



Federación Sindical Europea de Servicios  
Públicos (FSESP)  
Rue Royale 45  
B-1000 Bruselas  
Tel.: 32 2 250 10 80  
Fax: 32 2 250 10 99  
Dirección electrónica: [epsu@epsu.org](mailto:epsu@epsu.org)  
Website: [www.epsu.org](http://www.epsu.org)

## **Análisis crítico de la FSESP relativo a la Comunicación de la Comisión Europea “Consulta sobre la acción comunitaria en materia de servicios de salud”**

*Aprobado por el Comité Ejecutivo de la FSESP de 20-21 de Noviembre de 2006*

### **Bases y comentarios**

#### **1. Introducción**

La consulta en materia de servicios de salud publicada por la Comisión Europea trata de una amplia temática. En cambio, la propuesta de actuación se reduce a dos pilares:

1. la seguridad jurídica en relación con la aplicación de las sentencias del Tribunal de Justicia Europeo en materia de libre circulación de pacientes, profesionales y servicios de salud;
2. el apoyo a los Estados miembros.

Estos dos pilares sientan las bases para analizar, desde la FSESP, la comunicación y la consulta comunitarias. El presente documento se articulará en torno a la prestación transfronteriza de asistencia sanitaria por entenderse que puede ocasionar un fuerte impacto directo en los sistemas nacionales de salud.

Empezaremos precisando algunos aspectos de la asistencia sanitaria en la UE, de obligada consideración en el estudio del documento de la Comisión y la formulación de respuestas a la consulta.

#### **2. Marco**

Lo primero es tener en cuenta que ni el Consejo, ni el Parlamento, ni la Comisión han reclamado la reforma de la sanidad en los Estados miembros de la UE. Por mucho que se evoque la imagen del paciente europeo de compras por la UE, buscando la oferta sanitaria más interesante (y gratuita), la mayoría de los actores europeos, tales como las asambleas legislativas de la UE, considera que al retrato le falta realismo. Nadie cuestiona el principio de subsidiariedad del Tratado y todos coinciden en que la organización y financiación de la asistencia sanitaria es competencia de los Estados miembros y, como tal, debe regularse en el ámbito nacional. Otro tanto ocurre con la responsabilidad nacional de determinar las condiciones de concesión de prestaciones de Seguridad Social, como es la asistencia sanitaria. Las críticas del Tribunal de Justicia Europeo a los sistemas de salud de los Estados miembros se centran en la ausencia de criterios (individualizados) objetivos y procedimientos claros para el reembolso de los servicios suministrados en el extranjero. Ni el Tribunal, ni la Comisión han pedido a los Estados miembros que cambien sus sistemas de seguros y prestación de asistencia sanitaria.

### **3. Sanidad, mercado interior e interés general**

No sólo eso, sino que el Tribunal de Justicia Europeo advierte que la movilidad de los pacientes podría amenazar el equilibrio financiero de los sistemas nacionales de la Seguridad Social, siendo motivo suficiente para restringir la libre prestación de servicios sanitarios. Al decidir que los pacientes tenían derecho al reembolso de gastos de asistencia no hospitalaria incurridos en el extranjero sin previa autorización, el Tribunal era consciente del limitado grado, actual y futuro, de movilidad de los pacientes. De lo que se puede deducir que el Tribunal considera la movilidad de los pacientes como algo más que un fenómeno positivo, al inferir los riesgos que supone para la provisión de servicios sanitarios en los Estados miembros el crecimiento del número de pacientes cruzando fronteras para obtener asistencia. Brinda a los países la posibilidad de adoptar medidas, proporcionadas, de protección de sus sistemas sanitarios.

En este aspecto, conviene hacer referencia al principio de interés general.

El Tribunal considera que el interés general pone limitaciones justificadas a la libre provisión de servicios. Con ello, reconoce que el interés general puede tener prevalencia sobre los principios del mercado. Si las asambleas legislativas de la UE acreditan los principios y valores básicos de los sistemas europeos de salud, tales como la accesibilidad, la igualdad, la solidaridad y la calidad, ¿no sería lógico que, en consonancia con la decisión del Tribunal, afirmaran la prevalencia de estos principios sobre los principios del mercado?

