

## La Asistencia Sanitaria y el derecho fundamental a la salud en la Unión Europea

### Healthcare and the fundamental right to health in the European Union

Juan Alejandro MARTÍNEZ NAVARRO\*

**RESUMEN:** La posibilidad de un espacio europeo sin fronteras se asienta sobre el libre desplazamiento de ciudadanos entre distintos estados miembro. La libre circulación se establece, de este modo, como un principio fundamental y como una herramienta esencial para el desarrollo del espacio europeo. No obstante, no podemos entender la libre circulación sin garantizar el derecho de los ciudadanos de la Unión Europea a recibir asistencia sanitaria segura y de calidad, tanto en el ámbito público como en el privado de otro Estado miembro de la UE.

**PALABRAS CLAVE:** Unión Europea; salud; sanidad pública; Asistencia Sanitaria Transfronteriza; derechos del paciente.

**ABSTRACT:** The possibility of a European space without borders is based on the free movement of citizens between different member states. Free movement is established as a fundamental principle and as an essential tool for the development of the European space. However, we cannot understand free movement without guaranteeing the right of citizens of the European Union to receive safe and quality healthcare, both in the public and private spheres of another EU Member State.

**KEYWORDS:** European Union; health; public healthcare; Cross-Border Health Assistance; patient rights.

---

\* Doctor en Derecho por la Universidad de Almería (España). Profesor de la Universidad de Almería. Contacto: <jmn055@ual.es>. Fecha de recepción: 14/11/2019. Fecha de aprobación: 11/02/2020.

## I. INTRODUCCIÓN

La libre circulación de personas y trabajadores en la Unión Europea es uno de los pilares básicos del fenómeno de los movimientos transfronterizos tan habitual en la Unión Europea<sup>1</sup>. El intercambio de ciudadanos, estudiantes y trabajadores se estableció como un elemento básico para la consecución de los objetivos originarios de comercio y paz entre los Estados miembros.

Los nuevos ciudadanos europeos han visto en las últimas décadas como la sanidad alcanzaba una posición clave en sus estados de origen, derecho que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), en relación con la ciudadanía europea, ha decidido reforzar.

En un mundo globalizado (una unión de Estados sin fronteras como la UE), muchos ciudadanos son conscientes de lo ventajoso de recibir en otro lugar tratamientos que no existen en su país de origen o se prestan de manera más satisfactoria; o simplemente deciden trasladar su residencia a otro Estado<sup>2</sup>. Los supuestos de desplazamientos con fines sanitarios de carácter turístico, laboral o estudiantil fueron el paradigma en los primeros desplazamientos. Muchos europeos se desplazaban exclusivamente para recibir

---

<sup>1</sup> JULIEN-LAFERRIERE, François, “Ciudadanía europea e inmigración”, en DE TOMÁS MORALES, Susana *et al.* (coords.), *El día de Europa: presente y futuro de la Unión Europea*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2003, p. 24: «El ciudadano europeo no tiene, en los Estados miembros de los que no sea nacional, los mismos derechos que los ciudadanos de dichos Estados. Es y siguen siendo extranjero, un “no nacional”, pero tiene un estatuto privilegiado, que le otorga derechos que no tienen los ciudadanos de los terceros países [...]. El primero de estos derechos es el de circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros».

<sup>2</sup> CERVELL HORTAL, María José, “Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada”, en *Cuadernos de Derecho Transnacional*, vol. 3, núm. 2, 2011, p. 52.

tratamiento sanitario. Los conflictos con los sistemas sanitarios a los que estaban afiliados y de los que pretendían recibir el tratamiento no tardaron en aparecer<sup>3</sup>.

Para Rodríguez-Rico Roldán, «la complejidad que entraña la movilidad transfronteriza de pacientes radica en el enfrentamiento de dos extremos, siempre presentes por otra parte en el desarrollo mismo de la construcción social europea. De un lado, la libre circulación de personas y la libre prestación de servicios constituyen buena parte del sustento de la Unión en el que se legitima el derecho a acceder a la atención sanitaria en un Estado miembro diferente del de afiliación. De otro, este mismo acceso supone un desafío a la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios nacionales, dados los incuestionables costes añadidos que supone la asistencia sanitaria a personas que no contribuyen (sea como cotizantes, sea como contribuyentes) a su mantenimiento»<sup>4</sup>. Como consecuencia, los Estados miembros suelen mostrar desconfianza y cautela sobre los posibles efectos<sup>5</sup>.

Si bien, viajar a otro país para recibir asistencia sanitaria es aun hoy día un fenómeno marginal, y aunque sigue prevaleciendo la opción de ser tratado en el Estado de residencia, el fenómeno del desplazamiento sanitario aumenta paulatinamente<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> *Idem.*

<sup>4</sup> RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, Victoria, “Todos los caminos llevan a Roma, pero las rutas difieren en gran medida: los sistemas paralelos de acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea”, en *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería*, núm. 38, 2015, p. 2.

<sup>5</sup> TRIGUERO MARTÍNEZ, L. A., “Sanidad reformada y movilidad de personas: el acceso a la protección de la salud de comunitarios y extracomunitarios en cuestión”, en *Revista de trabajo y Seguridad Social*, núm. 376, 2014, p. 47.

<sup>6</sup> CALVO PÉREZ, Pilar, “La transposición al ordenamiento jurídico español de la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza”, en *Derecho y Salud*, Vol. 22, extraordinario XXI, 2012, p. 87. Calvo Pérez atribuye este crecimiento al avance inevitable de Unión Europea, donde «hemos visto en los últimos años como estudiar en una Universidad extranjera ha pasado de ser un hecho ex-

La primera regulación al respecto fue el Reglamento CEE n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplacen dentro de la Comunidad y el Reglamento de aplicación n° 574/729, no pudo prever el enorme fenómeno que se avecinaba, y las lagunas jurídicas ocasionaron numerosos problemas a los que tuvo que hacer frente el TJUE.

