

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA COMUNITARIA¹

Francisco Javier Durán Ruiz

Instituto de Migraciones de la Universidad de Granada

El derecho de los pacientes a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro distinto de aquel en que estén afiliados a la seguridad social y al correspondiente reembolso de los gastos ocasionados, ha sido reconocido por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia UE, pero no había tenido hasta el momento reflejo en la legislación comunitaria. Por este motivo la Comisión Europea presentó, en julio de 2008, una propuesta de Directiva sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que fue promovida durante la Presidencia española, entre otras cuestiones, ante la preocupación creciente por el denominado "turismo sanitario" y ha suscitado intensos debates en las instituciones comunitarias².

La Directiva pretende establecer un marco general y unos principios comunes para la provisión de asistencia sanitaria transfronteriza segura, eficaz y de gran calidad en la UE, garantizar la libre circulación de los servicios sanitarios y un elevado nivel de protección de la salud, y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros. Esto debe hacerse respetando plenamente las responsabilidades de los EMM en la organización y el suministro de servicios de salud y atención médica y la determinación de las prestaciones de seguridad social que estén relacionadas con la salud.

El objetivo de la comunicación es el análisis de los principios comunes a los sistemas de salud de los Estados miembros en el marco de la Directiva, de los derechos otorgados a los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y de los previsibles problemas de implantación para las Administraciones públicas en España. Asimismo, abordaremos algunas de las cuestiones fundamentales que trata de resolver dicha norma: la interoperabilidad de los sistemas de tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la asistencia sanitaria; el reembolso de gastos médicos, su sometimiento a autorización previa y la polémica por la posible discriminación derivada de exigir a los pacientes el anticipo de los gastos; los mecanismos para garantizar las vías de recurso o las indemnizaciones adecuadas en caso de daños derivados de la asistencia sanitaria.

1. ANTECEDENTES Y LÍNEAS MAESTRAS DE LA DIRECTIVA SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

El derecho de los pacientes a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro distinto del de afiliación a la seguridad social y al reembolso de los gastos ocasionados ha sido reconocido por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia UE, p.ej. en la Sentencia del Tribunal de Justicia (Gran Sala) de 16 de mayo de 2006, en el asunto C-372-04, Yvonne Watts, The Queen / Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health). Aquel infiere el derecho a la asistencia transfronteriza de los Tratados comunitarios, pero aún no existía normativa reguladora al respecto en la Unión Europea.

La idea de legislar en este ámbito surge en 2003. Los ministros de sanidad de los Estados Miembros instaron a la Comisión a que estudiase de qué forma podía mejorarse la seguridad jurídica en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza, a raíz de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia sobre el derecho de los pacientes a optar a un tratamiento médico dispensado en otro Estado miembro. De ahí surgirá en 2004 una primera Comunicación de la Comisión sobre el seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea³.

Aunque las decisiones del Tribunal al resolver determinados asuntos concretos son claras, se hacía necesario un marco claro que garantizase de manera más generalizada y eficiente la libertad dentro de la UE de recibir y prestar servicios de asistencia sanitaria. Con esta idea, la Comisión incluyó en la propuesta de Directiva relativa a los servicios en el mercado interior que realizó en 2004, una serie de normas que suponían la codificación de las decisiones del Tribunal de Justicia relativas a la aplicación de los principios de libre circulación a los servicios de salud. Sin embargo, el Parlamento y el Consejo consideraron que los servicios sanitarios tenían

¹ La presente comunicación se enmarca dentro del Proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía (SEJ-03266): "El derecho a la salud y al medio ambiente en la sociedad del riesgo y la innovación" (Inv. Principal Prof. Dr. R. Barranco Vela).

² Es importante aclarar que nuestro trabajo se basa en el texto consolidado de la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza aprobado por el Parlamento Europeo el 19 de enero de 2011, puesto que la Directiva que no ha concluido su tramitación definitivamente ni se ha publicado aún en el Diario Oficial de la UE.

³ COM(2004) 301 final, de 20 de abril de 2004.

una serie de características que hacían necesario su tratamiento separado del resto de servicios (la importante participación de fondos públicos en la prestación de servicios sanitarios, por ejemplo).