### **4. Elección del paciente**

Téngase en cuenta que la libre elección del paciente no es sinónimo de aplicación de los principios del libre mercado. Las sentencias del Tribunal de Justicia Europeo suelen suscitar confusión, interpretándose erróneamente con mucha frecuencia. El Tribunal no está pidiendo que los Estados miembros autoricen la libre elección de servicios sanitarios, sino que señala que el artículo 49 del Tratado excluye la aplicación de la legislación nacional, la cual hace que la provisión de servicios resulte más difícil entre Estados miembros que en el mismo país. Por consiguiente, los Estados miembros tienen derecho a definir una serie de criterios u obligaciones del paciente destinados a controlar el acceso a determinados servicios asistenciales. Únicamente deben asegurar que los criterios no discriminan a los proveedores de otros países, salvo que la limitación se halle justificada objetivamente. Un buen ejemplo de restricciones motivadas puede verse en los regímenes de previa autorización aplicables a la provisión de atención hospitalaria en el extranjero.

### **5. Obstáculos prácticos**

Otro factor determinante lo constituyen los obstáculos prácticos a la obtención de asistencia sanitaria en el extranjero. No faltan los ejemplos que acreditan la dificultad para obtener asistencia sanitaria en el extranjero conforme a lo dispuesto en el Reglamento 1408/71 (y el artículo 49). Así, se dan casos de aseguradoras que no presentan la información solicitada, proveedores que exigen el pago anticipado en efectivo de la factura y pacientes que no consiguen los formularios necesarios. El paciente debe sortear numerosas barreras antes de percibir las prestaciones, dinerarias o en especie, a que tiene derecho. Los proveedores se quejan, además, de que las compañías de seguros de salud de los Estados miembros afectados no pagan los importes debidos.

Estas complicaciones podrían frenar el desarrollo de la cooperación transfronteriza entre los proveedores de servicios y aseguradoras de distintos países. No parece existir impedimento jurídico alguno para la colaboración de proveedores o compañías de seguros procedentes de

diferentes países. Así y todo, muchos dudan de las posibilidades de cooperación transfronteriza, incluso en las regiones fronterizas o las zonas turísticas, en las que no sólo sería conveniente, sino necesaria.

## **6. Necesidad de grandes cambios**

Todas estas circunstancias podrían conducir a la conclusión de que la legislación comunitaria ya ofrece a pacientes, proveedores y aseguradoras multitud de oportunidades de facilitar la prestación de asistencia transfronteriza o la movilidad de los pacientes. Ahora bien, conviene no olvidar que la práctica está marcada por las trabas. También puede decirse que no existe demanda de ampliación del ámbito de provisión de la asistencia transfronteriza. Puede incluso considerarse un tanto inapropiada la reforma de la provisión de servicios sanitarios en la UE, dado que éstos han dado lugar a intensos debates en los mismos Estados miembros. La prioridad debe ser atar los flecos sueltos, esclarecer las decisiones del Tribunal de Justicia Europeo y proporcionar a las partes interesadas, incluidos los pacientes, la información y los recursos necesarios para ejercer sus derechos. Así lo reconoce la Comisión al elegir la seguridad jurídica como pilar de la comunicación.

Conviene ahora replantear el marco de actuación de la comunicación y la consulta. La iniciativa dedicada a la asistencia sanitaria tiene como objetivo llevar a cabo la codificación legislativa (y quizás también la especificación o descripción) de las sentencias del Tribunal de Justicia Europeo, sin modificar la legislación comunitaria vigente ni quebrantar el principio de subsidiariedad. La actuación de la UE debe responder, ya no a la voluntad de emprender grandes reformas europeas de la sanidad, sino de mejorar los conceptos de seguridad jurídica y aplicabilidad.

## **7. Objetivos de la Comisión Europea**

Sin embargo, la comunicación deja entrever que la Comisión Europea se ha marcado otros objetivos, además de la codificación de las sentencias del Tribunal Europeo de Justicia y la mejora de la aplicación práctica de la legislación. Según se desprende del apartado 2.1, por ejemplo, la Comisión no sólo está interesada en la seguridad jurídica, sino que también busca definir unos valores y principios comunes para los servicios de salud con los que puedan contar los ciudadanos de la UE. Ya no se trata solamente de codificar sentencias. Aunque la FSESP no se opone en absoluto a la aprobación de principios y valores europeos de interés general, queda por aclarar lo que quiere decir exactamente la Comisión Europea y lo que entiende por “valores y principios comunes para los servicios de salud”. ¿De qué se trata? ¿De la libre elección del paciente y la apertura de mercados sanitarios? ¿O de los principios de solidaridad y accesibilidad?

