

LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN EL DERECHO DE LA UNIÓN EUROPEA

Belén Alonso Olea García

SUMARIO: I. Introducción. II. El Derecho originario: La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. III. El Derecho derivado: Los Reglamentos sobre Seguridad Social y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza. III.1. El derecho a las prestaciones sanitarias de base profesional: Los Reglamentos sobre coordinación de los Sistemas de Seguridad Social. III.2. El derecho a las prestaciones sanitarias de base universal: la asistencia sanitaria transfronteriza. IV. Bibliografía. V. Jurisprudencia TJUE.

RESUMEN

Las prestaciones sanitarias tienen una híbrida naturaleza jurídica puesto que participan de un doble carácter fruto de su historia: el “profesional”, nacido al amparo de los seguros sociales obligatorios instaurados por BISMARCK origen de los sistemas de Seguridad Social que contemplan, como parte de su acción protectora, las prestaciones sanitarias; el “universal”, inspirado en el Informe de BEVERIDGE, basado en cubrir a todos los ciudadanos frente a las situaciones de necesidad con las mismas prestaciones uniformes/homogéneas.

Este doble carácter afecta, no solo a la definición de la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias, sino también al régimen jurídico a aplicar a las mismas puesto que éste se sigue apoyando en el modelo de protección social dispensado por los sistemas de Seguridad Social pero convive con el más (nuevo) creado al amparo del derecho a la protección de la salud y fundamentado en el modelo universal; de uno u otro, va a depender la normativa a aplicar en el ámbito de la Unión Europea, materia de análisis del presente trabajo con apoyo en la jurisprudencia del TJUE.

PALABRAS CLAVE

Derecho de la Seguridad Social; las prestaciones sanitarias en especie. Derecho a la protección de la salud; la asistencia sanitaria transfronteriza.

ABSTRACT

Healthcare has a hybrid legal nature given the two components inherited from its historical background: a “professional” component, stemming from the system of mandatory social insurance implemented by BISMARCK, origin of the social security systems that include healthcare as part of the coverage that they offer; and an “universal” component, inspired by the BEVERIDGE Report, based on providing all individuals with the same, homogeneous healthcare when they need it.

Healthcare’s two characteristic attributes not only affect how its legal nature is defined, but also which legal regime is applied to it; healthcare continues to be based on a model of social insurance dispensed by social security systems, but it co-exists with the (newer) universal model created on the basis of the right to health insurance. The regulations that will ultimately be applied in a European Union context will depend on these co-existing elements. That is precisely what this work will analyse, supported by the case law of the ECJ.

KEYWORDS

Social Security law: benefits in kind. Health care law: cross-border healthcare.

I. INTRODUCCIÓN

Antes de entrar a analizar las prestaciones sanitarias en el Derecho de la Unión Europea, se considera necesario realizar una serie de precisiones sin las cuales se hace realmente complicado entender el tema objeto de análisis.

Lo primero que se desea aclarar es por qué se ha preferido llamar a este estudio prestaciones sanitarias, el derecho a causarlas, en vez de derecho a la salud, como consagran los Tratados Internacionales (y el propio artículo 43 de nuestra Constitución). Su porqué es que se considera que no se tiene un derecho a la salud, sobre la que los seres humanos no disponemos, sino derecho a unas determinadas prestaciones, las sanitarias, que intentan conseguir la preciada salud¹. La medicina es una “ciencia inexacta e incompleta, entre otras cosas por la propia naturaleza del ser humano, no siempre que se aplica la denominada *lex artis* o la totalidad de los conocimientos científicos se consigue sanar al paciente²; no puede “detectar, conocer con precisión y sanar todos los procesos patológicos que puedan afectar al ser humano”³; es “limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”⁴.

Lo que se trata de decir es que no se tiene tanto un derecho a proteger la salud sino a procurar la curación con los medios disponibles en un determinado momento utilizando la diligencia debida, pero el proceso curativo puede no ser efectivo, no tener como resultado final sanar al enfermo, no depende del médico, por eso la salud en sí no puede estar garantizada por mucho que la Constitución reconozca el derecho a su protección; creer que tenemos derecho a estar sanos y no aceptar la muerte, es tanto como ignorar

nuestra condición de ser vivo. En palabras del Tribunal Supremo “el médico se obliga a procurar... la curación pero no la curación efectiva”⁵.

Mantenido esto, con ello no se quiere decir que no exista un derecho a la protección de la salud, en cuanto salud pública, entendida como prevención, educación sanitaria, medio ambiente, alimentación, servicio sanitario, como derecho de los ciudadanos a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo (biológico, químico, físicos, climático o de otro carácter) para la salud colectiva o para la salud individual, pero este derecho no es objeto de análisis que sí, en cambio, está destinado a las prestaciones, médica y farmacéutica, tendentes a procurar la curación, esto es, al derecho a “obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud”, como dice el artículo 10.14 de la Ley 41/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la que tiene por “objeto principal la prestación de servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud”⁶.

De otra parte, la segunda de las cuestiones que se desea aclarar, y que impregnan el presente estudio, es la híbrida naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias, pues participan de un doble carácter fruto de su historia: el “profesional”, nacido al amparo de los seguros sociales obligatorios instaurados por BISMARCK⁷, basado en la exigencia de cotizaciones sociales previas efectuadas por los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia -posteriormente, por los funcionarios-, seguros sociales obligatorios origen de los sistemas de Seguridad Social, que contemplaban (contemplan), como parte de su acción protectora, las prestaciones sanitarias⁸; y el “universal”,

5 SSTS, Sala de lo Civil, de 16 de diciembre de 1997 y de 28 de diciembre de 1998.

6 STC 211/2014, de 18 de diciembre. En este sentido, el derecho a la protección de la salud, es más amplio, pues englobaría dos ideas y “se articula tanto a través de medidas preventivas... (como) de las prestaciones y servicios necesarios” (STC 126/2008, de 27 de octubre).

7 En su célebre Mensaje dirigido al Reichstag el 17 de noviembre de 1881, en el que exponía que el Gobierno habría de presentar “un proyecto de ley sobre aseguramiento de los trabajadores contra los accidentes de trabajo... un proyecto de creación de un sistema, con base paritaria, de cajas de enfermedad. También se considerará la situación de quienes pierdan la capacidad de trabajo por edad o invalidez”.

8 En el ámbito del Derecho Internacional, “las prestaciones sanitarias aparecen recogidas dentro del sistema jurídico de la Seguridad Social o presuponen el carácter de trabajador, asalariado, empleado de las personas protegidas por el Convenio. Así ocurre, aparte de con el Convenio Europeo de

1 Es la enfermedad “un hecho que verosíblemente no dejará de existir, afectando a individuos determinados, por muy buena que sea la situación, en este caso, el estado sanitario, de la población como conjunto”. La enfermedad se caracteriza por “tener dos tipos de consecuencias, a saber: Un *exceso de gastos* sobre los habituales, en los que se incurre para la asistencia sanitaria que necesita el enfermo. Un *defecto de ingresos*, dado que la enfermedad de cierta gravedad incapacita e impide la obtención de rentas de trabajo”, ALONSO OLEA, M., *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Civitas (1994), pág.23.