En la actualidad, a partir de una importante regulación y de la amplia jurisprudencia del TJUE, podemos encontrar dos vías de acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza, dos regímenes jurídicos sobre los que se asienta el derecho de asistencia sanitaria en el territorio de la Unión Europea. Por un lado, el establecido el Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad. Posteriormente sería modificado por el Reglamento (CE) n° 883 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social. De otro lado, el regulado por la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo y el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero que la transpone<sup>7</sup>.

---

cepcional y al alcance únicamente de las élites a ser un hecho no mayoritario, pero sí habitual gracias al programa Erasmus. De la misma manera el hecho de acudir a otro país en busca de asistencia sanitaria dejará de ser un fenómeno excepcional para convertirse en algo no mayoritario, pero sí habitual. Lo hará en la misma medida que el hecho de viajar a un país europeo empieza a estar incorporado en la agenda de trabajo o de visitas familiares y no solo en la turística».

<sup>7</sup> LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “Comentario sobre el Real Decreto 81/2004, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación”, en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 9, 2014, p. 177.

## II. RÉGIMEN JURÍDICO DE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Cada uno de los Estados miembros de la Unión Europea es soberano en materia de salud, así lo expresa el artículo 168.7 Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) cuando indica que «*la acción de la Unión en el ámbito de la Salud Pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica*». De igual modo, el artículo 35 Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE) garantiza el derecho a la prevención sanitaria bajo las «*condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales*».

El Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea (TJCE) reconoce, de igual modo, en materia de Seguridad Social un importante ámbito de decisión a la iniciativa legal y administrativa de cada Estado miembro para moldear en cada caso su acción prestacional. Sin embargo, el TJUE ha manifestado que tal reconocimiento no es óbice para que los Estados deban respetar el Derecho comunitario en el ejercicio de dicha competencia<sup>8</sup>. Bien es cierto que en la práctica la Unión Europea si tiene capacidad para intervenir en la mejora de la Salud Pública (y de hecho ha intervenido con una numerosa legislación sobre Salud Pública), con el objetivo de prevenir enfermedades de transmisión o evitar fuentes de contagio<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> FONSECA FERRANDIS, Fernando, “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea; análisis de la doctrina del TJCE en relación con el reembolso de los gastos producidos por la atención dispensada en otros estados miembros”, en PALOMAR OLMEDA, Alberto (dir.) y CANTERO MARTÍNEZ, Josefa (dir.), *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Editorial Thomson Reuters Aranzadi, Pamplona, 2013, p. 612.

<sup>9</sup> ORTIZ DE ELGEA GOICOECHEA, Pablo José, “La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de los usuarios”, en *Derecho y Salud*, vol.

En consecuencia, como indica Álvarez González<sup>10</sup>, sería erróneo pensar que pueda existir un sistema sanitario europeo, cuando la diversidad de los modos de financiación y de organización sanitaria, junto con la ausencia de un desarrollo de relativa importancia de la asistencia sanitaria a ofertar a los ciudadanos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el territorio de la Unión, nos alejan aún de la elaboración de un sistema sanitario europeo único<sup>11</sup>. Antequera Vinagre, por su parte, interpreta que el principio de asistencia sanitaria transfronteriza está sirviendo como catalizador y revulsivo de las instituciones

---

11, extraordinario I XI Congreso Derecho y Salud, 2003, p. 74. No obstante, el actual marco jurídico deja al criterio de cada país el alcance y contenido de la asistencia sanitaria que garantiza a sus ciudadanos, sin que se contemplen unos mínimos al respecto. Por lo que como ya hemos indicado, queda aún lejos la creación de un sistema sanitario europeo.

<sup>10</sup> ÁLVAREZ GONZÁLES, Elsa Marina, “El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Revista Derecho y Salud*, vol. 18, núm. 2, 2009, p. 31.

<sup>11</sup> *Idem*. Según Álvarez González, «para la creación de un sistema sanitario europeo es necesario un amplio debate, en el que con la participación de todos los sujetos afectados –autoridades, responsables, profesionales y usuarios del sistema-, se adopte una posición común sobre algunas cuestiones que, a priori, encierran enormes dificultades. Entre ellas, sería primordial determinar el modelo sanitario aplicable y decantarse bien por un Sistema Nacional de Salud, o bien por un Sistema de Seguridad Social, con todas las reticencias que, sin duda, provocaría en los Estados miembros, además de las dificultades para su aplicación efectiva. Igualmente, sería fundamental delimitar el modelo de financiación – pública o privada; la provisión –pública o privada–; el catálogo mínimo de prestaciones; el modelo de calidad asistencial; etc. Cuestiones que, como se puede imaginar, no presentan una solución factible a primera vista. En consecuencia, la coexistencia en estos momentos de diferentes ordenaciones nacionales sobre la asistencia sanitaria hace enormemente difícil poder hablar, en estos momentos, de un sistema sanitario europeo único y un catálogo europeo básico de prestaciones sanitarias».

europas o nacionales para promover el desarrollo de un sistema sanitario europeo<sup>12</sup>.

A lo largo de las últimas décadas hemos asistido a una extensión de la capacidad de actuación de la Unión Europea en materia de salud, teniendo especial repercusión en concreto sobre la asistencia sanitaria transfronteriza. Las políticas de mercado, mediante apertura de fronteras, libre prestación de servicios, etc. han sido claves para este desarrollo, sin embargo, en concreto sobre esta materia ha tenido una especial repercusión la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

Han pasado ya varias décadas desde que se reconoció el principio de la libre circulación de pacientes en el territorio comunitario<sup>13</sup>. La primera medida que debemos destacar es el Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad<sup>14</sup>. Posteriormente sería modificado por el Reglamen-

---

<sup>12</sup> ANTEQUERA VINAGRE, José María, “Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009, p. 609.

<sup>13</sup> SEVILLA PÉREZ, Francisco, “Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009, p. 551. Con anterioridad al Reglamento (CEE) 1408/71, la movilidad de los ciudadanos en Europa llevó a los Sistemas de Seguridad Social, ya en los años 50 del siglo XX, a establecer convenios bilaterales que permitiesen a los trabajadores mantener la protección social, a la que tenían derecho por su afiliación a los sistemas de Seguridad Social, en sus desplazamientos y garantizar que los derechos económicos, inicialmente las pensiones, generados en diferentes Estados pudiesen ser tenidos en cuenta en el momento de ejercitarlos.

