

LOS SERVICIOS AUTONÓMICOS DE SALUD ANTE LA MOVILIDAD TRANSFRONTERIZA DE PACIENTES. SU NUEVO MARCO DE OBLIGACIONES

Josefa Cantero Martínez

*Profesora Titular de Derecho Administrativo
Universidad de Castilla-La Mancha*

SUMARIO*: I. Introducción. II. La asistencia sanitaria como un derecho transportable por Europa. Su proceso de gestación. III. Sobre el contenido básico del nuevo derecho a la libre opción sanitaria transfronteriza. IV. Si ya existía esta movilidad de pacientes, ¿por qué instaurar paralelamente un nuevo régimen liberalizado para la asistencia transfronteriza? V. El flujo bidireccional de pacientes y sus consecuencias para la Administración sanitaria autonómica. Nuevos desafíos y nuevas obligaciones. 1. Los servicios de salud como “exportadores” de pacientes. 2. Los servicios de salud (y los centros sanitarios privados) como “importadores” de pacientes transfronterizos. VI. Conclusión.

RESUMEN

Nos proponemos en este trabajo analizar algunos de los efectos de la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza. Existen varias vías legales para acceder a los tratamientos sanitarios en otro Estado miembro, la de los reglamentos comunitarios sobre coordinación de los sistemas de seguridad social y la de la nueva Directiva, que está basada directamente en la libre prestación de servicios e incluye también la libertad del paciente para recibir su tratamiento en otro Estado. El paciente debe pagar dicho tratamiento y después reclamar su coste al Estado miembro de afiliación. Las Administraciones autonómicas son las auténticas protagonistas del nuevo modelo. La Directiva crea un nuevo y complejo marco legal de obligaciones para ellas.

PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria transfronteriza, reembolso, libre prestación de servicios sanitarios, derechos de los pacientes, Estado miembro de afiliación.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyse some of the effects of the Cross-border healthcare Directive. There are various legal paths to access healthcare in another Member State. Among these paths are the coordination Regulations and the Directive's model, which is based on the free movement of healthcare services and includes the freedom for the patient to go to another Member State in order to receive those services. The patient has to pay the treatment upfront and then claim eligible costs from the Member State of affiliation. The autonomous administrations are the real protagonists of the new model. The Directive creates a new and complex legal framework of obligations for them.

KEYWORDS

Cross-border healthcare, reimbursement, free movement of healthcare services, patients' rights, member State of affiliation.

* Este trabajo reproduce el contenido de mi intervención en el XXVI congreso Derecho y Salud celebrado en Palma en junio de 2017. Se inserta dentro del Proyecto de Investigación de I+D+I del Ministerio de Economía y Competitividad, DER2014-55501-R, titulado: “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea. Nuevos retos y desafíos para una gestión sostenible y para la cooperación sanitaria entre Estados”.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido en Europa a un importante proceso de liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza con el propósito de facilitar la libre circulación de pacientes y la libre prestación de estos servicios. Resultado de este proceso ha sido la aprobación de la *Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*, que ha sido ya transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del *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*.

Con estas normas ha quedado dibujado un nuevo escenario normativo para la movilidad de los pacientes, que funciona en paralelo con el ya vigente modelo comunitario de seguridad social y que convierte a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los nuevos protagonistas del sistema. Se ha instaurado para ellos un novedoso marco de obligaciones de carácter básicamente mercantilista para dar respuesta a la aparición de un nuevo derecho, el derecho de los pacientes a la libre opción sanitaria transfronteriza.

Se trata de un derecho basado exclusivamente en la libertad del paciente y que le permite elegir el lugar y la forma -pública o privada- en la que ejercen su derecho a las prestaciones sanitarias públicas. Su ejercicio exige al paciente anticipar el pago del servicio para exigir después su reembolso, por lo que no es de extrañar que se haya considerado como un derecho de carácter ciertamente elitista¹. Este nuevo marco liberalizado permite que los asegurados cuyo Estado de afiliación es España -que denominaremos impropriamente pacientes españoles o pacientes nacionales- pueden decidir libremente si se someten a un tratamiento médico en nuestro país, con las condiciones de nuestro sistema público sanitario, o en cualquier país del Espacio Económico Europeo, esto es, en cualquiera de los 28 Estados miembros de la Unión Europea, más Islandia, Liechtenstein y Noruega², en cuyo caso también podrá elegir libremente

entre la sanidad pública y la privada. En ambos casos tendrá que pagar directamente el tratamiento y después le será reembolsado por el servicio de salud de su Comunidad Autónoma.

Este sistema supone, en definitiva, ampliar considerablemente el ámbito del derecho a la protección de la salud, extender la dimensión territorial de este derecho y su modo de ejercicio para configurarlo como un derecho extrapolable a cualquier país del Espacio Económico Europeo. Supone, además, una verdadera espita en nuestro sistema en la medida en que lo abre directamente a la sanidad privada. Si concurre el elemento transfronterizo, esto es, la asistencia prestada en otro Estado, nuestro sistema público deberá hacerse cargo del coste del tratamiento realizado en centros sanitarios privados.

Dado que el flujo de pacientes que posibilita el modelo es bidireccional, los servicios autonómicos de salud quedan situados en un nuevo marco de obligaciones que difiere dependiendo de si los pacientes residentes en su territorio se van a otro Estado o si otros pacientes europeos deciden venir a su Comunidad Autónoma para recibir las prestaciones sanitarias. En este sentido, el servicio de salud puede ser considerado como “exportador” de pacientes o como “importador”, si se me permite el uso de estas expresiones tan gráficas. Actuará como exportador de pacientes cuando la asistencia sanitaria se preste en otro Estado miembro a pacientes cuyo Estado de afiliación en España y como “importador” cuando la asistencia se preste en España a pacientes cuyo Estado de afiliación sea otro Estado miembro. En ambos casos tendrá que hacer frente a nuevas exigencias y obligaciones comunitarias que pueden suponer un importante cambio de cultura en la Administración en cuanto a la forma de hacer las cosas.

En fin, este nuevo derecho está llamado a favorecer tremendamente la movilidad de los pacientes en el ámbito europeo y, al menos en este sentido, también podría considerarse como una modalidad del denominado “turismo sanitario”³, pues con este término

miembros, por una parte, y la Confederación Suiza, por otra, hecho en Luxemburgo el 21 de junio de 1999 (BOE 21.6.2002).

1 DE ANGELISI, Monica, «The expansion of patients' rights in Europe: a new perspective for healthcare abroad», *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*, Series VII, Social Sciences Law, Vol. 7 (56) No. 1-2014, pág. 211.

2 Suiza aplica solo los reglamentos comunitarios de Seguridad Social por aplicación del Acuerdo sobre la Libre Circulación de las Personas entre la Comunidad Europea y sus Estados

3 WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, K. y VAN GINNEKEN, obra colectiva titulada, *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*, Observatory Studies Series, No. 22, 2011. Sobre esta cuestión, y en extenso, nos remitimos al trabajo realizado por LUNT N, SMITH R, EXWORTHY M, GREEN ST, HORSFALL D, MANNION R., *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OECD, 2011, así como a la bibliografía allí citada. El docu-

se suele denominar genéricamente al fenómeno que se produce cuando un paciente decide voluntariamente someterse a un tratamiento médico en otro país. Ahora bien, la liberalización del modelo sanitario que implica la Directiva tiene otros matices importantes que impedirían calificar a este fenómeno, sin más, como una manifestación del turismo sanitario, toda vez que éste se va a efectuar en un nuevo marco de derechos y con cargo al correspondiente servicio público sanitario, que deberá reembolsarlo⁴. De ahí la necesidad de calificar este nuevo régimen como “asistencia sanitaria transfronteriza” más que como turismo sanitario. En estos supuestos, los ciudadanos europeos que deciden tratarse en otro Estado distinto están ejerciendo una nueva modalidad de ciudadanía europea sanitaria⁵ pero, al mismo tiempo, lo hacen también como consumidores de un servicio sanitario, por lo que puede decirse que el nuevo sistema denota una visión ciertamente mercantilista de la sanidad. La sanidad se ha convertido en un servicio de interés general parcialmente liberalizado lo que, sin duda, tendrá importantes consecuencias para nuestro Sistema Nacional de Salud.

A partir de ahí podemos plantearnos numerosas dudas: ¿Cómo hemos llegado a esta situación? ¿En qué se va a traducir exactamente este fenómeno de liberalización de la asistencia transfronteriza? ¿Posee el Derecho comunitario títulos de intervención en esta materia? ¿Qué consecuencias va a tener para nuestros servicios autonómicos de salud esta visión mercantilista del derecho a la protección de la salud? De ello nos ocuparemos en este trabajo.

