

# GASTOS SANITARIOS NO REEMBOLSABLES EN DESPLAZAMIENTOS INTRAEUROPEOS

**Irene Ruiz Olmo**

*Becaria de Investigación*

*Universidad de Castilla -La Mancha*

## ÍNDICE

1. Introducción.
2. La normativa comunitaria relativa a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social.
- 2.1. Distinción entre “Asistencia planificada” y “Asistencia no planificada” como criterio determinante en la argumentación del Tribunal de Justicia.
3. La aplicación del Principio de Libre Prestación de Servicios en el ámbito sanitario.
4. Conclusiones.
5. Bibliografía.

## RESUMEN

En el presente trabajo se analizan algunos aspectos del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza por parte de las instituciones comunitarias. Y ello al hilo de una importante y reciente Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 15 de junio de 2010, que es continuación de una serie de pronunciamientos que han culminado con la aprobación de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, que en gran medida recoge las tesis mantenidas por el Tribunal.

## PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria transfronteriza, reembolso, gastos sanitarios, Estado miembro de afiliación, coordinación.

## ABSTRACT

In the following paper, various aspects of the law relating to cross-border health care assistance on the part of community institutions will be analysed. And this is the thread of a recent important judgment of

the Court of Justice of the European Communities 15 June 2010, which is a continuation of a series of statements that have culminated in the adoption of Directive of the European Parliament 2011/24/UE and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, which largely reflects the thesis maintained by the Court.

## KEYWORDS

Cross-border healthcare, reimbursement, health costs, Member State of affiliation, coordination.

## 1. INTRODUCCIÓN

Se trata de un marco jurídico que “trata de regular la cada vez mayor interrelación entre los sistemas sanitarios como consecuencia de la circulación de los pacientes y los entre los sistemas sanitarios como consecuencia de la circulación de los pacientes y los profesionales”<sup>1</sup>. En este sentido, el fallo de la citada sentencia pone de manifiesto que habida cuenta de que la intención de la Unión es coordinar las legislaciones nacionales en materia de cobertura social, y no armonizarlas, cuando se presta asistencia sanitaria hospitalaria no planificada en un Estado miembro distinto al de afiliación, este último Estado no está obligado a reembolsar al paciente aquellos gastos que corran a cargo del mismo, según la legislación del Estado en que se haya dispensado la asistencia. Es decir, no existe un derecho de reembolso de aquellos gastos que deben en todo caso ser asumidos por los pacientes cuando el nivel de cobertura aplicable en el Estado miembro en el que se dispensa dicho tratamiento es inferior al previsto en la legislación del Estado de afiliación.

1 ALVAREZ GONZALEZ, E.M., “El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza”, *Derecho y salud*, volumen 18, número 2, julio-diciembre de 2009, pág. 21.

Es importante destacar que esta restricción afecta no sólo a los tratamientos hospitalarios, que según la nueva Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, son los que requieren hospitalización al menos durante una noche, sino también a los tratamientos no hospitalarios que sean muy costosos. Consecuentemente, existe la posibilidad de exigir autorización previa, no sólo en los tratamientos hospitalarios, sino también para la asistencia que requiera el uso de equipos materiales particularmente onerosos (por ejemplo, cuando se trata del aparato de formación de imágenes o de espectrometría por resonancia magnética nuclear para detectar y tratar, en especial, el cáncer, determinadas enfermedades motrices cerebrales,...)<sup>2</sup>.

El pronunciamiento del TJCE de 15 de junio de 2010, se produce con ocasión de un recurso de incumplimiento planteado contra España por parte de la Comisión Europea. Concretamente, a raíz de una denuncia planteada ante la Comisión por un ciudadano francés, residente en España y afiliado al sistema de Seguridad Social Español, el cual tiene que ser hospitalizado durante una estancia en Francia debiendo abonar determinados gastos de hospitalización en ese país. Posteriormente solicita el reembolso a la institución de Seguridad Social española de la parte de los gastos de hospitalización que, según la legislación francesa, deben ser abonados en todo caso por los pacientes. Es decir, son gastos que se encuentran fuera de la cobertura que el sistema sanitario francés otorga.

