

# **EL IMPACTO DE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: RETOS Y REALIDADES DE LA LEGISLACIÓN SANITARIA**

*Vicente Lomas Hernández*

*Jefe de Servicio de Coordinación Regional de Asesorías Jurídicas  
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.*

**SUMARIO: 1.-COEXISTENCIA DE RÉGIMENES JURÍDICOS. REGLAMENTOS DE COORDINACIÓN DE SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIRECTIVA DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA. 2.-ÁMBITO SUBJETIVO DE APLICACIÓN. 3.-ÁMBITO OBJETIVO DE APLICACIÓN. 4.-REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA. 5.-GARANTÍAS Y DEBERES INSTRUMENTALES PARA EL CORRECTO EJERCICIO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA. 5.1.- Los deberes básicos en materia de información (arts. 7 y 8), cuyo cumplimiento recae sobre el punto nacional de contacto, y sobre los propios proveedores sanitarios. 5.2. Garantías para la continuidad de la asistencia sanitaria. 6.-EL REEMBOLSO DE GASTOS. 7.-FRICCIONES CON LA LEGISLACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA. 8.-COOPERACIÓN SANITARIA Y PRESTACIONES FARMACÉUTICAS. 9.-BIBLIOGRAFÍA.**

## **RESUMEN**

El 9 de febrero de 2014 entró en vigor el Real Decreto por el que se procede a la transposición de la Directiva 2011/24, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

A lo largo de este breve estudio pondremos de manifiesto los aspectos más reseñables del Real Decreto objeto de comentario, su impacto en el Sistema Nacional de Salud, así como posibles fricciones con la legislación sanitaria estatal y autonómica.

## **PALABRAS CLAVE**

Paciente, reembolso, asistencia sanitaria transfronteriza, autorización previa.

## **1.- COEXISTENCIA DE RÉGIMENES JURÍDICOS. REGLAMENTOS DE COORDINACIÓN DE SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIRECTIVA DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.**

El RD 81/2014, de 7 de enero, por el que se procede, a la transposición de la Directiva 2011/24, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, reproduce la convivencia de los dos modelos jurídicos sobre los que pivota el derecho a la asistencia sanitaria en el territorio de la Unión Europea, de una parte la regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza conforme a la Directiva 2011/24, de 9 de marzo y al RD 81/2014, de 7 de febrero –en adelante, RD AST-, y de otra parte, los Reglamentos

comunitarios sobre coordinación de Sistemas de Seguridad Social<sup>1</sup>, de aplicación preferente salvo que el paciente solicite expresamente la aplicación del RD AST objeto de análisis (art. 5.1. y art. 16.2 del RD). A tal efecto, el punto nacional de contacto deberá suministrar a los pacientes la información necesaria para ejercer sus derechos conforme a lo previsto en el RD AST, así como información relativa a los derechos derivados del Reglamento CE 883/2004, de 29 de abril (art. 5.2 y art. 7.4.d).

Resulta por tanto imprescindible conocer cuáles son las principales diferencias existentes entre ambos modelos- Reglamentos de Coordinación de Sistemas de Seguridad Social versus Directiva 2011/24 y RD AST-, que podríamos sintetizar en:

1.- La exportación de la asistencia sanitaria vía Reglamentos de la UE.

a) La asistencia sanitaria se prestará por el sistema sanitario público, teniendo en cuenta la cartera de servicios del país donde se preste el servicio, con sujeción en lo que respecta a las aportaciones que haya de efectuar el usuario a las reglas de financiación existentes en dicho Estado (copagos).

b) La facturación del coste de la asistencia recibida se realiza entre las instituciones competentes. Es decir, como regla general el paciente no anticipará el pago del importe de la asistencia recibida, con la salvedad de los eventuales copagos.

---

1 Al amparo de las previsiones comunitarias en materia de Seguridad Social, el Juzgado de lo social nº 1 de Toledo, en Sentencia de 31 de julio de 2013, reconoció el derecho al reembolso de gastos de un paciente del Sescam, que desde el año 2003 venía siendo tratado de su dolencia en una clínica de Alemania previa autorización por parte del Servicio de Salud. Sin embargo, en marzo de 2012 solicitó nuevamente la preceptiva autorización para continuar el tratamiento, siendo dicha solicitud denegada por considerar que existía posibilidad de asistencia con los dispositivos asistenciales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. La Sentencia trae a colación el art. 22 del Reglamento 1408/71, que consagra un auténtico derecho de los trabajadores comunitarios y sus familiares, a recibir en otros Estados miembros de la Unión el tratamiento sanitario que el Estado miembro de residencia está obligado a dispensar, si bien configurado con carácter supletorio, (cuando no pueda dispensarse el tratamiento en el estado de residencia). Este derecho alcanza, tanto a los casos en que los tratamientos no pueden dispensarse en el territorio de Estado de residencia, como en los que simplemente los tratamientos resultan más eficaces en el otro Estado de la Unión distinto del de la residencia. En el caso que ahora comentamos, quedó acreditado que el tratamiento que precisaba el interesado no se pudo dispensar en España por tratarse de una enfermedad compleja, rara, grave e infrecuente, para la que no existen centros especializados.

c) Para los casos de asistencia programada en estancia temporal, el ciudadano debe obtener autorización previa para que se lleve a cabo el desplazamiento<sup>2</sup>.

d) Los costes de viaje y estancia que no se puedan disociar del tratamiento, pueden quedar cubiertos, lo que no sucede en el caso de la Directiva<sup>3</sup>.