II. LA ASISTENCIA SANITARIA COMO UN DERECHO TRANSPORTABLE POR EUROPA. SU PROCESO DE GESTACIÓN.

Puede decirse que hace ya más de cuarenta años que se reconoció, aunque de una forma muy tímida y limitada, el principio de la libre circulación de los pacientes en el ámbito comunitario, al permitir que

mentos puede consultarse en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>

4 BUSATTA, Lucia, “La cittadinanza della salute nell’Unione Europea: il fenomeno della mobilità transfrontaliera dei pazienti, dalla libera circolazione alla dimensione relazionale dei diritti”, *DPCE online* 2015-3, disponible en www.dpce.it.

5 Véase CANTERO MARTÍNEZ, Josefa y GARRIDO CUENCA, Nuria, “Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea”, *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, N.º. 18, 2014, monográfico dedicado a las fronteras del derecho biosanitario, págs. 89-127.

cualquier trabajador pudiera dirigirse a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria, aunque, eso sí, debía para ello ser previamente autorizado por el Estado en el que estaba afiliado a la Seguridad Social. Ello se produjo básicamente con la aprobación del *Reglamento CEE n.º 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*, con las múltiples modificaciones de que ha sido objeto. Esta fue la norma que reguló en el ámbito comunitario la articulación de las prestaciones sanitarias con el propósito de asegurar el acceso de los nacionales de un Estado miembro a los sistemas sanitarios de otros Estados miembros en los que temporalmente se puedan encontrar residiendo, por motivos de trabajo, de turismo, de estudios o simplemente por razones personales o familiares.

Esta norma fue sustituida por el *Reglamento CEE n.º 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social, y por el Reglamento 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social*. Consagran el derecho de la persona autorizada y de los miembros de su familia a desplazarse a otro Estado miembro para recibir un tratamiento médico (prestaciones en especie) previa obtención de una autorización de la institución competente de su Estado de afiliación. Un paso importante en todo este proceso para facilitar la libre circulación de los pacientes fue la introducción de la tarjeta sanitaria europea a partir del 1 de junio de 2004, sustituyendo hasta el entonces vigente formulario E111.

Una vez concedida la autorización, el paciente asegurado se beneficiará de las prestaciones facilitadas por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de su legislación y como si estuviera asegurado en virtud de la misma. Los gastos correrán a cuenta de la institución competente del Estado de afiliación. En todo caso, la autorización deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.

Conviene tener presente que esta normativa no es neutral, toda vez que, si existen disparidades entre los dos Estados implicados, el paciente no tendrá derecho a recibir las prestaciones a las que tendría derecho conforme a la legislación de su país si las mismas no existen en el país de residencia (Sentencia del Tribunal de Justicia de 16 de julio de 2009, asunto Chamier-Glisczinski, C-208/07, relativa a las prestaciones médicas en caso de dependencia). Tampoco tendrá derecho al reembolso de gastos cuando el nivel de cobertura del país del tratamiento sea inferior al que le correspondería en el Estado de afiliación (Sentencia del Tribunal de Justicia de 15 de junio de 2010⁶).

Desde los años setenta, pues, asistimos ya al nacimiento de lo que se ha denominado la “libre circulación de los pacientes” o movilidad transfronteriza, esto es, al nacimiento del derecho de todo ciudadano europeo a recibir asistencia sanitaria pública en cualquier otro Estado, aunque, eso sí, habiendo obtenido una previa autorización por parte de las autoridades sanitarias de su país, para cuya concesión la Administración disponía de un amplio margen de discrecionalidad. La posibilidad de derivar pacientes entre los Estados, que es lo que al fin y al cabo permite este precepto, suponía reconocer cierto “alcance extraterritorial” al derecho a la asistencia sanitaria pública⁷.

Sin embargo, desde finales de los años noventa hemos asistido a un nuevo fenómeno de movilidad transfronteriza de pacientes de gran complejidad que se ha ido gestando en paralelo al modelo de Seguridad Social y que se caracteriza básicamente por su inmediatez, por el grado de libertad que incorpora para el paciente porque, al menos en principio, no requiere de la existencia de una autorización previa y por estar basado en un sistema de reembolso que exige que el previo pago del tratamiento médico por parte del paciente. Este nuevo fenómeno supone extender considerablemente las modalidades de ejercicio del derecho a la protección de la salud en su vertiente de derecho a la asistencia sanitaria pública

⁶Esta sentencia ha sido pronunciada por la Sala General ante el recurso interpuesto por la Comisión por presunto incumplimiento por parte del Estado español de la normativa comunitaria en materia de seguridad social. En ella, se ha avalado finalmente el sistema tan estricto de reembolso de gastos médicos que prevé nuestra normativa.

⁷ PEMÁN GAVÍN, Juan María, “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)”, *Revista de Administración Pública*, n° 160, 2003, pág. 141.

transfronteriza, toda vez que el paciente asegurado puede elegir libremente someterse al tratamiento médico en un centro público o en un centro privado. Con ello se persigue, no sólo facilitar y fomentar la movilidad de los pacientes en el Espacio Económico Europeo, sino también, ampliar las posibilidades de expansión del negocio de la sanidad privada, tal como de forma expresa se recoge en el Real Decreto de transposición de la Directiva. De ahí que este tipo de asistencia transfronteriza se haya considerado como una forma de mercantilización de la sanidad provocada por la irrupción de las normas sobre mercado en el ámbito de los servicios públicos sanitarios⁸.

El origen de esta nueva vía de acceso a las prestaciones en otro Estado se encuentra en la jurisprudencia comunitaria, que ha considerado que la asistencia sanitaria no deja de ser un mero servicio a los efectos del derecho comunitario (artículos 56 y 57 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea), por lo que, en principio, la exigencia de una autorización administrativa previa ha de ser concebida como un obstáculo a la libre prestación de servicios sanitarios. Se iniciaba así el proceso de liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza. A través de sus sentencias, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha ido conformando todo un cuerpo jurisprudencial acerca del alcance del derecho a la asistencia sanitaria en otro Estado y sus reembolsos. Ha sostenido que la libre prestación de servicios abarca la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que precisan un tratamiento médico, de acudir a otro Estado miembro para recibir allí esos servicios. Ha considerado que constituye una restricción del principio comunitario de la libre prestación de servicios no garantizar a un paciente un nivel de reembolso equivalente al que hubiera tenido derecho si hubiera recibido la asistencia sanitaria en el Estado miembro de afiliación y, en fin, ha considerado que la exigencia de una autorización previa por parte de dicho Estado también es un obstáculo a la libertad comunitaria, aunque en algunos casos la autorización puede estar justificada.

Efectivamente, con la jurisprudencia sentada a partir del año 1998 en los casos Kohll y Decker, de 28 de abril, puede decirse que el Tribunal ha inaugurado una segunda vía para el acceso a las prestaciones sanitarias al margen de la normativa prevista

⁸ CANTERO MARTÍNEZ, Josefa, “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea: entre ciudadanía sanitaria y reglas del mercado”, en *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales*, Tirant Lo Blanch, 2011, págs. 83 y ss.

en materia de Seguridad Social y sin necesidad de contar con una previa autorización administrativa. Con estas dos sentencias, relativas a un tratamiento de ortodoncia y a la compra de unas gafas en otro Estado, efectivamente, el Tribunal ha afirmado que las libertades fundamentales garantizadas en los Tratados constitutivos se oponen a toda normativa nacional que subordine el reembolso de un producto farmacéutico o de una prestación médica obtenida en otro Estado a la exigencia de una previa autorización concedida por el organismo competente de la Seguridad Social del Estado de afiliación.

Como ambas sentencias se referían a prestaciones sanitarias prestadas en una consulta y que habían sido previamente pagadas por los interesados, se planteaba la duda de si la misma interpretación debía realizarse con las prestaciones que se prestan en los hospitales. A partir de la Sentencia Geraets y Peerbooms, de 12 de julio de 2001 (asunto C-157/99) quedó también solucionada esta duda, «las prestaciones médicas dispensadas a cambio de una remuneración están comprendidas en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios, incluida la asistencia dispensada en un marco hospitalario» y, asimismo, ha considerado que «la libre prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que requieren tratamiento médico, para desplazarse a otro Estado miembro con el fin de recibir allí dichos servicios» (entre otras muchas, en las sentencias de 16 de mayo de 2006, Watts, C-372/04, en la de 19 de abril de 2007, Stamatelaki, C-444/05, en la de 15 de junio de 2010, Comisión/España, C-211/08; en la Sentencia Elchinov de 5 de octubre de 2010, asunto C-173/09 o en la Sentencia de 9 de octubre de 2014, asunto C268/13, Elena Petru).

