

LA TRASPOSICIÓN AL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL DE LA DIRECTIVA DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Pilar Calvo Pérez

*Subdirectora General para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

La Directiva de Atención Transfronteriza fue publicada el 9 de marzo de 2011 y el plazo para hacer la transposición finaliza el 25 de octubre de 2013. Supone un reto para el Sistema Sanitario español, no solo por la adaptación necesaria, sino por tener que hacerlo en un tiempo de restricción presupuestaria.

La movilidad de los pacientes por Europa está circunscrita a los países pequeños y a las zonas transfronterizas, siendo un fenómeno marginal en el resto de los Estados, pero previsiblemente irá en aumento, y esta Directiva puede contribuir a ello

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. LA SALUD DE LOS TRATADOS
3. CONTEXTO SOCIAL
4. LA DIRECTIVA DE ATENCIÓN TRANSFRONTERIZA
5. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

La Unión Europea está formada por 27 países con una gran diversidad cultural, económica y social de la que dan idea las cifras: 27 países, casi 500 millones de habitantes, 23 lenguas oficiales y 60 regionales. Posee unos indicadores sanitarios excelentes a pesar de haber descendido tras la incorporación de los 12 países en 2004 y 2007. Su esperanza de vida al nacer está cercana a los 80 años y el 95% de su población dispone de un seguro sanitario, siendo el 5% restante en general, el sector más favorecido. El gasto sanitario alcanza casi los 2200€ por habitante y supone alrededor del 8,3% del PIB.¹

Uno de los retos a los que se enfrenta en los próximos años, además de a la crisis económica, es el progresivo envejecimiento de la población, lo cual implica un gran consumo de servicios sanitarios y sociales.

Los Estados miembros siempre han sido recelosos a la hora de “hacer Europa” con sus sistemas de asistencia sanitaria. Todos tienen los mismos valores, y no les fue difícil establecerlos en un documento que después veremos, pero son muy diferentes a la hora de la financiación, de la organización o de la provisión, que son fruto de su historia y su cultura, por lo que están poco dispuestos a armonizarlo.

El mercado único europeo, cuya creación se culminó en el tratado de Maastrich está basado en las cuatro libertades de circulación: de capitales, de mercancías de personas y de servicios. En lo que se refiere al sector sanitario, los Estados han sido reticentes a la armonización.

En el tema de la libertad de los servicios, la Directiva de servicios en el mercado interior de 2006² contemplaba en su primera propuesta la inclusión de los servicios sanitarios, pero los Estados rechazaron esta posibilidad, quedando excluidos en su redacción final.

En el tema de las mercancías, es en donde más se han elaborado normativas. La creación de la Agencia Europea del Medicamento, el mercado CE, así como los reconocimientos mutuos han hecho que los asuntos relativos a equipamientos sanitarios, medi-

¹ Health at a glance. Europe 2010. Datos referidos a 2008

² Directiva [2006/123/CE](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior [Diario Oficial L 376 de 27.12.2006].

camentos y productos sanitarios al igual estándares de calidad de productos orgánicos sean homogéneos en Europa³

En el tema de las personas, si hablamos de profesionales, no solamente se fueron elaborando las Directivas de reconocimiento de títulos sino que con el proceso de Bolonia se ha armonizado también la formación. Incluso la Directiva 2005/36 de cualificaciones profesionales que aglutina a todas las anteriores en esta materia se refiere también a la formación continuada.⁴

Pero, ¿qué ocurre con la movilidad de los pacientes? El Reglamento 1408/71, actualizado mediante el 883/2004, se refiere a la portabilidad de los derechos de seguridad social, estableciendo la posibilidad de que los trabajadores, pensionistas y sus familiares puedan moverse por Europa sin tener que volver a su país en caso de enfermedad. Regula, por tanto, situaciones específicas como la de los estudiantes, los trabajadores transfronterizos o los trabajadores desplazados por su empresa, así como otras más habituales como la de la movilidad en vacaciones y la de los pensionistas que deciden vivir en otro país.⁵ En esta última situación, nuestro país es receptor de ciudadanos principalmente británicos, alemanes y nórdicos, que deciden o bien establecer su domicilio en nuestro país o bien pasar largas temporadas en invierno, cuando el clima de sus países es más riguroso que el

nuestro.