<sup>14</sup> Junto con el Reglamento (CEE) 1408/71, se aprobó el Reglamento (CEE) 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) 1408/71 (Diario Oficial nº

to (CE) n° 883 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social<sup>15</sup>.

Ambas normas han permitido garantizar a todos los trabajadores de los Estados miembros la igualdad de trato y el beneficio de las prestaciones de Seguridad Social, cualquiera que sea su trabajo o residencia. A partir de estos reglamentos, los trabajadores (por cuenta ajena o propia) sometidos a la legislación de uno o de varios Estados miembros y que sean nacionales de un Estado miembro, de un tercer país, apátridas, o refugiados residentes en el territorio de un Estado miembro, así como a los miembros de sus

---

074 de 27-3-1972). BARRIOS FLORES, Luis Fernando, “Europa y sanidad pública: el fenómeno del turismo sanitario”, en *Congreso Derecho y Salud, Extraordinario XIV*, 14, 2006, p. 78.

<sup>15</sup> GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos, “La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 2003, p. 74. El Reglamento (CEE) 1408/71 a causa de su continuo crecimiento y de la adaptación de nuevas necesidades, según García de Cortaza y Nebreda, se quedó rápidamente desfasado. Así, desde su aprobación en 1971, el Reglamento ha sido modificado y actualizado en innumerables ocasiones. Finalmente, ha sido necesario adaptarlo para tener en cuenta no solamente la evolución producida a nivel comunitario, incluida la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (no se olvide que más del 20 por ciento de todas las sentencias de la Corte de Justicia corresponden a casos del Reglamento CEE 1408/71), sino también la evolución de las legislaciones nacionales. SEVILLA PÉREZ, Francisco, “Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza”, *o. c.*, p. 552. Por otro lado, Las modificaciones incluidas en los Reglamentos y recogidas en el 883 de 2004 han respondido a iniciativas propias de los Sistemas de Seguridad Social para mejorar la protección social y también para simplificar los procedimientos, como en el caso de la tarjeta sanitaria europea, así como también al impulso ciudadano y en último término a la jurisprudencia europea.

familias y a sus supervivientes (también es aplicable a los supervivientes de estos trabajadores, cualquiera que sea la nacionalidad de estos últimos, así como a los funcionarios y al personal que, según la legislación aplicable, les sea asimilado), se benefician de la institución del lugar de estancia, según la legislación del lugar y como si fuese un asegurado más. Para recibir la correspondiente asistencia médica deberán previamente solicitar una autorización de la institución competente en dicho Estado de afiliación.

En paralelo con esta normativa, el TJUE ha ido estableciendo a partir de su jurisprudencia el alcance y las limitaciones del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. En los casos Kohll y Decker<sup>16</sup>, de 28 de abril de 1998, el TJUE argumenta que una prestación médica solicitada en otro Estado o el reembolso de un producto farmacéutico no pueden depender de una autorización previa concedida por la institución correspondiente. De este modo, concluye que siempre que se vean afectadas las libertades comunitarias previstas en los Tratados Europeos no se requerirá la previa obtención de una autorización.

Dentro de la sentencia Kohll, de 28 de abril de 1998, el TJUE, estudiando en cuestión el tratamiento ofertado por un ortodoncista (fuera de una infraestructura hospitalaria), argumenta que el sector de la Salud Pública, como sector económico en relación con la libre prestación de servicios, no puede quedar al margen del ámbito de aplicación del principio fundamental de libre circulación<sup>17</sup>. Sin embargo, este pronunciamiento dejó bastantes dudas

---

<sup>16</sup> En este estudio no trataremos el asunto Decker, para más información GONZÁLEZ VAQUÉ, Luis, “Aplicación del principio fundamental de la libre circulación al ámbito de la seguridad social: La sentencia «Decker»”, en *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, núm. 3, vol. 5, 1999, pp. 129-140.

<sup>17</sup> Vide MONGE GIL, Ángel Luis, “La propuesta de directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 33, 2008, p. 152. La inclusión de la asistencia sanitaria transfronteriza dentro de la libre prestación de servicios supuso un impulso clave para el desarrollo de esta

respecto de las prestaciones médicas llevadas a cabo en establecimientos hospitalarios, debido a que en estos supuestos el paciente, con carácter general, no realiza pago alguno al hospital, sino que son servicios prestados por el Estado incluidos en los presupuestos públicos, como es el caso español<sup>18</sup>.

Sería en los asuntos Geraets y Peerbooms<sup>19</sup>, relativos a la sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades de 12 de julio de 2001, donde se planteó esta cuestión. Varios Estados argumentaron al respecto que los servicios hospitalarios no podían ser considerados como actividades económicas. Esta afirmación la sustentaban bajo la idea de que un servicio hospitalario sin necesidad de pago, o la prestación del servicio sin intención de un beneficio no puede ser considerado como actividad económica a efectos del Tratado. El Tribunal concluyó que todas las actividades médicas deberán estar incluidas en la libre prestación de servicios

---

materia en el territorio de la Unión Europea, ya que, como argumento Monge Gil al respecto, la libre prestación de servicios se adoptó como uno de los pilares en los que se ha asentado el Derecho Comunitario. Principio básico recogido ya desde los Tratados Fundacionales que junto a la libertad de circulación de personas, mercancías y capitales conforman el eje vertebrador a partir del cual se ha construido el, entonces Mercado común, hoy, Unión Europea.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 153: ¿Por qué el legislador comunitario no aprobó ninguna Directiva tras el pronunciamiento del TJUE? Tras la Sentencia Kroll, ni el Consejo ni el Parlamento Europeo tomaron la iniciativa de regular sobre la cuestión tratada. A juicio de Monge Gil, las instituciones comunitarias no tenían suficientemente en cuenta las especificidades de los servicios sanitarios, en particular, sus complejidades técnicas, la sensibilidad de la opinión pública de cara a estas cuestiones y el importante y casi trascendente apoyo de los fondos públicos.

