

La gobernanza de la cooperación transfronteriza sanitaria en la UE: un estado de la cuestión y el caso de estudio del Hospital de la Cerdanya¹

Matteo Berzi* (Universitat Autònoma de Barcelona)

matteo.berzi@uab.cat

Antoni Durà Guimerà** (Universitat Autònoma de Barcelona)

antoni.dura@uab.cat

Resumen

Esta comunicación tiene como objetivo el análisis de la gobernanza de la cooperación transfronteriza en materia de salud en el marco de la Unión Europea. La salud es uno de los retos más emblemáticos y al mismo tiempo más complejo de la integración comunitaria y a lo largo de las fronteras de los países miembros se manifiestan los límites y los problemas cotidianos del derecho a la salud. A pesar de los esfuerzos realizados por el legislador comunitario para armonizar los diferentes sistemas nacionales (Directiva 2011/24/UE) hoy todavía hay profundas diferencias jurídicas, legales y de derecho laboral entre los 28 países miembros. Una solución estratégica consiste en la cooperación transfronteriza. Esta comunicación trata de poner de relieve la actual importancia de la Cooperación Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea, evaluando en primer lugar la complejidad de su contexto político-administrativo, legal y territorial, y mostrando la diversidad de iniciativas que se han desarrollado en este ámbito. En la segunda parte se profundiza en la cooperación sanitaria España-Francia entorno a la frontera pirenaica, y en particular se aporta como ejemplo la cooperación en la comarca de la Cerdanya, en los Pirineos Orientales, que ha desplegado un área funcional sanitaria entorno al Hospital transfronterizo, una iniciativa pionera en el marco comunitario.

Palabras clave: *Cooperación Transfronteriza; Salud; Gobernanza multinivel; Hospital Transfronterizo; Cerdanya*

* Becario Predoctoral del Departamento de Geografía. Tesis enmarcada en la cooperación transfronteriza y desarrollo local comparación de casos de estudio en Arco Alpino i Pirenaico.

** Profesor Titular y Director del Departamento de Geografía. Investigador principal del proyecto COOP-RECOT II, subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (MINECO), sobre la detección de buenas prácticas de cooperación euroregionales de innovación y excelencia.

¹ En homenaje y recuerdo del añorado profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona Francesc Morata, fallecido en 2014, quien fue fundador y alma de la red de investigadores RECOT (Red Europea de Cooperación Transfronteriza).

Introducción

Se ha escrito con frecuencia que la Cooperación Transfronteriza (en adelante, CTF) constituye un laboratorio donde es posible probar el proceso de integración europea, dado que en los espacios fronterizos se manifiestan de forma más enconada los contrastes entre los sistemas político-administrativos que rigen los estados miembros. Su desarrollo desde los mismos inicios de la UE es hoy una realidad irreversible, que ha ido cubriendo varias etapas, en paralelo grado de integración y también de ampliación de la Unión Europea (Perkmann, 2003; Durà, Oliveras, Perkmann, 2010). Todo ello es cierto en concreto para la CTF en materia de salud. Por otra parte, la sanidad resulta ser uno de los sectores más emblemáticos de la CTF en la Unión Europea, por el impacto que puede llegar a tener en la mejora de la calidad de vida de los residentes en los territorios limítrofes entre estados. El tema del uso de los recursos sanitarios en otros países de la UE es complejo, debido a los diferentes sistemas de asistencia vigentes: la arquitectura normativa, la gobernanza, la naturaleza del servicio (público, privado o mixto), el derecho de asistencia a servicios básicos y especializados, la cuestión de los reembolsos de los costes asistenciales y medicamentos, etc. Ello hace que la movilidad de usuarios (residentes, trabajadores, turistas, viajeros de negocios...) y de los profesionales de la salud a través de los estados miembros halle todavía muchas dificultades. Sin embargo, en la UE se está experimentando una rápida evolución en este terreno: la legislación europea ha generado nuevas directivas que facilitan de forma general el uso de servicios sanitarios en otros países, lo que tiene un especial impacto en las áreas fronterizas; y además, en dichas áreas se están desarrollando numerosas iniciativas de cooperación institucional, que permiten un aprovechamiento más racional de los recursos de una y otra parte de la frontera. A pesar de todo, subsisten todavía importantes barreras, que incluyen desde aspectos legales hasta un cierto temor de los ciudadanos a utilizar los servicios ofrecidos por países vecinos, como una muestra más de los muros mentales que generan las fronteras en la ciudadanía.

El interés por estas cuestiones se ve reflejado en una bibliografía creciente, tanto académica como institucional. Sin pretender un estado de la cuestión exhaustivo, pueden indicarse algunas obras interesantes. Desde la literatura francesa los trabajos recopilados por Duhamel y Moullé (2010), desde un enfoque geográfico y sociológico, proporcionan unas reflexiones sobre la relación entre fronteras y asistencia sanitaria en el marco europeo e internacional. Una referencia importante es la contribución de Legido-Quigley et al. (2012), quienes proponen un modelo de análisis para la movilidad transfronteriza de los pacientes a través de una visión multidisciplinar. Otros autores se centran más en cuestiones de carácter legislativo: Brooks (2012) trata del papel de la Corte de Justicia Europea a favor de una política sanitaria común de la UE, y Jarman y Greer (2010) exploran las influencias de la OMC -Organización Mundial del Comercio- en la toma de decisiones de la Unión Europea en tema de asistencia sanitaria transfronteriza. En un marco más próximo, Oliveras y Trillo (2013) analizan el estado de la legislación sobre la CTF sanitaria en el contexto ibérico. Otros estudios geográficos y territoriales han abordado el tema en territorios concretos, como en el País Vasco (Urteaga, 2007) o en el caso de la Cerdanya y su emblemático Hospital Transfronterizo (Oliveras, 2013; Berzi et al, 2015).

La literatura institucional proporciona igualmente estudios muy interesantes sobre la temática, llevados a cabo por expertos y académicos de diversas disciplinas, con especial presencia del ámbito de la medicina. Por ejemplo, recientemente el *European Observatory on Health Systems and Policies* ha impulsado estudios comparativos de casos sobre Cooperación Transfronteriza y de interacción entre los sistemas de salud (Glinos & Wismar, eds., 2013) y un estado general de la cuestión en el marco comunitario (Footman et al. 2014). Otras experiencias relevantes proceden de la frontera entre Irlanda y Irlanda del Norte (Taillon, 2010), o a lo largo de la frontera francesa, gracias a los estudios desarrollados por la *Mission Opérationnelle Transfrontalière*.

En el marco ahora expuesto, esta comunicación trata de poner de relieve la actual importancia de la Cooperación Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea, evaluando en primer lugar la complejidad de su

contexto político-administrativo, legal y territorial, y mostrando la diversidad de iniciativas que se han desarrollado en este ámbito. En la segunda parte se profundiza en la cooperación sanitaria España-Francia entorno a la frontera pirenaica, y en particular se aporta como ejemplo la cooperación en la comarca de la Cerdanya, en los Pirineos Orientales, donde se ha desplegado un área funcional sanitaria entorno al Hospital transfronterizo. El Hospital es una instalación pionera en la CTF sanitaria en Europa, tanto por los acuerdos sobre los servicios que ofrece, como por el sistema de Gobernanza Multinivel (Morata & Noferini, 2013) y de gestión de los recursos humanos y materiales que permiten su funcionamiento.