La Institución española se niega a ello alegando que la normativa en vigor no contempla la posibilidad de que un afiliado al Sistema Nacional de Salud obtuviera de la institución competente el reembolso de gastos médicos generados fuera de dicho sistema, salvo en las circunstancias excepcionales entonces previstas en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995. El Estado español añade que atender tales reintegros alteraría el equilibrio financiero de su sistema nacional de salud, criterio rebatido por el Tribunal al entender que tales reembolsos no pueden tener una incidencia significativa en la financiación global de un sistema de Seguridad Social nacional (apartado 24 y 57).

El marco nacional de aplicación se encuentra cobijado en una pluralidad de normas de diferente

naturaleza, sin embargo las reflexiones del Tribunal pivotan en torno a la Ley 16/2003 de 23 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y a su desarrollo reglamentario a través del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Específicamente el artículo 4, apartado 3, del Real Decreto 1030/2006 establece que “la cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero”.

La interpretación defendida por las instituciones españolas implicaría que un afiliado al sistema de salud español solo tendría derecho al reembolso de la parte del coste del tratamiento no cubierta por la intervención de la institución del Estado miembro de estancia en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, “una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. Precisamente esta tesis mantenida por el Reino de España, es el que provocó que la Comisión alegase que la normativa española era contraria al Art 49 TCE, instándose al Estado a adoptar las medidas correctoras necesarias en un plazo de dos meses.

## **2. LA NORMATIVA COMUNITARIA RELATIVA A LA APLICACIÓN DE LOS RÉGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL**

La regulación comunitaria reconoce al trabajador “por cuenta ajena o por cuenta propia” que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, y cuyo estado requiera prestaciones en especie que sean 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, el

<sup>2</sup> Esta posibilidad ha sido recientemente establecida en la STJCE de 5 de octubre de 2010, asunto 512/08, Comisión contra Francia en la que la Comisión trata de impugnar su sistema de reembolso.

derecho “a las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia [...], según las disposiciones de la legislación que ésta aplique, como si estuviera afiliado a la misma, regulándose la duración del servicio de las prestaciones por la legislación del Estado competente” [art 22.1. a) e i), Reglamento nº 1408/71, del Consejo]<sup>3</sup>.

La asistencia en especie servida por la institución sanitaria de un Estado miembro por cuenta de la institución de otro Estado miembro, dará lugar al reembolso de su coste íntegro, aplicándose este derecho por analogía a los estudiantes y los miembros de su familia según sea necesario (art. 34 bis y 36.1 del Reglamento nº 1408/71, del Consejo).

En desarrollo de esta normativa, la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes, en Decisión de 17 de diciembre de 2003, puntualiza la aplicación uniforme del inciso i) de la letra a) del apartado 1 del artículo 22 del Reglamento nº 1408/71 del Consejo, en el Estado miembro de estancia<sup>4</sup>. Concretamente sostiene que la reglamentación comunitaria no puede interpretarse “de manera que se excluyan las enfermedades crónicas o preexistentes” y que “el concepto de <<asistencia necesaria>> no puede provocar que estas prestaciones se limiten únicamente a los casos en que la asistencia dispensada sea necesaria debido a una enfermedad repentina. En particular, el hecho de que el tratamiento que resulte necesario debido a la evolución del estado de salud de la persona asegurada durante su estancia temporal en otro Estado miembro pueda estar relacionado con una patología preexistente y conocida por el asegurado, como por ejemplo una enfermedad crónica, no significa que no se cumplan las condiciones de aplicación de estas disposiciones.”. Singularmente se especifica que

se encuentra amparada por la cobertura del art. 22 mencionado la asistencia sanitaria necesaria desde el punto de vista médico que se dispense a un migrante que se encuentre temporalmente en un Estado miembro, con la finalidad de evitar que se vea obligado a retornar prematuramente al Estado competente para obtener el tratamiento que necesita, antes de la finalización de la estancia prevista<sup>5</sup>.

## **2.1 DISTINCIÓN ENTRE “ASISTENCIA PLANIFICADA” Y “ASISTENCIA NO PLANIFICADA” COMO CRITERIO DETERMINANTE EN LA ARGUMENTACIÓN DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA**