2.- La exportación de la asistencia sanitaria vía Directiva y RD AST.

a) La prestación de la asistencia sanitaria demandada pueda llevarse a cabo por proveedores de servicios sanitarios tanto públicos como privados.

b) La asistencia sanitaria financiada debe estar incluida dentro de la cartera de servicios del Estado de origen.

c) El paciente sí debe anticipar el pago de la asistencia recibida que posteriormente le será reembolsada.

d) No es preciso obtener autorización previa salvo casos excepcionales<sup>4</sup>.

En cualquiera de los dos supuestos, se debe tener muy presente la aplicación de la Directiva 2004/38/CE, que condiciona el derecho a residir en otro Estado miembro de la UE durante más de tres meses a tener recursos suficientes para no convertirse en una carga social para el país de acogida, y a tener un seguro de enfermedad.

---

2 No será precisa la autorización previa en el caso de tratamientos no programados, es decir la asistencia sanitaria que se precisa durante la estancia temporal, sobrevenida, y que es necesaria por razones médicas para evitar que una persona se vea obligada a regresar a su país antes del final de la estancia

3 En efecto, el RD AST no incluye aquellos otros gastos de naturaleza instrumental como son los generados por los desplazamientos y otros gastos de manutención, en consonancia con lo dispuesto en la Directiva, que en este sentido reconoce total libertad a los Estados miembros para decidir si incluyen o no dentro del reembolso este otro tipo de gastos.

4 No obstante podría suceder que, aunque no se exija requisito de autorización previa, sí resulte preciso para que se pueda proporcionar la asistencia sanitaria una evaluación previa que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente. Dicha evaluación se llevará a cabo por un médico de atención primaria cuando se realice en España.

## 2.- ÁMBITO SUBJETIVO DE APLICACIÓN.

Cualquier ciudadano que tenga la condición de asegurado/beneficiario del Sistema Nacional de Salud (SNS) podrá desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir la asistencia sanitaria que precise, independientemente de si se trata de centro sanitario público o privado, siempre que:

1.- La asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a las que se tenga derecho según la cartera común de servicios del SNS, o en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente.

2.- No se trate de alguno de los servicios detallados en el art. 2.2 del Real Decreto AST<sup>5</sup>.

Asimismo conviene llamar la atención sobre un dato de gran importancia, y es que la Directiva no reconoce derecho a las personas a entrar, permanecer o residir en un Estado miembro con el fin de recibir asistencia sanitaria en dicho Estado. Según dicha disposición comunitaria, *“En caso de que la estancia de una persona en territorio de un Estado miembro no sea conforme a la legislación de dicho Estado miembro relativa al derecho de entrada o de estancia en su territorio, dicha persona no será considerada asegurado”*.

Por tanto, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza<sup>6</sup> que se encuentren en la situación de estancia inferior a tres meses regulada en el art. 6 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre

---

5 En relación con los servicios de atención de larga duración, excluidos del ámbito de aplicación de la Directiva y el Real Decreto, apuntar que el considerando 14 de la Directiva señala que *“no se debe aplicar a aquéllos cuidados de larga duración considerados necesarios para permitir a la persona que requiere cuidados vivir una vida lo más plena y autónoma posible. Así pues la Directiva no debe aplicarse, por ejemplo, a los cuidados de larga duración prestados por servicios de atención a domicilio, en residencias de válidos, residencias asistidas o en otros servicios de atención asistida”*, lo que plantearía el problema de la atención prestada a pacientes enfermos mentales ingresados en unidades psiquiátricas, muchos de ellos incapaces para realizar actos esenciales de la vida diaria (p.e. Enfermedad de Alzheimer).

6 Islandia y Noruega ya han aprobado la Directiva en sus respectivos Parlamentos, y posteriormente deberá pasar por el Comité Mixto del EEE, momento a partir del cual la Directiva pasará a formar parte de las normas cubiertas por el acuerdo del EEE. Suiza queda excluida del campo de aplicación de la Directiva ya que no forma parte del EEE, si bien es cierto que queda cubierta por los Reglamentos de coordinación de los sistemas de seguridad social (Reglamento 883/2004 y el Reglamento 987/2009).

entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, en ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los efectos previstos en el art. 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) y por tanto, podrían acogerse a las ventajas que se derivan de la aplicación de la Directiva y del Real Decreto. (DA 2ª del RD 1192/2012, de 3 de agosto).

Desde la óptica de la Directiva y el RD AST, son asegurados:

1.- Las personas nacionales de uno de los Estados miembros y los apátridas y refugiados residentes en uno de los Estados miembros, así como los supervivientes, siempre que éstos sean nacionales de uno de los Estados miembros o apátridas o refugiados que residan en uno de los Estados miembros<sup>7</sup>.

2.- Los ciudadanos nacionales de un tercer país y sus familiares residentes en cualquiera de los Estados miembros<sup>8</sup>. Este colectivo disfrutará de la doble protección que brindan tanto los Reglamentos de Coordinación en materia de SS, como la Directiva<sup>9</sup>.

Respecto a los colectivos formados por pensionistas y sus familiares, así como los trabajadores transfronterizos y sus familiares que no residen en el *“Estado miembro competente”*, reciben un tratamiento diferenciado si el Estado miembro de residencia ha optado por aplicar los reembolsos sobre la base de los importes fijos (cuota global, pagos anuales a tanto alzado). En estos casos, el *“Estado miembro de afiliación”* (terminología Directiva), que es el responsable de asumir el coste del reembolso por asistencia

---

7 Como condición imprescindible, se exige que reúnan las condiciones requeridas por la legislación del *“Estado miembro competente”* según la terminología empleada por los Reglamentos de la UE en materia de SS.

8 Reglamento 1231/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010, por el que se amplía la aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004 y el Reglamento (CE) n° 987/2009 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos.