En todos estos casos, el paciente recibe “todas las prestaciones en especie que resulten necesarias desde un punto de vista médico durante una estancia en el territorio de otro Estado miembro, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia”. Las prestaciones deben estar incluidas en la cartera de servicios del país de destino y es tratado como si fuera un ciudadano nacional.

El reglamento antes mencionado contempla también la posibilidad de recibir tratamiento en otro país de manera específica, (E-112, actual S2), que es utilizada de manera restrictiva, en los casos en que un paciente se puede beneficiar de un tratamiento que por alguna circunstancia no es posible efectuar en el país de origen.

Los ciudadanos europeos, sin embargo, comenzaron a utilizar los servicios sanitarios sin tener en cuenta las fronteras del propio país, generando una jurisprudencia que ha ido empujando a los Estados hacia la redacción inevitable de una Directiva que clarificara los derechos de los pacientes⁶.

La primera de ellas, la sentencia Kroll-Decker, estableció que “los ciudadanos de la UE pueden obtener tratamiento médico en otro Estado miembro sin necesidad de autorización previa y ser reembolsados según los baremos del país en el que están asegurados. Los asuntos se referían al reembolso de gafas y de un tratamiento de ortodoncia ambulatorio”. La otra sentencia determinante fue la sentencia Watts, que dictaminó que “la obligación de reembolsar el coste del tratamiento hospitalario prestado en otro país miembro también rige para los servicios de sanidad nacionales que prestan este tratamiento gratuitamente. Si un paciente solicita al National Health Service (NHS) del Reino Unido autorización para recibir tratamiento hospitalario en el extranjero en

3 Relación no exhaustiva de Directivas referentes a mercancías sanitarias:

- Productos sanitarios

- Directiva 93/42 Productos sanitarios
- Directiva 98/79 Productos para diagnóstico in vitro
- Directiva 2003/12 Implantes mamarios
- Directiva 2003/32 Productos sanitarios de origen animal
- Directiva 2005/50 Prótesis de cadera, rodilla y hombro
- Directiva 2007/47 Productos sanitarios implantables

- Medicamentos

- Directiva 2001/83 Medicamentos de uso humano
- Directiva 2001/20 Ensayos clínicos con medicamentos
- Directiva 2005/28 Medicamentos en investigación
- Directiva 2009/120 Terapias avanzadas
- Directiva 2010/84 Farmacovigilancia

- Estándares

- Directiva 2002/98 Sangre
- Directiva 2004/23 Células y tejidos
- Directiva 2010/53 Órganos

4 Directiva [2005/36/CE](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales

5 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

Reglamento (CE) n° [883/2004](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social

6 Sentencias Kohll y Decker, 28 de abril de 1998, asuntos C-120/95 y C-158/96

Sentencia Geraets-Smits y Peerboms, 12 de julio de 2001, asunto C-157/99

Sentencia Vanbraekel, 12 de julio de 2001, asunto C-368/98
Sentencia Müller-Fauré y Van Riet, 13 de mayo de 2003, asunto C-385/99

Sentencia Inizan, 23 de octubre de 2003, asunto C-56/01
Sentencia Leichtle, 18 de marzo de 2004, asunto C-8/02
Sentencia Keller, 12 de abril de 2005, C-145/03
Sentencia Watts, 16 de mayo de 2006, asunto C-372/04
Sentencia Stamatelaki, 19 de abril de 2007, asunto C-444/05

razón del tiempo de espera para dicho tratamiento en el país de residencia, éste no se la puede denegar salvo si demuestra que el tiempo de espera es un periodo médicamente aceptable teniendo en cuenta el estado del paciente y las necesidades clínica”.

La Comisión comenzó en 2003 un proceso de reflexión de alto nivel, que se plasmó en un documento como comunicación de la Comisión⁷. La mayoría de las propuestas allí efectuadas han sido recogidas en la Directiva de atención transfronteriza.