Es más, la Comisión se propone ampliar las opciones disponibles para el ejercicio de derechos individuales (también en el extranjero), superando el estricto cumplimiento de la seguridad jurídica. Como ya se ha dicho, el Tribunal no exige aumentar la elección del paciente, siendo ésta competencia de los Estados miembros, sino que simplemente avisa que los sistemas sanitarios no pueden discriminar a los proveedores de otros países, salvo que existan razones justificadas para ello. Asimismo, es altamente cuestionable, atendiendo a la legislación comunitaria vigente, la capacidad de elegir entre proveedores nacionales y extranjeros. En lo que respecta a la asistencia hospitalaria, por ejemplo, podrá denegarse el derecho a obtener atención en el extranjero cuando el servicio esté disponible, en un plazo razonable, en el propio país.

Así pues, se concluye que la Comisión no sólo quiere aumentar la seguridad jurídica, sino que persigue otros objetivos, como la ampliación de la libre elección del paciente y, posiblemente también, la promoción de la movilidad de los pacientes. La FSESP alberga dudas sobre dichos objetivos. No en vano ha destacado el Tribunal los riesgos que entraña la movilidad de los pacientes para la sostenibilidad económica de los sistemas nacionales de salud. En determinados casos, el Tribunal de Justicia Europeo considera que la obligación establecida por los Estados miembros de solicitar autorización previa a la provisión de asistencia no hospitalaria no tiene justificación al suponer que la movilidad de los pacientes se mantendrá en bajos niveles. El Tribunal podría cambiar su decisión si crece el número de pacientes que solicitan asistencia sanitaria en el extranjero, amenazando el equilibrio de los sistemas de salud. La Comisión parece invertir los términos, dando por sentado que la existencia de un libre mercado de servicios en la UE da pie a que los pacientes puedan elegir libremente proveedor, nacional o extranjero.

## **8. Planificación y organización**

Si bien es cierto que la organización de la asistencia corresponde a los Estados miembros, también lo es que la movilidad de los pacientes guarda relación con los propios sistemas nacionales de salud y los países en que están ubicados. La investigación ha mostrado que la movilidad de los pacientes puede tener su origen en la aparición de problemas y atascos en la provisión de atención sanitaria de los Estados miembros. Las largas listas de espera, la pésima calidad y el coste de la atención (que puede llegar a recaer únicamente en el paciente) son motivos de expatriación sanitaria. A la FSESP le preocupa esta situación. Lógicamente, la gente prefiere disponer de asistencia sanitaria cerca de casa, de la familia y los amigos. Sin embargo, no tiene inconveniente en salir del país si la oferta es más ventajosa económicamente, de mayor calidad o simplemente más accesible. Así lo han explicado la Comisión y el Tribunal. El crecimiento de la movilidad de los pacientes no denota tanto la intensificación de la cooperación transfronteriza en Europa, como el hecho de que los Estados miembros no están invirtiendo en sus sistemas de salud. Las listas de espera y sus lamentables consecuencias, como bien ha señalado el Tribunal, deben llamar la atención de los gobiernos por ser un indicio claro de que urge la necesidad de mejorar la disponibilidad del servicio.

## **9. Movilidad forzosa de los pacientes**

Por consiguiente, es importante también examinar la otra cara de la moneda. Solemos dar por sentado que el paciente desea contratar asistencia sanitaria en el extranjero, pero ¿y si no tiene otro remedio?, obligado por el proveedor o la aseguradora. ¿Puede un paciente exigir que se le atienda cerca de casa o en el mismo país? Y, en caso afirmativo, ¿puede ejercerse este derecho en el conjunto de los servicios o caben excepciones, por razones de especialización de la asistencia o dimensiones del país? El principio de subsidiariedad deja a los Estados miembros la competencia de determinar el contenido de la asistencia nacional disponible y los casos de traslado al extranjero. Sin embargo, debe evitarse en todo lo posible la movilidad transfronteriza (semi)forzosa de los pacientes. Entendemos que la movilidad involuntaria contradice el principio de disponibilidad. La movilidad de los pacientes o prestación transfronteriza de asistencia no puede servir de excusa a los Estados miembros para desatender los recursos nacionales de asistencia sanitaria. Dado el coste socioeconómico derivado a la movilidad (viaje, gestión, distorsión de la planificación), es difícil que pueda ofrecer un modelo eficaz y viable de organizar la asistencia en Europa, si bien puede beneficiar a un puñado de proveedores.