La aplicación de las libertades comunitarias es independiente del modo en que se preste y organice la asistencia dentro de los Estados. La jurisprudencia comunitaria ha declarado de forma inconcusa que todas las prestaciones médicas, ya sean dispensadas a cambio de una remuneración o ya sean prestadas en especie directamente por el sistema público sanitario, están comprendidas en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios, incluida la asistencia dispensada en un marco hospitalario⁹. Ha considerado, como regla general,

que la exigencia por parte de los Estados de una autorización previa para recibir asistencia en otro supone un obstáculo a la libre prestación de los servicios sanitarios, aunque el sistema permite algunas excepciones, especialmente para la asistencia hospitalaria o para la que resulta especialmente compleja o costosa. La liberalización permite la subordinación de la asistencia a una autorización previa por razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o cuando se trate de asegurar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos disponibles.

La aplicación de esta jurisprudencia nos ha situado ante un novedoso y complejísimo marco que resulta difícil de gestionar de forma unilateral para un Estado sin tener en cuenta a los demás Estados implicados. Ciertamente es complicado que un Estado pueda definir su política sanitaria y su responsabilidad, especialmente en materia de reembolso de gastos médicos, sin ponerse de acuerdo con los demás sobre las responsabilidades de otros países involucrados y sobre la seguridad y calidad de las prestaciones, lo que requiere la cooperación a escala comunitaria y cierta aproximación de las normas sanitarias de los distintos Estados miembros. Todo ello llevó a las autoridades europeas a decidir la liberalización del sector sanitario mediante la aprobación de una Directiva comunitaria sobre la asistencia sanitaria transfronteriza, invocando directamente principio de subsidiariedad establecido en el art. 5 del TFUE ante las dificultades que encontrarían los Estados para conseguir de una manera suficiente el objetivo perseguido de la movilidad de los pacientes.

Inicialmente esta intervención pretendió legitimarse exclusivamente en la competencia de la Unión sobre el mercado interior, esto es, en el art. 114 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) relativo a la mejora del funcionamiento del mercado interior. Es decir, paradójicamente, la creación de este nuevo derecho a la libre opción sanitaria transfronteriza que extiende los derechos de ciudadanía sanitaria tendría su fundamento legal último, su legitimación, en el mercado interior. Posteriormente se decidió incluir un nuevo título de intervención, esta vez el relativo a la salud pública previsto en el art. 168.7, que obliga a la Unión Europea a conseguir un nivel elevado de protección de la salud en todas sus políticas. A pesar de que se invocan ambos títulos

⁹ Para profundizar sobre esta extensa línea jurisprudencial nos remitimos a GARCÍA AMEZ, Javier, “El reintegro de gastos en la directiva de asistencia transfronteriza: compensación para el paciente y reforzamiento de la libre circulación de pacientes consolidada a través de la jurisprudencia europea”, en la

obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, dirigida por Cantero Martínez, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, págs. 60 y ss.

competenciales, la Directiva es muy clara y tajante al establecer que “la base jurídica adecuada es el artículo 114 del TFUE” pues la mayoría de sus disposiciones tienen por objeto mejorar el funcionamiento del mercado interior y la libre circulación de mercancías, personas y servicios.

La culminación de todo este proceso liberalizador se ha producido con la aprobación de la *Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*. Esta norma comunitaria, que entró en vigor el 25 de octubre de 2013, se aplica sólo a la asistencia sanitaria prestada o recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación¹⁰. Ha sido transpuesta a nuestro ordenamiento a través del *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*. Con este nuevo marco jurídico se pretende sistematizar y clarificar los derechos de los pacientes en la movilidad transfronteriza para facilitar la libre circulación de pacientes por todo el territorio del Espacio Económico Europeo.

III. SOBRE EL CONTENIDO BÁSICO DEL NUEVO DERECHO A LA LIBRE OPCIÓN TRANSFRONTERIZA

La Directiva crea un nuevo derecho de opción para los ciudadanos asegurados en cualquier Estado miembro. Se basa en la libertad del paciente para elegir. Ello quiere decir que los pacientes asegurados españoles pueden decidir someterse a un tratamiento médico conforme a los requisitos y reglas que establece nuestro Sistema Nacional de Salud o pueden

decidir someterse a dicho tratamiento en otro Estado miembro de la Unión Europea, en cuyo caso no tendrán ya ninguna restricción en cuanto a la elección del proveedor de servicios, salvo que se trate de cuidados de larga duración, trasplante de órganos o programas de vacunación contra las enfermedades infecciosas. La asistencia que requiere este tipo de situaciones queda al margen de la Directiva comunitaria y, por tanto, no se aplica el derecho a la libre elección transfronteriza del paciente.

El nuevo modelo parte de la idea básica y esencial de que el paciente debe de saber de antemano y con certeza qué reglas serán aplicables. Se entiende que sólo así el paciente podrá elegir con conocimiento de causa y podrá establecerse un nivel elevado de confianza entre el paciente y el prestador de la asistencia sanitaria. Para hacer efectivo este deber de información se establece un complejo entramado de relaciones entre los puntos nacionales de contacto que deben existir en cada Estado, que deben estar conectados entre sí y actuar en red. Debe existir un punto nacional en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aunque este deber se extiende también a los “proveedores de asistencia sanitaria”, esto es, a toda persona física o jurídica que preste legalmente asistencia sanitaria que, en el caso español, se refiere, tanto a los servicios de salud como a los centros, servicios, establecimientos o unidades asistenciales autorizados, catalogados y registrados según lo dispuesto en el *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*.

El paciente que opta y recibe asistencia sanitaria transfronteriza tiene que abonar los gastos que se deriven de la misma y posteriormente solicitar el reembolso de dichos gastos en su país de afiliación, esto es, en el Estado miembro en el que esté asegurado ese paciente o donde tenga derecho a las prestaciones sanitarias con arreglo a su legislación. Este derecho a la movilidad abarca no solo al tratamiento médico, sino también la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios cuando estos sean provistos en el contexto de un servicio sanitario, bien porque se adquieran dichos medicamentos y productos sanitarios en un Estado miembro que no sea el Estado miembro de afiliación o bien porque se adquieran en otro Estado que no sea aquel en que fue expedida la receta.

Para facilitar el ejercicio del derecho de opción, el Real Decreto 81/2014 fija los principios generales

¹⁰ Por lo demás, la Directiva tiene otro contenido que, sin duda, merece una valoración altamente positiva.

Crea una red de puntos de contacto nacionales encargados de ofrecer información clara y exacta sobre dicha asistencia, que está llamada a desempeñar un papel esencial para el adecuado uso de este derecho. Establece las bases para la cooperación sanitaria entre los países europeos y un nuevo entramado de compromisos y responsabilidades de los Estados en esta materia. Asimismo, ayuda a los países de la Unión a poner en común su experiencia sobre la mejor atención posible al paciente estableciendo la obligación de intercambiar información sanitaria, favoreciendo la atención a las enfermedades raras y la creación de centros de referencia. Potencia el uso de las nuevas tecnologías sanitarias y la creación de redes para la evaluación de las tecnologías, fomenta la e-salud y establece unas normas europeas sobre los elementos que deben contener como mínimo las recetas médicas de un país de la UE para que el paciente pueda utilizarlas en otro, favoreciendo así su movilidad (receta transfronteriza).

y los derechos de los pacientes, estableciendo las garantías para que la prestación médica se otorgue en condiciones de calidad, seguridad y transparencia mediante mecanismos como la información a través de los puntos nacionales de contacto, la posibilidad de presentar reclamaciones para pedir reparación por la asistencia prestada de modo no satisfactorio, la continuidad del tratamiento y la protección de su derecho a la intimidad.

Nuestro ordenamiento exige no obstante el cumplimiento de algunas formalidades previas. El art. 10.4 del Real Decreto prevé que, en el caso de que el asegurado reciba asistencia en otro Estado y sea necesaria una evaluación previa que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente, la misma será realizada por un médico de atención primaria. Ciertamente esta previsión, en la medida en que actúa como un importante filtro para el ejercicio del derecho, resulta de dudosa compatibilidad con la Directiva, tal como reconoce el Informe presentado por la Comisión al Consejo y al Parlamento sobre la aplicación de la Directiva. Tal como se recuerda en dicho documento, según el principio de reconocimiento mutuo de cualificaciones, los Estados miembros deben aceptar las decisiones relativas a la necesidad clínica y al carácter adecuado del tratamiento adoptadas por un médico con cualificaciones profesionales equivalentes en otro Estado miembro¹¹.

