para posibilitar que los médicos puedan sobrepasar la media de 48 horas semanales y sortear así los problemas que ha suscitado la sentencia del Tribunal de Justicia en los casos Simap y Jäger. Francia tiene decretos en tal sentido que han entrado en vigor el 1 de enero de 2003. Alemania, los Países Bajos y España preparan una legislación específica en estos momentos. Luxemburgo, por su parte, ha regulado un opting-out singular para la hostelería y la restauración.

Se dispone de amplios y detallados estudios de los efectos del uso en el Reino Unido del opting-out. El más amplio es el estudio hecho para la Comisión por Barnard, Deakin, y Hobbs, de la Universidad de Cambridge. Sus conclusiones más importantes permiten asegurar que:

- hoy hay más de 4 millones que hacen jornadas superiores a 48 horas, lo que supone casi un millón más que los que hacían estas largas jornadas antes de la Directiva. Igualmente se ha incrementado el número de los que trabajan más de 55 horas, elevándose su número a más de 1,55 millones. Hay un 1 % de trabajadores en el Reino Unido que hacen jornadas semanales de más de 70 horas;
- el número de personas que han firmado el opting-out es muy superior al de las que luego efectivamente realizan jornadas superiores a 48 horas. Algunos estudios señalan que más del 33 % de los trabajadores británicos han firmado este acuerdo, más del doble de los que luego han trabajado bajo este régimen.

Puede, por tanto, afirmarse que el recurso al opting-out se ha hecho con carácter general, y no particular, bajo condicionantes subjetivos y no objetivos, y en número superior al de las necesidades prácticas.

Por otra parte, las garantías jurídicas se han ido debilitando hasta el punto que no cumplen las prescripciones de la Directiva, ya que de forma generalizada se hacen firmar estos acuerdos al mismo tiempo que el contrato individual, rompiendo cualquier presunción de que se trata de opciones libres y voluntarias en la mayor parte de los casos.

Hay, pues, evidencias de un uso masivo y abusivo de esta facultad, hecho en detrimento de la salud y la seguridad de millones de trabajadores, que poca o ninguna capacidad tienen de aceptarla o rechazarla en virtud de un acto voluntario, en un escenario en el que las autoridades administrativas han eliminado, de facto, cualquier posibilidad real de control y de verificación. Parece difícil negar que esta facultad se está usando como una vía de derogación de cualquier límite, mas que como una técnica para actuar flexiblemente y bajo la prevista del aspecto estricto de la libre voluntad de los trabajadores afectados.

#### IV. LA DEFINICIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO EN LAS GUARDIAS MÉDICAS

El Tribunal ha tenido que manifestar su jurisprudencia sobre la definición del tiempo de trabajo (artículo 2), cuando se trata de los periodos que los médicos están de guardia. En una primera sentencia (caso Simap) el Tribunal dijo que el "tiempo que los médicos están de guardia, bajo un régimen de presencia física en los establecimientos" debe ser considerado en su totalidad como tiempo de trabajo. Por el contrario, cuando las guardias las efectúan fuera del lugar de trabajo, en un régimen de llamadas, sólo se computa el tiempo que, al ser llamados, dedican a sus funciones sanitarias.

En el asunto Jäger, la cuestión de la guardia en el centro de trabajo fue planteada en los supuestos en que los médicos se reposen o estén durmiendo. El Tribunal ha sentado que estos periodos también deben ser considerados tiempo de trabajo, ya que el factor determinante es "el hecho de estar obligados a estar jurídicamente en un lugar determinado por el empleador", de forma que la imposibilidad de elegir el lugar de espera, aún en reposo, forma parte relevante del ejercicio de sus funciones.

No se conoce aún el impacto de estos pronunciamientos de forma rigurosa y objetiva. No obstante, diversos Estados miembros tenían legislaciones con interpretaciones más favorables a la posición de los centros sanitarios, por lo que tendrá consecuencias importantes donde el punto de vista financiero e, incluso en algún país, habrá dificultades para reclutar el personal sanitario adicional para cumplir con estas nuevas interpretaciones sobre el tiempo de trabajo. En aquellos países donde hay un número significativo de médicos en paro o a tiempo parcial el impacto será menor.

Aunque previsiblemente el impacto será significativo, lo cierto es que aún no hay estudios solventes y una base sólida sobre la que construir una respuesta. Se carece también de una aproximación en cada uno de los Estados miembros de estudios serios sobre nuevos modelos de organización de los servicios que podrían servir a reducir el impacto y que serían más durables que la simple búsqueda de salidas legislativas para que las guardias médicas continúen siendo como en el pasado.

En cualquier hipótesis, cualquier solución sería preferible a la utilización del opting-out previsto en el artículo 18.1 b) i), vistos los devastadores efectos que su uso indiscriminado produce contra los objetivos de salud y seguridad de los trabajadores a los que debe servir esta Directiva.

\*\*\*\*\*