## **10. Movilidad de los profesionales de la salud**

También debemos recordar que el proceso de inversión y planificación depende del buen nivel de gestión de recursos humanos. El tema de la movilidad de los profesionales de la salud merece mucha más atención que la que está prestando la Comisión. Varios informes apuntan que el déficit de personal sanitario en la UE podría alcanzar cuotas alarmantes. Se augura la intensificación de la movilidad de estos profesionales como consecuencia de la crisis de recursos humanos. Una vez más, no hay que ver la movilidad de las personas (en este caso, trabajadores) como solamente un punto positivo, sino también como síntoma de problemas más graves: grandes diferencias salariales en el continente, difícil captación y retención de profesionales, falta de inversión en los servicios sanitarios, insuficiencia de las infraestructuras de formación y desarrollo profesional, etc. Tampoco debemos olvidar que algunos empleadores, considerando a los trabajadores extranjeros como mano de obra barata, imponen niveles salariales inferiores a los que perciben sus compañeros, a igualdad de cualificación y trabajo (oficial o no oficial). Antes que mejorar las condiciones de trabajo y oportunidades de formación de los profesionales de la salud, hay quien prefiere *importar* a trabajadores de otros países.

No es una opción válida. Al elevado coste de la integración de trabajadores extranjeros hay que sumar sin duda los efectos desastrosos de los altos niveles de emigración de trabajadores sanitarios en unos sistemas de salud precarios, en particular los de Europa oriental. La fuga de personal puede incluso conducir al cierre de necesarias instalaciones sanitarias. Por lo tanto, los Estados miembros, al invertir en sus sistemas nacionales de salud, deben cuidar la dotación de personal sanitario. Con ello, se evitará la dimisión o fuga de profesionales de la salud y se atraerá a personal. Está claro que la situación requiere la adopción de medidas estructurales.

## **11. Impacto de la movilidad de los pacientes en los países de acogida**

Primero, conviene explicar que los Estados miembros no tienen obligación de prestar asistencia sanitaria a pacientes en el extranjero con cargo a sus sistemas de la seguridad social. Las únicas excepciones son las que se recogen en los Reglamentos 1408/71 y 883/2004. En estos casos, obviamente, no pueden distinguir entre los pacientes nacionales y los de fuera. Para mantener la sostenibilidad financiera de la atención transfronteriza, los Estados miembros afectados necesitan establecer mecanismos de cooperación mediante los cuales los países de acogida puedan invertir, en sus propias infraestructuras de salud, el dinero abonado por los países de salida, y se pueda atender correctamente a los pacientes extranjeros sin menoscabar la accesibilidad y disponibilidad del sistema para los pacientes del propio Estado miembro. La relativa predecibilidad del volumen de asistencia correspondiente a lo dispuesto en el Reglamento 1408/71 hace posible que los mecanismos de cooperación proporcionen a los países de acogida compensaciones económicas suficientes para mantener la calidad de los sistemas sanitarios.

Otra cosa muy distinta es la realidad descrita en los casos Kohl y Watts o la situación de aquellos pacientes que asumen el coste de la asistencia sin intervención de las entidades nacionales de seguro y suministro, como ocurre muchas veces con los cuidados dentales. Las necesidades asistenciales de estos pacientes, siendo más difíciles de determinar, suponen una amenaza mucho mayor para los sistemas nacionales de salud. Estos pacientes suelen pagar por adelantado la asistencia, en efectivo, mediante transferencia bancaria o tarjeta de crédito. Los proveedores de asistencia bien podrían inclinarse por este tipo de pacientes, preferibles a los pacientes nacionales acogidos a regímenes de tarifa plana o de reembolso

menos fiables. Lo mismo cabe decir de las aseguradoras o proveedores extranjeros deseosos de contratar asistencia en otros Estados miembros. Tampoco se descarta la posibilidad de que los proveedores atiendan primero a los pacientes de fuera, por ser mejores clientes. Queda así demostrado que esta movilidad de los pacientes puede dañar a la accesibilidad de la asistencia para los pacientes de los países de acogida.