Los Estados, a su vez, establecieron también en 2006, mediante unas Conclusiones del Consejo, los valores y principios de los sistemas sanitarios.⁸ Los valores que fueron declarados como esenciales y compartidos en toda Europa fueron la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de buena calidad, la equidad y la solidaridad. Como objetivos comunes establecieron la reducción de las desigualdades mediante la prevención y la promoción de modos de vida saludables, centrarse en el paciente y responder a las necesidades individuales. Asimismo enunciaron como principios operativos compartidos la calidad, la seguridad, la atención basada en pruebas y ética, la participación del paciente, el derecho a reparación y también a la intimidad y confidencialidad. Como rasgo esencial de los sistemas fue declarado el tratar de hacer sostenibles los sistemas para preservar los valores enunciados.

Se establecían, de esta manera los fundamentos de la Directiva que nos ocupa, dejando claro que no se iban a armonizar los sistemas sanitarios y que la definición de los mismos era competencia de cada Estado. No obstante se abrió la puerta a buscar a una solución para lo que la jurisprudencia europea estaba estableciendo, es decir el que los sistemas sanitarios no quedaran fuera del alcance de las leyes comunitarias.

Merece la pena destacar el profundo análisis que, por encargo de la Comisión, elaboró en 2007 el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios⁹.

⁷ 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

⁸ Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (2006/C 146/01)

⁹ Cross-border Health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. Varios autores. European Observatory on Health Systems and Policies.

2. LA SALUD EN LOS TRATADOS

En el tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) actualmente en vigor, la salud está recogida en el artículo 168, cuya redacción dice lo siguiente:

Artículo 168. (antiguo artículo 152 TCE)

1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

La Unión complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas.

Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo.

3. La Unión y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organi-

zaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. No obstante lo dispuesto en el apartado 5 del 2 y en la letra a) del artículo 6, y de conformidad con la letra k) del apartado 2 del artículo 4, el Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, contribuirán a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando, para hacer frente a los problemas comunes de seguridad:

- a. medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas;
- b. medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública;
- c. medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios.

5. El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

6. El Consejo, a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar recomendaciones para los fines establecidos en el presente artículo.

7. 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. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 se entenderán sin perjuicio de las disposiciones nacionales en materia de donaciones o uso médico de órganos y sangre.

Como puede deducirse, los Estados miembros han querido dejar muy claro que los servicios de salud son un tema interno a resguardo de toda armonización posible. No obstante la Unión Europea, posee una “legislación soft” mediante sus Estrategias de Salud y sus programas de Salud Pública, así como las recomendaciones del Consejo y las comunicaciones de la Comisión, que, aunque no sean normas legales, están influyendo cada vez más en las políticas nacionales. Los documentos elaborados por instancias europeas suponen una referencia a la hora de elaborar Estrategias nacionales y la asignación de recursos económicos europeos hace que los Estados miembros las prioricen en sus agendas sanitarias.

3. CONTEXTO SOCIAL

Viajar a otro país para recibir asistencia sanitaria es un fenómeno todavía marginal pero que se va incrementando, siendo todavía la primera opción la de ser tratado cerca de casa.¹⁰ Hemos visto en los últimos años como estudiar en una Universidad extranjera ha pasado de ser un hecho excepcional 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.

Podemos identificar algunos hechos de especial relevancia que justifican el carácter habitual en los desplazamientos de un país a otro, y que este hecho haya dejado de ser una excepcionalidad incluso en países tan periféricos como el nuestro.

¹⁰ Patients mobility in the European Union. Learning from experience. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten

- La aparición de las líneas de bajo coste. Desde la creación de “Virgin Atlantic” en 1984 y “Ryan Air” en 1985, no solamente se introdujo un nuevo concepto de líneas aéreas, que dejan atrás la idea de lujo para pasar a la de un nuevo medio de transporte público, sino que la competencia ha hecho que las líneas tradicionales hayan bajado sus precios y viajar esté al alcance de casi todos los bolsillos. También han producido un hecho curioso, que es el de que el precio de los billetes de avión ya no sea proporcional a la distancia, sino que la existencia de una línea de bajo coste operando en un destino baja los precios de las líneas regulares y no lo hace si esta competencia no existe en el destino.

- El acuerdo Schengen, en primer lugar, que borró las fronteras, y la introducción del euro, a continuación, hicieron innecesarios los cambios de moneda y los farragosos controles fronterizos.