1. LA COOPERACIÓN SANITARIA TRANFRONTERIZA EN LA UE: COMPLEJIDAD DEL MARCO POLITICO-ADMINISTRATIVO Y TERRITORIAL

Para aproximarse a la compleja realidad de la cooperación sanitaria en las áreas fronterizas, se ha optado por un análisis a tres escalas territoriales: la primera hace referencia al conjunto de la UE, poniendo un breve énfasis en la evolución del marco legal, que pretende tender puentes en materia sanitaria entre los sistemas estatales vigentes; la segunda, la de los estados, que se centra en los niveles de centralización / descentralización de los sistemas sanitarios públicos de cada uno como un aspecto relevante de su diversidad, así como en el proceso de ampliación europea; la tercera, la escala regional y local, donde se hace hincapié en diferentes factores que influyen en la realidad específica de la cooperación.

1.1 Cooperación sanitaria comunitaria y transfronteriza en las directivas europeas

Como se ha señalado, fenómenos como la movilidad transfronteriza, las migraciones intracomunitarias, o el aumento de los flujos de turistas internacionales han tenido un papel clave en la evolución de las normativas que facilitan el acceso a la sanidad en los distintos países europeos. Inicialmente fue relevante la celebración de acuerdos bilaterales entre estados desde mediados del siglo XX. El marco comunitario y la estabilidad de las relaciones internacionales han permitido proporcionar una legislación, aunque limitada, común a todos los países miembros. A inicios de los años 70' se firmaron unos primeros acuerdos fundamentales: son el Reglamento 1048/71 y el posterior 574/72, que tratan de satisfacer las necesidades de la movilidad intracomunitaria, que ya estaba empezando a cobrar fuerza. Sin embargo, su aplicación encontró muchos obstáculos, hasta que en el 1998 el Tribunal Europeo de Justicia interpretó dicho Tratado, a través de la sentencias Kohll y Decker² afirmando el derecho de los pacientes de acceder a la asistencia sanitaria en otros Estados miembros (véase Brooks 2012, p. 35, y Legido 2012, p. 32).

En la primera década del siglo XXI se introdujo la Tarjeta Sanitaria Europea de Seguros (Decisión n. 189 de CASSTM³ de 18 de junio de 2003), afirmando el principio de igualdad de los ciudadanos de la UE en materia de salud. Los posteriores Reglamento (CE) n° 883/2004 y el Reglamento (CE) n° 987/2009 impulsaron la coordinación de los sistemas de seguridad social de los países miembros.

La reciente Directiva CE 7056/2011 sobre la Asistencia Sanitaria Transfronteriza ha supuesto un importante avance en la misma dirección. El legislador comunitario se pronuncia por primera vez sobre la necesidad de garantizar la asistencia sanitaria entre los distintos países de la UE y establece, entre otras recomendaciones, los "puntos de contacto nacionales" para asesorar en cada país la asistencia de usuarios de otros estados miembros.

² Kohll v Union des Caisses de Maladie Case C-158/96 [1998], Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés Case C-120/95 [1998].

³ Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes

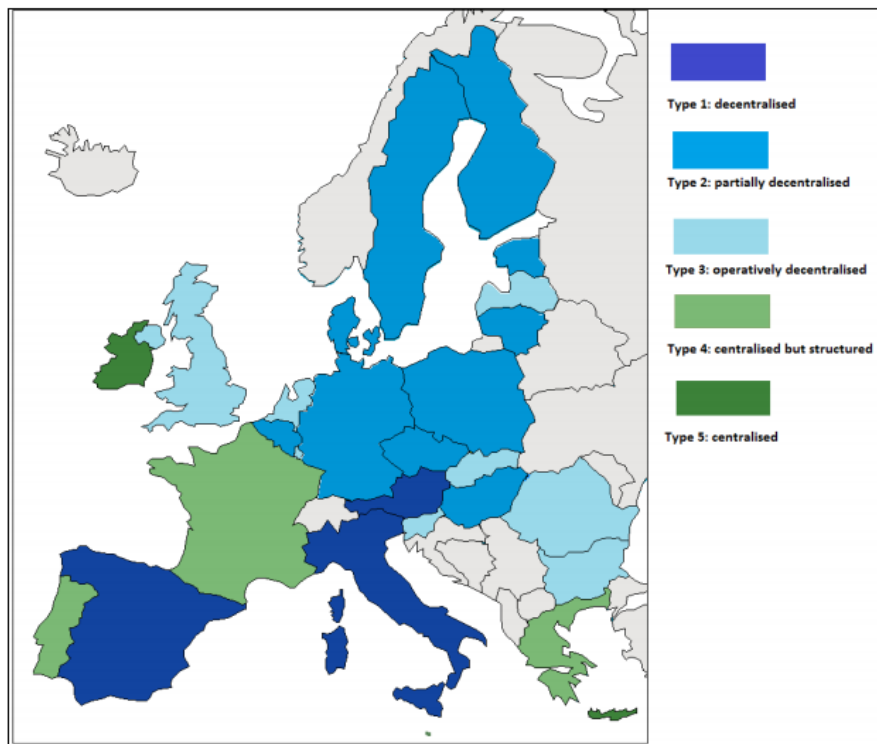
Cabe señalar, como han indicado ya otros autores (Glinos y Baeten, 2006; Oliveras y Trillo, 2013) que el título de la Directiva de 2011 genera cierta confusión, al utilizar el término “transfronterizo” como sinónimo de cambio de país. Sería más recomendable distinguir la cooperación sanitaria comunitaria de la asistencia sanitaria propiamente transfronteriza, para evitar confusiones y malos entendidos conceptuales, metodológicos y prácticos. La primera se refiere al conjunto del “espacio europeo de salud”, mientras el segundo se refiere estrictamente a las regiones y a los territorios situados a lo largo de las fronteras internacionales. Cabe decir que la normativa sí hace una referencia explícita a estos territorios en su redactado. Por otra parte, algunos expertos han destacado la importancia que dichos espacios tienen como “laboratorios” en el desarrollo de la normativa (Jarman & Greer, 2010). La población de las regiones transfronterizas –susceptible en algún grado de estas políticas- es de más de 180 millones de personas⁴, el 37,5% de la población total de la UE. El dato ilustra bien, pues, hasta qué punto la cooperación sanitaria en dichos espacios es relevante para toda la Unión Europea.

1.2 Diversidad político administrativa de los sistemas sanitarios estatales en la UE

La atención a la asistencia sanitaria, al igual que muchos otros sectores de la vida pública de un país, ha sido objeto en los últimos decenios de un notable proceso de descentralización de las competencias, de las funciones y de los recursos en muchos de los Estados miembros, produciéndose una diversidad de situaciones entre ellos, que influye finalmente en las formas que toma la CTF sanitaria. Para comprender mejor los límites y oportunidades de la cooperación sanitaria transfronteriza en el marco de la UE, es necesario conocer el funcionamiento del sistema de salud de los estados miembros. Tomamos como referencia útil la clasificación de un estudio reciente (Project Consulting & Living Prospects, 2012), que ofrecen una rápida visión de la geografía de los sistemas nacionales de salud en el actual marco comunitario): sus autores distinguen 3 tipos de sistema según el grado de centralización/descentralización: descentralizado, centralizado y desconcentrado (Mapa 1). El primer tipo prevé la transferencia de competencias desde el Estado a las autoridades locales y regionales, más o menos completa (tipos 1 a 3 en el mapa); en el segundo caso, no se produce esa transferencia de poder de decisión, solo se delegan tareas de gestión (tipo 5); y la tercera corresponde a una gestión centralizada, aunque organizada en organismos regionales territoriales (tipo 4).