2 STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 22 de octubre de 2009.

3 STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 20 de noviembre de 2012.

4 STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 21 de diciembre de 2012.

inspirado en el Informe de BEVERIDGE⁹ en el que se preveía un Plan de Seguridad Social que de cubriera “a todos los ciudadanos sin limitación de rentas..., plan de cobertura general de personas y de necesidades”. Es decir, a diferencia del modelo profesional de BISMARCK el de BEVERIDGE se basa en un modelo universal: cubrir a todos los ciudadanos frente a las situaciones de necesidad con las mismas prestaciones uniformes/homogéneas. En todo caso, los regímenes actuales de Seguridad Social, basados en modelo profesional (contributivo), han ido incorporando, en parte y progresivamente, las prestaciones del modelo universal asumiendo, como parte de su acción protectora, las prestaciones de carácter no contributivo. En esta misma línea, las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, cuando se dice que son de base profesional, no es por su vía de financiación -que ya suele ser aportaciones del Estado a través de los Presupuestos Generales del Estado y no cotizaciones sociales-, sino porque a ella tienen derecho personas incluidas en el campo de aplicación de los distintos Regímenes de la Seguridad Social así como los pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas de los sistema de la Seguridad Social que no tengan el carácter de pensiones.

Este doble carácter (profesional/universal) conlleva, actualmente, una indefinición de la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias que arrastra tanto por el ordenamiento interno español¹⁰ como por el Derecho Internacional, en nuestro caso, el de la Unión Europea, a exponer a continuación, que afecta,

Seguridad Social (artículos 7-12 ‘asistencia médica’), con los Convenios de la OIT, en especial, el núm. 102 sobre la seguridad social (norma mínima), que contempla expresamente la asistencia médica en sus artículos 7-12, así como los Convenios OIT: núm.24 sobre el seguro de enfermedad (industria), núm. 25 sobre el seguro de enfermedad (agricultura), núm. 56 sobre el seguro de enfermedad de la gente de mar, núm. 73 sobre el examen médico de la gente de mar, núm.77 sobre el examen médico de los menores (industria), núm. 78 sobre el examen médico de los menores (trabajos no industriales), núm. 124 sobre el examen médico de los menores (trabajo subterráneo), núm. 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, núm. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, núm.164 sobre la protección de la salud y la asistencia médica (gente de mar) y núm.165 sobre la seguridad social de la gente de mar”, ALONSO-OLEA GARCÍA, B., *Sobre la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias: ¿sanidad o sanidad y seguridad social?*, Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo, núm. 161 (2014), pág. 122.

9 De 20 de noviembre de 1942.

10 En el caso de España, esta falta de definición de la naturaleza jurídica de la prestación de asistencia sanitaria ha sido puesta de manifiesto por el Consejo de Estado en su Dictamen sobre el Proyecto de Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (referencia 826/2012).

no solo a la definición de la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias, sino también al propio régimen jurídico a aplicar a las mismas puesto que éste se sigue apoyando en el modelo de protección social dispensado por los sistemas de Seguridad Social pero convive con el más (nuevo) creado al amparo del derecho a la protección de la salud y fundamentado en el modelo universal; de uno u otro, va a depender la normativa a aplicar en el ámbito de la Unión Europea.

Para su análisis, se parte del Derecho originario para después analizar el Derecho derivado, dividiéndose su estudio en: (II) El Derecho originario: La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea; (III) El Derecho derivado: Los Reglamentos sobre Seguridad Social y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza.

II. EL DERECHO ORIGINARIO: LA CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA Y EL TRATADO DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIÓN EUROPEA

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea -del mismo “valor jurídico que los Tratados” (artículo 6.1 Tratado de la Unión Europea)-, contiene dos preceptos de interés: uno, el artículo 34, dedicado a la Seguridad Social y, dentro de ella, a las prestaciones sanitarias; otro, el artículo 35, destinado a la protección de la salud humana, preceptos que tienen su reflejo en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en adelante TFUE).

El primero de ellos, el artículo 34, *Seguridad social y ayuda social*, establece que “la Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho comunitario y las legislaciones y prácticas nacionales” (apartado 1). “Toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de seguridad social y a las ventajas sociales con arreglo al Derecho comunitario y a las legislaciones y prácticas nacionales” (apartado 2).

Por su parte, el TFUE consagra, con carácter general, los principios de no discriminación por razón de nacionalidad (artículo 18 TFUE) y de libre

circulación de trabajadores (artículo 45 TFUE¹¹), garantizando, a los trabajadores migrantes por cuenta ajena y derechohabientes, las medidas necesarias para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores mediante la creación de un sistema en la UE que permita: “a) la acumulación de todos los períodos tomados en consideración por las distintas legislaciones nacionales para adquirir y conservar el derecho a las prestaciones sociales, así como el cálculo de éstas; y b) el pago de las prestaciones a las personas que residan en los territorios de los Estados miembros” (artículo 48 TFUE). Así pues, el derecho a la Seguridad Social va indisolublemente unido a los de no discriminación por razón de nacionalidad y libre circulación de los trabajadores, puesto que lo que se pretende y/o quiere es que el trabajador viaje con su Seguridad Social dentro de la UE¹².

La Seguridad Social, sus prestaciones sanitarias, se halla regulada en el Título X, *Política social*, del TFUE.

El segundo de los preceptos de interés de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, es el artículo 35, *Protección de la salud*, a cuyo

11 La jurisprudencia del TJUE viene reiteradamente declarando que “las disposiciones nacionales que impidan o disuadan a un trabajador nacional de un Estado miembro de abandonar su país de origen para ejercer su derecho a la libre circulación constituyen obstáculos a dicha libertad, aun cuando se apliquen con independencia de la nacionalidad de los trabajadores afectados”, sentencias Wolf y otros, asuntos acumulados (C-154/87 y 155/87), Bosman (C-415/93), Terhoeve (C18/95), Graf (C190/98), Köbler (C224/01) y Van Lent (C232/01), Kranemann (C-109/04), Olympique Lyonnais (C325/08). Una medida que obstaculice la libre circulación de los trabajadores “solamente puede admitirse si persigue un objetivo legítimo compatible con el Tratado y se justifica por razones imperiosas de interés general. Pero, en tal caso, también es necesario que su aplicación sea adecuada para garantizar la realización del objetivo que persigue y no vaya más allá de lo que es necesario para alcanzar dicho objetivo”, sentencias Kraus (C19/92), Bosman (C-415/93) y Köbler (C224/01). Los motivos de “carácter meramente económico no pueden constituir razones imperiosas de interés general capaces de justificar una restricción a una libertad fundamental garantizada por el Tratado”, sentencias Bond van Adverteerders (C-352/85), Gouda (C288/89), SETTG (C398/95), Verkooijen (C35/98), Comisión/Italia (C388/01) y Kranemann (C-109/04).

12 Como afirma el TJUE, las disposiciones de los Reglamentos de Seguridad Social, adoptadas de conformidad con el artículo 48 TFUE, “deben ser interpretadas a la luz del objetivo de este artículo, que es contribuir al establecimiento de la más amplia libertad posible en el ámbito de la libre circulación de los trabajadores migrantes”. El objetivo de los artículos 45 a 48 TFUE “no se alcanzaría si, como consecuencia del ejercicio de su derecho de libre circulación, los trabajadores tuvieran que perder los beneficios de seguridad social que les concede la legislación de un Estado miembro, en particular cuando tales beneficios suponen la contrapartida de las cotizaciones que aquellos pagaron”, Sentencias Spruyt (C-284/84) y Hosse (C286/03), entre otras.

tenor, “toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

Este derecho está regulado en el Título XIV del TFUE, *Salud pública*, artículo 168, cuyo apartado primero establece que “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”¹³.

Así pues, el Derecho originario reconoce tanto el derecho a la Seguridad Social (protección “profesional” instaurado por BISMARCK) como el derecho a la protección de la salud (protección “universal” inspirado en BEVERIDGE). Ahora bien, es en el Derecho derivado donde queda regulado estos derechos, como se pasa a analizar.