- El programa Erasmus, con 230.000 intercambios en sus 25 años de existencia, es, posiblemente, el programa europeo de mayor éxito. No solo implica una experiencia educativa en otro país que conlleva el aprendizaje de otra lengua, sino que ha creado redes de amistad y colaboración laboral a través de toda Europa, por no hablar de la normalidad con la que los jóvenes que han pasado por esta experiencia aceptan una propuesta laboral en otro país.

- La circulación entre países de Europa, que también ha tenido su repercusión en las relaciones personales y familiares. Las parejas de carácter binacional se incrementan y los cambios de residencia también. En estos momentos, según el Instituto Nacional de Estadística, hay más de 600.000 españoles residiendo en otro país de la Unión Europea y hay más de 2.000.000 de ciudadanos de la Unión residiendo en España.

- El reciente fenómeno del turismo sanitario.¹¹ Aunque el rigor de las cifras de turismo sanitario deja mucho que desear,¹² es un hecho que las personas están dispuestas a viajar a otro país, en ocasiones lejano, si con ello consiguen o un abaratamiento de costes, o un mejor tratamiento que

en su país. Muchas empresas se han generado alrededor de este fenómeno, en el que se incluye en un mismo paquete un tratamiento (cirugía electiva, tratamiento de esterilidad, cirugía estética, tratamiento dental..) y una oferta turística de ocio en la ciudad o en los alrededores del centro sanitario. Los centros hospitalarios suelen estar acreditados por un organismo externo, en general la Joint Commission, y el gobierno del país correspondiente impulsa este tipo de negocio, que en algunos países asiáticos constituye un porcentaje no despreciable del PIB. En los últimos congresos de turismo médico¹³, la Directiva de atención transfronteriza ha ocupado un papel preeminente, lo que demuestra las posibilidades de negocio que el sector ve en la movilidad de los pacientes.

El Eurobarómetro 210¹⁴ de 2007 incluyó algunas preguntas sobre la disposición y los motivos de los europeos para viajar a otro país a recibir asistencia sanitaria, siendo las repuestas muy diferentes para cada país. Algunos de los resultados para España fueron:

- Un 67% estaría dispuesto a hacerlo (media UE 53%)

- Un 70% lo haría para recibir tratamiento de forma más rápida (media UE 64%)

- Un 97% lo haría para recibir un tratamiento no disponible en España (media UE 91%)

- Un 81% lo haría para recibir un tratamiento de mejor calidad que en casa (media UE (media UE 78%))

- Un 61% lo haría para recibir tratamiento por un especialista de renombre (media UE 68%)

- Un 44% lo haría para recibir tratamiento más barato que en España (media UE 48%)

Parece por tanto que nuestro país está cerca de la media, cuando no por encima, en cuanto a las motivaciones. Es de destacar que, en el Eurobarómetro, los más dispuestos a viajar son los jóvenes que, aunque no son la mayoría de los pacientes actuales, sí lo serán en el futuro.

11 Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. Varios autores. OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.

12 The Medical Tourism number game. Part 1, 2 and 3. Keith Pollard. International Medical Travel Journal

13 European Medical Travel Conference. Barcelona 2011. Berlín 2012

14 Flash Eurobarometer 210. Cross-border health services. Analytical report

Por otra parte, según las publicaciones de turismo sanitario, el perfil del paciente que se desplaza para recibir tratamiento médico es el mismo que el del turista. De ahí que se oferten los paquetes médicos en conjunto con los paquetes turísticos. Podemos colegir que los españoles utilizarían la posibilidad de viajar a otro país de la Unión en la misma medida que viajan por otros motivos, y ahí las diferencias son muy altas entre Comunidades Autónomas. Las Comunidades de Cataluña y Madrid son las que más viajes al extranjero efectúan, casi el 50% del total de los españoles¹⁵. El perfil del español que viaja es el de una persona entre 30 y 39 años, con estudios universitarios, que vive en una ciudad de más de 500.000 habitantes y es empleador o asalariado fijo.

Los Estados miembros, pese a su celo, no han quedado al margen de experiencias impuestas por el comportamiento social. Podemos citar las experiencias del National Health Service, que envió pacientes a otros países como estrategia de gestión de sus listas de espera¹⁶; o los acuerdos de cajas alemanas con médicos de habla alemana establecidos en Mallorca para atender a sus asegurados residentes en las islas y evitar la intermediación de los colegios médicos en las tarifas¹⁷.