9 No obstante lo anterior, es importante tener muy presente que la equivalencia entre *“Estado miembro de afiliación”* según Directiva, y *“Estado miembro competente”* según Reglamentos -Estado donde está situada la institución con la cual la persona está asegurada- no es exacta, ya que habría que tener en cuenta otra categoría adicional, la de *“Estado miembro competente para otorgar una autorización previa según los Reglamentos”*.

sanitaria prestada, no sería, como parece lógico, el “Estado miembro competente”, sería el “Estado de residencia”.<sup>10</sup> La Directiva y el RD AST excepcionan la aplicación de la regla anterior en aquellos casos en que el pensionista nacional de otro Estado miembro residente en nuestro país, desea recibir en su país de origen la asistencia sanitaria solicitada (ya sea ésta programada<sup>11</sup> o bien sobrevenida con ocasión de su estancia temporal) en cuyo caso será el país de origen quién deba asumir los gastos<sup>12</sup>.

Desde el punto de vista de la legislación sanitaria nacional, y para completar el estudio del ámbito subjetivo de aplicación, a estos efectos merece especial atención la nueva disposición adicional sexagésimo quinta del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (TRLGSS)<sup>13</sup>, que exige la residencia en territorio español para disfrutar de prestaciones sanitarias, y establece, y aquí radica la novedad, que se entenderá que el beneficiario de dichas prestaciones tiene su fijada su residencia habitual en España, aun cuando haya tenido estancias en el extranjero, siempre que éstas no superen los 90 días a lo largo de cada año natural.

Por tanto mientras la estancia en cualquier país de la UE-EEE no exceda del límite de los noventa días los ciudadanos podrán obtener las prestaciones sanitarias conforme al sistema de los Reglamentos de Coordinación en materia de SS, o bien conforme al modelo de la Directiva de la AST. Pero ¿qué sucede

cuando se rebasa el límite de los 90 días? Se perdería la condición de asegurado en el SNS, lo que lastra a su vez las posibilidades de recibir asistencia sanitaria en el país de estancia conforme a alguno de los dos sistemas antes citados, a lo que habrá que añadir las limitaciones impuestas por la Directiva 2004/38 ya citada, que exige para residir en un Estado miembro de la U.E. disponer de ingresos suficientes y seguro de enfermedad<sup>14</sup>.

### 3.- ÁMBITO OBJETIVO DE APLICACIÓN

El RD de AST parece despejar cualquier duda que pudiera existir a este respecto al afirmar que únicamente se reembolsarán los gastos si la asistencia sanitaria figura entre las prestaciones a las que tiene derecho el asegurado según la cartera común del SNS, o la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Hay que convenir que éste no ha sido un tema pacífico, o al menos desde la perspectiva de los Reglamentos de SS, como así lo atestigua la STSJ de la Comunidad Valenciana de 20 de julio de 1999, nº 2468/1999, que aplica la jurisprudencia comunitaria, en concreto la Sentencia dictada en el asunto Pierick, en la que el Tribunal de Justicia de la CEE “*confiere una interpretación amplia al art. 22 del Reglamento 1408/1971, considerándolo aplicable incluso cuando se facilita el tratamiento si es más eficaz el de otro país miembro*”, o la STJUE nº C-145/2003 de 12 de abril de 2005<sup>15</sup>.

10 A modo de ejemplo, un pensionista alemán con residencia fijada en Benidorm que, al amparo de la Directiva, desea recibir asistencia sanitaria en una clínica francesa. En este caso, como España ha optado por la facturación por cuota global a los nacionales de otros Estados miembros residentes en nuestro país, el “Estado miembro de afiliación” para ese ciudadano alemán a efectos del reembolso de gastos no sería Alemania sino España, que deberá asumir el coste del tratamiento.

11 Si el pensionista de un Estado miembro que reside en España solicitase al amparo de la Directiva y el RD recibir asistencia sanitaria en su país de origen, y éste último estuviese incluido en el Anexo IV del Reglamento 883/2004, será el país de origen- no el residencia- quién corra con los gastos de la asistencia sanitaria prestada.

12 Art. 7.2 de la Directiva de AST y art. 10.2 del RD AST.

13 Los colectivos que se van a ver afectados por este nuevo requisito legal son los beneficiarios de un asegurado, las personas que no han tenido nunca ninguna relación con el S. de SS, que solo tienen derecho a las prestaciones sanitarias si residen en territorio español, y por aplicación de la disposición final undécima de la Ley 22/2013, también los parados que han agotado la prestación y el subsidio. Por tanto la estancia en el extranjero de estas personas durante más de 90 días a lo largo del año natural, continuados o no, comportará la pérdida del derecho a la asistencia sanitaria.

14 En el caso de residencia superior a tres meses, se deberá cumplir los requisitos exigidos en el art. 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Véase la Orden PRE/1490/2012, de 9 de julio, por la que se dictan normas para la aplicación del artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

15 La importancia de esta última resolución judicial estriba en que el paciente, derivado desde nuestro país a la sanidad alemana, fue finalmente atendido en una clínica privada suiza que era la única que realizaba la intervención quirúrgica con suficiente eficacia científica, y el tribunal determinó que España debía sufragar todos los gastos, incluidos los derivados del tratamiento realizado en la clínica privada.

#### **4.- REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.**

El acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza tal y como ya ha sido puesto de manifiesto no queda supeditado al cumplimiento de ningún requisito administrativo previo, con la salvedad de los supuestos detallados en el anexo II del RD AST (por ejemplo, pernoctar en un hospital) en los que sí se exigirá la previa autorización por parte de las autoridades competentes de cada Comunidad Autónoma.