Sólo en algunos casos este tipo de asistencia requiere una autorización previa por parte de la entidad responsable del aseguramiento del paciente en su país de afiliación. Estos supuestos se han fijado en el anexo II del Real Decreto 81/2014, que, como regla general, exige la previa autorización cuando el tratamiento implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche. Asimismo, se ha previsto cuando el paciente necesite ser tratado en centros o unidades de referencia, cuando se trate de la utilización de técnicas, tecnologías o procedimientos que sean sumamente especializados o tengan un elevado coste económico; cuando se trate de diálisis, de la utilización de técnicas de reproducción humana asistida, de tomografías por emisión de positrones (PET), radioterapia, cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico, radiocirugía, análisis genéticos, tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe

mensual sea superior a 1.500 €, cuando se trate de determinados tratamientos que requieran prótesis o fórmulas nutricionales, etc. En estos casos, la Administración deberá resolver en el plazo máximo de cuarenta y cinco días, entendiéndose estimada la solicitud por silencio administrativo positivo una vez vencido el plazo sin haberse notificado la resolución.

Por lo demás, y en coherencia con la jurisprudencia comunitaria, la Administración sólo puede denegar la autorización solicitada si el tratamiento solicitado no se encuentra dentro de la cartera de servicios, si puede representar un riesgo para el paciente o la salud pública o el prestador de servicios no reúne las condiciones de seguridad y calidad y puede asimismo representar un riesgo. También puede denegarse la autorización si en España puede ofrecerse una asistencia sanitaria apropiada en un plazo médicamente justificable. A sensu contrario habrá que entender que cuando existe una lista de espera la Administración no puede denegar la autorización solicitada.

IV. SI YA EXISTÍA ESTA MOVILIDAD DE PACIENTES, ¿POR QUÉ INSTAURAR PARALELAMENTE ESTE NUEVO RÉGIMEN LIBERALIZADO PARA LA ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA?

La asistencia sanitaria transfronteriza regulada en la Directiva es una posibilidad añadida a la contemplada en los Reglamentos sobre la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social existentes. La Directiva ha dado lugar a la conformación de un modelo dual para regular la movilidad de los pacientes y las prestaciones médicas que se reciben en otro Estado¹². Tanto la vía de la Directiva 2011/24/UE como la vía de los reglamentos sobre Seguridad Social coinciden ampliamente en sus ámbitos subjetivos y objetivos de aplicación, lo que nos sitúa ante un marco jurídico ciertamente complejo, por no decir ante una situación de auténtica “patología” jurídica, pues la misma realidad se regula de dos formas diferentes.

El artículo 20, apartado 1, de la Directiva obliga a la Comisión a elaborar antes del 25 de octubre de 2015, y posteriormente cada tres años, un informe sobre la aplicación de la Directiva y flujos de pacientes para presentarlo al Parlamento Europeo y al Consejo. En el primero de estos informes, presentado en

¹¹ Informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, Bruselas, 4 de septiembre de 2015, COM (2015), 421 final.

¹² ALONSO OLEA GARCÍA, Belén, “Las prestaciones sanitarias en el Derecho de la Unión Europea”, Revista *Derecho y Salud*, número extraordinario, volumen 26, 2016, pág. 409.

el mes de octubre de 2015 se dice que los flujos de movilidad de pacientes son muy bajos y que en las cifras y datos proporcionados por los Estados miembros resulta prácticamente imposible hacer esta distinción, toda vez que se trata de cifras agregadas que combinan las autorizaciones en virtud de los Reglamentos sobre seguridad social y las de la Directiva. Sin embargo, las consecuencias para el paciente y para los propios servicios de salud son considerables.

Efectivamente, tal como se explica en la exposición de motivos del reglamento, la diferencia práctica más notable es que, con arreglo a la Directiva, los pacientes anticipan los pagos de la asistencia sanitaria recibida que se reembolsarán posteriormente según los casos; mientras que, en el ámbito de los reglamentos, no existe esta obligación con carácter general porque existe un sistema de compensación entre los Estados. Otra diferencia, a mi juicio la más destacable, es que la directiva es aplicable a todos los proveedores de asistencia sanitaria, ya sean públicos o privados, mientras que los reglamentos coordinan sólo sistemas de seguridad social. Por eso, el proceso de liberalización de la asistencia transfronteriza que incorpora la Directiva se ha interpretado como una oportunidad de negocio y expansión para la sanidad privada. Fuera de las fronteras, se permite al paciente optar entre lo público y lo privado, lo que supone una importantísima novedad para nuestro servicio público.

Los reglamentos garantizan la protección sanitaria de los ciudadanos europeos cuando se mueven por el espacio europeo, tanto en el caso de estancia temporal como permanente¹³. El asegurado, que tendrá que estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Europea y, en su caso, disponer de los correspondientes documentos autorizatorios¹⁴, tendrá derecho a dis-

frutar de las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que disfrutarían los propios pacientes del Estado que le presta la asistencia¹⁵. La elección de esta vía para el paciente no es neutral, toda vez que, si existen disparidades entre los dos Estados implicados, el paciente no tendrá derecho a recibir las prestaciones a las que tendría derecho conforme a la legislación de su país si las mismas no existen en el país de residencia (Sentencia del Tribunal de Justicia de 16 de julio de 2009, asunto Chamier-Glisczinski, C-208/07, relativa a las prestaciones médicas en caso de dependencia). Tampoco tendrá derecho al reembolso de gastos cuando el nivel de cobertura del país del tratamiento sea inferior al que le correspondería en el Estado de afiliación (Sentencia del Tribunal de Justicia de 15 de junio de 2010).

Los desplazamientos intencionados (programados) cuyo propósito es precisamente recibir asistencia sanitaria fuera del Estado competente se contemplan en los reglamentos comunitarios de coordinación de la Seguridad Social de manera muy restringida en su art. 20, por lo que éste sería el principal “hueco” que vendría a cubrir la Directiva, liberalizándolos, dando seguridad jurídica a los viajes al extranjero que tienen como finalidad directa recibir un tratamiento médico y permitiendo al paciente optar entre el sistema público o el privado con toda libertad¹⁶. La Directiva incorpora una nueva dimensión extraterritorial del derecho a la protección de la salud, supone la exportación del derecho. El paciente transfronterizo “carga en su mochila” toda su cartera de prestaciones y las ejecuta libremente en otros Estados, ya sea en la sanidad pública o ya sea en clínicas y hospitales privados.

Aun así, el deslinde entre ambos marcos jurídicos es muy difícil de establecer en la práctica. En todo caso, puede decirse que existe una preferencia

13 GIL PÉREZ, María Encarnación, “Implicaciones para el paciente transfronterizo del sometimiento a los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. La existencia de un modelo dual para la asistencia sanitaria en Europa”, en la obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, op. Cit., págs. 226 y ss.

14 El documento DA1 (el antiguo E-123) está previsto únicamente para los supuestos en los que la atención sanitaria es requerida como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional. El documento S1 (antiguo E-106) se requiere para desplazamientos temporales y trabajadores que ejerzan su actividad en dos o más Estados miembros, pero no está previsto cuando el motivo de la estancia en otro Estado sea precisamente el recibir un tratamiento médico; el S2 (antiguo E-112) para los supuestos de asistencia sanitaria programada en otro Estado y el S3 (antiguo E-106) está pensado para los trabajadores transfronterizos, permitiéndoles que puedan recibir la asistencia sanitaria en el país donde trabajaba antes, ya sea para someterse a un nuevo tratamiento o para continuar con el ya iniciado antes de dejar de trabajar en ese Estado.

15 El paciente tendrá derecho a las prestaciones en especie efectuadas, a cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la normativa del Estado miembro en que se realicen las prestaciones, como si el asegurado estuviera afiliado a la misma (véanse, en este sentido, las sentencias de 28 de abril de 1998, Decker, C-120/95, Kohll, C-158/96; la de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98; la de 23 de octubre de 2003, Inizan, C-56/01 o la de 5 de octubre de 2010, asunto Elchinov C-173/09).