También han surgido iniciativas a partir de una de las conclusiones del proceso de reflexión de Alto Nivel, que es el de compartir la capacidad disponible en las zonas fronterizas. En este sentido, en España se firmó un acuerdo de cooperación sanitaria con Portugal¹⁸ que abarca a todas las provincias fronterizas entre ambos países. Con una mayor complejidad administrativa, lingüística y de gestión está próximo a su apertura el Hospital de la Cerdanya, que, aunque situado en Puigcerdá, en territorio español, atenderá a la población de la Cerdanya catalana y francesa así como a la comarca del Capcir francés. La Unión Europea alienta este tipo de iniciativas y financia, mediante fondos FEDER o INTERREG, las expe-

riencias concretas.

4. LA DIRECTIVA DE ATENCIÓN TRANSFRONTERIZA

La Directiva tiene como objetivo fundamental garantizar el derecho a la movilidad de los pacientes, clarificar los derechos de los mismos y promover la cooperación entre los Estados.

A continuación se presentan resumidos los principales aspectos de la Directiva

Consideraciones generales

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. En la asignación de órganos se ha tenido en cuenta el efecto perverso que podría producirse como consecuencia del conocido como “turismo de trasplantes” en el que el desplazamiento de pacientes de los países menos generosos en donación hacia los países que lo son más, puede conllevar el debilitamiento de la capacidad de estos últimos para ofrecer servicios de trasplante a su propia población y la consiguiente reducción en sus tasas de donación. Hay que recordar que nuestro país es el que tiene las mayores cifras de donación de Europa.

Insiste en las competencias nacionales en cuanto a la organización de los sistemas de salud:

En particular, corresponde adoptar a nivel nacional las decisiones sobre la cartera de servicios sanitarios a los que tienen derecho los ciudadanos y los mecanismos de financiación y de prestación de asistencia sanitaria, tales como la determinación de hasta qué punto procede recurrir a los mecanismos de mercado y la presión de la competencia para gestionar los sistemas sanitarios. (Considerando 5)

La presente Directiva respeta y no va en perjuicio de la libertad de cada Estado miembro de decidir el tipo de asistencia sanitaria que considera adecuado. Ninguna de las disposiciones de la presente Directiva debe interpretarse de manera que se socaven las opciones éticas fundamentales de los Estados miembros. (Considerando 7)

En particular, nada de lo dispuesto en la

¹⁵ Instituto de Estudios Turísticos. Informe anual Familitur 2010

¹⁶ Evaluation of treating patients overseas. Final report. York Health Economics Consortium.

¹⁷ Patients mobility in the European Union. Learning from experience. Magdalene Rosenmøller, Martin McKee, Rita Baeten

¹⁸ Acuerdo marco entre el Reino de España y la República portuguesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, hecho “ad referendum” en Zamora el 22 de Enero de 2009 y su Acuerdo administrativo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Ministerio de Salud de Portugal relativo a las modalidades de aplicación de dicho acuerdo marco. BOE 13 de Abril de 2010.

presente Directiva obligará a un Estado miembro a reembolsar los gastos de la asistencia sanitaria prestada por prestadores establecidos en su propio territorio, si dichos prestadores no forman parte del sistema de seguridad social o de sanidad pública de dicho Estado miembro. (Artículo 1.4)

Aunque por un lado parece que alienta la movilidad de los pacientes, por otro no considera que deba publicitarse esta posibilidad:

Por regla general el Estado miembro de afiliación no debe supeditar la asunción de los costes de la asistencia sanitaria dispensada en otro Estado miembro a autorización previa en los casos en que dicha asistencia, de haber sido dispensada en su territorio, hubiera sido asumida por su sistema de seguridad social o sistema nacional de sanidad obligatorio. (Considerando 38)

La transposición de la presente Directiva a los ordenamientos nacionales y su aplicación no deben conllevar que se aliente a los pacientes a recibir tratamiento fuera de su Estado miembro de afiliación. (Considerando 4)

Obligaciones para los Estados

La Directiva establece obligaciones tanto para el Estado en el que se hace el tratamiento como para el Estado de afiliación