III. EL DERECHO DERIVADO: LOS REGLAMENTOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y LA DIRECTIVA SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Una de las prestaciones que contempla, desde sus orígenes, el campo de aplicación material la Seguridad Social, son las prestaciones sanitarias, desde

13 La adopción de medidas concretas en materia de salud pública en la Unión Europea se ha orientado en torno a tres grandes campos de actuación definidos por el artículo 152.4. TCE (actual artículo 168 TFUE): a) establecimiento de 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; b) medidas en el ámbito veterinario y fitosanitario; c) medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, LORA-TAMAYO VALLVÉ, M.: *La protección de la salud pública en la Unión Europea*, Revista de Derecho de la Unión Europea, núm.11 (2006), págs.98-99.

que fueron dictados sus primeros Reglamentos: el 1408/1971 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 los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad (artículo 4.1 a) y el 574/1972 del Consejo de 21 de marzo de 1972 por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento 1408/1971 relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad.

Estos dos Reglamentos son los predecesores de los actuales: el Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social¹⁴ y el Reglamento 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (en adelante, Reglamento 883/2004 y Reglamento 987/2009, respectivamente). Ello comporta la naturaleza jurídica “profesional” de estas prestaciones.

Sin embargo, posteriormente, la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en adelante TJUE), y con base, no al principio de libre circulación de trabajadores (artículo 48 TFUE) sino al de libre prestación de servicios (artículo 56 TFUE), empezó a desarrollar y garantizar en sus sentencias el derecho a la asistencia sanitaria “universal”¹⁵, en

base a la cual se dictó la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

En su virtud, el análisis de las prestaciones sanitarias del Derecho derivado requiere que sea dividido en: (III.1) El derecho a las prestaciones sanitarias de base profesional: Los Reglamentos sobre coordinación de los Sistemas de Seguridad Social y de aplicación y (III.2) El derecho a las prestaciones sanitarias de base universal: la asistencia sanitaria transfronteriza¹⁶.

acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000); 2) Decisión 646/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de marzo de 1996, por la que se adopta un plan de acción de lucha contra el cáncer en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000); 3) Decisión 647/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de marzo de 1996, por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativo a la prevención del sida y de otras enfermedades transmisibles en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000); 4) Decisión 102/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1996, por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativa a la prevención de la toxicomanía en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000); 5) Decisión 1400/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 30 de junio de 1997, por la que se adopta un Programa de acción comunitaria sobre vigilancia de la salud en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1997-2001); 6) Decisión 372/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de febrero de 1999, por la que se aprueba un programa de acción comunitaria relativa a la prevención de lesiones en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003); 7) Decisión 1295/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 1999, por la que se aprueba un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003); 8) Decisión 1296/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 1999, por la que se aprueba un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades relacionadas con la contaminación en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2001).

Decisión 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de septiembre de 1998, por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad. En virtud de esta Decisión, la Comisión aprobó, el 22 de diciembre de 1999, la Decisión 2000/57/CE relativa al sistema de alerta precoz y respuesta para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles.

Resolución del Consejo de 8 de junio de 1999 (1999/C 200/01) en la que se hace hincapié en la “futura acción comunitaria –dirigida a mejorar la salud pública previniendo la enfermedad y evitando las fuentes de peligro de la salud humana– debe hacer frente de manera coordinada y coherente a las preocupaciones de los ciudadanos de la Comunidad relativas a los riesgos para la salud y a sus expectativas de un nivel sanitario elevado”.

16 Aparte de los Reglamentos de Seguridad Social y de la Directiva citados, existen otros de suma importancia que no se analizan por exceder del contenido del presente trabajo, tales como: Reglamento 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos. Directiva 89/105/CEE

14 El Reglamento 883/2004, entró en vigor el 1 de mayo de 2010, fecha de entrada en vigor, valga la redundancia, de su Reglamento de aplicación, el Reglamento 987/2009 (artículo 91 del Reglamento 883/2004). Estos son los Reglamentos a los que se refiere la disposición adicional segunda 1 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, a cuyo tenor, “las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social... tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias”.

15 Ello no obstante, se pone de manifiesto la preocupación en torno al derecho de la protección de la salud de las instituciones de la Unión Europea, y no solo del TJUE. Por citar algunos ejemplos:

Comunicación de la Comisión, de 24 de noviembre de 1993, sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública, en base a la cual, se aprobaron ocho programas de acción mediante: 1) Decisión 645/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de marzo de 1996, por la que se adopta un programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud en el marco de la

III.1. El derecho a las prestaciones sanitarias de base profesional: Los Reglamentos sobre coordinación de los Sistemas de Seguridad Social

Lo primero que hay que aclarar, premisa de la que hay que partir, es que Reglamento 883/2004, como su propio nombre indica, no crea un sistema unificado sino uno coordinado de sistemas de Seguridad Social. No unificado, pues no establece un régimen jurídico único de común aplicación a todos los Estados miembros de la UE, sino que cada Estado miembro aplica su propia legislación interna sobre Seguridad Social; coordinado, pues el TFUE no contempla la armonización de la legislación de la Seguridad Social sino solamente su coordinación¹⁷.

En palabras del TJUE, el Reglamento de Seguridad Social “no instituye un régimen común de seguridad social, sino que deja subsistir regímenes nacionales distintos y su único objetivo es garantizar que existe un nivel de coordinación entre éstos

del Consejo, de 21 de diciembre de 1988, relativa a la transparencia de las medidas que regulan la fijación de los precios de los medicamentos para uso humano y su inclusión en el ámbito de los sistemas nacionales del seguro de enfermedad. Directiva 90/385/CEE del Consejo, de 20 de junio de 1990, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre los productos sanitarios implantables activos. Directiva 93/42/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1993, relativa a los productos sanitarios. Directiva 98/79/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de octubre de 1998, sobre productos sanitarios para diagnóstico *in vitro*. Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano. Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de enero de 2003, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes. Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. Directiva 95/46/CE y la Directiva 2002/58/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de julio de 2002, relativa al tratamiento de los datos personales y a la protección de la intimidad en el sector de las comunicaciones electrónicas. Directiva 2010/45/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante. Reglamento 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de abril de 2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE.

17 Con otras palabras, no construyen un sistema europeo de Seguridad Social, sino que coordinan los existentes, optando por “respetar las características propias de las legislaciones nacionales de Seguridad Social y elaborar únicamente un sistema de coordinación”, VICENTE MORENO, A., *La financiación de la Seguridad social desde la óptica del mercado único*, en AAVV “Los Sistemas de Seguridad Social y el Mercado Único Europeo”, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1993), págs. 361.

últimos¹⁸; “determina cuál o cuáles serán las legislaciones aplicables a los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia que ejercitan...su derecho a la libre circulación¹⁹. Los Estados miembros “conservan su competencia para organizar sus sistemas de seguridad social” correspondiendo “a la legislación de cada Estado miembro determinar, entre otros aspectos, los requisitos que confieren derecho a las prestaciones²⁰, pues “el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de Seguridad Social²¹. Por consiguiente, “a falta de una armonización a escala comunitaria, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar...los requisitos del derecho o de la obligación de afiliarse a un régimen de Seguridad Social²² y “los requisitos que confieren derecho a las prestaciones²³.”