16 Según dicho precepto, la asistencia programada en otro Estado requiere autorización previa. Esta deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que reside el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.

por el sistema de Seguridad Social porque generalmente suele ser más cómodo y beneficioso para el paciente porque no suele anticipar pagos. El art. 1 del Real Decreto 81/2014 no deja lugar a dudas: cuando resulten aplicables las disposiciones sobre la asistencia sanitaria transfronteriza previstas en dichos Reglamentos, este reglamento no será aplicable, salvo que el paciente solicite expresamente su aplicación. Por lo demás, existe obligación por parte de la Administración sanitaria de informar al paciente sobre las consecuencias que se derivan de los dos modelos. El art. 7.4.d) es muy claro al respecto al atribuir al punto nacional de contacto la obligación de informar, en particular, sobre los derechos que corresponden al paciente derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza y los derivados de los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de seguridad social. Se trata de una información muy delicada que obligará al Ministerio a hacer un importante esfuerzo y a establecer o, en su caso, reforzar las unidades encargadas de hacer esta labor de información y asesoramiento. Habrá de determinarse también el carácter vinculante que puedan tener estas informaciones, sobre todo si el paciente se basa en ellas para tomar sus decisiones.

La exportación de la asistencia sanitaria vía reglamentos comunitarios se caracteriza porque las prestaciones son servidas conforme a la legislación del país donde se presta el servicio tanto en lo relativo a su contenido (cartera de servicios), a la financiación respecto al usuario (ya sea copago, o gratuidad o reembolso, en su caso) como al proveedor del servicio (el correspondiente al sistema sanitario público del país de estancia en el que se atiende al beneficiario). Además, la facturación del servicio financiado se realiza generalmente entre las instituciones competentes de cada Estado (artículo 35 del Reglamento 883/2004 en concordancia con otros de la misma norma comunitaria como el artículo 41 o los artículos 52 y siguientes).

También existen diferencias concretas en relación con los costes (procedimientos y nivel de reembolso) y la autorización para recibir asistencia. En relación con los costes de las prestaciones sanitarias recibidas en otro Estado, conforme establecen los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social, se reembolsan según las condiciones y tarifas de reembolso del Estado de tratamiento. Además, el procedimiento de reembolso tendrá lugar entre las instituciones de los Estados involucrados. Si el ciudadano opta por la vía de la Directiva y el Real Decreto 81/2014, el paciente pagará directamente al proveedor de la asistencia de

acuerdo con los costes y tarifas del país de tratamiento. Pero el reembolso se realizará cuando regrese, de acuerdo con las condiciones y tarifas que se hubiesen aplicado por esa asistencia en España, que es el estado de afiliación, excluyéndose los gastos conexos (alojamiento, manutención y viaje).

En relación con la autorización para recibir asistencia, según los Reglamentos la autorización previa es un requisito necesario para recibir el tratamiento programado en otro Estado y la concede el INSS. Por el contrario, si se opta por lo previsto en el Real Decreto 81/2014 no se requiere autorización salvo que se trate de alguno de los supuestos concretos detallados en el anexo II del citado Real Decreto¹⁷ y será concedida por el correspondiente servicio de salud autonómico. Se trata, en definitiva, de dos sistemas que funcionan en paralelo, con distintas Administraciones territoriales implicadas y con diferentes consecuencias jurídicas para el paciente.

V. EL FLUJO BIDIRECCIONAL DE PACIENTES Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA. NUEVOS DESAFÍOS Y NUEVAS OBLIGACIONES

La organización y gestión de los servicios sanitarios es competencia exclusiva de cada Estado miembro de la Unión Europea. Así de claro y contundente se muestra el art. 168.7 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) al disponer 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, lo que comprende también la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios¹⁸.

¹⁷ En principio, y según la jurisprudencia comunitaria, la autorización previa constituye, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, un obstáculo a la libre prestación de servicios (véanse, en este sentido, las sentencias de 12 de julio de 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99; la de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet, C-385/99; la de o la de 5 de octubre de 2010, asunto Elchinov C-173/09).

¹⁸ La Unión Europea no tiene atribuidos títulos directos de intervención en estas materias, si bien es cierto que desempeña un papel importante en la mejora de la salud pública, al prevenir y gestionar enfermedades, mitigar las fuentes de peligro para la salud humana y armonizar las estrategias de los Estados miembros en materia de salud (art. 168 TFUE). Este papel se vio fortalecido con el Tratado de Lisboa, que ha reforzado la importancia de la política sanitaria, al fijar como objetivo la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana al

También así lo resaltó tempranamente la Comisión detallando en qué consiste la responsabilidad nacional de los sistemas de salud, que aborda temas como la financiación del sistema de salud; la asignación interna de recursos, el establecimiento de prioridades generales para el gasto sanitario y el derecho de determinar el alcance de la atención financiada con fondos públicos; la asignación de prioridades para el acceso de cada persona al sistema (si lo paga el régimen nacional) con respecto a la necesidad clínica, las estrategias de gestión dentro de presupuestos fijos; y cuestiones de calidad, eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria como son las directrices clínicas¹⁹.

Sin embargo, esta afirmación sólo es parcialmente cierta a raíz del proceso de liberalización de este tipo de asistencia. La sentencia sobre el caso Watts en 2006 ya declaró expresamente la posibilidad de que los Estados tuvieran que realizar algunas adaptaciones en sus sistemas sanitarios para acomodarse al nuevo marco de libertad de circulación de pacientes y de liberalización de los servicios sanitarios transfronterizos. La Directiva 2011/24/UE se configura como un nuevo régimen que amplía y promueve las posibilidades de asistencia sanitaria en Europa porque liberaliza una parcela del servicio público sanitario, la referida a la asistencia que se presta en otro Estado y ello forzosamente va a incidir en cómo los Estados prestan y organizan sus sistemas de salud. Por lo pronto, establece un nuevo marco de obligaciones que deberán ser cumplidas por los correspondientes servicios de salud.

El espíritu de la directiva, efectivamente, es garantizar la movilidad del paciente y para ello hace posible la libertad de elección de éste sin que pueda producirse ningún tipo de discriminación por razón de nacionalidad. Esto supone que el flujo de pacientes es bidireccional: los pacientes asegurados que residen en España pueden acudir a otro Estado del Espacio Europeo y, asimismo, los pacientes de otros Estados pueden decidir recibir sus tratamientos médicos en nuestro Sistema Nacional de Salud o en las clínicas privadas españolas. Ello significa que este marco de movilidad transfronteriza de los pacientes forzosamente ha de tener consecuencias en nuestro modelo y requerirá de importantes adaptaciones.

definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión. Este objetivo debe alcanzarse mediante el apoyo de la Unión a los Estados miembros y fomentando la cooperación.

19 Comunicación de la Comisión. *Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea*. Bruselas, 20.04.2004. COM (2004) 301 final.

Por lo demás, los pacientes extranjeros podrán someterse a tratamientos en España y los servicios sanitarios españoles, públicos o privados, están obligados a respetar el principio básico de no discriminación por razón de nacionalidad, dándoles el mismo tratamiento que a los pacientes españoles. Este principio está llamado a tener importantes repercusiones, no sólo a la hora de establecer las tarifas sobre los tratamientos sanitarios, sino también y principalmente a la hora de gestionar las listas de espera. Veámoslo.

1. LOS SERVICIOS DE SALUD COMO “EXPORTADORES” DE PACIENTES

Nos vamos a ocupar en este punto de analizar las nuevas obligaciones que corresponden a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas cuando la asistencia sanitaria a pacientes cuyo Estado de afiliación es España se preste en otro Estado miembro (arts. 5 y siguientes del Real Decreto 81/2014), lo que para simplificar, de una forma más gráfica y siguiendo la terminología utilizada por Repullo Labrador, hemos denominado “exportación” de pacientes²⁰.

El derecho a la libre opción sanitaria transfronteriza permite al paciente asegurado español recibir un tratamiento en cualquier Estado del Espacio Económico Europeo a cargo del sistema público. El Derecho comunitario ha supuesto en este sentido la ampliación territorial del derecho a la protección de la salud. Supone configurar el derecho a la protección de la salud y las prestaciones sanitarias como un derecho transportable en Europa, que el paciente asegurado puede ejercitar en cualquier Estado del Espacio Económico Europeo con cargo al presupuesto público. Además, el paciente podrá optar por el sistema sanitario público o privado. La Directiva no discrimina entre los proveedores públicos o privados, por lo que el servicio de salud deberá también reembolsar los gastos generados por tratamientos obtenidos en clínicas privadas.