## **12. Ofertas de seguro sanitario**

El grueso de los debates relacionados con la movilidad de los pacientes y la asistencia transfronteriza gira en torno a las políticas fundamentales de seguro social. Pero hay más. El volumen de la asistencia pública está menguando en comparación con el conjunto de los servicios asistenciales. Precisamente, en el sector de asistencia no pública está creciendo la movilidad de los pacientes. Parte de la explicación está en la reducción de las prestaciones públicas a las que tiene derecho el ciudadano si se comparan con la oferta sanitaria que considera necesaria. Así, la contratación de asistencia dental, fisioterapéutica, psicológica, óptica y de cirugía plástica suele correr a cargo de seguros adicionales o del bolsillo del ciudadano. Así las cosas, tiene bastante sentido que el paciente busque la oferta más económica.

Esta situación suscita dudas sobre el contenido de la provisión pública de asistencia sanitaria. Aunque la definición de las condiciones de reembolso y prestación de la asistencia es competencia de los Estados miembros, la verdad es que la cobertura del seguro sanitario público deja mucho que desear. Las deficiencias de la sanidad pública de los Estados miembros podrían crear divisiones entre la ciudadanía. Por consiguiente, es imprescindible que el debate sobre la disponibilidad y accesibilidad de la asistencia sanitaria aborde también el volumen y el contenido de las prestaciones. Somos conscientes de que básicamente ésta es competencia de los Estados Miembros. Ahora bien, el recorte de la oferta podría rebajar el nivel general de la provisión asistencial en la UE y estimular determinadas formas indeseables de movilidad de los pacientes, dificultando aún más la accesibilidad y disponibilidad de la asistencia en general. Esta lógica se repite en la oferta, en un determinado Estado miembro, de prestaciones no recogidas en el sistema de salud pública del país vecino, ya sea por falta de recursos financieros o por razones éticas, impulsando la movilidad de los pacientes y vulnerando la provisión de servicios sanitarios. De ahí la necesidad de considerar las prestaciones en la perspectiva europea.

## **13. Reforma de los sistemas de salud**

Por último, debemos señalar que la reforma actual de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria es más que preocupante. Bajo el manto del mercado interior de servicios, se está privatizando, liberalizando y hasta reduciendo la sanidad. Como ya se ha dicho, los Estados miembros, según el dictamen del Tribunal de Justicia Europeo, son libres de proteger sus sistemas de salud contra determinadas influencias del mercado, en particular las que suponen una amenaza para la sanidad. Existen, sin embargo, algunas excepciones. Cuanto más se liberalizan los sistemas nacionales de salud, más deben atenerse a las normas de la competencia y más vulnerables serán a la intromisión de las fuerzas del mercado.

Da la sensación de que, en los debates internos de los Estados miembros, la presentación de la legislación comunitaria puede llegar a regirse por criterios deliberada o convenientemente parciales. La legislación europea aparece a veces como paraguas de las reformas locales o nacionales de los sistemas de salud, consistentes en la introducción de la colaboración público-

privada, la externalización y la liberalización. Nos parece un procedimiento peligroso, no recogido en el Derecho comunitario.

## **Conclusiones**

### **14. Marco jurídico de los servicios de interés general**

La Comisión Europea, el Tribunal de Justicia Europeo y el Consejo coinciden en que las consideraciones de interés general son motivo suficiente para limitar la libre contratación de servicios sanitarios en el extranjero.

Así, se especifica la necesidad de buscar un equilibrio entre la libre circulación de los pacientes y la prevalencia de los objetivos nacionales de gestión de la capacidad hospitalaria disponible, control del gasto sanitario y salud financiera de los sistemas de la seguridad social. Estos objetivos justifican que se restrinja el derecho del paciente a contratar asistencia en el extranjero a expensas de los sistemas nacionales de salud afectados.