⁴ http://ec.europa.eu/regional_policy/archive/policy/object/index_en.htm

Mapa 1: Tipología de sistemas de gestión sanitaria en Europa



Fuente: Project Consulting s.r.l. (2012)

El mapa permite identificar un grupo de países con un sistema más descentralizado (Alemania, Austria, Italia y España), seguido por otro de Europa Central, Norte y Este (parcialmente descentralizado en diferentes grados), un tercer grupo centralizado con instituciones territoriales (Grecia, Francia, Portugal y Chipre) y finalmente Irlanda, con un sistema centralizado sin instituciones territoriales. Este mosaico refleja bien la complejidad de la aplicación de las políticas comunitarias de sanidad, y en particular en la CTF. Cabe destacar, en lo que se refiere a nuestro caso de estudio, que España confina con otros estados que adoptan un sistema muy diferente del suyo.

Sin embargo, esta diversidad no implica en sí misma una ausencia de cooperación. Francia, por ejemplo, puso en marcha en la década de 2000 diferentes estrategias innovadoras a lo largo de sus fronteras orientales. A lo largo de la frontera con Bélgica, por ejemplo, se establecieron las Zonas Organizadas de Acceso a la Asistencia Sanitaria Transfronteriza (ZOAST), con el objetivo de facilitar y mejorar el acceso a la asistencia para los que viven cerca de la frontera, simplificando los procedimientos administrativos y las prácticas de reembolsos financieros. En este momento están activas cinco ZOAST⁵. Entre Francia e Italia, en cambio, se introdujo una Comunidad de Asistencia Transfronteriza, entre los distritos sanitarios de Niza (*Region PACA*) e Imperia (*Regione Liguria*). El concepto en sí es muy innovador porque permite la modificación de la planificación local sanitaria a través de la introducción de comités directivos locales y compartidos. Estos ejemplos muestran como la cooperación sanitaria transfronteriza es posible a pesar de las diferencias entre los sistemas estatales de salud. Entonces, ¿por qué no sucedió lo mismo en Francia y España? ¿Por qué la cooperación sanitaria transfronteriza en la Europa sur-occidental fue, tal como se documenta en Oliveras y Trillo (2014), institucionalmente mucho menos dinámica de otros contextos comunitarios (p. 139)? Para responder a esta pregunta, es importante referirse también a otras dinámicas, como el proceso de ampliación europea o las características de los distintos territorios a escala local.

⁵ <http://ofbs.dims.fr/index.php?articleid=345>

1.3 Proceso de ampliación europea e intensidad diversa de la Cooperación Transfronteriza

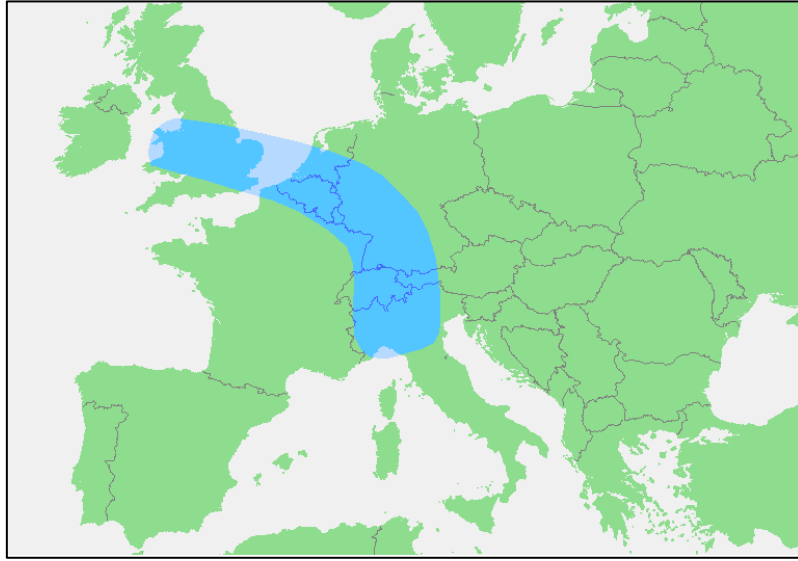
En lo que se refiere al proceso de ampliación europea, la idea es simple, y ya fue desarrollada por Perckmann en sus análisis panorámicos sobre el fenómeno de las eurorregiones europeas (Perckmann, 2003): en principio aquellos estados que formaron inicialmente la CE muestran en general un grado de CTF más intenso a lo largo de todas sus fronteras, y en una mayor diversidad de temáticas (laborales, infraestructuras, servicios, etc.), entre los que es relevante la referida a la sanidad. España y Portugal se unieron a la Comunidad Europea en 1986, treinta años después de su creación por los siete estados fundadores (entre ellos Italia, Bélgica, Alemania y Francia). Los primeros intentos de integración se centraron en la zona noroccidental de Europa, como también los primeros “experimentos” de CTF (acuerdos, Euro-regiones bilaterales, hermanamiento de ciudades, etc.). Puede señalarse también un foco intenso de CTF entre los países escandinavos, asociados entorno a otros tratados internacionales antes de su mayoritaria incorporación a la UE (Consejo Nórdico, EFTA...). En este sentido, los estados de la Europa meridional incorporados en los ochenta (Grecia, Portugal y España) se activaron sólo en una etapa posterior. A ello hay que añadir la tardía democratización de estos países, que llegó solo a lo largo de los años setenta, por lo que la cooperación en materia sanitaria solo contaba, como se analizará enseguida, con unos acuerdos bilaterales básicos. Por lo tanto, los procesos relativamente más recientes de democratización y de integración de España en la UE, son factores que permiten comprender mejor la menor intensidad de la CTF, y en particular la sanitaria, a lo largo de la frontera pirenaica.

1.4 Los factores de la CTF sanitaria a escala regional y local

La observación desde la escala regional y local permite poner de relieve los factores específicos que caracterizan la cooperación en cada territorio, complementando así la perspectiva más general. El medio físico es uno de ellos: en este sentido, la frontera pirenaica se ve influida por una orografía que dificulta las comunicaciones y que sostiene una baja densidad de población, que por otro lado se incrementa estacionalmente debido a la atracción de los espacios naturales para la segunda residencia, el esquí, etc. La realidad demográfica, socioeconómica y urbana de los territorios a lo largo de la frontera no es tan dinámica como la de las fronteras de la Europa centro-occidental. La densidad de población, la presencia de metrópolis cerca de la frontera, los flujos laborales no son relevantes (con cierta excepción en la llamada Eurociudad Vasca). Las áreas urbanas quedan alejadas entre sí, y se sitúan mayormente en los extremos, donde la accesibilidad aumenta. Esta es una realidad muy diferente de la de las fronteras orientales francesas (con Bélgica, Suiza, Italia y Alemania), actualmente incluidas como parte de la llamada "*Blue Banana*", el eje geoeconómico más dinámico de Europa, conceptualizada por R. Brunet a finales de los años ochenta, y que se extiende desde el sur de Inglaterra a la Llanura Padana italiana (Mapa 2). En particular, la gran llanura atlántica europea ha facilitado el desarrollo de una intensa ocupación territorial, que a su vez se ha traducido en una potente dinámica de cooperación cuando las circunstancias geopolíticas han sido favorables. Por otra parte, la fuerte inversión en infraestructuras y servicios durante décadas ha hecho de los Alpes una barrera más fácilmente permeable.