<sup>19</sup> PEMÁN GAVÍN, Juan, “Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo (a propósito de la Sentencia Smits y Peerbooms del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas”, en *Revista de Administración Pública*, núm.160, 2003, pp. 149 y ss.

prevista en los Tratados, sin distinción alguna entre ser ofertada en un hospital o fuera de él. La cuestión sería perfeccionada en la Sentencia del Tribunal de Justicia de 16 de mayo de 2006, en el asunto Watts. Esta sentencia se centra en aquellos supuestos donde la asistencia médica está basada en un régimen de prestaciones en especie, o en un sistema nacional de salud, concluyendo que estos modelos de organización sanitaria no están exentos, igualmente, de esta obligación y que, además, deberán desarrollar un mecanismo de reembolso a *posteriori* sobre la asistencia dispensada en otro Estado miembro<sup>20</sup>. El Estado en cuestión podrá fijar los importes de reembolso siempre que se basen en criterios objetivos, no discriminatorios y transparentes (Sentencia de 13 de mayo de 2003, Mülle-Fauré y van Riet).

En consecuencia, el TJUE ha acotado el alcance del derecho a la libre prestación de servicios médicos y las obligaciones que al respecto tienen los Estados miembros. Como indica Pemán Gavín<sup>21</sup>, con independencia de la valoración que podamos tener sobre la jurisprudencia del TJUE al respecto, no cabe duda de que ésta ha tenido un papel protagonista al proyectar los principios de libre circulación propios del mercado interior sobre un ámbito que hasta ese momento había quedado al margen. Así, el TJUE tuvo una vez más un papel impulsor de la integración europea con su firme labor de defensa de los Tratados. La consecuencia de todo este proceso ha sido el desarrollo de la Directiva 2011/24/UE, que tiene como uno de sus objetivos aclarar y precisar el marco juris-

---

<sup>20</sup> ANTEQUERA VINAGRE, José María, “Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones”, *op. cit.*, p. 604. Para Antequera Vinagre, el caso Watt supuso una definitiva configuración del derecho a la libre circulación y la caracterización del citado derecho.

<sup>21</sup> PEMÁN GAVÍN, Juan, “Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo (a propósito de la Sentencia Smits y Peerbooms del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas”, *op. cit.*, p. 164.

prudencial, así como solventar la inestable situación de inseguridad jurídica que se ha desarrollado a lo largo de la casuística<sup>22</sup>.

### III. LA COORDINACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL. EL REGLAMENTO (CE) 883/2004

El Reglamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social (complementado por el Reglamento (CE) 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009), es aplicable a la asistencia sanitaria cuando el sujeto está en un Estado miembro de la Unión Europea diferente del competente, por motivos turísticos, laborales o cursando estudios.

El Reglamento plantea dos situaciones posibles, por un lado, la estancia fuera del Estado miembro competente donde surge una necesidad médica imprevista; y por otro lado, los desplazamientos cuyo fin es recibir tratamiento fuera del Estado miembro de residencia.

El primer supuesto queda regulado en el artículo 19 del Reglamento. En el apartado 1 de dicho precepto establece que «la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en conside-

---

<sup>22</sup> SEVILLA PÉREZ, Francisco, “Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza”, *op. cit.*, p. 560. Puestos a evitar la inseguridad jurídica que pudiera causar la jurisprudencia del TJUE, Sevilla Pérez concluye que habría sido más efectivo la modificación de los Reglamentos o la creación de una nueva regulación única, y no permitir la existencia conjunta de los antiguos Reglamentos y la actual Directiva, que dificultan innecesariamente el entendimiento del marco jurídico de la asistencia sanitaria transfronteriza.

ración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia». La asistencia es prestada por el país de estancia según las disposiciones de su legislación y sólo aquellas prestaciones recogidas en el catálogo de dicho Estado.

En el supuesto de que el paciente se desplace con la intención de recibir la prestación sanitaria, la institución competente del Estado de origen podría negarse a reembolsar los costes derivados de esa atención médica. Para acreditar el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza en este supuesto, se emplea la tarjeta sanitaria europea (o en su defecto el Certificado Provisional Sustitutorio).

En el segundo supuesto, regulado en el artículo 20 del Reglamento, si la persona se desplaza a otro Estado miembro con el objetivo de recibir prestación médica durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente.

La persona autorizada podrá recibir tratamiento en otro Estado miembro por cuenta de la institución competente como si estuviera asegurado en virtud de dicha legislación. Sólo se podrá autorizar al paciente si el tratamiento a recibir figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que reside el interesado.

Dicha autorización se realiza por parte de la institución competente y a partir del documento portátil S2, que está sustituyendo paulatinamente al anterior documento E-112.

#### IV. LA APLICACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA. LA DIRECTIVA 2011/24/CE

La Directiva 2011/24/CE de asistencia sanitaria transfronteriza tiene un doble objetivo: por un lado, regula el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza mediante la regulación de una serie de obligaciones impuestas a los Estados miembros, con el fin de aclarar los derechos del paciente en lo relativo a su acceso a la

asistencia sanitaria transfronteriza y su reembolso, o garantizar la calidad y la seguridad de la asistencia que recibirán en otro Estado de la Unión Europea<sup>23</sup>. Por otro lado, la Directiva pretende establecer un marco cooperativo entre los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria<sup>24</sup>.

En lo referente al ámbito subjetivo, este viene marcado por los Reglamentos de coordinación en el sentido de que la asistencia sanitaria no puede ser recibida por el paciente más allá de lo establecido por dichos Reglamentos<sup>25</sup>.

La Directiva garantiza la asistencia sanitaria a toda persona física que desee recibirla en un Estado miembro y que reúna además la condición de asegurado. Entendiendo por personas aseguradas las contempladas en los Reglamentos de coordinación de los regímenes de Seguridad Social, es decir, los nacionales de los Estados miembros, así como sus familiares y supérstites; apátridas

---

<sup>23</sup> PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, “Aseguramiento y protección del derecho a la intimidad del paciente cuando es atendido en presencia de alumnos, residentes en formación o profesionales en estancia formativa o prácticas”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (dir.), *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 24. «Los derechos de los pacientes constituyen un eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales competentes en la materia.