El Tribunal encuentra de gran relevancia, y de hecho justifica su fallo en este aspecto, que la asistencia sanitaria contemplada en el art. 22 comprende dos modalidades bien diferenciadas. Por un lado, encontramos la denominada asistencia planificada [art.22, 1, c) del Reglamento nº 1408/71, del Consejo], en la que el sujeto se desplaza al territorio de otro Estado para recibir una asistencia sanitaria, en la que el asegurado ha podido obtener una estimación del coste global del tratamiento hospitalario en cuestión, en forma de presupuesto, que le permita comparar los niveles de cobertura aplicables, respectivamente, en el Estado miembro en el que tiene intención de ser hospitalizado y en el Estado miembro de afiliación. Este supuesto es completamente diferente a los casos en los que el asegurado se desplaza a otro Estado miembro con una finalidad turística o educativa, presentándose en el transcurso de la estancia alguna incidencia imprevisible de carácter sanitario que obligue a su atención médica. En este sentido, la normativa comunitaria no garantiza una neutralidad respecto a todos los servicios sanitarios cubiertos por los diversos sistemas nacionales, siendo importante señalar que el objetivo de la normativa comunitaria

<sup>3</sup> Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento (CE) nº 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1), en su versión modificada por el Reglamento (CE) nº 1992/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006 (DO L 392, p. 1). En la actualidad, este reglamento ya ha sido sustituido por el reglamento nº 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social. (arts. 19 y 20) y desarrollado por el Reglamento (CE) 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.

<sup>4</sup> DO 2004, L 104, p. 127.

<sup>5</sup> Debe mencionarse que junto al Reglamento citado, la regulación comunitaria en la materia se encuentra en el Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento nº 1408/71, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento nº 118/97, en su versión modificada por el Reglamento (CE) nº 311/2007 de la Comisión, de 19 de marzo de 2007 (DO L 82, p. 6). Concretamente en el art. 2.1, se da carta de naturaleza al formulario E-111, actualmente sustituido por la tarjeta sanitaria europea. Es importante mencionar que en la actualidad, el Reglamento 1408/71 de Seguridad Social está derogado.

A partir del 1 de mayo de 2010, este Reglamento queda sustituido por el reglamento nº 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social. (arts. 19 y 20). Siendo el Reglamento (CE) 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.

ria en la materia es el de coordinar las legislaciones nacionales en materia de seguridad social, y, “por ende”, en lo relativo a la asistencia sanitaria, pero no armonizarlas<sup>6</sup>.

La relevancia de esta distinción radica en que la garantía del derecho al reembolso de las eventuales diferencias positivas entre el nivel de cobertura de la asistencia hospitalaria de diferentes Estados miembros “puede inducir al asegurado a renunciar al tratamiento proyectado en otro Estado miembro, lo que supone un obstáculo a la libre prestación de servicios, como declaró el Tribunal de Justicia en las sentencias Vanbraekel y otros y Watts”. Precisamente será la vulneración a este principio reconocido en el art. 49 TCE el que sirva al Tribunal para revisar la oportunidad de la normativa española.

Concretamente el Gobierno español alega que la regulación española atiende convenientemente las situaciones de asistencia no planificada, de forma que otorga una cobertura adecuada a la gravedad de la enfermedad o del accidente, en los casos de estancia temporal por circunstancias vinculadas a la urgencia de la situación.

### 3. LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

En primer término, el Tribunal de Justicia determina que la asistencia sanitaria debe ser considerada como un servicio objeto de la libre prestación de servicios<sup>7</sup> (apartado 47 y ss.). De hecho, de los diversos pronunciamientos del Tribunal se desprende que dentro de este concepto deben quedar incluidos tanto

los servicios prestados en consultas como los efectuados en hospitales<sup>8</sup>.

En lo que atañe al concreto contenido de la sentencia, se subraya que la regulación establecida en el art. 22 del Reglamento n° 1408/71, del Consejo, trata de impedir que un asegurado se vea obligado a regresar prematuramente al Estado miembro de afiliación para obtener la asistencia médica que precise, confiriéndole el derecho de acceso a tratamientos sanitarios en el territorio de estancia en condiciones de cobertura tan beneficiosas como las que disfrutaban los nacionales de este último. Sin embargo, en el supuesto de la asistencia no planificada se da por definición una falta de certidumbre, respecto a si el turista o estudiante, por ejemplo, va a necesitar asistencia sanitaria y de qué tipo. También las enfermedades crónicas, o la situación de los ciudadanos comunitarios de edad avanzada, cumplen esta imprevisibilidad puesto que a pesar de correr un mayor riesgo de que se deteriore su salud, sólo en determinados supuestos van a precisar tratamientos hospitalarios durante su estancia temporal en otro Estado.