El reconocimiento de la superioridad de los principios generales de accesibilidad y continuidad respecto a los principios del mercado está en consonancia con nuestro llamamiento a la aprobación de un marco general de los servicios de interés (económico) general de la UE en el que queden incluidos los servicios sanitarios. Téngase en cuenta que los principios generales (derechos del paciente inclusive) que, según la Comisión, el Tribunal o el Consejo y el Consejo, presiden la asistencia sanitaria derivan de los otros principios de interés general. Como se ha repetido en la campaña, la FSESP considera imprescindible la incorporación de estos principios de interés general en la legislación comunitaria, por entender que son comunes a todos los servicios de interés general.

### **15. Adaptación legislativa**

Asimismo, defendemos la inclusión de las sentencias del Tribunal en la legislación vigente. En este sentido, se recomienda la modificación de los Reglamentos 1408/71 y 883/2004 (y sus sucesores), en particular, los apartados relativos a las prestaciones por enfermedad y maternidad. El proceso de adaptación legislativa debe integrar el interés general y trasladarlo a la defensa de la calidad y accesibilidad de la asistencia sanitaria, según lo estipulado por el Tribunal.

Conviene señalar que el carácter individual y específico de las sentencias del Tribunal requiere llevar a cabo un proceso de evaluación de consecuencias previo a la aplicación general de aquéllas. Es imperativo, pues, que las futuras políticas e iniciativas sanitarias europeas, incluyéndose las enmiendas a los capítulos sobre enfermedad y maternidad de los Reglamentos 1408/71 y 883/2004, recojan una evaluación de impacto en los sistemas nacionales de salud, con especial atención a la accesibilidad, solidaridad y calidad de la asistencia sanitaria. Estos elementos deben hacerse constar, asimismo, en los programas de evaluación de impacto de los sistemas de salud.

### **16. Aplicación de la legislación**

Además, la UE y los Estados miembros necesitan mejorar la aplicabilidad de la legislación. Los requisitos son los siguientes: los asegurados deben disponer de los formularios y documentos necesarios; debe proporcionarse información sobre los sistemas nacionales de salud, y, por supuesto, los procedimientos de reembolso de las cantidades pagadas deben funcionar

correctamente de modo que se respeten los derechos económicos de pacientes y proveedores/sistemas.

### **17. Responsabilidades de los Estados miembros**

Aunque no existe debate acerca del principio de subsidiariedad en la asistencia sanitaria, se recuerda a los Estados miembros que el Tribunal ha criticado la ausencia de criterios y procedimientos objetivos en relación con los regímenes de autorización, por ejemplo. Opinamos que, si la seguridad jurídica sobre los derechos de los ciudadanos es competencia de la UE, los Estados miembros tienen obligación de establecer criterios claros de ordenación de prestaciones sanitarias –y el correspondiente calendario–, no sólo en el propio país, sino también más allá de las fronteras nacionales.

Los Estados miembros deben adoptar medidas de compensación del impacto de la movilidad de los pacientes en los países de acogida. Obviamente, corresponde a los países de acogida *proteger* sus sistemas de salud contra los riesgos ligados al creciente influjo de los pacientes procedentes de otros países. Ineficaz y antisocial puede ser el uso de las instalaciones sanitarias, sobre todo en los casos en que el paciente sufrague los gastos sanitarios (con o sin reembolso de la aseguradora). Los Estados miembros deben tener en cuenta las posibilidades de gestión y protección de la sanidad que ofrecen la vía legislativa y la adaptación de los sistemas de salud. Las sentencias Kohl y Watts ni se ocupan del país de acogida, ni instan explícitamente a los Estados miembros a permitir que los pacientes se acojan al artículo 49 del Tratado. Sin embargo, según estipula la legislación comunitaria, los Estados miembros no pueden prohibir la entrada a pacientes extranjeros, aunque no gocen de la protección de los Reglamentos 1408/71 y 883/2004. Para resolver el problema, los países de acogida deben adaptar sus sistemas, estableciendo, por ejemplo, el pago de la prestación, ya no directamente al proveedor, sino a la entidad gestora del sistema de la Seguridad Social. Las entidades tendrían la posibilidad de definir prioridades según criterios de objetivos y solidaridad, e invertir los recursos en la consolidación de las infraestructuras de salud.