<sup>24</sup> VILLALBA PÉREZ, Francisca, “El modelo español de asistencia sanitaria transfronteriza. Real Decreto 8/2014, de 7 de febrero”, en *Revista Andaluza de Administración Pública*, núm. 89, 2014, p. 80. De igual modo, CALVO PÉREZ, Pilar, “La transposición al ordenamiento jurídico española de la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza”, *op. cit.*, p. 89: «La Directiva establece 3 situaciones en la prestación de asistencia sanitaria para las que no será de aplicación: la asignación de órganos para trasplante, las vacunas y los cuidados de larga duración».

<sup>25</sup> VILLALBA PÉREZ, Francisca, “El modelo español de asistencia sanitaria transfronteriza. Real Decreto 8/2014, de 7 de febrero”, *op. cit.*, p. 84.

y refugiados que tengan la consideración de asegurados en los respectivos Estados miembros<sup>26</sup>.

Cada Estado miembro deberá designar uno o varios puntos nacionales de contacto para la asistencia sanitaria transfronteriza. Además, los Estados miembros facilitarán información a los pacientes sobre sus derechos cuando estos decidan hacer uso de la atención sanitaria transfronteriza.

El Estado miembro donde se está realizando el tratamiento organiza y dispensa la asistencia sanitaria, y vela por el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad en la prestación de asistencia, en especial, mediante la puesta en marcha de mecanismos de control. Del mismo modo, garantiza la protección de datos personales y la igualdad de trato de los pacientes que no sean ciudadanos de su territorio. El punto nacional de contacto del Estado miembro de tratamiento facilita a los pacientes la información necesaria. Después de prestar asistencia, es el Estado miembro de afiliación el que asume el reembolso de la persona asegurada, siempre que el tratamiento recibido esté contemplado entre las atenciones reembolsables en su legislación nacional.

En cuanto a la cooperación, más de carácter voluntaria que obligatoria, los Estados miembros crearán una red europea de referencia de los prestadores de asistencia sanitaria, con el fin de expandir el conocimiento y la experiencia en Europa. Como ya he indicado, la Directiva va más encaminada a promover la cooperación, por lo que propone, entre otras cosas, el reconocimiento mutuo y la verificación de la autenticidad de las recetas (en principio, los Estados miembros reconocen la validez de las recetas médicas emitidas en otro Estados si estas afectan a medicamentos autorizados en su territorio)<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 85: «De forma que la Directiva no procede a una ampliación del ámbito subjetivo fijado por los Reglamentos de coordinación».

<sup>27</sup> Asimismo, se anima a los Estados miembros a colaborar en el tratamiento de las enfermedades raras, gracias al desarrollo de capacidades de

Finalmente destacar dos puntos dentro de la Directiva, en primer lugar, los servicios de salud en línea a partir de la creación de una red de autoridades nacionales, cuya función principal es garantizar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza de calidad. En segundo lugar, la creación de una red de autoridades encargadas de evaluar las tecnologías sanitarias, cuya labor ayudará a mejorar la cooperación entre las instituciones nacionales competentes en este ámbito.

#### A) EL REEMBOLSO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Mención especial merece el reembolso de gastos<sup>28</sup> de asistencia sanitaria transfronteriza y el sistema de autorización previa, tratados ambos de forma especial en la Directiva. Le corresponderá al Estado miembro de afiliación garantizar el reembolso de los gastos sanitarios contraídos por un paciente que haya solicitado asistencia sanitaria transfronteriza, siempre y cuando tenga derecho a ese tipo de tratamiento. El importe a reembolsar debe ser equivalente al importe que hubiera sido abonado por el sistema obligatorio de Seguridad Social si la asistencia médica hubiera sido prestada en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada. En este sentido, la Directiva establece un derecho de mínimos, ya que el Estado podrá aumentar el reembolso sobre otros muchos conceptos, como el alojamiento o el desplazamiento. Cada Estado miembro tendrá que disponer de mecanismos que permitan calcular el coste de cada tratamiento sanitario, basados en criterios objetivos, no discriminatorios y

---

diagnóstico y tratamiento. En este sentido, pueden utilizarse la base de datos Orphanet y las redes europeas.

<sup>28</sup> MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, “El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (dir.), *Retos y propuestas para el sistema de salud*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019, pp. 353 y ss.

que puedan ser conocidos de antemano por el paciente, incluso si tiene un sistema de prestaciones en especie.

Según Martínez Barroso<sup>29</sup>, el Derecho español pone un techo a las prestaciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud y cabe entender que este límite es perfectamente válido a la luz del Derecho comunitario. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea viene entendiendo que corresponde a la legislación de cada Estado miembro organizar el sistema de Seguridad Social nacional, determinando los requisitos que dan derecho a las prestaciones, y el contenido de las mismas, lo que es aplicable también a los tratamientos médicos y hospitalarios, no pudiendo el Derecho comunitario, en principio, obligar a un Estado miembro a ampliar la lista de prestaciones médicas, y siendo indiferente a este respecto que el tratamiento en cuestión esté cubierto o no por los sistemas de otros Estados. No cabe exigir, por tanto, el tratamiento más eficaz a nivel comunitario, pero tampoco el nivel de la asistencia no concertada nacional. Es más, el Estado miembro podrá limitar la aplicación de las normas de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza por «razones imperiosas de interés general»<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> MARTÍNEZ BARROSO, M<sup>a</sup> de los Reyes, “Movilidad de pacientes y obstáculos a la libre prestación de servicios. A propósito del reintegro de gastos médicos no hospitalarios realizados en otro Estado miembro. Comentario a la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 27 de octubre de 2011. Asunto C.255/09. Comisión/contra Portugal”, en *Revista electrónica de estudios internacionales*, núm. 27, 2014, p. 34.