Ahora bien, también dice jurisprudencia reiterada que, “en el ejercicio de dicha competencia los Estados miembros deberán respetar el Derecho de la Unión²⁴ y, en concreto, las disposiciones del TFUE sobre la libertad, que se reconoce a todo ciudadano de la Unión, de circular y residir en el territorio de los Estados miembros²⁵; asimismo, los Estados miembros “están obligados a garantizar lo mejor posible la igualdad de todos los trabajadores que desarrollan sus actividades en su territorio, así como a no penalizar a los que ejerciten su derecho a la libre circulación²⁶, de tal manera que “las diferencias de fondo y de procedimiento entre los regímenes de seguridad social de cada Estado miembro y, por consiguiente, entre los derechos de las

18 Sentencias Borowitz (C-21/87), Check (C-331/06) y Petersen (C-228/07).

19 Sentencias Tomaszewska (C 440/09) y Larcher (C523/13).

20 Sentencias Gouvernement de la Communauté française y gouvernement wallon (C212/06) y Stewart (C503/09).

21 Duphar y otros (C-238/82), Sodemare y otros (C-70/95).

22 Sentencias Coonan (C- 110/79) y Paraschi (C-349/87).

23 Sentencia Stöber y Piosa Pereira, asuntos acumulados (C-4/95 y C-5/95), Decker (C-120/95) y Kohll (C158/96).

24 En concreto, según declara la jurisprudencia, este respeto comprende, en especial, la determinación del ámbito de aplicación sus disposiciones, su campo de aplicación material, puesto que “los regímenes de seguridad social en su totalidad están sometidos a la aplicación de las normas del Derecho de la Unión”, Sentencias Jansen (C-104/76) Rheinhold & Mahla (C327/92) y Ruyter (C-623/13).

25 Sentencias Kristiansen (C92/02), Van Pomme- ren-Bourgondiln (C-227/03), Elchinov (C173/09), Stewart (C503/09), Salgado González (C282/11) y Melchior (C647/13).

26 Sentencias Piatkowski (C493/04), Nikula (C50/05) y Derouin (C103/06).

personas afiliadas a ellos” no tienen que afectar a los ciudadanos de la Unión²⁷.

En aplicación de esta jurisprudencia, afirma que es contrario al objetivo comunitario, previsto en el artículo 48 TFUE, que “el trabajador migrante sufra una reducción del importe de la prestación que habría obtenido si no fuera migrante”²⁸, de tal manera que “los trabajadores migrantes no deben perder los derechos a las prestaciones de seguridad social ni sufrir una reducción de la cuantía de éstas por haber ejercitado el derecho a la libre circulación que reconoce el Tratado”²⁹. En su virtud, las normas para la coordinación de las legislaciones nacionales de seguridad social de los Reglamentos, han de insertarse “en el marco de la libre circulación de personas y deben contribuir a mejorar su nivel de vida y sus condiciones de empleo”³⁰.

En suma, “el Derecho de la Unión no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social y que, a falta de una armonización a escala de la Unión, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social”. En el ejercicio de esta competencia, “los Estados miembros deben respetar el Derecho de la Unión, que incluye los principios establecidos por el Tribunal de Justicia en su jurisprudencia sobre la interpretación del principio de cooperación leal”³¹.

Con esta premisa, la siguiente precisión es señalar que el Reglamento 883/2004, al igual que el Reglamento 1408/1971, excluye expresamente de su campo de aplicación la asistencia sanitaria (artículo 3.5 del Reglamento 883/2004), la de carácter universal, pero sí que contempla, en cambio, en su campo de aplicación material [artículo 3.1.a) y b)], una prestación a la que denomina **prestación en especie**, que engloba las prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas³², definidas

27 Sentencias Chamier-Glisczinski (C208/07), Van Delft y otros (C345/09) y Da Silva Martins (C388/09).

28 Sentencias Reichling (C406/93), Lafuente Nieto (C251/94) y González Salgado (C-282/11).

29 Sentencias Naranjo Arjona (C-31/96), Grajera Rodríguez (C-153/97) y Nemeč (C-205/05).

30 Sentencia Hudzinski, asuntos acumulados (C611/10 y C612/10).

31 Sentencia Wojciechowski (C408/14).

32 Comprende, asimismo, todas las prestaciones en especie por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (artículo 1.v bis ii Reglamento 883/2004).

o admitidas como tales por la legislación que aplique el Estado miembro, que “estén destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o reembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención” (artículo 1.v bis i Reglamento 883/2004), prestación que está regulada en el Título III, capítulo I, del Reglamento 883/2004. Estas prestaciones en especie, “por naturaleza, son inexportables, por lo que se han previsto soluciones específicas para los distintos supuestos en los que el beneficiario no se encuentra en el Estado competente”³³.

Estas soluciones específicas, se encuentran reguladas en el Título III, capítulo I del Reglamento 883/2004, *prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas*, que distingue tres situaciones, a saber: residencia, estancia y desplazamiento que son las, a su vez, que determinan quiénes son los beneficiarios de esta prestación en especie.

En el caso de residencia, el artículo 17 del Reglamento 883/2004 establece que “tienen derecho a la prestación en especie la persona asegurada o los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente disfrutarán en el Estado miembro de residencia de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuvieran aseguradas en virtud de dicha legislación”.

En el supuesto de estancia, el artículo 19 del Reglamento 883/2004 determina que “la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. La institución del lugar de estancia facilitará las prestaciones por cuenta de la institución competente, según las disposiciones de la legislación del lugar de estancia, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación”.

En caso de desplazamiento, el artículo 20 del Reglamento 883/2004 dispone que “la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para

33 CAVAS MARTÍNEZ, F. y SÁNCHEZ TRIGUERO, C.: *La protección de la salud en la Constitución Europea*, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario, núm. 57 (2005), pág. 407.

recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente”. Autorizado, “se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación”.

Estos artículos son consecuencia del principio de igualdad de trato del artículo 4 del Reglamento 883/2004, a cuyo tenor, las personas a las que se le aplica “podrán acogerse a los beneficios y estarán sujetas a las obligaciones de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de dicho Estado”³⁴, lo que supone que, las personas que estén incluidos en el campo de aplicación del Reglamentos 883/2004³⁵, durante las

34 Principio de igualdad de trato que, según la jurisprudencia del TJUE, “tiene por objeto garantizar, con arreglo al artículo 45 TFUE, en beneficio de las personas a quienes se aplica el Reglamento, la igualdad en materia de seguridad social sin distinción de nacionalidad, suprimiendo toda discriminación a este respecto que resulte de las legislaciones nacionales”, Sentencias Mora Romero (C131/96), Borawitz (C124/99), Celozzi (C332/05) y Larcher (C523/13); prohíbe no sólo las discriminaciones ostensibles, basadas en la nacionalidad de los beneficiarios de los regímenes de seguridad social, sino también toda forma encubierta de discriminación que, por aplicación de otros criterios de distinción, conduzca de hecho al mismo resultado”, sentencia Celozzi (C332/05) y Larcher (C523/13), en su virtud, “a menos que esté justificada objetivamente y sea proporcionada al objetivo perseguido, una disposición de Derecho nacional debe considerarse indirectamente discriminatoria cuando, por su propia naturaleza, pueda afectar más a los nacionales de otros Estados miembros que a sus propios nacionales e implique por consiguiente el riesgo de perjudicar, en particular, a los primeros”, sentencias O’Flynn (C237/94), Meints (C57/96), Borawitz (C124/99), Celozzi (C332/05), no siendo necesario “comprobar, a este respecto, si la disposición controvertida afecta, en la práctica, a un porcentaje considerablemente mayor de trabajadores migrantes... basta con que se aprecie que dicha disposición puede producir tal efecto”, sentencias O’Flynn (C237/94), Öztürk (C373/02), Celozzi (C332/05) y Larcher (C523/13).