La Comisión Europea debe informar a los Estados miembros de las opciones legislativas comunitarias de protección de los sistemas sanitarios contra los efectos de la movilidad de los pacientes (incluyéndose la correspondiente al artículo 49).

En este sentido, exhortamos a los Estados miembros de salida y acogida a invertir en sus sistemas sanitarios en unos niveles suficientes para que los ciudadanos puedan acceder y disfrutar de servicios de calidad, en igualdad de condiciones y en los mejores plazos. Tienen obligación de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad en los respectivos territorios nacionales. No pueden fallar. Las autoridades necesitan fiscalizar la ordenación y disponibilidad de los servicios de salud y realizar el correspondiente esfuerzo inversor. No sólo eso, sino que deben analizar detenidamente y, cuando proceda, ampliar las ofertas de prestaciones.

### **18. Trabajadores sanitarios**

La dotación de la financiación adecuada para sostener los sistemas nacionales de salud pasa también por la inversión en recursos humanos. Es necesario mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, desarrollar estrategias de contratación y retención, luchar contra la contratación inética de trabajadores migrantes, definir condiciones dignas de empleo, implantar infraestructuras de formación y desarrollo profesional, etc. La ayuda de la UE puede cristalizarse en el apoyo al diálogo social comunitaria en el sector, el establecimiento de

políticas de mercado de trabajo aplicables a estos profesionales y la dotación de infraestructuras sociales en los países con escasos recursos.

La UE debe, asimismo, ayudar a los países menos favorecidos en sus esfuerzos por reforzar los sistemas de salud. Se nos antoja fuera de lugar que la UE haya elegido la sanidad como caballo de batalla en la cooperación al desarrollo y las relaciones exteriores, cuando descuida el tema (al menos eso parece) en el propio territorio.

### **19. Información sobre la legislación comunitaria**

Por último, instamos a los Estados miembros a informar a sus ciudadanos sobre el contenido de la legislación comunitaria y medir, con todas las de la ley, el impacto de cualquier reforma de la sanidad en el contexto legislativo de la UE. Las instituciones europeas, en especial la Comisión, tienen la responsabilidad de describir con pelos y señales la legislación europea, y conceder al interés general la importancia que se merece. No debe permitirse que los Estados miembros utilicen la legislación comunitaria en provecho propio.

### **20. Participación de los interlocutores sociales y partes interesadas**

Dadas las muchas vertientes que presenta el debate sobre la asistencia sanitaria transfronteriza (esto que acabamos de ver no es más que la punta del iceberg), la FSESP expresa su satisfacción por la decisión de la Comisión Europea de celebrar una consulta abierta a efectos de reflexión. Nos parece importante la participación de varias ONG y grupos de interés, y su voluntad de intercambiar datos y opiniones con la gran *comunidad sanitaria*. Confiamos en que la Comisión Europea continuará este proceso democrático y tendrá en cuenta las opiniones de los interesados a la hora de formular políticas y propuestas.

No podemos por menos de resaltar el papel de los interlocutores sociales. Según lo estipulado en la Comunicación COM(1998) 322 de la Comisión titulada *Adaptación y fomento del diálogo social a escala comunitaria* y la decisión de la Comisión (de 1998) de establecer una base de diálogo social sectorial, el Comité de diálogo social será consultado sobre las incidencias comunitarias con repercusiones sociales. Considerando la trascendencia del seguimiento de la consulta en el sector hospitalario –en relación no sólo con las condiciones de trabajo, sino también con la salud económica y la competitividad del sector–, nos parece vital la participación, en el proceso de seguimiento, del Comité europeo de diálogo social del sector hospitalario. El comité ha incorporado en su programa de trabajo el apartado relativo a contratación y retención, en el que se recoge la movilidad transfronteriza de los trabajadores. Asimismo, tiene constituido un grupo de trabajo encargado de esta materia. HOSPEEM y la FSESP consideran prioritarias las iniciativas legislativas de la UE en materia de servicios de asistencia sanitaria y anuncian su voluntad de cooperación teórica y práctica. La FSESP opina que la Comisión necesita hacer al Comité europeo de diálogo social del sector hospitalario participe de todas las actividades orientadas a los servicios sanitarios derivadas de la legislación comunitaria.