<sup>30</sup> VILLALBA PÉREZ, Francisca, “Responsabilidad de los Estados miembros en la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Derecho y Salud*, núm. 23, 2013, p. 105: «La STJUE de 5 de octubre de 2010, confirma que los Estados miembros deben respetar el derecho de libre prestación de servicios y, por tanto, no establecer restricciones injustificadas en el ámbito de la asistencia sanitaria. Pero al mismo tiempo reconoce que, entre las razones que pueden restringir la libre prestación de asistencia sanitaria puede figurar el riesgo de perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, la

El ordenamiento español, en caso de imposibilidad de utilización de los servicios sanitarios públicos, regula la posibilidad de recibir una asistencia privada, en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital. Sin embargo, el reembolso de los gastos de una asistencia privada sólo procede, según el texto normativo, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél. El organismo competente en España para el reintegro de costes es el Instituto Nacional de Seguridad Social, pero la prestación de la asistencia sanitaria es competencia asumida por todas las Comunidades Autónomas. Como acertadamente indica Martinón Ribot, la existencia de 17 Servicios de Salud, además del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) encargado de la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, complica la gestión del reintegro de costes<sup>31</sup>.

## B) EL SISTEMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Para regular los costes de la asistencia sanitaria transfronteriza, el Estado de afiliación (el Estado en el que esté asegurada la persona o donde esta tenga derecho a recibir las prestaciones por enfermedad) puede establecer un sistema de autorización previa con el objetivo de evitar la desestabilización de la planificación o financiación de su sistema sanitario.

La autorización previa fue estudiada por primera vez en la Sentencia sobre el asunto *Kohll*, de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96, el Tribunal consideró que tal requisito es contrario a

---

necesidad de mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos, y mantener una capacidad de asistencia o de competencia médica en el territorio nacional».

<sup>31</sup> MARTINÓN RIBOT, Guillerma, “Las prestaciones de asistencia sanitaria en los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. Problemática que genera su aplicación en la Comunidad Autónoma de Canarias”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009, p. 644.

las libertades comunitarias, y por lo tanto suponía una traba a los ciudadanos para recibir prestaciones sanitarias en otros Estados miembros<sup>32</sup>. En las Sentencia *Geraets y Peerbooms*, de 12 de julio de 2001, asunto C-157/99, y la Sentencia *Vambraekel*, de 12 de julio de 2001, asunto C-368/98, el Tribunal dio un paso más en la regulación de la autorización previa cuando entró a tratar un supuesto de asistencia médica hospitalaria. En su razonamiento justifica la exigencia de autorización previa dada la posibilidad de causar un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema sanitario en cuestión. En pronunciamientos posteriores, TJUE concretó aún más, incluyendo junto con los supuestos hospitalarios, los casos en los que aun no necesitando internamiento hospitalario, puedan resultar excesivamente caros (Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, de 5 de octubre de 2010, asunto C-512/08).

Como conclusión, el TJUE acepta el sistema de autorización previa como control de los gastos, al objeto de evitar cualquier desequilibrio financiero, técnico y humano. En lo que respecta a

---

<sup>32</sup> FOTINOPOULOU BASURKO, Olga, “El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Lan Harremanak*, núm. 25, 2012, p. 350: «En efecto, la posibilidad de recurrir a una asistencia sanitaria en otro Estado miembro de afiliación y el posterior reembolso de gastos médicos ha encontrado la dificultad manifiesta defendida por los Estados miembros de limitar su acceso dado los innegables costes que para los sistemas de seguridad social supone atender a ciudadanos no afiliados en aquéllos. Así, desde hace ya algún tiempo esos conflictos han encontrado su acomodo en la interpretación que el TJ ha venido realizando a propósito de aquéllos y que, en general, se han saldado con la primacía del derecho a la libre circulación de pacientes sobre la base de la libre prestación de servicios y, en consecuencia, el derecho al reembolso de gastos de asistencia sanitaria. Como quiera que esta realidad generaba una cierta inseguridad jurídica, las instituciones comunitarias decidieron clarificar esta realidad; cuya plasmación ha tenido lugar en la Directiva del año 2011 sobre la que se ha dado cuenta brevemente y que, en esencia, recoge las interpretaciones efectuadas por el propio TJ».

la Directiva 2011/24/UE, el legislador decide avanzar a partir de la jurisprudencia del Tribunal. Así, el artículo 8 de la Directiva ha venido a regular los supuestos que permiten a los Estados miembros adoptar la exigencia de una autorización previa para el reembolso. En consecuencia, establece tres supuestos<sup>33</sup>:

- a) Cuando se requiera necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos y:
  - i) suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche,
  - ii) exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos;
- b) entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población, o
- c) sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que, en función de las circunstancias concretas de cada caso, pueda suscitar motivos graves y específicos de inquietud en relación con la calidad o seguridad de los cuidados, a excepción de la asistencia sanitaria sujeta a la legislación de la Unión que garantiza un nivel mínimo de seguridad y calidad en toda la Unión.

Finalmente, el art. 8.6 de la Directiva establecerá los supuestos en los que el Estado de afiliación podrá denegar una autorización previa<sup>34</sup>. Este listado podrá ser ampliado por los Estados miem-

---

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 346.

<sup>34</sup> Ver Directiva 2011/24/UE, artículo 8.6: «El Estado miembro de afiliación podrá denegar una autorización previa por las razones siguiente: a) cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta el beneficio potencial que pueda obtener de

bros, con la simple condición de que se hagan públicos y que los nuevos supuestos sean fundados en criterios objetivos y no discriminatorios.

C) EL REAL DECRETO 81/2014, DE 7 DE FEBRERO,  
DE TRANSPOSICIÓN DE LA DIRECTIVA DE ASISTENCIA  
SANITARIA TRANSFRONTERIZA

El Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, es el resultado de la transposición de la Directiva 2011/24/CE de asistencia sanitaria transfronteriza.

El modo de funcionamiento de este sistema se basa en el anticipo por parte del paciente de los costes que supongan la atención médica recibida en otro Estado miembro, para posteriormente reclamar al sistema español el correspondiente reembolso (limitado a la cuantía que había supuesto prestar tal servicio en el territorio español). Sin duda, esta formulación afecta negativamente al

---

la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada; b) cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada; c) cuando dicha asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices relativas a la calidad y a la seguridad del paciente, incluidas las disposiciones en materia de supervisión, tanto cuando dichas normas y directrices se establezcan mediante disposiciones legales y reglamentarias, como cuando lo sean por medio de sistemas de acreditación establecidos por el Estado miembro de tratamiento; d) cuando la atención sanitaria pueda prestarse en su territorio en un plazo que sea médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad».

principio de equidad, puesto que se requiere de cierta capacidad económica del paciente que anticipa los gastos.