En tal caso, se debe arbitrar un procedimiento administrativo que permita hacer efectivo el derecho del ciudadano teniendo en cuenta los requisitos mínimos que dicho procedimiento debe tener conforme a lo previsto en el art. 16 del reglamento. Dicho precepto establece que el plazo máximo para dictar y notificar la resolución expresa será de 45 días, y el silencio administrativo positivo.

Especial relevancia cobra a estos efectos las listas de espera, ya que una de las causas que podrían justificar la denegación del requisito de la “*autorización previa*” sería el hecho de que la asistencia sanitaria pueda prestarse en territorio nacional en “*un plazo que sea médicamente justificable*”.

Cabría plantearse si el hecho de que se haya sobrepasado los tiempos máximos de respuesta fijados en la legislación sanitaria autonómica, comportaría automáticamente el reconocimiento implícito de la preceptiva “*autorización previa*”. El RD AST establece que “*para decidir qué plazo se considera médicamente justificable se realizará una evaluación clínica individualizada que tendrá en cuenta el estado de salud de cada paciente, la posible evolución de su enfermedad, el grado de dolor que padezca o la naturaleza de su discapacidad*” (art. 17.e), de modo que el requisito de autorización previa sigue siendo imprescindible.

Resulta igualmente interesante analizar las garantías de tiempos máximos de espera previstas en las legislaciones autonómicas que otorgan prioridad a centros privados concertados de la región<sup>16</sup>,

---

<sup>16</sup> El art. 5.1 de la Ley de Castilla-La Mancha 24/2002, de 5 de diciembre, en la redacción dada por el art. 33.2 de la Ley 1/2012, de 21 de febrero, establece “*En el caso de que se superen los tiempos establecidos en el Decreto de plazos máximos de respuesta, el hospital de referencia realizará la oferta de los centros susceptibles de elección, de entre los pertenecientes a la red de servicios propios o vinculados con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha que realicen dicha asistencia*”.

y contrastarlas con el nuevo marco normativo, y en especial, con el criterio fijado por el TJUE para quién “*cuando conste que la asistencia cubierta por el seguro de enfermedad nacional no puede ser dispensada por un establecimiento concertado, no cabe admitir que se de prioridad a los establecimientos hospitalarios nacionales con los que la caja de enfermedad del asegurado no ha celebrado ningún concierto, en perjuicio de los establecimientos hospitalarios situados en otros Estados miembros*” (STJUE de 12 de julio de 2001, caso Smits y Peerbooms)<sup>17</sup>.

Por otra parte, al margen del requisito ya citado de la “*autorización previa*”, el RD AST, como ya hiciera la Directiva, contempla la posibilidad que el SNS pueda exigir respecto a cualquier supuesto de asistencia sanitaria en otro Estado miembro, que se efectúe una “*evaluación previa*” (no confundir con la anterior “*autorización previa*”) por el médico de atención primaria que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente (art. 10.4).

#### **5.- GARANTÍAS Y DEBERES INSTRUMENTALES PARA EL CORRECTO EJERCICIO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.**

Como medidas instrumentales necesarias para posibilitar el correcto ejercicio de este derecho por los pacientes asegurados, el RD pone especial hincapié en:

##### **5.1.- Los deberes básicos en materia de información (arts. 7 y 8), cuyo cumplimiento recae sobre el punto nacional de contacto, y sobre los propios proveedores sanitarios.**

Según el Eurobarómetro nº 210, realizado por Gallup para la Dirección General de Sanidad y Protección de consumidores de la Comisión Europea<sup>18</sup>,

---

<sup>17</sup> Conforme a dicha doctrina, los distintos Servicios de Salud, en aquellos casos en que hubieran transcurrido los plazos máximos de espera garantizados para la intervención de que se trate sin que ésta se haya llevado a efecto, se verían obligados a asumir los costes inherentes a la realización de la intervención en el centro sanitario libremente elegido por el asegurado, incluso en el supuesto en que dicho centro se encuentre radicado en el territorio de otro Estado miembro, lo que, desde luego no parece que se haya tenido en cuenta por los distintos legisladores autonómicos llegado el momento de regular las garantías de los pacientes y los tiempos máximos de espera.

<sup>18</sup> Un 30% de europeos desconocían que tienen derecho

los ciudadanos de la UE desconocían en un gran porcentaje la posibilidad de recibir asistencia sanitaria en el territorio de otro Estado miembro con cargo a fondos públicos. A lo anterior habría que añadir otros factores igualmente relevantes, como las barreras lingüísticas y los condicionantes económicos que limitan considerablemente los desplazamientos de los pacientes para recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la UE.

Con el fin de remover obstáculos y facilitar la movilidad de los pacientes, los proveedores sanitarios<sup>19</sup> (Gerencias) deben proporcionar información sobre su ubicación, organigrama, oferta de servicios, la actividad anual, los indicadores de calidad del centro, su acreditación o certificación respecto a los sistemas de calidad, descripción de las características organizativas de los servicios y unidades, el conjunto de procedimientos y técnicas científico-sanitarias, así como información sobre el estado de las listas de espera<sup>20</sup>.

Pero el RD AST incorpora a nuestro Ordenamiento Jurídico nuevos deberes informativos hasta ahora desconocidos, como el deber de facilitar al paciente información sobre los resultados obtenidos por el centro en la aplicación de los tratamientos asistenciales de que se trate (art. 8.6), información que resulta esencial para que el usuario pueda elegir adecuadamente el centro sanitario donde desea ser atendido y que a día de hoy no está disponible en los centros sanitarios del SNS, o información al paciente sobre los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS de España y las Redes Europeas de Referencia relacionadas con las enfermedades raras (art. 22).