Esto supone un importante elemento de ruptura respecto del modelo sanitario español, que no permite optar entre lo público y lo privado. En nuestro ordenamiento, la posibilidad de que el paciente pueda salirse del sistema, acudir libremente a un médico privado y solicitar posteriormente el reembolso de

20 REPULLO LABRADOR, José Ramón, “Impacto económico del turismo sanitario. Retos para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en la obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, dirigida por Cantero Martínez, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pág. 333.

los gastos, está exclusivamente limitada para aquellos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital. Es más, sólo procede el reembolso cuando la Administración comprueba que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios públicos sanitarios y que dicha asistencia no ha constituido una utilización desviada o abusiva de esta excepción²¹. Dada esta estricta regulación, hasta ahora ha resultado muy difícil que el usuario español que decide recibir asistencia sanitaria en otro país de la Unión Europea pueda invocar después este precepto para exigir el reembolso pues, tal como ha declarado reiteradamente la jurisprudencia, «no se aprecia urgencia vital si el paciente se traslada al extranjero para ser tratado o intervenido, sin autorización oficial, a no ser que surja la urgencia estando ya en el extranjero y sin haber buscado a propósito dicha situación²²».

Con la Directiva se altera la filosofía del modelo. Es decir, lo que no se permite para el paciente “interno” o nacional se permite con toda naturalidad para el paciente transfronterizo, lo que en la práctica plantea un problema de discriminación para aquel, la denominada “*inverse discrimination*”²³ o “discriminación

inversa”. Dado que la prohibición comunitaria de no discriminación por razón de nacionalidad no rige para las situaciones puramente internas, nuestro ordenamiento sanitario estaría dando a los pacientes nacionales un trato menos favorable que el que da a los pacientes de otros Estados miembros o, incluso, con respecto al que da a los nacionales propios que están ejerciendo el derecho a la libre opción sanitaria transfronteriza, generando así lo que en el argot comunitario se conoce como una «discriminación inversa²⁴». Este tipo de discriminación inversa es, pues, un efecto reflejo derivado del cumplimiento por parte de los Estados de las obligaciones comunitarias y que se traduce en una situación de trato desfavorable que el propio Estado da a sus nacionales que no se encuentran en una situación de asistencia transfronteriza.

Por otra parte, dado que en nuestro país la asistencia sanitaria está políticamente descentralizada y son las Comunidades Autónomas las responsables de su prestación, la normativa establece obligaciones para los servicios de salud que, en no pocas ocasiones, se entrelazan con las obligaciones de la Administración General del Estado o que difícilmente pueden ser cumplidas por aquéllas sin la participación directa del Estado. Así, por ejemplo, la función esencial de suministrar información al paciente para que pueda elegir si recibe tratamiento en su servicio de salud o en otro Estado con conocimiento de causa se atribuye directamente y de modo principal al punto nacional de contacto, que está en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (art. 5.2 del RD), aunque después, en otros preceptos del reglamento, esta obligación de información se extiende de modo generalizado a todos los prestadores o proveedores de asistencia sanitaria, sin distinguir la naturaleza pública o privada de los mismos (art. 6.1 del RD). Lo mismo sucede, por ejemplo, con las obligaciones de cooperación con otros Estados europeos en materia de sanidad electrónica, pues es el Estado español quien forma parte de la red europea de sanidad electrónica a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

21 Buena muestra de ello puede encontrarse en el Auto del TSJ de Cantabria de 1 de octubre de 2004, Sala de lo Social, que planteó al Tribunal de Justicia de la Unión Europea una petición de decisión prejudicial relativa al asunto entre Manuel Acereda Herrera y el Servicio Cántabro de Salud. Entre otros aspectos, se planteaba si es compatible con las normas comunitarias el sistema de reembolso tan estricto que prevé la normativa española, que suprime la posibilidad de los beneficiarios del sistema público de seguridad social español puedan obtener el reembolso de gastos de la prestación sanitaria realizada por empresas o profesionales sanitarios establecidos en el territorio español en el caso de que la prestación a la que tengan derecho no les sea prestada por el sistema público en un plazo razonable, habida cuenta de su estado y de la evolución probable de su enfermedad, mientras que sí está obligada a autorizar al beneficiario a recibir esa prestaciones en otros Estados miembros distintos a España. La Sentencia del Tribunal de Justicia de 15 de junio de 2006, Sala Primera, Asunto C-466/04, sin embargo, no se ha pronunciado sobre estos aspectos tan concretos al considerar que la justificación de una cuestión prejudicial no es formular opiniones consultivas sobre cuestiones generales o hipotéticas, sino las relativas estrictamente al caso concreto planteado. En esta ocasión, estaban centradas sobre el carácter reembolsable o no de los gastos de desplazamiento, estancia y manutención del acompañante del beneficiario, que había sido autorizado para recibir asistencia hospitalaria en otro Estado. Finalmente se decide que sólo son reembolsables los relativos a la estancia y manutención hospitalaria del paciente.

22 Entre otras muchas, las Sentencias de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 26 de febrero y de 17 de julio de 1990, del Tribunal Superior de Tenerife de 5 de julio de 1991 y del Tribunal Superior de Valencia de 25 de febrero de 1992.

23 En realidad, el concepto de la nacionalidad está completamente superado en esta materia por el concepto de la residencia y de afiliación al Estado responsable de la asistencia sanitaria. No obstante, nos tomamos esta licencia para facilitar el discurso y permitir una exposición más gráfica de los problemas

de discriminación interna que se plantean en la práctica, aunque esta diferencia de trato tenga cobertura legal. Al respecto nos remitimos a STRBAN, Grega, CARRASCOSA, Dolores, BERKI, Gabriella y VAN OVERMEIREN, Filip, *Analytical report 2016. Acces to healthcare in cross border situations*, informe elaborado por la red FeSsco, editado por la Comisión Europea, enero de 2017, págs. 8, 35.

24 UGARTEMENDIA ECEIZABARRENA, Juan Ignacio, “La tutela de la igualdad de trato como cauce de expansión de la incidencia del Derecho Comunitario en el ordenamiento interno”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, nº 84, 2008, págs. 138 y ss.

La principal obligación que corresponde al servicio de salud es la de costear el tratamiento recibido por sus pacientes asegurados a través del reembolso de los gastos médicos, con arreglo a las condiciones y requisitos que establece esta normativa reglamentaria. Si resulta aplicable la normativa dispuesta en los Reglamentos de coordinación de la Seguridad Social se aplicarán ellos con carácter preferente, salvo que el paciente solicite expresamente la aplicación de la Directiva (artículos 1 y 5.1 del Real Decreto). Ello es lógico si tenemos en cuenta que el sistema de seguridad social suele ser mucho más favorable para el paciente porque la compensación se hace entre Estados y éste no tiene que anticipar su pago.

Dado que el ejercicio de este derecho exige el previo pago del tratamiento por parte del paciente y la solicitud del posterior reembolso, el reglamento regula también las normas aplicables al reembolso de gastos contraídos en otros Estados. El paciente que ejercite su derecho a la asistencia en el extranjero adelantará el pago del tratamiento médico recibido y tendrá derecho a que se le reembolse cuando regrese a España, por su Comunidad Autónoma, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o Mutualidad de funcionarios que, en su caso corresponda, siempre que esa asistencia esté incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, de la cartera complementaria que haya podido establecer su Comunidad Autónoma (art. 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). Como el reembolso lo tiene que efectuar la Administración sanitaria autonómica se han establecido ciertos límites para evitar que se pueda producir un enriquecimiento injusto del paciente. De esta manera, la asunción de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza tiene como límite la cuantía que el mismo habría asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder nunca del coste real de la asistencia efectivamente prestada, aplicándose las tarifas aprobadas y publicadas en esa Comunidad y sin incluir los gastos de alojamiento o de viaje.

Estos gastos de reembolso se fijan, en todo caso, mediante un procedimiento transparente de cálculo, basado en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano por el paciente. Es decir, las tarifas que fije la Administración sanitaria autonómica no podrían en ningún caso incrementarse para los pacientes extranjeros. Para ello, una de las primeras obligaciones que se establecen para las Administraciones autonómicas consiste precisamente en regular y fijar los procedimientos para la exigencia de

los reembolsos y para la obtención de las correspondientes autorizaciones cuando éstas sean precisas.

Da la impresión de que nuestra normativa no quiere favorecer esta faceta, esto es, que los pacientes españoles viajen al extranjero. En este sentido, la directiva ha previsto determinados mecanismos para facilitar e incentivar el ejercicio de este derecho que no han sido recogidos finalmente por nuestra norma de transposición. Así, por ejemplo, el art. 7.4 de la Directiva prevé expresamente la posibilidad de que los Estados puedan decidir también reembolsar “los costes íntegros de la asistencia”, incluso si ésta excede de la cuantía que habrían asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio e incluso reembolsar los gastos conexos, tales como los gastos de alojamiento del paciente, de viaje o los gastos adicionales en que pudieran incurrir las personas con discapacidad cuando reciban asistencia sanitaria transfronteriza. Sin embargo, nuestro RD 81/2014 no ha previsto este otro contenido adicional de los reembolsos. Más bien podríamos decir todo lo contrario. Entre la documentación que debe presentar el paciente para el reembolso debe expresar también “la razón clínica por la que se presta asistencia sanitaria transfronteriza” (anexo I). Da la impresión de que se le obliga a explicar el porqué de dicha atención, lo cual resulta escasamente compatible con la libre circulación y con el derecho de opción que consagra el nuevo sistema. Recordemos que se trata enteramente de un derecho de libertad y que, en consecuencia, deben ser completamente indiferentes los motivos que han llevado al paciente a utilizar esta vía.