Tomando como punto de partida la Directiva 2011/24/UE, cualquier ciudadano que tenga la condición de asegurado (también beneficiario) del SNS español tendrá derecho a desplazarse por el territorio de cualquier Estado miembro para recibir asistencia sanitaria. Si bien, este derecho está sujeto a dos límites<sup>35</sup>: la asistencia sanitaria debe figurar entre las prestaciones a las que se tenga derecho según la cartera común de servicios del SNS y la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma; en segundo lugar, no se tiene derecho a la prestación de los servicios recogidos en el artículo 2.2. del Real Decreto<sup>36</sup>.

El paciente nacional tiene el derecho a, una vez anticipado el pago del servicio médico, solicitar el reembolso de los gastos. Sin embargo, el derecho al reembolso de los gastos está sujeto a una serie de límites. Los gastos a reembolsar no superarán la cuantía que habría supuesto, los mismos términos y condiciones, la asistencia sanitaria prestada en el territorio nacional. Dicha asistencia debe figurar entre las prestaciones establecidas en el Real Decreto

---

<sup>35</sup> LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “Comentario sobre el Real Decreto 81/2004, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación”, *op. cit.*, p. 178.

<sup>36</sup> Real Decreto 81/2014, artículo 2.2.: «*Están excluidos de su ámbito de aplicación: a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias; b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante; c) Los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución sin perjuicio de lo relativo a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea*».

1030/2006, de 15 de septiembre, donde se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, aunque la Directiva 2011/24/UE ofrece la posibilidad de que los Estados miembros incluyesen otros gastos, en el supuesto español, el Real Decreto 81/2014 no incluye ningún gasto de naturaleza instrumental (desplazamientos, manutención, etc.)<sup>37</sup>.

Los requisitos formales del reembolso quedan regulados en el artículo 14 del Real Decreto. La solicitud de reembolso se dirigirá al organismo asignados en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida. El plazo máximo para la notificación de la resolución del procedimiento de reembolso será de tres meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud por la autoridad sanitaria competente.

En el supuesto de que sea España el Estado que preste la asistencia sanitaria, «los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que se encuentren en la situación de estancia inferior a tres meses regulada en el art. 6 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciuda-

---

<sup>37</sup> ASENSI PALLARÉS, Eduardo, “Los derechos de los ciudadanos europeos en la asistencia sanitaria transfronteriza en los Estados miembros”, en *Derecho y Salud*, núm. 22, 2012, p. 117. Según Asensi Pallarés, haciendo referencia al Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones., resulta «llamativo la mención expresa en la exposición de motivos a la asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea, y al informe emitido por el Tribunal de Cuentas, destacando la “resulta imprescindible regular, sin más demora, las situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que debilitan de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”». La mención de la asistencia sanitaria transfronteriza en el RD 16/2012 parece señalar a este sistema como un punto clave en la reducción del gasto sanitario, finalmente esto se ha visto reflejado el RD 81/2014 con este tipo de medidas.

danos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, en ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los efectos previstos en el art. 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y por tanto, podrían acogerse sin problema a las ventajas que se derivan de la aplicación de la Directiva y del Real Decreto (DA 2ª del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto)»<sup>38</sup>.

Respecto a los pacientes que reciben asistencia sanitaria en España, el Real Decreto aporta una serie de garantías. El Estado tiene el deber de informar, esto lo llevará a cabo a partir del punto nacional de contacto<sup>39</sup> y sobre los propios proveedores sanitarios (la información que debe aportar el Estado español queda regulada en el artículo 8).

De igual modo, el Estado tiene el deber de adoptar medidas que garanticen la continuidad de la asistencia sanitaria. Para ello el paciente podrá solicitar copia de los informes clínicos o de los resultados de pruebas diagnósticas, además de se promueve la

---

<sup>38</sup> LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “Comentario sobre el Real Decreto 81/2004, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación”, *op. cit.*, p. 179.

<sup>39</sup> El punto nacional de contacto queda regulado en el Real Decreto 81/2014, artículo 7: «1. Con el fin de facilitar la información necesaria en la materia prevista en este real decreto, se establece un punto nacional de contacto en la Unidad administrativa responsable de la información al ciudadano del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2. El punto nacional de contacto cooperará con la Comisión Europea y con los puntos nacionales de contacto de otros Estados miembros, y facilitará a los ciudadanos que lo soliciten los datos de contacto de éstos. 3. La actividad del punto nacional de contacto será complementada con la actividad informativa de las unidades responsables de las Comunidades Autónomas, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y de las mutualidades de funcionarios, en el ámbito de sus competencias».

cooperación entre Estados miembros en el intercambio de información.

## V. CONCLUSIONES

La integración plena del espacio europeo pasa por la aplicación de una asistencia sanitaria íntegra en todo el territorio. Como ha ocurrido en tantos otros ámbitos, la asistencia sanitaria transfronteriza tiene su origen y principal impulso en los pronunciamientos del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. La asistencia sanitaria transfronteriza se instaure, de este modo, como uno de los principales elementos de unificación del territorio europeo. Una ciudadanía europea requiere, también, de una ciudadanía sanitaria<sup>40</sup>.

La Directiva positiviza la extensa jurisprudencia del TJUE en materia de libre prestación de servicios. No obstante, cabe considerar que su aprobación es tardía, o cuanto menos insuficiente. Se ha perdido una gran oportunidad para diseñar un sistema sanitario europeo, ni siquiera se ha optado por su reconocimiento. En consecuencia, nos encontramos ante un mecanismo que no soluciona las incuestionables diferencias existentes entre los distintos modelos europeos de organización y financiación sanitaria. Asimismo, se evidencia la carencia de mecanismos que hagan efectivo el derecho de todo ciudadano europeo a una asistencia sanitaria transfronteriza y a la protección de su salud a nivel europeo<sup>41</sup>.