35 Los Reglamentos 883/2004 y 987/2009, se aplican “a las personas nacionales de uno de los Estados miembros y a los apátridas y refugiados residentes en uno de los Estados miembros, que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites” (artículo 2.1 Reglamento 883/2004), así como a “los supérstites de las personas que hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, cualquiera que sea la nacionalidad de tales personas, cuando dichos supérstites sean nacionales de uno de los Estados miembros o apátridas o refugiados que residen en uno de los Estados miembros” (artículo 2.2 Reglamento 883/2004). Es decir, su campo de aplicación personal es: a) nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea, de un Estado del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y de Suiza, puesto que son Textos pertinente a efectos del EEE y de Suiza; b) apátridas o refugiados residentes en uno de los Estados miembros de la Unión Europea, en un Estado del Espacio Económico Europeo o Suiza; c) miembros de la familia y a los supervivientes de personas que hayan estado sujetas a la legis-

situaciones de residencia, estancia y desplazamiento, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los nacionales de los demás Estados miembros.

Ahora bien, para ello tiene que tener la condición de **asegurado**. El Reglamento 883/2004 define “persona asegurada” como “en relación con las ramas de seguridad social contempladas en los capítulos 1 y 3 del título III, toda persona que reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones (las normas sobre determinación de la legislación aplicable), habida cuenta de las disposiciones del presente Reglamento” [artículo 1.c)]. En palabras del TJUE, lo que determina si una persona está comprendida en el ámbito de aplicación personal del Reglamento de Seguridad Social “no es... la existencia de la relación laboral, sino el hecho de estar **asegurada** contra contingencias en virtud de un régimen de seguridad social mencionado” en el propio Reglamento³⁶. Presupone, pues, su inclusión en

lación de uno o varios Estados miembros, cualquiera que sea la nacionalidad de éstas, si dichos supervivientes son nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea, de un Estado Parte del Espacio Económico Europeo, o de Suiza, o refugiados o apátridas residentes en el territorio de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, o de Suiza; d) nacionales de terceros países con residencia legal en un Estado miembro de la Unión Europea (salvo Dinamarca y Reino Unido), de conformidad con el Reglamento 1231/2010, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010, por el que se amplía la aplicación del Reglamento 883/2004 y el Reglamento 987/2009 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos.

36 Sentencia Dodl (C-543/03). En el caso del Derecho interno español, tienen la condición de asegurado las personas, nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, que se encuentren en alguno de los supuestos que relaciona el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCC), es decir, trabajadores por cuenta ajena o propia, beneficiarios de prestaciones (pensionistas y/o perceptores de prestaciones periódicas que no tengan el carácter de pensiones) del sistema de la Seguridad Social y/o personas que hayan agotado la prestación contributiva o el subsidio de desempleo y no acrediten la condición de asegurado por ser trabajador o beneficiario de la Seguridad Social

Asimismo tienen la condición de asegurado los ciudadanos de la Unión Europea y demás nacionales a los que se les aplica el Reglamento 883/2004 que figuren inscritos en el Registro Central de Extranjeros, no tengan ingresos superiores a cien mil euros en cómputo anual y no tengan cubierta la prestación sanitaria por otra vía (artículos 3.3 LCC) y 2.1.b.2.º de su reglamento de desarrollo, el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud).

La disposición adicional segunda 1 del Real Decreto 1192/2012 establece que en ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los efectos previstos en el artículo 3 ter LCC «los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea,

un sistema de Seguridad Social de cualquiera de los Estados.

En su virtud, en aplicación de las normas sobre determinación de la legislación aplicable –que establecen el principio de “unicidad de la legislación aplicable”³⁷, siendo éste el principio *lex locis laboris*³⁸, artículo 11.3. a) Reglamento 804/2004- la institución competente del Estado miembro cuya legislación sea aplicable emitirá el correspondiente certificado del derecho a prestaciones sanitarias y/o la Tarjeta Sanitaria Europea como requisitos para poder acceder a estas prestaciones en especie. Dichos certificados son los siguientes:

S1 (antiguo E-106³⁹): certificado del derecho a prestaciones sanitarias si el asegurado no vive en el país donde está asegurado, operativo tras la entrada en vigor del Reglamento 883/2004, para desplazamientos temporales y trabajadores que ejerzan su actividad en dos o más Estados miembros.

S2 (antiguo E-112): certificado para asistencia sanitaria programada.

del Espacio Económico Europeo o de Suiza que se encuentren en la situación de estancia inferior a tres meses», situación regulada en el artículo 6 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.

La competencia para reconocer tal condición la tiene atribuida el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); el Instituto Social de la Marina (ISM) tratándose se trabajadores incluidos en el campo de aplicación del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar; la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o/y la Mutualidad General Judicial (MGJ), caso del Régimen Especial de Clases Pasivas (artículo 3 bis LCC).

Sobre todos estos preceptos pende resolución del Tribunal Constitucional al haber sido promovidos recursos de inconstitucionalidad por los Gobiernos de Andalucía, Cataluña, Vasco y de Canarias, admitidos a trámite por el Pleno del Tribunal Constitucional por providencias de 13 de septiembre de 2012 y tres de 12 de febrero de 2013, con los números 4585-2012, 414-2013, 419-2013 y 433-2013, respectivamente.

37 Sentencias del TJUE Luitjen (C-60/85), Piatkowski (C493/04) y Wencel (C589/10).

38 Este principio, aplicable a los desplazamientos definitivos, tiene dos importantes excepciones: 1) los desplazamientos temporales (aquellos cuya duración previsible de trabajo no exceda de 24 meses y, siempre y cuando, el trabajador no haya sido enviado en sustitución de otra persona) y 2) cuando el trabajador presta sus servicios en dos o más Estados miembros.

39 Los antiguos formularios fueron suprimidos y sustituidos por los previstos en la Decisión nº 198 de 23 de marzo de 2004 relativa a la sustitución y la supresión de los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos 1408/71 y 574/72.

S3 (antiguo E-106): certificado para trabajadores transfronterizo para que puedan recibir la asistencia sanitaria en el país donde trabajaba antes (Estado de empleo), ya sea para someterse a un nuevo tratamiento o para continuar un procedimiento médico iniciado antes de dejar de trabajar en ese Estado.

DA1 (el antiguo E-123): certificado para los supuestos específicos de accidente de trabajo y enfermedad profesional que permite al trabajador recibir tratamiento médico en las condiciones específicas previstas en cada Estado miembro para las contingencias profesionales.

Aparte de estos certificados, el documento por excelencia requerido para poder recibir las prestaciones sanitarias en la UE, durante la situación de estancia, es la Tarjeta Sanitaria Europea (en adelante TSE), expedida por las autoridades competentes del Estado de aseguramiento⁴⁰.

Su regulación está contenida, aparte de los Reglamentos de Seguridad Social (883/2004 y 987/2009), en la Decisión S1 de 12 de junio de 2009 relativa a la TSE (en adelante, Decisión S1) y en la Decisión S2 de 12 de junio de 2009 relativa a las características técnicas de la TSE (en adelante S2). Todos ellos son textos pertinentes a efectos del Espacio Económico Europeo y Suiza; se aplican, pues, también a estos países.

Según el apartado 1 Decisión S1, la TSE es el documento que certifica el derecho de una persona asegurada, de un titular de pensión, así como los miembros de su familia, “que se hallen en un Estado miembro distintos del Estado miembro competente, a las prestaciones sanitarias en especie, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia”.