Asimismo, para facilitar su ejercicio y proporcionar mayor seguridad jurídica, el art. 9.5 de la Directiva prevé la posibilidad de que los Estados puedan establecer un sistema voluntario de notificación previa al paciente, de modo tal que éste reciba por escrito una estimación del importe máximo reembolsable. Dicha estimación, además, podría tener en cuenta el caso clínico del paciente, especificando los procedimientos médicos que puedan aplicarse. El Reglamento de transposición, no obstante, se limita a establecer la obligación del punto nacional de contacto del Ministerio de Sanidad de informar sobre los derechos del paciente “distinguiendo claramente” los que corresponderían por cada una de las dos vías existentes.

Por último, dado que este derecho no deja de ser un derecho “elitista” que sólo pueden ejercer las personas que tengan recursos económicos, el art. 9.5 de la Directiva también había contemplado la

posibilidad de que los Estados puedan aplicar los mecanismos de compensación financiera entre las instituciones competentes previstas en los reglamentos de coordinación de la Seguridad Social para evitar que el paciente tenga que anticipar el pago de la prestación. No obstante, tampoco esta otra medida se ha contemplado en el ordenamiento español.

Por lo demás, el nuevo sistema intensifica las obligaciones de la Administración de informar al paciente con la intención de facilitarle el ejercicio de este derecho, lo que exige, como mínimo, proporcionarle información adecuada para que elija libremente y adoptar las medidas que sean necesarias para que el paciente continúe con su tratamiento médico cuando regrese como si dicho tratamiento lo hubiera recibido en España. Tendrá que facilitarle una copia de su historia clínica o la posibilidad de disponer de ella, de los informes clínicos, de los resultados de pruebas diagnósticas, respetando las garantías de seguridad en el tratamiento de datos que se establecen en nuestro ordenamiento jurídico. Se incluye directamente en esta materia un deber de cooperación entre ambos Estados en materia de sanidad electrónica para el intercambio de la información que sea oportuna para la continuidad del tratamiento, lo que nos remite directamente a la red europea de sanidad electrónica, que conecta a la autoridad nacional que designe el Ministerio con las autoridades responsables de los demás Estados. Se establece también la obligación de las Administraciones de promover el acceso electrónico a la documentación clínica por medio de cualquier sistema. Una nueva opción que se está generalizando en algunas Comunidades Autónomas bien podría ser la llamada “carpeta sanitaria” que, estando configurada como un servicio público, permite al paciente tener a su disposición toda la información relativa a su salud.

En fin, como se ha señalado, el ejercicio de este derecho puede ser visto por los servicios de salud como una importante vía para descongestionar las listas de espera. Puede tener, no obstante, importantes efectos negativos en la medida en que puede suponer un importante gasto económico para los servicios de salud al tener que reembolsar el coste de estos tratamientos, difuminándose así las virtudes que producen las llamadas economías de escala. En todo caso, el dinero destinado a unos pocos supondrá una disminución de la correspondiente partida presupuestaria destinada a proteger la salud de toda la población. Es posible que las Comunidades Autónomas intenten evitar estos efectos gestionando de una

forma más eficiente sus listas de espera y, en general, las prestaciones sanitarias²⁵. El tiempo nos dirá.

2. LOS SERVICIOS DE SALUD (Y LOS CENTROS SANITARIOS PRIVADOS) COMO “IMPORTADORES” DE PACIENTES TRANSFRONTERIZOS

La liberalización del sector sanitario conlleva, tal como expresamente resalta la exposición de motivos del Real Decreto 81/2014, una oportunidad para la sanidad privada y un reto para el sector sanitario público, que tendrá que adaptarse al nuevo marco de obligaciones que prevé dicha normativa para facilitar el flujo de pacientes²⁶.

El nuevo marco liberalizador supone ciertamente una importante oportunidad de expansión para la sanidad privada y así lo han resaltado las propias normas y el Gobierno español. Dado el prestigio de que gozan los profesionales sanitarios españoles y el atractivo que supone el turismo en España, es previsible que este fenómeno de la asistencia sanitaria transfronteriza pueda atraer a importantes flujos de turistas que opten por una clínica española para someterse a un determinado tratamiento médico, anticipando los gastos y después solicitando el correspondiente reembolso cuando vuelvan a su país. Ello, sin duda, debe ser valorado positivamente por las oportunidades de expansión y riqueza que causaría en el sector. Además, como se ha señalado desde las propias instancias públicas, se espera que la atracción de estos flujos de pacientes no afecte directamente al servicio público sanitario. Dada la existencia de listas de espera, es previsible que los pacientes extranjeros las eviten acudiendo directamente a las clínicas y hospitales privados.

Nada impide, no obstante, que el paciente extranjero decida someterse a un tratamiento en un hospital público o a una consulta de atención primaria o especializada en el correspondiente servicio de salud autonómico. Nuestro servicio público cuenta con excelentes profesionales de gran prestigio, hasta el punto de que la sanidad española ha sido recientemente considerada como uno de los mejores sistemas

25 DE ANGELIS, Mónica, *op. Cit.*, pág. 215.

26 Para un análisis mucho más detallado de estas nuevas obligaciones nos remitimos, por todos, a LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “La gestión del turismo sanitario de ida y de vuelta en el ámbito público y privado”, en *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, *op. Cit.*, págs. 297 y ss.

sanitarios del mundo²⁷. De ser así, la aplicación del principio de igualdad y la prohibición de discriminación por razón de nacionalidad posiblemente requeriría la realización de ciertos ajustes y la adopción de medidas para agilizar las listas de espera, toda vez que estos pacientes se incorporarían al sistema público en las mismas condiciones que los pacientes asegurados españoles.

Especial interés reviste, efectivamente, la aplicación del principio básico de no discriminación por razón de la nacionalidad entre los pacientes españoles y extranjeros. Esta obligación se aplica tanto a los centros públicos como a los privados, aunque en este último caso es difícilmente acreditable porque dependerá de las normas internas que rijan cada uno de estos centros. En el caso de los centros sanitarios públicos resultaría aplicable el régimen actualmente previsto para los pacientes privados. Ello significaría que estos pacientes transfronterizos, a efectos internos, tendrían un estatus similar al que tienen los pacientes privados en nuestro servicio público. Como quedó acreditado en el asunto Ferlini, impediría, por ejemplo, establecer unas tarifas superiores a las que se aplicarían a los pacientes nacionales (sentencia *Angelo Ferlini v. Centre Hospitalier de Luxembourg*, de 3 de octubre de 2000, asunto C-411/98). En consecuencia, para la atención primaria se les aplicarían las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección que al resto de los usuarios. El ingreso

en centros hospitalarios se efectuaría a través de la unidad de admisión del hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciado según la condición del paciente español o paciente transfronterizo.

En este caso, el ejercicio de este derecho podría tener un importante impacto en nuestros servicios de salud. Podría suponer un incremento considerable de las listas de espera, lo que requeriría realizar un importante esfuerzo para su adecuada gestión, toda vez que la normativa de transposición no les ha dotado de ninguna herramienta que les permita reaccionar contra este fenómeno y, en su caso, acotarlo. Sólo la Administración estatal tendría la posibilidad de limitar el acceso de los pacientes extranjeros. Llegado el caso, solo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podría establecer condiciones respecto al acceso al tratamiento en España de pacientes europeos, siempre y cuando estas medidas sean proporcionadas y resulten necesarias para garantizar el acceso suficiente y permanente a la asistencia sanitaria ofertada por los servicios autonómicos de salud. Dichas limitaciones deben ser valoradas previamente por la Comisión Europea y publicadas en el punto nacional de contacto. Sólo se permiten cuando estén justificadas por razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o se pretenda asegurar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos.

La aplicación del nuevo sistema supone todo un reto para los servicios autonómicos de salud y exige un nuevo cambio en la cultura sobre la facturación por los servicios prestados, tanto en la atención primaria como en la atención especializada²⁸. El centro sanitario debe facturar por los servicios que preste a pacientes de otro Estado, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los servicios de salud, sin que, en ningún caso, puedan revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes. Por lo demás, las reglas de facturación vienen establecidas y reguladas con detalle especialmente en los artículos 11 y 12 del RD 81/2014.