Por otro lado, el sistema de asistencia sanitaria transfronteriza deberá hacer frente a importantes retos derivados del inevitable desarrollo social y demográfico que afecta al viejo continente: el

---

<sup>40</sup> CANTERO MARTÍNEZ, Josefa y GARRIDO CUENCA, Nuria María, “Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea”, en *AFDUAM*, núm. 18, 2014, p. 121.

<sup>41</sup> ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elsa Marina, “El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza”, *op. cit.*, p. 31.

aumento del número de afiliados a la Seguridad Social, el incremento de la esperanza de vida de la población (se estima que en 2050 el 27,5% de la población europea será mayor de 65 años), y las crecientes expectativas y exigencias por parte de la población<sup>42</sup>.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elsa Marina, “El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Revista Derecho y Salud*, núm. 2, vol. 18, 2009.
- ANTEQUERA VINAGRE, José María, “Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009.
- ASENSI PALLARÉS, Eduardo, “Los derechos de los ciudadanos europeos en la asistencia sanitaria transfronteriza en los Estados miembros”, en *Derecho y Salud*, núm. 22, 2012.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando, “Europa y sanidad pública: el fenómeno del turismo sanitario”, en *Congreso Derecho y Salud, Extraordinario XIV*, núm. 14, 2006.
- CALVO PÉREZ, Pilar, “La transposición al ordenamiento jurídico español de la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza”, en *Derecho y Salud*, vol. 22, extraordinario XXI, 2012.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa y GARRIDO CUENCA, Nuria María, “Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea”, en *AF-DUAM*, núm. 18, 2014.
- CERVELL HORTAL, María José, “Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada”, en *Cuadernos de Derecho Transnacional*, núm. 2, vol. 3, 2011.

---

<sup>42</sup> MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, “La pobreza farmacéutica”, en FERNÁNDEZ RUIZ, Juan y PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (dirs.), *Homenaje de AIDA al profesor D. Jesús González Pérez*, Valencia, Tiran lo Blanch, 2019, p. 805.

- EMPERADOR BARTUMEUS, Jorge Luis, “Amenazas y oportunidades del turismo sanitario en España”, en *Derecho y Salud*, núm. 1, vol. 21, 2011.
- FONSECA FERRANDIS, Fernando, “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea; análisis de la doctrina del TJCE en relación con el reembolso de los gastos producidos por la atención dispensada en otros estados miembros”, en PALOMAR OLMEDA, Alberto, (dir.) y CANTERO MARTÍNEZ, Josefa (dir.), *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Editorial Thomson Reuters Aranzadi, Pamplona, 2013.
- FOTINOPOULOU BASURKO, Olga, “El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Lan Harremanak*, núm. 25, 2012.
- GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos, “La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 42, 2003.
- GONZÁLEZ VAQUÉ, Luis, “Aplicación del principio fundamental de la libre circulación al ámbito de la seguridad social: La sentencia «Decker»”, en *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, núm. 3, 5, 1999.
- JULIEN-LAFERRIERE, François, “Ciudadanía europea e inmigración”, en Susana DE TOMÁS MORALES y otros (coords.), *El día de Europa: presente y futuro de la Unión Europea*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2003.
- LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “Comentario sobre el Real Decreto 81/2004, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación”, en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 9, 2014.

- LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “El impacto de la asistencia sanitaria transfronteriza en el sistema nacional de salud: retos y realidades de la legislación sanitaria”, en *Derecho y Salud*, núm. 24, 2014.
- MARTÍNEZ BARROSO, M<sup>a</sup> de los Reyes, “Movilidad de pacientes y obstáculos a la libre prestación de servicios. A propósito del reintegro de gastos médicos no hospitalarios realizados en otro Estado miembro. Comentario a la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 27 de octubre de 2011. Asunto C.255/09. Comisión/contra Portugal”, en *Revista electrónica de estudios internacionales*, núm. 27, 2014.
- MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, “El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios”, en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (dir.), *Retos y propuestas para el sistema de salud*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019.
- MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, “La pobreza farmacéutica”, en FERNÁNDEZ RUIZ, Juan y PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (dirs.), *Homenaje de AIDA al profesor D. Jesús González Pérez*, Valencia, Tiran lo Blanch, 2019.
- MARTINÓN RIBOT, Guillerma, “Las prestaciones de asistencia sanitaria en los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. Problemática que genera su aplicación en la Comunidad Autónoma de Canarias”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009.
- MONGE GIL, Ángel Luis, “La propuesta de directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Revista Aragonesa de Administración Pública*, núm. 33, 2008.
- ORTIZ DE ELGEA GOICOECHEA, Pablo José, “La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de los usuarios”, en *Derecho y Salud*, vol. 11, extraordinario XI Congreso Derecho y Salud, 2003.

- PEMÁN GAVÍN, Juan, “Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo (a propósito de la Sentencia Smits y Peerbooms del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas”, en *Revista de Administración Pública*, núm. 160, 2003.
- PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, “Aseguramiento y protección del derecho a la intimidad del paciente cuando es atendido en presencia de alumnos, residentes en formación o profesionales en estancia formativa o prácticas”, en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (dir.), *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, Victoria, “Todos los caminos llevan a Roma, pero las rutas difieren en gran medida: los sistemas paralelos de acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea”, en *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería*, núm. 38, 2015.
- SEVILLA PÉREZ, Francisco, “Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza”, en *Revista Administración Sanitaria*, 2009.
- TRIGUERO MARTÍNEZ, L. A., “Sanidad reformada y movilidad de personas: el acceso a la protección de la salud de comunitarios y extracomunitarios en cuestión”, en *Revista de trabajo y Seguridad Social*, núm. 376, 2014.
- VILLALBA PÉREZ, Francisca, “Responsabilidad de los Estados miembros en la asistencia sanitaria transfronteriza”, en *Derecho y Salud*, núm. 23, 2013.
- VILLALBA PÉREZ, Francisca, “El modelo español de asistencia sanitaria transfronteriza. Real Decreto 8/2014, de 7 de febrero”, en *Revista Andaluza de Administración Pública*, núm. 89, 2014.