Es “nominativa e individual” (apartado 2 Decisión S1) y son los Estados miembros, sus instituciones, quienes determinan el período de validez, teniendo en cuenta la duración del derecho del asegurado (apartado 3 Decisión S1), considerándose

40 En el caso de España, las autoridades competentes para emitirla son: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, Instituto Social de la Marina (ISM), la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MGJ), según se trate del Régimen General de la Seguridad y/o de los Regímenes Especiales de Trabajadores del Mar o Clases Pasivas, respectivamente.

válida “mientras el período de validez indicado en ella no haya expirado” (apartado 4 Decisión S1)⁴¹. La utilización de la TSE durante su periodo de validez se encuentra condicionada a que su titular continúe reuniendo los requisitos que dieron lugar a su obtención; caso contrario, los gastos que se originen podrían ser reclamados en concepto de prestaciones indebidas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 76 Reglamento 883/04.

El modelo de TSE es único, con especificaciones uniforme. Dicho modelo es el que figura en el Anexo I de la Decisión S2. Ha de contener los datos que especifica su apartado 7 Decisión S1⁴².

En cuanto a su uso, según determina el apartado 8 Decisión S1, “podrá utilizarse en todas las situaciones de estancia temporal en las que una persona asegurada necesite prestaciones en especie, independientemente de que el objeto de la estancia sea el turismo, una actividad profesional o los estudios”, pero explícitamente señala su apartado 10 que “no cubre las prestaciones en especie del seguro de enfermedad cuando el objetivo de la estancia sea recibir tratamiento médico”.

Las prestaciones en especie dispensadas por la institución del Estado miembro de estancia en virtud de la TSE válida, será reembolsada por la institución competente que no podrá denegar el reembolso del coste de las prestaciones alegando que la persona ha dejado de estar asegurada por la institución que expidió la TSE, a condición de que las prestaciones se suministren al titular de la TSE dentro del período de validez de la tarjeta (apartado 4 Decisión S1).

En circunstancias excepcionales (tales como robo, pérdida o partida inminente del asegurado sin que dé tiempo a su emisión) las autoridades competentes del Estado de aseguramiento⁴³ expedirán un certificado provisional sustitutorio con un período de validez limitado, que ha de ser solicitado por la persona asegurada o por la institución del Estado de

estancia (apartado 5 Decisión S1). Su modelo, idéntico en todos los Estados miembros, figura en el Anexo II de la Decisión S2⁴⁴.

Aclarar que la TSE no garantiza la gratuidad de las prestaciones sanitarias puesto que los sistemas de asistencia sanitaria de cada Estado miembro son diferentes. Quiere con ello decirse que si el país donde percibe la asistencia tiene un canon para sus nacionales también le será aplicable al asegurado no nacional.

III.2. El derecho a las prestaciones sanitarias de base universal: la asistencia sanitaria transfronteriza

Ya ha quedado expuesto que, junto a la asistencia sanitaria contemplada en los Reglamentos sobre Seguridad Social, el Derecho de la Unión Europea en base, prioritariamente, a la jurisprudencia del TJUE fundamentada, no en el principio de libre circulación de trabajadores (artículo 48 TFUE) sino en el de libre prestación de servicios (artículo 56 TFUE)⁴⁵, empezó a desarrollar y garantizar en sus sentencias el derecho a la asistencia sanitaria “universal” apoyada en el derecho a la salud pública consagrado en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (artículo 35) y el TFUE (artículo 168), en virtud de la cual, se dictó la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo relativa a la aplicación de

44 En España su duración es de 90 días, como máximo, desde su fecha de inicio.

45 Resulta “evidente que el grado de efectividad de las libertades de establecimiento y de prestación de servicios a este concreto terreno de la asistencia sanitaria depende mucho del tipo de sistema elegido por el país de referencia: en los países con un potente sistema sanitario público los márgenes de penetración de dichas libertades son menores, como es fácil de advertir, que en aquellos países en los que la prestación de servicios sanitarios se ha dejado preponderantemente en manos privadas. Del mismo modo, es claro que las posibilidades de elección de asistencia sanitaria por parte de los ciudadanos de la UE dentro del territorio europeo, utilizando para ello la técnica de reembolso de gastos u otras similares, serán más efectivas entre Estados que cuenten con una configuración similar en su política sanitaria que entre Estados con disparidades profundas en ese terreno. Y es fácil de advertir, en fin, que las eventuales medidas de coordinación entre sistemas nacionales para dar cobertura a quienes se desplacen de unos países a otros por motivos no sanitarios —laborales o profesionales, sobre todo— tendrán menos obstáculos cuando los niveles de asistencia sean similares que cuando la oferta o la cobertura pública presente diferencias acusadas de unos países a otros”, GARCÍA MURCIA, J. y RODRÍGUEZ CARDO, I.A., *Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social de trabajadores migrantes a una regulación específica*, Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales núm. 1 (2014), pág.311.

41 En España, su período de validez es de 2 años para los trabajadores por cuenta ajena.

42 Nombre y apellidos del titular de la tarjeta; número de identificación personal del titular de la tarjeta o, en el caso de que dicho número no exista, de la persona asegurada de la cual deriven los derechos del titular de la tarjeta; fecha de nacimiento del titular de la tarjeta; fecha de expiración de la tarjeta; código ISO del Estado miembro de expedición de la tarjeta; número de identificación y acrónimo de la institución competente; número lógico de la tarjeta.

43 En el caso de España, igualmente: el INSS o, en su caso, ISM, MUFACE, ISFAS y MGJ.

los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (en adelante Directiva 2011/24/UE)⁴⁶.

Efectivamente, esta jurisprudencia ha venido declarando que:

- A la asistencia sanitaria transfronteriza⁴⁷ es de aplicación las disposiciones del TFUE relativas a la libre prestación de servicios, artículo 56 TFUE⁴⁸, “sin que deba distinguirse, a estos efectos, entre la asistencia dispensada en un marco hospitalario o fuera de él”⁴⁹.

46 La Directiva “parte del hecho de que existe una incertidumbre en los Estados miembros sobre la aplicación general del derecho al reembolso de la asistencia sanitaria dispensada en otro Estado miembro, y considera que, en la práctica, dicha situación está creando obstáculos a la libre circulación de los pacientes y a la libre circulación de los servicios de salud, necesaria para la efectividad del mercado interior en la UE”, DURÁN RUIZ, F.J., *Administraciones Públicas y derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza comunitaria*, I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía, Instituto de Migraciones de la Universidad de Granada, pág.1503. El origen “radica, esencialmente, en una razón económica, más que en la necesidad y voluntad de cubrir una prestación social. Y es así a partir de los limitados recursos que integran el complicado entramado de la asistencia sanitaria, organizado y financiado con medios incapaces de cubrir su alta demanda. Las inversiones que tienen lugar en este sector corren más lentamente que las necesidades perentorias a cubrir, prestaciones éstas que, cada vez con más frecuencia, resultan imposibles de solventar. A la sombra de este panorama intentan resguardarse personas necesitadas de una cobertura médica, en tiempo y medida impostergradable, que, eventualmente, no pueden ser cubiertas por el Estado al que se encuentran afiliadas o que, pudiendo cubrirlas, dificulta su hacer por haberse desplazado su receptor a otro Estado miembro”, MORENO CORDERO, G., *Directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*, publicado en la misma obra, pág.1493.