Obligaciones para el Estado de tratamiento:

- Crear un punto nacional de contacto en el que se canalice toda la información necesaria para ayudar en la elección al posible paciente, tanto sobre normas de calidad y seguridad como sobre facturas y precios.
- Existencia de un procedimiento transparente de reclamaciones
- Garantía de seguros de responsabilidad profesional
- Derecho a la intimidad en el tratamiento de datos
- Derecho obtención de la historia clínica
- Principio de no discriminación: tratar a los pa-

cientes extranjeros de la misma manera que a los nacionales y aplicarles las mismas tarifas.

Obligaciones para el Estado de afiliación:

- Obligación de informar sobre los derechos que establece la Directiva
- Garantía de reembolso de los gastos
- Seguimiento sanitario del tratamiento efectuado en otro país
- Acceso a la historia clínica

Reembolso y autorización previa

La Directiva dedica todo el capítulo III (artículos 7, 8 y 9) al reembolso y la autorización previa. En síntesis viene a decir:

- El reembolso se garantizará siempre que la asistencia figure entre las prestaciones a las que el asegurado tiene derecho.
- El estado de afiliación determina el nivel de asunción de dichos gastos hasta la cuantía que habría asumido en su territorio sin exceder del coste real.
- Debe abarcar no solo la asistencia sanitaria sino también la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios
- Debe aplicarse a los destinatarios que deseen recibir la asistencia sanitaria que se presta en otro Estado a través de otros medios, como por ejemplo los servicios de salud electrónicos
- Debe existir un procedimiento transparente para el cálculo de los costes
- Puede imponer los mismos trámites administrativos y reglamentarios que en el propio territorio

La Directiva recoge en lo que respecta a la autorización previa los criterios que ha ido estableciendo la jurisprudencia. La autorización está limitada a:

- La asistencia sanitaria que requiere necesidades de planificación o de controlar los costes.
- En caso de ingreso hospitalario
- La asistencia sanitaria que requiera infraestruc-

turas o equipos especializados y costosos

- Los tratamientos que entrañen riesgo para el paciente o la población

- La asistencia que sea proporcionada por un prestador que suscite inquietud sobre calidad o seguridad

- En caso de enfermedades raras el Estado de afiliación puede solicitar evaluación clínica por un experto.

A este respecto hay que destacar dos apartados especialmente importantes para un Sistema Nacional de Salud como el nuestro, en el que las listas de espera son consustanciales.

...el Estado miembro de afiliación no podrá denegar una autorización previa.... cuando esa asistencia sanitaria no pueda prestarse en su territorio en un plazo que esté médicamente justificado, sobre la base de una evaluación médica objetiva del estado de salud del paciente, su historial y la evolución probable de su enfermedad, el grado de dolor que padezca o la naturaleza de su discapacidad en el momento en que la solicitud de autorización fue efectuada o renovada (Artículo 8.5).

El Estado miembro de afiliación podrá denegar una autorización previad) 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. (Artículo 8.6 d) .

La Directiva no establece plazos por lo que puede haber discrepancias entre países en lo que se considera médicamente justificado. Hay que recordar que por ejemplo los plazos que han fijado algunas Comunidades Autónomas como garantías de tiempo de espera en algunas intervenciones quirúrgicas no son homogéneos.

Hay una posibilidad para restringir la aplicación de la Directiva por circunstancias excepcionales, pero a su vez los Estados deben notificar a la Comisión dicha restricción.

El Estado miembro de afiliación podrá limitar la aplicación de las normas de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza por razones imperiosas de interés general, como 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. (Art. 7.9).

La decisión de limitar la aplicación ... no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de las personas, los bienes y los servicios. Los Estados miembros notificarán a la Comisión cualquier decisión de limitar el reembolso por los motivos estipulados en el apartado 9. (Art.7.11).

Coexistencia con el Reglamento 883/2004

La coexistencia está recogida en varios apartados de la Directiva, haciendo responsable a los Estados de aplicar en su caso la opción más beneficiosa para el paciente.