Los estudios de casos referidos en concreto a la CTF sanitaria en la UE también suelen reflejar cómo las disparidades regionales y locales se entrecruzan con los sistemas político-administrativos de los respectivos estados: por ejemplo los estudios de Renard y Duhamel (2010) sobre la cooperación hospitalaria en la frontera franco-belga; Moullé (2010) sobre los servicios de salvamento entorno al macizo del Montblanc; o Lämsä, Keskimäki y Kokko (2013) sobre la población Sami en la frontera Finlandia-Noruega, entre muchos otros.

Mapa 2: Teoría de la Banana Azul



Fuente: Brunet R. (dir.) (1989), *Les villes "européennes"*, Rapport pour la DATAR, GIP RECLUS / La Documentation Française, Montpellier-Paris.

En cuanto a la geopolítica de la frontera pirenaica, cabe señalar algunos aspectos relevantes en relación con la CTF: por ejemplo la longevidad de sus límites, marcada por algunos cambios muy significativos, como la incorporación del Rosellón a Francia en el siglo XVII (origen de la partición de la comarca de la Cerdanya), y por la pervivencia de dos grupos étnico-culturales (vascos y catalanes) a ambos lados de la frontera. Estos aspectos repercuten también en el desarrollo específico de la CTF sanitaria. Las necesidades menores derivadas de las bajas densidades, junto a las mayores distancias de los servicios potencialmente compartibles pueden explicarlo. En este sentido, como se verá, el caso de estudio de la Cerdanya constituye un ejemplo donde la situación es inversa, y se presta mejor a dicha cooperación.

Resumiendo, la observación de algunos factores de carácter institucional, político, histórico-geográfico, socioeconómico, etc., a distintas escalas nos permite comprender por qué a lo largo de la frontera entre Francia y España no se ha asistido a un desarrollo muy relevante de la CTF si se compara con otras realidades europeas mucho más dinámicas. No obstante, en la actualidad se experimenta una creciente intensificación de la cooperación en el espacio pirenaico, y en particular en lo que se refiere a la sanitaria, tal como se expone en los siguientes apartados en relación tanto a la cooperación entre ambos estados en general, como al particular caso de la Cerdanya.

2. Acuerdos y prácticas de Cooperación Sanitaria Transfronteriza entre Francia y España

Por lo que respecta al desarrollo y a la situación actual de la CTF entre Francia y España a través de los Pirineos hay una ya importante literatura. Nos remitimos a Oliveras (2013), donde se propone una exposición clara y un estado de la cuestión sobre el tema.

En cuanto a la institucionalización de la CTF en el terreno concreto de la sanidad, se ha optado por presentarla a partir de dos procesos paralelos: por una parte, los acuerdos entre estados y entre organismos subestatales; por otra, el desarrollo de prácticas concretas de Cooperación Sanitaria Transfronteriza a lo largo de la frontera pirenaica.

2.1. Acuerdos entre estados y entre organismos subestatales

Es interesante señalar que el primer acuerdo entre la República Francesa y el Reino de España en el campo de la cooperación sanitaria se remonta a finales de los años 50', con el objetivo de satisfacer las necesidades de los trabajadores fronterizos como el socorro mutuo en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En este sentido, el contexto de la postguerra mundial tenía repercusiones incluso en los primeros pasos de apertura internacional de la España franquista. Sin embargo, la eficacia de estos acuerdos fue muy limitada (Oliveras & Trillo, 2013), y en 1974 se introdujeron cambios importantes: el acceso regulado a los servicios médicos para los trabajadores y para las familias sobre los reembolsos, en línea con lo que se estaba discutiendo a nivel comunitario. De esta manera, España y Francia estaban intentando, a través de la vía legal, adecuarse a las necesidades de una Europa cada vez más interconectada y lanzada hacia el Mercado Común.

Sin embargo, la cuestión de la asistencia sanitaria en las regiones fronterizas siguió irresuelta hasta muy recientemente, cuando en 2008 se concretó el primer *Acuerdo Marco entre Francia y España sobre la Cooperación Sanitaria Transfronteriza*. La firma del acuerdo se produjo tarde en comparación, por ejemplo, a las realizadas por Francia con sus países vecinos: con Bélgica en 2003 y con Alemania en 2005 (en cambio, el acuerdo entre España y Portugal también es de 2008). A pesar del retraso, fue un paso muy importante para regular un sector que, como veremos más adelante, en la práctica resulta mucho más dinámico.

Un aspecto relevante es que el documento proporciona una mayor autonomía regional a la asistencia sanitaria: así, las Comunidades Autónomas y las Regiones francesas están ahora autorizadas a firmar acuerdos, a través de sus respectivos organismos regionales de salud, con análogas administraciones vecinas. El objetivo es, precisamente, fomentar una cooperación más eficaz, a pesar de las diferencias de sus sistemas estatales. En Francia, los organismos regionales de salud (las *Agences Régionales de Santé*, ARS), son una estructura territorial descentralizada del Gobierno francés creada en 2009 como parte de la reforma de su sistema sanitario. En España las CCAA tienen competencias en materia de sanidad y han desarrollado sus propios Servicios de Salud. A escala regional, el único acuerdo fue firmado en 2010 entre la Agencia de salud de Aquitania (*Agence Régionale de Santé Aquitaine*) y su equivalente en el País Vasco (*Osakidetza*, Servicio Vasco de Salud). En los Pirineos centrales (Aragón y Midi-Pyrénées) no se registran actividades significativas en el ámbito sanitario, mientras que en el lado oriental, Cataluña y Languedoc-Roussillon pusieron en marcha, a finales de los años noventa, un estudio previo para una potencial asistencia sanitaria transfronteriza.

2.2 Prácticas de Cooperación sanitaria transfronteriza en los Pirineos

A diferencia del marco legislativo, se constata que el desarrollo de las prácticas refleja una mayor dinámica, si bien tiene todavía un largo recorrido por delante. Anteriormente se indicó la situación muy activa de las fronteras francesas orientales donde, a lo largo de los últimos veinte años, se generaron una serie de iniciativas a escala local y regional. La cooperación en esas áreas es muy variada: colaboraciones entre las estructuras hospitalarias, introducción de observatorios sobre la salud (por ejemplo, el observatorio Franco-belga y el de Valonia-Lorena-Luxemburgo), y la organización de áreas funcionales de asistencia sanitaria transfronteriza. La mayoría de estas iniciativas han sido financiadas a través del Programa INTERREG, sobre todo en el período 2000-2006 (INTERREG III-A).