47 La “prestada o recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación” [artículo 3.e) de la Directiva 2011/24/UE]. En cuanto a las prestaciones farmacéuticas, indicar brevemente que, desde el 25 de octubre de 2013, existe la denominada receta transfronteriza nacida al amparo de la Directiva 2011/24/UE (artículo 11). En ella, debe figurar, como mínimo, los elementos que figuran en el anexo de la Directiva de Ejecución 2012/52/UE de la Comisión, de 20 de diciembre de 2012, por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado: identificación del paciente, autenticación de la receta (fecha de expedición), identificación del profesional sanitario prescriptor e identificación del medicamento o producto sanitario recetado. En España, su transposición se ha producido por Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el R.D. 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

48 Sentencias Kohll (C-158/96) y Elchinov (C-173/09).

49 Sentencias Vanbraekel y otros (C-368/98), Mülle-Fauré y van Riet (C-385/99), Watts (C-372/04) y Comisión/Francia (C-512/08).

• Aun siendo cierto que “la acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica”⁵⁰. Sin embargo, “también es cierto que, 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”⁵¹, de tal forma que el Tribunal de Justicia ha estimado que “el artículo 152 CE (actual 168 TFUE), apartado 5, no excluye que, en virtud de otras disposiciones del Tratado, tales como el artículo 49 CE (artículo 56 TFUE), los Estados miembros estén obligados a introducir adaptaciones en su sistema nacional de seguridad social, sin que pueda considerarse que ello menoscaba su competencia soberana en la materia”⁵².

• Si el artículo 56 TFUE se aplica en materia de asistencia sanitaria transfronteriza, según jurisprudencia consolidada, este precepto “se opone a la aplicación de toda normativa nacional que tenga por efecto hacer más difíciles las prestaciones de servicios entre Estados miembros que las prestaciones puramente internas de un Estado miembro”⁵³.

• El hecho de que la asistencia sanitaria en una normativa nacional “esté comprendida en el ámbito de la seguridad social y, más concretamente, prevea, en materia de seguro de enfermedad, una intervención en especie, en vez de a través del reembolso, no puede excluir los tratamientos médicos del ámbito de aplicación de la citada libertad fundamental”, la de libre prestación de servicios”⁵⁴.

• En cuanto a la exigencia de la autorización previa, declara que “la mera exigencia de una autorización previa, a la que se subordina la

50 Sentencias Watts (C-372/04) y Comisión/Portugal (C-255/09).

51 Sentencias Smits y Peerbooms (C-157/99), Mülle-Fauré y van Riet (C-385/99), Watts (C-372/04), Elchinov (C-173/09), Comisión/España (C-211/08) y Comisión/Luxemburgo (C-490/09).

52 Sentencias Watts (C-372/04), Comisión/Luxemburgo (C-490/09) y Comisión/Portugal (C-255/09).

53 Por todas, sentencia Stamatelaki (C-444/05) y la jurisprudencia que cita.

54 Sentencias Müller-Fauré y van Riet (C-385/99), Watts (C-372/04), Comisión/España (C-211/08) y Comisión/Luxemburgo (C-490/09).

cobertura por la institución competente, según el régimen de cobertura en vigor en el Estado miembro al que pertenece ésta, de la asistencia programada en otro Estado miembro constituye una restricción a la libre prestación de servicios, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, ya que dicho sistema disuade e incluso impide a esos pacientes dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en otro Estado miembro para obtener la asistencia de que se trata”⁵⁵.

- Ahora bien, aunque constituya una restricción de la libre prestación de servicios del artículo 56 TFUE, en cada caso hay que examinar que dicha restricción “puede estar justificada por razones imperiosas y comprobar en tal caso, de conformidad con una jurisprudencia reiterada, que no excede de lo que es objetivamente necesario a dichos efectos y que ese resultado no pueda obtenerse mediante normas menos limitativas”⁵⁶.

Son razones imperiosas de interés general: “el mantenimiento del equilibrio financiero del sistema de Seguridad Social, el control de la calidad de las prestaciones sanitarias recibidas en el extranjero y las características esenciales del Sistema Nacional de Salud”⁵⁷.

Esta jurisprudencia es recogida en las Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea⁵⁸ que señalan como valores esenciales la “universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad”. La universalidad supone “que no se impida a nadie el acceso a la atención sanitaria”.

Para lograr una aplicación más general y eficaz de los principios desarrollados por esta jurisprudencia, se dictó la Directiva 2011/24/UE⁵⁹, que tiene

55 Sentencias Kohll (C-158/96), Smits y Peerbooms (C-157/99), Müller-Fauré y van Riet (C385/99), Watts (C-372/04) y Comisión/Francia (C-512/08).

56 Sentencias Comisión/Alemania (C-205/84), Comisión/Italia (C-180/89) y Ramrath (C-106/91).

57 Sentencia Comisión/Portugal (C-255/09).

58 DOCE C 146 de 22 de junio de 2006.

59 La transposición de la Directiva al ordenamiento interno español se ha producido por el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

como objetivo establecer “normas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de alta calidad” y promover “la cooperación en la asistencia sanitaria entre Estados miembros, con pleno respeto a las competencias nacionales en la organización y la prestación de asistencia sanitaria”. Tiene, asimismo, por objeto “aclarar su relación con el marco existente para la coordinación de los sistemas de seguridad social, Reglamento 883/2004, con miras a la aplicación de los derechos de los pacientes” porque, como señala su considerando 30, “los dos sistemas deben ser coherentes: o bien se aplica la presente Directiva o bien se aplican los Reglamentos de la Unión sobre coordinación de los sistemas de seguridad social”. Su base jurídica es el artículo 168 TFUE (salud pública).

A grandes rasgos, los principios y el régimen jurídico de la Directiva son:

- Se aplica “a la prestación de asistencia sanitaria a los pacientes, con independencia de cómo se organice, se preste y se financie”. En cambio, no se aplica a: a) los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración cuya finalidad sea ayudar a personas que requieren asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias -como expresa su considerando 14, “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”-; b) la asignación de órganos y el acceso a los mismos con fines de trasplante de órganos; c) los programas de vacunación pública, con excepción del capítulo IV, contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio de un Estado miembro y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución (artículo 1.2 y 3 Directiva 2011/24/UE).

- La asistencia sanitaria transfronteriza se presta de conformidad con: a) la legislación del Estado miembro de tratamiento; b) las normas y directrices sobre calidad y seguridad establecidas por el Estado miembro de tratamiento, y c) la legislación de la Unión en materia de normas de seguridad, teniendo en cuenta los principios de universalidad, acceso a una atención de elevada calidad, equidad y solidaridad (artículo 4.1 Directiva 2011/24/UE).

- En relación con los pacientes de otros Estados miembros se aplica el principio de no

discriminación en razón de la nacionalidad, sin perjuicio de que el Estado miembro de tratamiento pueda “adoptar medidas respecto del acceso al tratamiento que tengan por objeto cumplir su responsabilidad fundamental de garantizar un acceso suficiente y permanente a la asistencia sanitaria en su territorio. Estas medidas deberán limitarse a lo que sea necesario y proporcionado y no podrán constituir un medio de discriminación arbitraria, y serán accesibles públicamente de antemano” (artículo 4.3 Directiva 2011/24/UE).

- La obligación de reembolsar los costes de la asistencia sanitaria transfronteriza debe limitarse a la asistencia sanitaria a la cual el asegurado tenga derecho de conformidad con la legislación del Estado miembro de afiliación (artículo 7 Directiva 2011/24/UE); éste, el Estado miembro de afiliación, garantizará que los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza se reembolsen de conformidad con el capítulo III” de la Directiva (artículo 5 Directiva 2011/24/UE)⁶⁰.