27 La prensa ha recogido que la sanidad pública española es la octava mejor del mundo, según destaca un amplio y riguroso informe de la revista médica británica «The Lancet» y la Fundación Bill y Melinda Gates. El sistema de salud español supera incluso a los de Alemania, Italia, Francia y el Reino Unido, también, y de largo, al de Estados Unidos, que ocupa el puesto 35 del *ranking* mundial. Diario *ABC*, 19 de mayo de 2017. La noticia está disponible en el siguiente link:

http://www.abc.es/sociedad/abci-espana-octavo-pais-mejor-sanidad-segun-lancet-y-fundacion-gates-201705191304_noticia.html

Todo ello a pesar de que el gasto sanitario por habitante de España queda lejos de los principales países europeos. Así se desprende de los últimos datos publicados por Eurostat correspondientes a la inversión en sanidad durante 2014, en los que 16 países destinaban una cifra mucho mayor a sufragar la asistencia sanitaria en proporción a su población. En concreto, España destinó 2.034 euros por habitante a sanidad, una cifra muy inferior a la obtenida por países como Suiza -7.361 euros-, Noruega -6.839 euros-, Suecia -4.966 euros- o Dinamarca -4.876 euros. España dedicó un 9,1 por ciento de su PIB a gasto sanitario, un total de 94.534 millones de euros, una inversión que la situaría en el decimoprimer puesto de un total de 30 países. Esta cifra quedaría dos puntos por debajo de los principales países, ya que Suecia, Francia, Alemania y Holanda destinaron en torno al 11 por ciento de su PIB a gasto sanitario. Noticia aparecida en Redacción Médica el 15 de febrero de 2017. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-superada-por-16-paises-europeos-en-gasto-sanitario-por-habitante-1724>

28 Véase al respecto el trabajo de VÁZQUEZ GARRANZO, Javier, “Turismo Sanitario y facturación”, en la obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, op. Cit., págs. 418 y ss.

Con el tiempo, es previsible que la liberalización acabe generando una nueva cultura de competitividad que ahora no existe entre centros públicos y privados, e incluso entre los propios centros públicos sanitarios entre sí, para la atracción de pacientes y, con ello, para la obtención de nuevos ingresos. De hecho, el art. 8 del Real Decreto 81/2014, al fijar las obligaciones de información de los proveedores de asistencia sanitaria, introduce la información relativa a sus indicadores de calidad, información sobre los resultados conocidos de las distintas opciones de tratamiento obtenidos en sus centros, información relativa a las certificaciones respecto a sistemas de calidad como el sistema de formación sanitaria especializada, el de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia, sistemas de acreditación de la Comunidad Autónoma, sistemas de gestión de la calidad o certificaciones respecto a normas UNE/CEN/ISO u otras.

Por lo demás, se establecen también para los centros de salud o los centros privados nuevas obligaciones de información para el paciente de otro Estado de afiliación. Dichas obligaciones son prácticamente las mismas que asume cuando el paciente español viaja a otro Estado, aunque reforzadas tanto objetiva como subjetivamente. Por lo que respecta al sujeto obligado a la información, en este caso la obligación no sólo afecta al punto nacional de contacto, sino también a todos los proveedores de asistencia sanitaria, públicos o privados porque el reglamento no distingue. Por lo que se refiere al objeto de la información, en este caso es también más extenso porque abarca nuevas materias relativas a la responsabilidad, toda vez que tendrá que informar además de las vías de reclamación de responsabilidad en caso de que se causara un daño. Asimismo, se refuerzan las obligaciones en cuanto a la protección del derecho a la intimidad del paciente. En este caso, efectivamente, se ha establecido también de forma expresa la obligación de garantizar la protección del derecho a la intimidad del paciente conforme a la normativa española prevista en la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de diciembre) y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por el contrario, cuando el paciente español acude a un centro extranjero, el Estado español ya no puede garantizar que el derecho a la intimidad del paciente se proteja en los mismos términos. En este caso, sólo hay compromiso genérico de garantizar las medidas de seguridad en el tratamiento de datos que prevé la legislación española.

En este sentido, se echa de menos que la Directiva, a pesar de su título, no se haya preocupado por armonizar en mayor grado algunos derechos básicos del paciente, como son los relacionados con su autonomía o con su intimidad²⁹. Es evidente que su principal preocupación tiene que ver con una concepción mucho más mercantilista y consumerista de la asistencia sanitaria.

VI. CONCLUSIÓN

Por el momento, los primeros informes que recogen los datos sobre la experiencia sanitaria transfronteriza durante los años 2014 y 2015 muestran que los flujos de pacientes entre Estados todavía son muy escasos y que los ciudadanos de la UE sólo tienen un conocimiento parcial de sus derechos transfronterizos³⁰. Según el último Eurobarómetro realizado sobre esta materia, la principal razón por la cual los encuestados no están dispuestos a someterse a un tratamiento médico en otro Estado es porque están satisfechos con la asistencia sanitaria que reciben en su propio país y por ello, en circunstancias normales, no sentirían la necesidad de buscar tratamientos fuera³¹. En este sentido, es significativo que el grado de satisfacción con la asistencia sanitaria recibida fue particularmente alta en España (70% de los encuestados). Asimismo, los ciudadanos europeos siguen prefiriendo ser tratados en sus propios Estados, cerca de sus casas y de sus familiares, pues siguen viendo en el idioma un importante obstáculo para la utilización de este derecho³².

29 DE MONTALVO JÄÄSKEKÄINEN, Federico, “derechos y deberes del paciente transfronterizo. ¿Existe un verdadero catálogo transfronterizo en el nuevo espacio común sanitario de la Unión Europea?”, en la obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, op. Cit., págs. 189 y ss.

30 Sobre los resultados iniciales de la aplicación de la Directiva puede consultarse el siguiente estudio: Evaluative study on the crossborder healthcare Directive (2011/24/EU), 21 de marzo de 2015, en http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf.

31 *Special Eurobarometer 425. Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union*, publicado en mayo de 2015. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.

32 Tampoco durante el año 2015 parece que hayan aumentado mucho más los flujos de pacientes transfronterizos, pues durante ese año la mayoría de los Estados miembros recibieron menos de 100 solicitudes de autorización previa para someterse a un tratamiento en otro Estado y de ellas, como promedio, fueron autorizadas aproximadamente el 50,2% de las solicitudes presentadas. *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015*. Comisión Europea.

En todo caso, el actual recurso que se está haciendo a la asistencia sanitaria transfronteriza no refleja fielmente la demanda potencial³³. Aunque por el momento parece que es muy limitado el número de pacientes transfronterizos españoles que acuden a otros Estados, es previsible que conforme vaya aumentando el conocimiento sobre estos derechos y clarificándose su marco jurídico se vaya produciendo progresivamente un aumento de la demanda³⁴. El modelo apenas acaba de ser gestado y habrá que esperar a los años venideros para ver su verdadero impacto en nuestro sistema público sanitario.

Por el momento, las Comunidades Autónomas y sus servicios de salud son los verdaderos protagonistas del sistema. La liberalización de la asistencia transfronteriza supone un importante reto para ellas, un cambio de cultura en materia de facturación y, sobre todo, la necesidad imperiosa de adaptarse al nuevo marco jurídico de obligaciones diseñado por la Directiva comunitaria. Todo ello, claro está, teniendo en cuenta que, tal como ha señalado Font I Llovet, “*las características específicas de la asistencia sanitaria como un servicio de interés general que inciden directamente en el derecho constitucional a la protección de la salud, exigen una exquisita atención a los principios de igualdad, continuidad, universalidad y calidad, de manera que su apertura al mercado mantenga las características que han de permitir la realización de su finalidad básica de solidaridad social*”³⁵.

33 Se ha dicho que, al menos a día de hoy, estamos ante un fenómeno “sobrevalorado” y prácticamente simbólico. REPULLO LABRADOR, José Ramón, “Impacto económico del turismo sanitario. Retos para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en la obra colectiva titulada *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa*, op. Cit., pág. 351.

34 *Impact of information on patients' choice within the context of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. Final Report. London Economics, octubre 2014, pág. 37.

35 FONT I LLOVET, Tomás, “Organización y gestión de servicios de salud: el impacto del derecho de la Unión Europea”, en *Servicios de interés general, colaboración público-privada y sectores específicos*, obra colectiva dirigida por Vera Parisio, Vicenç Aguado i Cudol y Belén Noguera de la Muela, Tirant Lo Blanch y Giappichelli Editore, Valencia y Turín, 2016, pág. 217.