En cuanto a la frontera franco-española, a partir de los estudios de la *Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT)*⁶, es posible hacer un análisis del ámbito sanitario. Se puede destacar que, a lo largo de los Pirineos, las iniciativas de cooperación siguen un eje norte-sur, siendo más de proximidad, en lugar de seguir una visión transversal. A continuación, repartimos la frontera pirenaica en tres grandes secciones, presentando cada cual una frecuencia particular y un tipo de cooperación propio.

- 1) Pirineo occidental: las prácticas de cooperación se remontan al menos a los años noventa, cuando se establecieron los primeros acuerdos entre hospitales, agencias regionales de salud, asociaciones y organizaciones no gubernamentales, etc. Desde el año 2000 la Osakidetza y su homóloga francesa en lo que se refiera a urgencias (*Services d'Aide Médicale Urgente - Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation*, SAMU - SMUR) cooperan en el ámbito de las emergencias de salud, llegando a la redacción de un plan técnico que incluye la firma de varios memorandos de intervención. En 2010 se llegó al acuerdo regional entre el Gobierno Vasco y el Hospital de Bayona para fomentar la cooperación en las intervenciones en la zona fronteriza: situaciones de emergencia, transporte hospitalario, asistencia extraordinaria y cooperación en caso de lesiones graves. El territorio afectado corresponde sobre todo a la Eurociudad Vasca (Bayona-San Sebastián). De todos modos, no se puede hablar todavía de una verdadera gobernanza transfronteriza (a diferencia de las fronteras orientales francesas) aunque los actores transfronterizos como la Eurociudad Basca, la Euroregión Aquitania-Euskadi y la Conferencia Atlántica Transpirenaica dieron mucho apoyo a las iniciativas de cooperación sanitaria. Finalmente, hay otras formas de cooperación en el sector privado y de las ONG. Por ejemplo a través del programa INTERREG se han financiado varios proyectos en el ámbito de las drogodependencias, en el intercambio de experiencias y en la creación de redes de conocimiento⁷.
- 2) Pirineo Central: en esta área del CBC sanitaria es más débil. A diferencia del litoral vasco, el territorio montañoso resulta mucho menos permeable, y la ausencia de un tejido urbano es significativa. Además, las estructuras de cooperación transfronterizas (como las Euroregiones) son escasas y de reciente constitución⁸. Sin embargo, se registran algunas iniciativas entre los principales hospitales y universidades regionales francesas con los centros de investigación de Aragón, Navarra, País Vasco, La Rioja y Midi-Pyrénées, básicamente en el intercambio de experiencias y la investigación (proyecto REFBIO⁹).
- 3) Pirineos Orientales: desde un punto de vista cuantitativo, las prácticas de cooperación en asistencia sanitaria entre Catalunya y Languedoc-Roussillon son escasas: las comunidades locales y los actores regionales han desarrollado pocas iniciativas, con excepción del caso de la Cerdanya, probablemente por las ya mencionadas razones de escasa densidad y dificultad en las comunicaciones. En cambio, desde un punto de vista cualitativo, el Hospital de la Cerdanya representa una experiencia pionera en el marco comunitario. Esta comarca transfronteriza puede considerarse un emblemático laboratorio europeo de integración y de gobernanza transfronteriza. Sin embargo hay todavía muchos aspectos y problemáticas no resueltas que, como veremos en el próximo capítulo, tendrán que mejorarse.

⁶ [http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/cartes/?tx_tmswmotressources_maps\[theme\]=11&cHash=bd196906e4891b23a326b4e249e4fae2](http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/cartes/?tx_tmswmotressources_maps[theme]=11&cHash=bd196906e4891b23a326b4e249e4fae2)

⁷ www.poctefa.org

⁸ En el mes de noviembre de 2014 se constituyó la Agrupación Europea de Cooperación Territorial 'Huesca Pirineos-Hautes Pyrénées' entre las administraciones de la Diputación Provincial de Huesca y del Consejo General de Altos Pirineos. Fuente: <http://www.dphuesca.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/idnoticia.50469/recategoria.142/idmenu.26/chk.f61d681dff73da8cb9910cc8d0702e73.html>

⁹ <http://www.refbio.eu/>

En resumen, a lo largo de la frontera pirenaica, registramos una cooperación sanitaria desigual, aunque en general cuantitativamente escasa, donde la práctica anticipa, y a veces fomenta, las iniciativas normativas. La cooperación se desarrolla más en una escala de proximidad Norte-Sur, como el intercambio de experiencias e información, la ayuda mutua en caso de emergencias y la realización de una infraestructura compartida. El último caso es también una experiencia pionera en la asistencia sanitaria transfronteriza europea.

3. La cooperación sanitaria transfronteriza en la Cerdanya

La comarca de la Cerdanya es una de las áreas del Pirineo que concentra una mayor actividad de CTF, dirigida a diversas temáticas. De nuevo, aspectos del medio físico y de la historia contribuyen a hacer comprender esta dinámica. Una caracterización de esa cooperación puede ser útil para emmarcar la iniciativa del Hospital de la Cerdanya como hospital transfronterizo, en torno al cual se organiza un área funcional sanitaria, y que aquí se analiza con cierto detalle como un ejemplo representativo de la cooperación sanitaria en áreas fronterizas. En este apartado se examina el proceso que condujo a la creación del hospital, las causas, los principales aspectos técnicos, legislativos y de la gobernanza. Finalmente se reflexiona sobre el funcionamiento actual del Hospital y sobre sus perspectivas futuras.

3.1 Tradición e intensidad de la CTF en la Cerdanya

La Cerdanya es una comarca transfronteriza situada en el Pirineo oriental. Desde el Tratado de los Pirineos (1659), que supuso la cesión del Rosellón a Francia y fijó prácticamente la actual delimitación de la frontera entre España y Francia, el valle queda administrativamente dividido en dos partes: la Haute Cerdagne, en Francia (actual Región de Languedoc-Roussillon) y la Baixa Cerdanya, en España (la comarca de la Comunidad Autónoma de Catalunya). Su peculiaridad (en lo que aquí concierne) consiste en que su parte central configura una pequeña llanura elevada, única en la frontera pirenaica, de unos 200 sobre los 1.085 km² que suman las dos subcomarcas. Ello ha propiciado que en el conjunto del área haya subsistido una continuidad también económica y cultural, por lo que la Cerdanya puede considerarse un territorio eminentemente transfronterizo (Sahlins, 1989; Vila, 1926). A pesar de los límites impuestos por la frontera estatal, han persistido algunas leyes consuetudinarias tales como el facilitar y respetar, por las comunidades locales, el acceso de los rebaños de ganado en los prados situados a ambos lados de la frontera. Además, en el pasado no demasiado lejano, al igual que en otros tantos contextos fronterizos, se han permitido actividades ilegales (contrabando de productos diarios, guías para los clandestinos, etc.) que han soportado parte de la economía de la región.

Por lo tanto, puede afirmarse que la uniformidad del territorio, las similitudes del sistema socio-económico y la homogeneidad cultural de la Cerdanya antes y después de la aparición de la frontera, son razones importantes que están en la base de una cooperación transfronteriza estable en el tiempo, y que han permitido hacer frente a los conflictos y las necesidades locales. A pesar de ello, las políticas de los estados-nación han supuesto la instauración de realidades político-administrativas distintas en las dos Cerdanyas. Esto ha acabado creando una frontera mental entre los habitantes de las dos vertientes que antes no existía, y que conlleva el riesgo de romper la sociedad y la cultura local. Los análisis de Moncusí (2003) y Mancebo (1999) han remarcado el hecho de que los habitantes de la parte francesa de la Cerdanya desconfiaban inicialmente de la Seguridad Social española y catalana. Una clara distinción entre "nosotros" y "ellos", una frontera mental que superpone las otras fronteras ya existentes en el contexto pirenaico (política, administrativa, burocrática, tal vez lingüística y socioeconómica).