Implementando estos razonamientos al supuesto denunciado, el Tribunal de Justicia entiende que “resulta demasiado aleatorio e indirecto el hecho de que los afiliados al sistema de salud español puedan verse incitados a adelantar su regreso a España para recibir allí la asistencia hospitalaria necesaria debido a la degradación de su estado de salud durante una estancia temporal en otro Estado miembro o a renunciar a viajar, por ejemplo, con fines turísticos o de estudios a dicho Estado miembro, al no poder contar, salvo en el supuesto previsto en el artículo 4, apartado 3, segunda frase, del Real Decreto 1030/2006, con una intervención complementaria de la institución competente en caso de que el coste de un tratamiento equivalente en España fuera superior al nivel de cobertura aplicable en ese otro Estado miembro.” De todo ello, el Tribunal concluye que la normativa española denunciada no obstaculiza la libre prestación

6 Es destacable el hecho de que los Estados miembros gozan de autonomía para establecer sus propias políticas de salud, así como para entablar su propia organización, gestión y asignación de recursos y por su supuesto prestación de servicios. Esta autonomía esta reconocida por el art. 168. 7 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

7 “Apartado 47. En lo que respecta, por una parte, a los servicios médicos, ha de recordarse que, según reiterada jurisprudencia del Tribunal de Justicia, 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 (véanse, en este sentido, las sentencias Watts, antes citada, apartado 86 y jurisprudencia citada, y de 19 de abril de 2007, Stamatelaki, C 444/05, Rec. p. I 3185, apartado 19). Por lo demás, una prestación médica no pierde su calificación de prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE porque el paciente solicite a un servicio nacional de salud que se haga cargo de los gastos después de que él haya pagado el tratamiento recibido al prestador de servicios extranjero (véase la sentencia Watts, antes citada, apartado 89 y jurisprudencia citada)”.

8 A esta conclusión llega la profesora CANTERO MARTINEZ DE su estudio de los asuntos Kohll, de 28 de abril de 1998, Geraets y Peerbooms, de 12 de julio de 2001, y Watts de 16 de mayo de 2006, en: CANTERO MARTINEZ, J., “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea: Entre ciudadanía sanitaria y reglas de mercado”, en GASCON ABELLAN, M./ CANTERO MARTINEZ, J./ GONZALEZ CARRASCO, C., (coords.), Cuestiones de Derecho Sanitario y Bioética, Tirant lo blanch, Valencia, 2011, págs. 12 y ss. En opinión de la misma autora, con anterioridad a esta doctrina se entendía que la asistencia sanitaria “quedaba directamente fuera del ámbito de las disposiciones comunitarias relativas a la libre prestación de servicios para regirse íntegramente el Reglamento 1408/71”, pág. 12.



de servicios de asistencia hospitalaria, de servicios turísticos o de servicios educativos (apartado 72).

En conclusión, el Tribunal observa que el mecanismo de reembolso entre las instituciones afectadas se basa en un sistema de “compensación global del riesgo”, por lo que en los supuestos de asistencia hospitalaria no planificada, cuando el Estado miembro de afiliación asume una carga económica más elevada de la que le correspondería si tales servicios se hubieran prestado en uno de sus establecimientos, “se compensan globalmente con los casos en los que, por el contrario, la aplicación de la normativa del Estado miembro de estancia tiene como resultado una carga financiera sobre el Estado miembro de afiliación menos elevada que la que habría derivado de la aplicación de su propia normativa por el tratamiento hospitalario de que se trata”.

No obstante, considera que es cierto que el hecho de imponer a un Estado miembro la obligación de garantizar a sus propios afiliados un reembolso adicional por parte de la institución competente cada vez que el nivel de cobertura aplicable en el Estado miembro de estancia de los gastos hospitalarios imprevistos de que se trate sea inferior al aplicable en virtud de su propia normativa supondría quebrantar la estructura del sistema introducido por el Reglamento n° 1408/71. Y, consecuentemente ante supuestos relacionados con tratamientos de ese tipo, la institución competente del Estado miembro de afiliación se vería sistemáticamente expuesta a la carga financiera más elevada, ya sea con arreglo a la normativa del Estado miembro de estancia que establece un nivel de cobertura superior al previsto por la normativa del Estado miembro de afiliación o, en caso contrario, como consecuencia de la aplicación de esta última normativa.