- El Estado miembro de afiliación podrá establecer un sistema de autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza conforme al procedimiento administrativo establecido en artículo 9. El sistema, incluidos los criterios y la aplicación de los mismos, así como las decisiones individuales de denegación de la autorización previa, “se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes” (artículo 8.1 Directiva 2011/24/UE).

La asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa se limitará a aquella que (artículo 8.2 Directiva 2011/24/UE):

a) Requiera necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un

acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos y:

i) suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, o

ii) exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos;

b) Entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población.

c) Sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que, en función de las circunstancias concretas de cada caso, pueda suscitar motivos graves y específicos de inquietud en relación con la calidad o seguridad de los cuidados, a excepción de la asistencia sanitaria sujeta a la legislación de la Unión que garantiza un nivel mínimo de seguridad y calidad en toda la Unión.

- 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 883/2004. Cuando se cumplan esas condiciones, la autorización previa se concederá de conformidad con el Reglamento, salvo que el paciente solicite otra cosa (artículo 8.3 Directiva 2011/24/UE)⁶¹.

El Estado miembro de afiliación podrá denegar una autorización previa por las razones siguientes (artículo 8.6 Directiva 2011/24/UE):

a) Cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta el beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.

⁶⁰ En España, el reembolso de gastos se limita a la asistencia sanitaria establecida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, en la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma, cuya regulación está contenida en el 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. No puede “el Derecho comunitario obligar a un Estado miembro a ampliar la lista de prestaciones médicas, siendo indiferente a este respecto, que el tratamiento en cuestión esté cubierto o no por los sistemas de otros Estado”, GÓMEZ MARTÍN, M.: *La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2011*, Derecho y Salud, núm. 2 (2002), pág. 180.

⁶¹ En la Directiva 2011/24/UE se usa la expresión Estado miembro de afiliación frente a la de Estado miembro de aseguramiento del Reglamento 883/2004.

b) Cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.

c) Cuando dicha asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices relativas a la calidad y a la seguridad del paciente, incluidas las disposiciones en materia de supervisión, tanto cuando dichas normas y directrices se establezcan mediante disposiciones legales y reglamentarias, como cuando lo sean por medio de sistemas de acreditación establecidos por el Estado miembro de tratamiento;

d) Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en su territorio en un plazo que sea médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad.

El Estado miembro de afiliación hará pública la información sobre qué asistencia sanitaria requiere autorización previa a los efectos de la presente Directiva así como toda la información relativa al sistema de autorización previa (artículo 8.7 Directiva 2011/24/UE).

Como conclusión indicar que el Reglamento 883/2004 y la Directiva 2011/24/UE, coinciden ampliamente en sus ámbitos subjetivos y objetivos de aplicación. La diferencia práctica más notable es que, con arreglo a la Directiva, los pacientes anticipan los pagos de la asistencia sanitaria recibida que se reembolsará posteriormente según los casos; mientras que en el ámbito del Reglamento, no existe esta obligación con carácter general. Otra diferencia destacada es que la Directiva es aplicable a todos los proveedores de asistencia sanitaria (toda persona física o jurídica que preste legalmente asistencia sanitaria en el territorio de un Estado miembro), ya sean públicos o privados, mientras que el Reglamento coordina sólo a los del sistema de Seguridad Social.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO OLEA, M., *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Civitas (1994).
- ALONSO-OLEA GARCÍA, B., *Sobre la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias: ¿sanidad o sanidad y seguridad social?*, Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo, núm. 161 (2014).
- CAVAS MARTÍNEZ, F. y SÁNCHEZ TRIGUERO, C.: *La protección de la salud en la Constitución Europea*, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario, núm. 57 (2005).
- DURÁN RUÍZ, F.J., *Administraciones Públicas y derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza comunitaria*, I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía, Instituto de Migraciones de la Universidad de Granada.
- GÓMEZ MARTÍN, M.: *La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2011*, Derecho y Salud, núm. 2 (2002).
- GARCÍA MURCIA, J. y RODRÍGUEZ CARDO, I.A., *Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social de trabajadores migrantes a una regulación específica*, Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales núm. 1 (2014).
- LORA-TAMAYO VALLVÉ, M.: *La protección de la salud pública en la Unión Europea*, Revista de Derecho de la Unión Europea, núm. 11 (2006).
- MORENO CORDERO, G., *Directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*, I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía, Instituto de Migraciones de la Universidad de Granada.
- VICENTE MORENO, A., *La financiación de la Seguridad social desde la óptica del mercado único*, en AAVV “Los Sistemas de Seguridad Social y el Mercado Único Europeo”, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1993).

V. JURISPRUDENCIA TJUE

Ámbito de aplicación personal del Reglamento de Seguridad Social:

- Dodl (C-543/03).

Asistencia sanitaria transfronteriza:

- Comisión/Alemania (C-205/84).
- Comisión/Italia (C-180/89).
- Ramrath (C-106/91).
- Kohll (C-158/96).
- Vanbraekel y otros (C-368/98).
- Smits y Peerbooms (C-157/99).
- Mülle-Fauré y van Riet (C-385/99).
- Watts (C-372/04).
- Stamatelaki (C-444/05).
- Comisión/España (C-211/08).
- Comisión/Francia (C-512/08).
- Elchinov (C-173/09).
- Comisión/Portugal (C-255/09).
- Comisión/Luxemburgo (C-490/09).

Libre circulación de trabajadores (artículo 45 TFUE):

- Bond van Adverteerders (C-352/85).
- Wolf y otros, asuntos acumulados (C-154/87 y 155/87).
- Gouda (C288/89).
- Kraus (C19/92).
- Bosman (C-415/93).
- Terhoeve (C18/95).
- SETTG (C398/95).
- Verkooijen (C35/98).
- Graf (C190/98).
- Köbler (C224/01).
- Van Lent (C232/01).
- Comisión/Italia (C388/01).
- Kranemann (C-109/04).
- Olympique Lyonnais (C325/08).

Normas sobre determinación de la legislación aplicable (principio de “unicidad de la legislación aplicable”):

- Luijten (C-60/85).
- Piatkowski (C493/04).
- Wencel (C589/10).

Principio de igualdad de trato en materia de Seguridad Social:

- O’Flynn (C237/94).
- Meints (C57/96).
- Mora Romero (C131/96).
- Borawitz (C124/99).
- Öztürk (C373/02).
- Celozzi (C332/05).
- Larcher (C523/13).

Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social:

- Jansen (C-104/76).
- Coonan (C- 110/79).
- Duphar y otros (C-238/82).
- Borowitz (C-21/87).
- Paraschi (C-349/87).
- Rheinhold & Mahla (C327/92).
- Reichling (C406/93).
- Lafuente Nieto (C251/94).
- Stöber y Piosa Pereira, asuntos acumulados (C-4/95 y C-5/95).
- Sodemare y otros (C-70/95).
- Decker (C-120/95).
- Kohll (C158/96).
- Kristiansen (C92/02).
- Van Pommeren-Bourgondiln (C-227/03).
- Piatkowski (C493/04).
- Nikula (C50/05).
- Derouin (C103/06).
- Gouvernement de la Communauté française y gouvernement wallon (C212/06).
- Check (C-331/06).
- Chamier-Glisczinski (C208/07).
- Petersen (C-228/07).
- Elchinov (C173/09).
- Van Delft y otros (C345/09).
- Da Silva Martins (C388/09).
- Tomaszewska (C 440/09).
- Stewart (C503/09).
- Salgado González (C282/11).
- Larcher (C523/13).
- Ruyter (C-623/13).
- Melchior (C647/13).