---

a asistencia sanitaria fuera de sus países de origen, un 54% se declararon abiertos a la posibilidad de hacerlo y un 4% la había recibido en los doce meses anteriores a la publicación del documento. Flash Eurobarómetro, serie 210, Cross-border health services in the EU, Analytical report, realizado por The Gallup Organization, Hungría, a petición de la Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores (DG SANCO), 2007.

<sup>19</sup> Asimismo el punto nacional de contacto (sito en el Ministerio de Sanidad) deberá facilitar información tanto a los pacientes procedentes de otros Estados miembros, como a los pacientes asegurados del SNS que deseen recibir asistencia sanitaria en otro Estado de la Unión Europea.

<sup>20</sup> Esta información coincide en gran medida con la exigida por 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 -art. 12-, así como en Castilla-La Mancha en el art. 13 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud.

### 5.1.1.- Información a pacientes procedentes de otros Estados miembros.

La información que se facilite debe versar sobre:

- a) Las normas y directrices de calidad y seguridad establecidas en España, incluidas las disposiciones sobre supervisión y evaluación de los proveedores de asistencia sanitaria, e información sobre cuáles de ellos están sometidos a estas normas y directrices.
- b) La información sobre la accesibilidad de los hospitales para las personas con discapacidad.
- c) La información sobre los derechos de los pacientes, y los procedimientos para presentar reclamaciones, los mecanismos para solicitar reparación de daños, así como las opciones jurídicas y administrativas disponibles para la resolución de litigios derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, de conformidad con lo previsto en el ordenamiento jurídico español.
- d) Los elementos que a tenor de lo dispuesto en la legislación europea deben figurar en las recetas expedidas en un Estado miembro y dispensadas en otro.

En todo caso el acceso a los servicios sanitarios debe realizarse en las mismas condiciones y con los mismos derechos que los ciudadanos asegurados de nuestro país, lo que compromete la legalidad de algunas medidas anunciadas por responsables políticos de la sanidad pública de nuestro país, como el Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid<sup>21</sup>. Según el Consejero de Madrid, los ciudadanos madrileños quedarán exentos de pagar por los medicamentos dispensados en régimen ambulatorio por las farmacias hospitalarias<sup>22</sup>, pero no así los ciudadanos procedentes de otros Estados miembros de la UE, lo que atentaría contra el espíritu de la Directiva de AST.

---

<sup>21</sup> <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-comunidad-madrid-pagara-medicamentos-dispensacion-hospitalaria-madrilenos-no-extranjeros-20140418140701.html>

<sup>22</sup> Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario.

La decisión de eximir del pago de la prestación farmacéutica ambulatoria dispensada en la farmacia hospitalaria constituye en sí misma una medida controvertida, y de discutible legalidad a tenor de lo previsto en el art. 8 quinqués de la LCCSNS<sup>23</sup>.

En este sentido se ha pronunciado el Consejo de Estado (véase Dictamen 796/102 y Dictamen 1362/2012 en relación al recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre)<sup>24</sup>, y la STC 98/2004 de 25 de mayo<sup>25</sup> en relación con la

---

23 Según dicho precepto legal “*Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo. 2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.* Por tanto, conforme a dicho precepto legal ninguna Comunidad Autónoma podría dulcificar la aplicación del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones asumiendo con cargo a sus presupuestos prestaciones que, en principio, deberían ser objeto de copago sanitario. De este modo la cartera común de servicios del SNS se convierte en el mínimo indisponible para todas las CCAA, que ven reducido considerablemente su margen de actuación al quedar limitadas sus respectivas carteras de servicios complementarias exclusivamente a la incorporación de técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera del SNS.

24 Según el Consejo de Estado, “*Estas carteras complementarias podrán incorporar una técnica, tecnología o procedimiento no contemplados en la cartera común (apartado 2 del artículo 8 quinqués). No parece así que lo que pueda hacer sea ampliar la cobertura financiera de una prestación sujeta a copago conforme a las normas básicas del Estado al que, de acuerdo con la misma doctrina constitucional antes referida, corresponde en exclusiva definir la financiación del SNS (...)*”. Al margen de las razones expuestas, existe en la legislación básica del Estado un precepto que puede entenderse prohibitivo de la ampliación de la cobertura de la prestación farmacéutica. Se trata del artículo 89.1 de la Ley 29/2006, modificado por el Real Decreto-ley 16/2012, cuyo párrafo quinto reza así: “*Con el fin de garantizar el derecho de todas las personas que gocen de la condición de asegurado y beneficiario en el Sistema de un acceso a la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios*”. Y prosigue “*Si el derecho del Estado prohíbe a las Comunidades Autónomas reservas singulares con relación a la financiación de fármacos o productos sanitarios y lo hace en aras de preservar las condiciones de igualdad en todo el SNS, con mayor fundamento habrá que entender prohibido un sistema de financiación de toda la prestación farmacéutica ambulatoria que es particular de una Comunidad Autónoma.*

25 El TC afirmó que una medida de estas características no se puede incardinar ni en el título competencial “*régimen económico de la SS*” (art. 149.1.17 CE), ni en el título competencial relativo a “*la legislación sobre productos*

constitucionalidad de la Ley de Presupuestos de las CA de Canarias, que atribuía al Gobierno canario la competencia para fijar los precios de referencia en las especialidades médicas. A mayor abundamiento, señalar que el ATC de 13 de diciembre de 2012, rec. 4540/2012, no levantó la suspensión del art. 8 del Decreto vasco 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, que establecía nuevas reglas para la financiación de los medicamentos<sup>26</sup>.

En cualquier caso, hay que advertir que no se debe obligar a pagar a un nacional de otro Estado miembro que porta la tarjeta sanitaria europea (TSE, documento acreditativo de asistencia sanitaria conforme a los Reglamentos de Coordinación de SS de la UE) como si fuese un caso de atención sanitaria vía Directiva<sup>27</sup>.