En la actualidad, la CTF en esta micro-región transfronteriza abarca diversos sectores (socio-económicos, ambientales, culturales, políticos...) y se han promovido y ejecutado numerosos proyectos tanto a partir de los actores locales como a partir de la intervención de los organismos y autoridades supralocales (regional y estatal). Su desarrollo, abarcando un amplio espectro de temáticas, ha sido también expuesto en el ya mencionado artículo de Oliveras, (2013). Las iniciativas se podrían dividir en tres grandes ejes (Berzi et al., 2015).

1. Fortalecimiento de la cohesión institucional y social: desde hace los años ochenta las instituciones locales siguen encontrándose simbólicamente en la *Diada de la Cerdanya*, una jornada para discutir sobre las futuras iniciativas conjuntas. Recientemente se instituyó la AECT Pirineus-Cerdanya, es decir una estructura jurídica para facilitar la cooperación a la escala local. La movilidad transfronteriza local por razones comerciales, es un fenómeno muy difundido (mercados semanales, actos culturales, etc.)
2. Valorización del patrimonio y de los recursos locales: entre las más importantes destacamos algunas acciones tangibles, como la gestión compartida de los ríos Segre y Carol, la cooperación entre las estaciones de bomberos catalanes y franceses, la promoción turística conjunta del territorio a través de un sistema interactivo muy innovador (www.cerdana.org) y la educación medioambiental relacionada a obras de reforestación (Fiesta del Árbol). Recientemente ha sido realizado el Plan del Paisaje Transfronterizo de la Cerdanya¹⁰, gracias a la sinergia entre el Consell Comarcal de la Cerdanya, la *Communauté de communes Pyrénées-Cerdagne*, el *Parc Naturel Régional des Pyrénées Catalanes* y el Observatori de Paisatge de Catalunya. El Plan constituye un instrumento para la gestión conjunta del típico paisaje ceretano.
3. Realización de servicios e infraestructuras compartidas: cabe destacar la realización de una planta potabilizadora común y una red saneamiento que conecta 11 municipios (ver en particular Oliveras, 2009); el inicio en 2007 de la construcción de un matadero transfronterizo (todavía en curso, por falta de recursos de la parte catalana a través de los fondos FEDER y en el marco del POCTEFA 2007 – 2013; y especialmente, gracias al apoyo de financiación comunitaria, la puesta en marcha del emblemático hospital transfronterizo inaugurado recientemente. Además circa 150-200 camiones franceses pasan por la ITV de Puigcerdà para la revisión, gracias a un acuerdo entre las autoridades francesas y españolas (Berzi, 2013). Se ha planteado también un centro de enseñanza transfronterizo, que podría estar ubicado en La Guingueta d'Ix / Bourg Madame (Cerdanya francesa) y tendría un carácter pionero en Europa de llegar a realizarse (Oliveras 2013, Sanjuán, Gil, 2013).

3.2. Un área funcional sanitaria entorno al Hospital de la Cerdanya

La salud es hoy en día el tema más emblemático de la cooperación transfronteriza en la Cerdanya. En el pasado se han registrado muy escasas iniciativas en materia de salud (Oliveras, 2013) Las estructuras de referencia son el Hospital de Puigcerdà para la Baja Cerdanya, mientras las estructuras hospitalarias para la *Haute Cerdagne* y el *Capcir* se localizan en Prades y Perpiñán, respectivamente 35 y 80 km lejanos. Por tanto, existe un desequilibrio en la parte norte, ya que no dispone de un servicio de proximidad de ese nivel. Además, en un momento dado la reforma del sistema sanitario en España había previsto el desplazamiento de los servicios sanitarios a la capital comarcal vecina de La Seu d'Urgell (a 45km de Puigcerdà). Finalmente se vio el interés de aprovechar la necesaria ampliación del Hospital de Puigcerdà como una ocasión para proyectar un servicio sanitario transfronterizo que pudiera atender las necesidades de toda la comarca. El largo proceso de gestación del proyecto ha generado una interesante literatura que permite comprender muchos de sus múltiples aspectos (Harant, 2006; Barba y Serra, 2007; Sabater, 2009; Sechet y Keerle, 2009, 2010; Oliveras, 2013, entre otros). En particular, el reciente análisis de Sanjuan y Gil, (2013)

¹⁰ <http://paisatgecerdanya.parc-pyrenees-catalanes.fr/ca/el-pla/el-pla-de-paisatge/>

aporta la visión más completa de la cronología del proceso y de los diversos aspectos que integran el proyecto, a pesar de que no ha podido incluir la puesta en marcha del nuevo hospital.

Como documentan Mancebo (1999) y Moncusì (2003), los franceses han tenido una "barrera psicológica" hacia la sanidad española, considerada cualitativamente inferior por el menor desarrollo que tradicionalmente se había experimentado en España. Pero algunos acontecimientos fortuitos y extraordinarios (en 1996 y en 2001 quedó cortada la carretera que une la Cerdanya con Prades y Perpiñán, donde se encuentran los servicios sanitarios de referencia: Oliveras 2012a) crearon la oportunidad de un cambio en su percepción. Estos hechos no sólo contribuyeron a derribar las barreras psicológicas, sino que también incentivaron una cooperación más intensa. Ello muestra que la cooperación, más allá de las competencias administrativas y las capacidades organizativas, presenta también importantes retos en el plano psicológico, básicamente la necesidad de eliminar la frontera mental.

Los hechos mencionados significaron, pues, un cambio hacia la cooperación, en un contexto institucional –el europeo– que favorecía las iniciativas en esa línea, y las autoridades regionales y los actores locales fueron más conscientes del reto planteado. La idea de un nuevo hospital compartido se remonta al menos a 1995, y en 2002 y 2003 se formalizaron los primeros acuerdos de cooperación sanitaria que asumían los costes de las visitas de ciudadanos de la Cerdanya francesa al Hospital de Puigcerdà (Sanjuán, Gil, 2013). En 2003 también se firmó un primer protocolo (Generalitat – Consejo Regional Languedoc-Roussillon) para la posible realización de un nuevo hospital común. A través de la iniciativa comunitaria INTERREG IIIA se financió el estudio de viabilidad, y el resultado positivo permitió proponer el proyecto ejecutivo. La dirección fue encomendada a la Fundación del Hospital Común Transfronterizo de la Cerdanya, institución creada en 2005. La Generalitat, junto a dicha Fundación y al Ministerio francés de Salud, presentó la iniciativa en la siguiente programación POCTEFA 2007-2013, obteniendo 18M € del FEDER. El papel de la Generalitat de Cataluña ha sido fundamental tanto para la intermediación con el Ministerio francés como para la contribución financiera, demostrando su interés geopolítico en la cooperación transfronteriza.