La presente Directiva no afecta a los derechos de la persona asegurada en relación con la asunción de los costes de la asistencia sanitaria que se haya hecho necesaria, por razones médicas, durante la estancia temporal en otro Estado miembro, con arreglo al Reglamento (CE) n o 883/2004. (Considerando 27).

Así pues, por lo que respecta a los pacientes, los dos sistemas deben ser coherentes; o bien se aplica la presente Directiva, o bien se aplican los Reglamentos de la Unión sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. (Considerando 30).

Cuando las condiciones se cumplen, no debe privarse a los pacientes de los derechos más beneficiosos que les garantizan los Reglamentos de la Unión sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. (Considerando 31).

En lo que respecta a las solicitudes de autorización previa que realice una persona asegurada con objeto de recibir asistencia sanitaria transfronteriza, el Estado miembro de afiliación deberá comprobar que se cumplen las condiciones establecidas en el Reglamento (CE) n o 883/2004. Cuando se cumplan esas condiciones, la autorización previa se concederá de conformidad con dicho Reglamento, salvo que el paciente solicite otra cosa. (Art 8.3).

Cooperación entre Estados

Esta es la parte de la Directiva que más repercusión va a tener en los Sistemas de Salud. Si la Co-

misión dispone de los instrumentos económicos par el desarrollo de todas las acciones previstas, no solamente supondrá un aumento de la calidad de los mismos, sino que tendrá una positiva repercusión en la asistencia recibida por los pacientes, y, en muchos casos puede evitar el desplazamiento de los mismos.

Las líneas en la que está prevista la cooperación son las siguientes:

- Cooperación en normas de calidad y seguridad
- Intercambio de información sobre el derecho a ejercer de los profesionales
- Fomento de acuerdos en regiones fronterizas
- Reconocimiento de recetas en otro Estado miembro
- Creación de redes europeas de referencia
- Cooperación en diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Raras.
- Cooperación e intercambio de información en una red voluntaria de Sanidad Electrónica
- Cooperación en evaluación de tecnologías sanitarias

5. CONCLUSIONES

La Directiva intenta aunar el respeto a los Sistemas Nacionales de asistencia sanitaria con el derecho a la movilidad de los pacientes por el territorio europeo. Al no crear una armonización en los sistemas, trata de defender los derechos de los pacientes considerándolos consumidores de servicios sanitarios, poniendo énfasis en la información de la que disponen y en la seguridad y calidad de los servicios.

Por otro lado, la coexistencia de la Directiva con el Reglamento de coordinación de sistemas de seguridad social previsiblemente será complicada, puesto que, en la primera, el paciente recibe el tratamiento “como lo recibiría en su Estado”, mientras que, con la aplicación del Reglamento lo recibe “como si fuera nacional del país en el que se encuentra”.

En la aplicación en España, nos encontraremos con contradicciones importantes, como es el hecho de que un ciudadano español podrá acudir a un centro

privado en el extranjero con garantía de reembolso y no podrá hacerlo en el territorio nacional.

La aplicación de la Directiva en nuestro país supone unos retos evidentes pero también una oportunidad.

Entre los retos, podemos enumerar la transparencia en la información a la que obliga, la fijación de precios nacionales, o la voluntariedad en las normas de acreditación de calidad. Pero, estos retos, suponen a la vez oportunidades. No hay duda de que la obligación de transparencia en la información puede hacernos más competitivos, así como también el desarrollo de centros de referencia europeos, aspecto en el que España está en condiciones de competir.

Hay un reto por encima de todos que la transposición tiene que intentar solventar, y es el evitar la falta de equidad que puede suponer poner la sanidad europea al alcance de solo aquellos que puedan asumir el coste por anticipado.

Obliga también a reconsiderar en positivo el papel del turismo sanitario. Somos un país con prestigio como receptores de turismo y con amplia experiencia en el sector. ¿Por qué no aprovechar la conjunción de una infraestructura turística de calidad con un Sistema sanitario excelente y explorar una vía de financiación adicional?

De lo que no hay duda es de que las vías de cooperación entre Estados, que se fomentarán ampliamente por la Comisión serán el principio de la convergencia entre los sistemas sanitarios. Se adivina una convergencia próxima en estándares de calidad de los centros o en sistemas de información. Mucho más lejana está la que pudiera haber en cartera de servicios o de la forma de provisión.