---

*farmacéuticos*” (de competencia exclusiva del Estado), sino que se encuadra dentro del ámbito material correspondiente a la “*Sanidad*”, donde las CCAA tienen mucho que decir ya que estas prestaciones – (todas las prestaciones sanitarias) son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica. Dicho esto, restaría por determinar si esta conclusión permite a las CCAA adoptar las medidas que consideren oportunas en todo lo relacionado con la financiación de la prestación farmacéutica. Es ahí donde el TC recuerda los límites de las competencias autonómicas: todas estas decisiones deben respetar los mínimos establecidos por la normativa básica estatal. Y en este mismo sentido también se ha pronunciado más recientemente la STC 136/2012, de 19 de junio.

26 En concreto, el TC señaló que “*el carácter hipotético, eventual y no concretado de los perjuicios a los que se refiere la Comunidad Autónoma vasca resultan determinantes para que el TC decida mantener la suspensión del artículo 8 que prevé cuáles son las condiciones económicas a las que se ha de ajustar la aportación de las personas usuarias en relación con la prestación farmacéutica*”.

27 Desde el año 2010 la Comisión Europea ha venido recibiendo quejas relativas al rechazo por parte de hospitales públicos del SNS del uso de la TSE y el Certificado Provisional Sustitutorio cuando el paciente extranjero contaba además con un seguro médico privado. El 27 de febrero de 2013 la Comisión Europea manifestó su intención de abrir un procedimiento de infracción contra España. Ante esta situación, el Consejo Interterritorial en su reunión de 23 de julio de 2013, propuso que: 1.- Los servicios sanitario del SNS aceptarán siempre la TSE de los asegurados de Estados miembros de la UE, del EEE o Suiza que comuniquen ser beneficiarios de los derechos en especie conferidos por la TSE, sin que se les pregunte por la existencia de otras coberturas aseguradoras. 2.- Solo se podrá facturar al paciente si a la salida del centro sanitario no hubiese podido acreditar el derecho a la asistencia sanitaria que confiere la TSE, facturación que se ajustará a los precios públicos de los servicios sanitarios.

### 5.1.2.- Pacientes cuyo Estado de afiliación sea España.

Respecto a los pacientes cuyo Estado de afiliación sea España, y a los profesionales sanitarios que así lo soliciten, se deberá facilitar información sobre:

- a) Las condiciones de reembolso de los gastos.
- b) Los procedimientos para acceder a la asistencia sanitaria transfronteriza, su alcance y contenido, en particular la asistencia sanitaria que requiera autorización previa, según lo establecido en el anexo II, así como la información relativa al sistema de autorización previa.
- c) Los procedimientos para formular reclamaciones o solicitar reparación de daños, cuando el paciente considere que no se han respetado sus derechos, conforme a lo dispuesto en el RD AST.
- d) Los elementos que a tenor de lo dispuesto en la legislación europea deben figurar en las recetas expedidas en un Estado miembro y dispensadas en otro.

## 5.2. Garantías para la continuidad de la asistencia sanitaria.

En aras a favorecer la continuidad de la atención sanitaria, el RD AST consagra el deber de garantizar al paciente la disponibilidad de una copia (no precisa que ésta sea gratuita) en el soporte adecuado de los informes clínicos y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos, difundiendo el procedimiento para su acceso y la cooperación con otros Estados miembros en el intercambio de la información oportuna que garantice la continuidad asistencial.

Todo ello deberá realizarse con pleno respeto tanto al derecho a la intimidad, como al derecho al tratamiento de los datos personales y de salud de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y 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.

## 6.- EL REEMBOLSO DE GASTOS.

Los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por la Administración

sanitaria competente hasta la cuantía que ésta habría asumido, y en los mismos términos y condiciones que si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en territorio nacional por los correspondientes servicios asignados. Este reembolso será conforme a las tarifas aprobadas por la Administración sanitaria competente, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada y sin considerar los gastos conexos. El reembolso, por tanto, lo será conforme a la tarifas de precios públicos<sup>28</sup> de la Comunidad Autónoma, si bien éstas actuarán como tope máximo, de modo que si el coste real de la asistencia recibida excede el importe fijado en la Comunidad Autónoma, el exceso debiera ser cubierto por el ciudadano. Y a la inversa, en el caso en que el coste real de la asistencia recibida fuese inferior a los precios públicos aprobados por la Comunidad Autónoma, se debería reembolsar por el coste real, no por el importe fijado como precio público.

Como supuestos singulares habría que traer a colación las especificidades del reembolso para las prestaciones de la cartera suplementaria del SNS (prestación farmacéutica y prestación ortoprotésica):

- 1.- El techo máximo de gasto estaría constituido para los medicamentos por el precio de venta al público incluido en el nomenclator<sup>29</sup>, y para el caso de

<sup>28</sup> No obstante conviene llamar a la atención sobre el hecho de que no todas las CCAA han aprobado disposiciones normativas para la regulación de los precios públicos por la prestación de servicios sanitarios, como es el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