Los objetivos planteados fueron esencialmente dos: proporcionar un servicio local para los 53 municipios de toda la Cerdanya y del Capcir y para los 30.000 habitantes involucrados (hasta un máximo de 150.000 en previsión de la temporada turística) y, en según lugar, promocionar el desarrollo económico local a través de esta nueva oportunidad. En 2010 se adoptó el estatuto de AECT Hospital de la Cerdanya, cuyo marco legal simplificó muchas cuestiones. Uno de los retos principales es la armonización del sistema sanitario francés y catalán que, como hemos visto, presentan muchas diferencias de carácter normativo y laboral. La adopción del estatus de AECT permite disponer de unas arenas decisionales permanentes (comisiones, comités) donde los actores involucrados se confrontan y toman decisiones tanto de carácter normativo cuanto práctico (gestión de la estructura e iniciativas). Hasta ahora algunas de las cuestiones más difíciles de solucionar son los nacimientos y los fallecidos. En principio, se decidió donar a la AECT un estatus similar a la de un consulado, para evitar el tratamiento de extranjería, pero el proceso está todavía en curso. Cabe señalar que la resolución definitiva de este tema está siendo seguido muy de cerca por otros estados fronterizos con Francia.

La gobernabilidad es quizás uno de los aspectos más interesantes. No hay, al menos en Europa, referencias para estudiar el gobierno de un hospital transfronterizo *ex-novo* y compartido entre dos países, por lo que constituye un experimento pionero de la gobernanza, donde cabe destacar dos aspectos fundamentales. El primero es la Gobernanza Multinivel, la representación de los distintos grupos de interés (*stakeholders*) en las estructuras de decisión. Catalunya y Francia, a partir de la financiación respectiva del 40% y el 60% de los recursos para la construcción y el funcionamiento del Hospital, respetan estas proporciones para nombrar los miembros de comisiones y comités. Según sus estatutos, la AECT está encabezada por un presidente y un vicepresidente con rotación bianual entre la Generalitat y el Gobierno Francés.

El gobierno del Hospital de la Cerdanya (HC) se compone de cuatro órganos:

- El Consejo de Administración: el verdadero centro de toma de decisiones de la AECT HC, que regula y gestiona la estructura hospitalaria, establece las normas internas, las nóminas, la adquisición y venta de bienes muebles e inmuebles (Art 4.3 la AECT), aprueba los planes financieros y establecer comisiones y comités. Se compone de catorce miembros (más el Presidente), seis franceses y ocho decididos por la Generalitat. Los únicos dos agentes locales implicados, son el alcalde de Puigcerdà y el presidente del Consejo Comarcal de la Cerdanya, es decir las autoridades del territorio que acogen el hospital. El resto son todas figuras de la administración estatal (central y descentralizada) y regional de los dos países.
- El Consejo Consultivo: es complementario al Consejo de Administración y debe ser consultado sobre determinadas cuestiones, como la organización territorial de la asistencia sanitaria. A diferencia del primer órgano, está compuesto casi completamente por instituciones locales (públicas y privadas). En la Baja Cerdanya es mayor el peso local (4 alcaldes), mientras la Alta Cerdanya se vale de instituciones locales, provinciales y regionales.
- El comité ejecutivo: encargado de desarrollar las decisiones del Consejo de Administración y de elaborar las propuestas sobre estrategias futuras, tiene un papel de enlace con el Equipo de Dirección del Hospital. Está formado por 5 personas (3 por parte catalana y 2 por la francesa).
- El Equipo de Dirección de la AECT-HC, encargado de la gestión directa del Hospital (Director catalán y subdirectora francesa).

El segundo aspecto se refiere a la gobernanza horizontal: más allá de la construcción y gobernanza de la infraestructura, es especialmente interesante la organización de un área sanitaria para la Cerdanya. Se trata de una reorganización de la asistencia sanitaria local donde la AECT Hospital de la Cerdanya tiene un claro papel de líder en la promoción de las sinergias territoriales. Un objetivo importante es el fomento de una red de actores públicos y privados que puedan ofrecer servicios y beneficios sanitarios a la población local a través de acuerdos entre las instituciones públicas y las estructuras privadas. Los sectores ya operativos son la maternidad, la nefrología, la diálisis y la geriatría. Además, mediante la colaboración con las universidades de Girona (UdG) y Perpiñán (UPVD) se quiere fomentar la investigación y la especialización en medicina de montaña (investigación, la práctica para los estudiantes de medicina, seminarios, etc.). Las actividades y las iniciativas de AECT-HC aparecen a menudo en las páginas de los periódicos locales.

El hospital se inauguró a principio de setiembre del 2014, con varios años de retraso respecto a las previsiones iniciales: el proceso de negociación en todos los frentes (administrativo, legal, laboral, económico...) había sido especialmente complejo. A pesar de ello, los primeros meses de actividad parecen superar las previsiones: las estadísticas de actividad de febrero de 2015 registran que el 21,6% de los usuarios ingresados proceden de la Alta Cerdanya y del Capcir, como también el 15% de las urgencias y el 18% de las pruebas de diagnóstico por imagen. El objetivo fijado en el medio plazo (5 años) es de llegar a un 40% de los usuarios franceses¹¹. Más allá de la asistencia sanitaria, la nueva infraestructura está afectando a otros sectores. Por ejemplo, en tema de transporte público, poniendo en marcha un servicio de bus locales (ahora solo para la ciudad de Puigcerdà), de urbanismo y del fomento de las redes locales (están activando redes de cooperación entre varios actores como estudios médicos locales, redes asistenciales catalanes y universidades para la formación del personal).

¹¹ <http://www.hcerdanya.eu/ca/lhospital-de-cerdanya-continua-creixent-en-activitat-i-en-frequentacio-dusuaris-francesos>

La gobernanza puesta en marcha en el Hospital de Cerdanya constituye un precedente muy importante en la Unión Europea. En el espacio comunitario se pueden encontrar diversos territorios transfronterizos en los que la asistencia transfronteriza es un reto común. Por ejemplo a lo largo de la frontera hispano-portuguesa entre la Comunidad Autónoma de Galicia y *Região do Norte*, en Portugal, las autoridades sanitarias regionales están poniendo en marcha una AECT para el establecimiento de una área sanitaria funcional¹² para servir la “Eurociudad Chaves-Verin”, dos ciudades fronterizas ya bajo una AECT¹³.

El hospital representa una novedad no solo desde el punto de vista de la gobernanza. Hay también innovaciones tecnológicas y de gestión que surgen de la iniciativa de los equipos médicos. Por ejemplo en el mes de mayo de 2015 se inauguró la primera calculadora pediátrica transfronteriza. Se trata de un instrumento para facilitar la traducción y la conversión en cuatro idiomas (catalán, castellano, francés e inglés) de terminología, medicamentos, enfermedades, principios activos, posología i otras indicaciones, evitando así suministros erróneos a los niños hasta los 8 años.

El impacto generado por la gobernanza vertical (multinivel) y horizontal, fomentará una cooperación transfronteriza sanitaria innovadora y multisectorial, que contribuya a la configuración de una Cerdanya interconectada y altamente interdependientes en el medio y largo plazo. Con la nueva infraestructura se reducirá el efecto de las barreras mentales, psicológicas y socioculturales que aún existen entre los dos partes. Es posible imaginar, a largo plazo, un progresivo desarrollo endógeno verdaderamente transfronterizo, capaz de conducir la Cerdanya de territorio periférico hacia una centralidad funcional (Berzi, 2013). Obviamente el camino es todavía largo y habrá que esperar algunos años para evaluar los impactos territoriales a través de indicadores apropiados (Ibid; Madeiro, 2014).