Y argumentando que, pese a que en ocasiones la asistencia sanitaria transfronteriza no planificada lleve consigo un desembolso por parte de los pacientes no restituible, atendiendo a la urgencia de la situación, a la gravedad de la enfermedad o del accidente, o a la imposibilidad médica de repatriación al Estado miembro de afiliación, estas situaciones no dejan más alternativa que prestar al interesado asistencia hospitalaria en un establecimiento situado en el Estado miembro de estancia. Por lo que el Tribunal estima que no puede atribuirse a la normativa española controvertida cualquier tipo de efecto restrictivo sobre la prestación de servicios de asistencia hospitalaria por prestadores establecidos en otro Estado miembro.

Consecuentemente el Tribunal procede a desestimar el recurso en el que actuaron como coadyuvantes el Reino de Bélgica, el Reino de Dinamarca, la República de Finlandia y el Reino Unido.

#### **4. CONCLUSIONES**

La sentencia examinada es una manifestación de la tensión de intereses contrapuestos entre la preservación de libertades puramente económicas, como la libre prestación de servicios, y derechos sociales como es el derecho a la asistencia sanitaria. De hecho este fallo es continuación de una serie de pronunciamientos en este sentido y que finalmente se han visto materializados en la reciente Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. De esta forma, coexisten dos sistemas de coordinación de la normativa procedente de los Estados miembros, de modo que la aplicación de la Directiva o de los Reglamentos de la Unión debe realizarse sin privar al paciente de los mayores beneficios que reconocen los Reglamentos, en caso de que se cumplan las condiciones para su aplicación a un supuesto concreto<sup>9</sup>.

Empero de cualquier ejercicio interpretativo, lo que resulta innegable es que a pesar de la declaración comunitaria reconociendo la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social, “en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deben respetar el Derecho de la Unión, en especial las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios” (apartado 53). Las consecuencias de este reparto competencial suponen que el principio de igualdad y universalidad en el acceso de las prestaciones sanitarias en algunos Estados miembros quedan seriamente comprometidos “toda vez que se condiciona su acceso a la capacidad económica del paciente, que deberá hacerse cargo directamente de los gastos de viaje y del tratamiento antes de solicitar el reembolso”. Si bien es cierto que con la entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, esta conclusión se podría matizar, en el sentido de que la misma prevé la posibilidad de que los Esta-

<sup>9</sup> CANTERO MARTINEZ, J., *op. cit.*, pág.21. Las opiniones doctrinales en torno a la propuesta de Directiva han sido en ocasiones bastantes críticas; SEVILLA PEREZ, F., mantiene que con ella “la Comunidad pretende regular la atención sanitaria en Europa, teniendo en cuenta como única base las reglas del mercado, olvidando la tradición de todos los sistemas sanitarios europeos”, en “Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza”, *Revista de Administración Sanitaria*, 2009; 7(4), pág. 551.

dos miembros de afiliación decidan reembolsar costes conexos, como gastos de alojamiento y viaje. Sin embargo, esta posibilidad sigue quedando al arbitrio del Estado de afiliación.

Además, en este proceso de coordinación también pueden verse lesionados derechos relativos a la gestión de la atención sanitaria basados en el monopolio público de la asistencia sanitaria<sup>10</sup>.

Una importante y destacable novedad que prevé la nueva Directiva anteriormente citada, es que en el caso de que un Estado miembro de afiliación decida limitar la aplicación de las normas de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza por razones imperiosas de interés general, este Estado deberá notificárselo a la Comisión. Esta obligación debe ser entendida de forma positiva, puesto que ello implica un mayor control, y la posible eliminación de obstáculos injustificados a la libre circulación de personas, bienes y servicios.

Por último, se debe incidir en el hecho de que el fallo de la sentencia comentada insiste en diversos momentos en la importancia del respeto al principio de libre prestación de servicios no solo en los servicios médicos, sino también en los turísticos o educativos (apartado 51 y 52), sin reparar en que tal aplicación puede menoscabar el estándar de derechos reconocidos a los nacionales de determinados Estados miembros.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ GONZALEZ, E.M., “El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza”, *Derecho y salud*, volumen 18, numero 2, julio-diciembre de 2009.

STJCE de 5 de octubre de 2010, asunto C-512/08,

CANTERO MARTINEZ, J., GASCON ABELLAN, M., GONZALEZ CARRASCO, C., “La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea: Entre ciudadanía sanitaria y reglas de mercado”, en *Cuestiones de Derecho Sanitario y Bioética*, Tirant lo blanch, Valencia, 2011.

---

10 CANTERO MARTINEZ, J., *op. cit.*, págs. 29 y 30.