<sup>29</sup> Por lo que respecta al reembolso de gastos por medicamentos prescritos y dispensados en España a pensionistas de Estados miembros de la UE en estancia temporal en España, señalar que el 11 de mayo de 2007, la Comisión Europea inició un procedimiento de infracción contra España, mediante la remisión de una carta de emplazamiento en la que consideraba que España estaba incumpliendo el derecho de igualdad de trato y artículos del Tratado de la CE y de los Reglamentos comunitarios al negarse los prestadores españoles de asistencia sanitaria a conceder medicamentos gratuitos a los pensionistas comunitarios durante su estancia temporal, si no acreditaban al presentar la TSE al médico que expide la receta, su condición de pensionistas. Este proceso desembocó en el Dictamen motivado (Infracción nº 2006/2418) de 19 de febrero de 2009, relativo a la discriminación a pensionistas comunitarios en el acceso a medicamentos gratuitos durante su estancia temporal en España. Tras un proceso de negociación con la Comisión Europea, en la reunión celebrada el 6 de marzo de 2012 entre la Comisión Europea y las autoridades españolas, se adquirió el compromiso de poner en marcha en todos los Centros de Salud, un mecanismo de autocertificación (declaración jurada) de la condición de pensionista para los pensionistas de otros Estados miembros de la UE, EEE y Suiza en estancia temporal en España, para poder asegurar el acceso a medicamentos en igualdad de condiciones que los pensionistas españoles. La delegación española presentó su Nota 264/12 (Medicamentos gratuitos a pensionistas de los Estados miembros de la UE, EEE y Suiza), y realizó una breve exposición de las modificaciones



la prestación ortoprotésica, el importe máximo financiable según catálogo aprobado por la Comunidad Autónoma.

2.- Por tratarse de prestaciones sujetas a copago, la cantidad que se deba reembolsar al ciudadano no debería abarcar la aportación económica a su cargo, tal y como sucedería si se hubiese recibido la asistencia sanitaria en España.

Como ya ha quedado expuesto en epígrafes anteriores, resulta imprescindible que desde las CCAA se detalle el tipo de información que se va a poner a disposición de los ciudadanos y dónde se podrá acceder a la misma (presencial y web).

## **7.- FRICCIONES CON LA LEGISLACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA.**

Veamos a continuación algunos puntos de fricción entre la regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza y la legislación sanitaria de nuestro país:

1º.- Libertad de elección de médico y centro.

En algunas CCAA el ciudadano aún no puede elegir el centro sanitario público donde desea ser atendido<sup>30</sup>, derecho que sí podrá ejercer si lo que desea es recibir asistencia sanitaria fuera de nuestro país y con cargo a fondos públicos, pudiendo escoger a tal efecto el centro sanitario que desee, ya sea un centro perteneciente a la red sanitaria pública o privada, y en este último caso esté o no concertado.

2º.- Reembolso de gastos en caso de urgencia.

---

introducidas por el Real Decreto-Ley 16/2012, en lo que se refiere a la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. En este sentido se informó que, con carácter general, y de conformidad con la legislación vigente española, los portadores de una TSE que declaren su condición de pensionistas de la Seguridad Social de un Estado miembro de la UE, EEE y Suiza, y sus beneficiarios, tendrán que abonar un 10% del precio de los medicamentos prescritos y el resto de los asegurados y sus beneficiarios un 50%.

30 En Castilla-La Mancha el ciudadano aún no puede ejercer underecho que ya figura recogido en el art. 39 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, y que recientemente, se ha anunciado por la Consejería su inclusión nuevamente en otro texto legal en fase tramitación parlamentaria:

<http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2014-06-30/politica/castilla-la-mancha-garantizarapor-ley-la-libre-eleccion-de-medico-y-de-centro/pagina.aspx?idart=848307>

La STSJ de Castilla y León 4 de noviembre de 2009, puso de manifiesto las contradicciones de nuestro Ordenamiento Jurídico respecto al tratamiento que merece desde el punto de vista de la legislación comunitaria situaciones protagonizadas por un mismo paciente. En este caso se trataba de una paciente que presenta trastornos de alimentación, toxicomanía y trastornos de conducta, que es tratada en los servicios sanitarios públicos, que, a su vez, la habían derivado a la Fundación “Jiménez Díaz”. Tras ser dada de alta médica en este último centro sanitario, los médicos se limitaron a indicarla que en caso de empeoramiento acudiese a los servicios de urgencia. Ante esta situación, y siguiendo el consejo de la doctora psiquiatra de la Seguridad Social que la trataba habitualmente, la paciente acudió a un centro privado especializado sito en Barcelona, ascendiendo la factura por el tratamiento médico recibido a un importe de 35.749 €<sup>31</sup> que la sanidad pública no estaba dispuesta asumir.

Las contradicciones no afectan únicamente a cuestiones sustantivas, sino también procedimentales. Mientras que el sentido del silencio administrativo en las solicitudes de reintegro de gastos por urgencia vital es negativo<sup>32</sup>, en el procedimiento de reembolso de gastos previsto en el RD AST el sentido del silencio administrativo es positivo (art. 14.7).

3º.- Nuevos deberes de los proveedores sanitarios.

Los proveedores de asistencia sanitaria asumen obligaciones que, sin embargo, no tienen respecto a la población asegurada de su respectiva Comunidad Autónoma; tal es el caso del deber de facilitar al

---

31 Véase Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del Sescam nº 71 noviembre 2010. La Sala realiza una interpretación flexible de los requisitos exigidos por el Real Decreto 1030/2006 para canalizar por la vía del reintegro de gastos el supuesto objeto de enjuiciamiento, “ya que no entenderlo de este modo supondría llegar a un absurdo, a situaciones contradictorias, ya que en virtud de lo dispuesto en el art. 22.2 del Reglamento comunitario 1408/71, se podría autorizar a un ciudadano español para obtener el tratamiento deseado en otro Estado miembro de la UE a cargo del servicio público español siempre que estuviese incluido dentro de la cartera de servicios del SNS y no fuese posible obtener un grado de eficacia idónea que permita al paciente recuperar su salud en tiempo útil, mientras que esa misma situación no encontraría amparo dentro del territorio nacional”.

32 Disposición Adicional Vigésimo Quinta del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en la redacción dada por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

paciente “información acerca de los resultados conocidos de estas opciones en la práctica general y en el propio centro” (art. 8.6).