4. CONCLUSIONES

De los aspectos desarrollados en los apartados anteriores pueden extraerse algunas conclusiones interesantes, que pueden contribuir en un futuro a un análisis de mayor profundidad sobre la cooperación sanitaria transfronteriza en Europa.

La aproximación a la CTF sanitaria en la frontera franco-española ha permitido delimitar una diversidad de factores que explican su actual nivel de desarrollo: factores que han podido detectarse tanto a escala estatal (contraste entre estructuras de los sistemas sanitarios según grado de centralización / descentralización, proceso de ampliación europea) como regional y local (especificidades de tipo territorial, económica, cultural...). El caso de la Cerdanya es útil para visualizar en un territorio concreto y con una experiencia pionera, como es la del Hospital de la Cerdanya, como interactúan los distintos factores en un medio determinado.

La cooperación de la Salud a lo largo de la frontera franco-española resulta ser una cooperación diversificada en su práctica, pero todavía institucionalmente en un estadio de juventud, si se compara con las dinámicas observadas en otras regiones de Europa, en particular las más desarrolladas y con un proceso de integración más avanzado. Además, la frontera mental, siendo marcadamente presente, ha contribuido a la falta de cooperación.

La redefinición y reorganización de los servicios de salud en clave transfronteriza hacen que la cuestión de la gobernanza adquiera una importancia primordial. Factores tales como la descentralización administrativa, la negociación multinivel entre agentes múltiples, la participación del sector privado y la "europeización" del marco regulador son elementos importantes en el análisis. Legalmente, el Hospital es un ejemplo del uso de

¹² <http://www.hcerdanya.eu/ca/lhospital-de-cerdanya-cas-destudi-en-cooperacio-sanitaria-transfronterera>

¹³ <http://es.eurociudadchavesverin.eu/>

las Agrupaciones Europeas de Cooperación Territorial, figuras de derecho público introducidas por la UE en 2006 para fomentar la creación de estructuras transfronterizas de toma de decisiones estable en el tiempo.

Por último, cabe señalar la rápida evolución de los procesos de CTF en Europa, de los que la cooperación sanitaria es, por la importancia de los aspectos que cubre, uno de los más señalados. En efecto, la acumulación de experiencias en Europa y su difusión para ser aplicadas en otras fronteras internas están acelerando las dinámicas y está presionando para transformar los marcos político-legales de los distintos estados en el sentido de uniformizar o flexibilizar sus propios sistemas sanitarios. Igualmente, la UE se siente interpelada en la necesidad de definir nuevas directrices que faciliten una mayor cohesión en los servicios de atención a sus ciudadanos. El ejemplo del Hospital de la Cerdanya es, por la complejidad del proyecto, un hito que contribuye de forma clara a avanzar en la integración europea.

Bibliografía

- Barba, M., y Serra, S. (2007). *Propostes per a l'Hospital Transfronterer a Puigcerdà*. Quaderns d'arquitectura i urbanisme, (253), 154-159.
- Berzi, M. (2013). *Cross-border Cooperation and Local Development in the Pyrenees. The case of Cerdanya*, European Journal of Geography 4.4, 47-60.
- Berzi, M., Castañer, M., & Vicente, J. (2015, en prensa). *La cooperación territorial y desarrollo local: el caso de la Cerdanya*. Sud Ouest Européen.
- Brooks, E. (2012). *Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy*. Health Policy, 105(1), 33–37.
- Consulting, P., & Prospects, L. (n.d.). *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali (UE.)*.
- Durà A., Oliveras X., Perkmann M., 2010, *Las regiones transfronterizas: balance de la regionalización de la cooperación tranfronteriza en Europa (1958-2007)*, Documents d'Anàlisi Geogràfica, vol.56, núm.1, p.21-39.
- Duhamel S., Moullé F. (dir.), 2010, *Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris, L'Harmattan, Collection « Géographie et cultures » pp. 286.
- Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K., & Mckee, M. (2014). *Cross-border health care in Europe*, euro.who.int (accessed 4 July 2013)
- Glinos IA, Baeten R (2006). *A literature review of cross-border patient mobility in the European Union*. Brussels, Observatoire social européen (www.ose.be/files/publication/health/WP12_lit_review_final.pdf, accessed 4 July 2013).
- Glinos, I., & Wismar, M. (2013). *Hospitals and Borders - Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*, Observatory Studies Series No. 31.
- Harant, P. (2006). *Hospital cooperation across French borders. Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 157-77.

- Jarman, H., & Greer, S. (2010). *Crossborder trade in health services: Lessons from the European laboratory*, Health Policy, 94(2), 158–163.
- Legido-Quigley, H., Glinos, I. a., Baeten, R., McKee, M., & Busse, R. (2012). *Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework*, Health Policy, 108(1), 27–36.
- Morata, F., & Noferini, A. (2013). 8 *The Pyrenees-Mediterranean Euroregion*, Europe's Changing Geography: The Impact of Inter-regional Networks, 171.
- Oliveras, X., 2012a, *La cooperació transfronterera als Pirineus en matèria de turisme*, IBIX. Publicació biennal de cultura, arts, lletres, música i ciència dels dos vessants del Pirineu, núm.7 (Annals 2010-11), p.427-440.
- Oliveras, X., 2012b, *La construcción de regiones transfronterizas: el caso de los mataderos de la Cerdanya (frontera franco-española) y Saarbrücken-Moselle Est (frontera francoalemana)*, XVI Coloquio de Geografía Rural (Sevilla, 10-12 de maig de 2012).
- Oliveras González, X., & Trillo Santamaría, J. M. (2013). *Fronteras en el contexto español: ¿barreras o puentes para la cooperación sanitaria?*, Documents d'Anàlisi Geogràfica, 60(1), 135–159.
- Oliveras, X. (2013). *La cooperación transfronteriza en la cerdanya (frontera España-Francia)*, Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles 62 (2013): 25-48. 25–48.
- Sabaté, J.M. (2009): “Salud sin fronteras”, *Revista de Administración Sanitaria*, 7/4, 631-38.
- Sahlins, P. (1989). *Boundaries: the making of France and Spain in the Pyrenees*, Univ of California Press
- Sanjuán, J. M., & Gil, J. (2013) *One hospital for the border region: building the new Cerdanya Hospital (Spain–France)*. Hospitals and Borders, 155
- Séchet, R. & Keerle, R. (2009): «*Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Puigcerdà: vers l'eupéinisation de la frontière en Cerdagne*». Sud-ouest européen: revue géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest, n° 28, 65-76.
- Séchet, R. & Keerle, R (2010): «*Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable*». Annales de géographie, n° 675, 536-558.
- Taillon, R. (2010). *The role of community involvement in planning hospital services*, Centre for Cross Border Studies, Armagh
- Urteaga, E. (2007). *La coopération transfrontalière en pays basque*, Harmattan, Paris.
- Vila, P. (1926). *La Cerdanya*, Barcino, Barcelona. Reedición de 1984, Editorial Empúries.