4º.- Españoles residentes en el exterior.

Mientras que cualquier ciudadano “asegurado” procedente de otro país miembro de la U.E. puede acceder directamente y sin requisito o trámite previo de autorización administrativa a los servicios médicos de atención primaria de nuestro Sistema Nacional de Salud, los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país tendrán derecho a la asistencia sanitaria siempre que, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tengan prevista esta cobertura, correspondiendo el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria al INSS que expedirá el documento acreditativo del derecho<sup>33</sup>.

5º.-Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.).

La mujer embarazada que solicite la I.V.E. dentro de las 14 primeras semanas, y la Administración no puede atender su petición en plazo, no podría acudir a un centro acreditado en un país de la U.E. ya que el art. 3.2 del RD 831/2010 de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, exige que se trate de centro acreditado en territorio nacional.

Se podría plantear también si la mujer embarazada que viaja al territorio de otro Estado miembro de la U.E. para que se le practique una interrupción voluntaria del embarazo dentro de las catorce semanas, tendría o no derecho al reembolso de los gastos si quedase acreditado que el proceso de información previa existente en dicho país no se ajusta a los requisitos y contenido exigido por la legislación nacional.

## 8.- COOPERACIÓN SANITARIA Y PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

En el terreno de la cooperación en materia sanitaria, el RD AST contempla la participación del Estado español en diferentes redes europeas:

- 1.- Red Europea de Referencia.
- 2.- Red Europea de sanidad electrónica.
- 3.- Red europea de evaluación de las tecnologías sanitarias.

El Reglamento modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, para incluir un nuevo art. 15 bis “Dispensación de recetas extendidas en otro Estado miembro de la Unión Europea”, y establece los elementos que como mínimo deben figurar en la receta médica, como la identificación del profesional sanitario prescriptor o la del medicamento/producto sanitario.

Hemos de subrayar las dificultades que van a tener las oficinas de farmacia para dispensar los medicamentos debido tanto a la diversidad de nombres comerciales, como a los retos que plantea conocer con certeza la identidad del profesional sanitario prescriptor, sobre todo si tenemos en cuenta que, en la actualidad, ni tan siquiera disponemos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de un registro de profesionales sanitarios. A lo anterior cabría añadir la posibilidad de que el medicamento haya sido prescrito en el territorio de otro Estado miembro de la UE por un profesional sanitario que, en cambio, y conforme a la legislación de nuestro país, no estaría facultado para ello- pensemos por ejemplo, en los profesionales sanitarios de la enfermería-.

Como garantías adicionales, se establece que el reconocimiento de las recetas en otros Estados miembros no debe afectar a ninguna obligación profesional ni ética que pudiera exigir del farmacéutico la negativa a dispensar el producto recetado en clara alusión al siempre controvertido derecho a la objeción de conciencia.

Ciertamente algunos de los problemas detectados en relación con la prestación farmacéutica no se suscitarían si, como establece la propia Directiva, el RD AST hubiese limitado únicamente su aplicación a las recetas expedidas pero a petición de un paciente que tiene intención de utilizarlas en otro Estado miembro, en lugar de contemplar un escenario excesivamente amplio, lo que por otra parte, tal y como advierte

<sup>33</sup> Véase en este sentido la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, junto al Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.

el Consejo de Estado<sup>34</sup>, puede originar una serie de gastos adicionales en la modificación del sistema. En cualquier caso, y conforme a la regla general de que el reembolso de gastos queda limitado a la asistencia sanitaria a la que tenga derecho el asegurado conforme a la legislación del Estado miembro de afiliación, *“en el caso en que el medicamento en cuestión no esté incluido entre las prestaciones a las que tiene derecho el asegurado por el Sistema de Seguridad Social o Sistema Nacional de Sanidad del Estado miembro de afiliación, éste no vendrá obligado a reembolsar los gastos”*<sup>35</sup>.

• CERVELL HORTAL. M.J. “Pacientes en la Unión Europea: Libertad restringida y vigilada”. Cuadernos de Derecho Transnacional (Octubre 2011), Vol. 3, Nº 2, pp. 51-70.

## 9.- BIBLIOGRAFÍA

- ARANCIBIA RAGGIO, P. “Pacientes y sistemas sanitarios en el punto de mira de la UE: antecedentes y contexto de la nueva Directiva sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria”, *Revista Española de Derecho Europeo*, Nº 39, 2011.
- CANTERO MARTÍNEZ, J. “Hacia la libre circulación de pacientes en el ámbito de la Unión Europea (a propósito de las Sentencias del Tribunal de Justicia de 28 de abril de 1998 y de 12 de julio de 2001). *Noticias de la Unión Europea*, Nº 232, 204.
- CANTERO MARTÍNEZ, J. “Derecho Sanitario y Bioética”, “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea: entre ciudadanía sanitaria y reglas de mercado”, *Derecho Sanitario y Bioética*. Ed. Tirant lo Blanch, Septiembre 2011.
- CARRASCOSA BERMEJO, M<sup>a</sup> D “Novedades normativas y jurisprudenciales en el reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea”, en *Inmigración, mujeres y menores*, Ed Laborum, 2010.

---

34 Dictamen del Consejo de Estado nº 1436/2013, de 23 de enero de 2014.

35 No obstante resulta desconcertante la lectura del Considerando 36 de la Directiva. Esta consideración encierra una enigmática previsión al reconocer el derecho a que el paciente pueda recibir cualquier medicamento cuya comercialización se haya autorizado en el Estado miembro del tratamiento, aún en el caso de que la comercialización del medicamento no esté autorizada en el Estado miembro de afiliación, por considerarse indispensable para la eficacia del tratamiento médico prestado.