Esto llevó a la Comisión a plantear de forma separada una normativa sobre servicios sanitarios, a partir de la cual el Consejo y el Parlamento europeo comenzaron a trabajar en este sentido⁴. Paralelamente, las partes interesadas estaban desarrollando un intenso trabajo en la Comisión sobre la movilidad de los pacientes y la atención sanitaria, y concretamente a través del del Proceso de Reflexión de Alto Nivel, el Foro Abierto sobre la Salud - formado por representantes de diversas organizaciones sanitarias, cuyas reflexiones pueden encontrarse en el *Final Report of the Open Health Forum, Health challenges and future strategy, European Public Health Alliance de 2005*- y el Grupo de Reflexión de Alto Nivel sobre Servicios de Salud y Atención Médica, formado por representantes de los EMM, de la sociedad civil y observadores de los Estados del EEE.

En 2006 comenzó oficialmente la iniciativa concreto en materia de asistencia sanitaria transfronteriza, mediante la publicación de una Comunicación de la Comisión que invitaba a todos los interesados a contribuir al proceso de consulta relativo a la acción comunitaria en materia de servicios de salud, la SEC(2006) 1195/4, de 26 de septiembre de 2006. De este modo saldrían a la luz los principales problemas y las posibles actuaciones para solucionarlos que constituirían lo objeto de la normativa. A partir de las numerosas respuestas de las organizaciones de profesionales sanitarios, de los gobiernos nacionales y regionales, de la industria, de los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, de la industria, de las aseguradoras y de los particulares, junto con los análisis de expertos independientes como el del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria (Wismar et al., 2007), la Comisión presentó en julio de 2008 la propuesta de Directiva sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, aprobada por el Parlamento el 19 de enero de 2011.

Las líneas maestras del marco legislativo general que pretende establecer la Directiva para la asistencia sanitaria transfronteriza son:

- d. El establecimiento de una serie de principios generales comunes para todos los sistemas de salud de los Estados miembros de la UE.
- e. La regulación concreta de la asistencia sanitaria transfronteriza
- f. Las modalidades de cooperación en materia de asistencia sanitaria en la UE.

Con estas bases, así como las establecidas por la jurisprudencia del TJUE, la Directiva pretende garantizar un marco claro y transparente para la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza en la UE, en aquellos casos en los que dicha asistencia se dispense a los pacientes en un Estado miembro distinto al del Estado de su residencia. La normativa se basa en los principios de universalidad, acceso a una atención de calidad, equidad y solidaridad. Su objetivo es evitar que se establezcan obstáculos a esta prestación de servicios sanitarios por los Estados miembros, logrando que la atención sea segura, eficaz y de calidad en toda la UE, y que los procedimientos para el reembolso de los costes sean claros y transparentes.

El marco jurídico de la Directiva se estructura entorno a los tres bloques principales mencionados:

1. El establecimiento de principios comunes a todos los sistemas de salud de la UE. La Directiva establece qué Estado miembro será responsable de velar por el cumplimiento de estos principios comunes de la asistencia sanitaria y hasta dónde llegan sus responsabilidades. De este modo queda garantizado un sistema claro que aporte confianza a los ciudadanos sobre que autoridades deben ocuparse de establecer las normas en materia de asistencia sanitaria y realizar su seguimiento en toda la UE.
2. El establecimiento de un marco específico para la asistencia sanitaria transfronteriza. En este sentido la Directiva acota el derecho de los pacientes a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro. Lógicamente también se incluyen aquí los límites que los Estados miembros pueden imponer a esta asistencia sanitaria en el extranjero, y el nivel de la cobertura financiera prevista para la asistencia sanitaria transfronteriza, basándose en el principio de que los pacientes tienen derecho a obtener el reembolso por un importe máximo equivalente al que se les habría abonado si hubiesen recibido ese tratamiento en su país.
3. La cooperación europea en materia de asistencia sanitaria. En este sentido la Directiva establece un marco para la cooperación entre los EMM. Dicha cooperación resulta esencial para la efectividad real y la continuidad de la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza en multitud de ámbitos: la recopilación de datos, la calidad y la seguridad de los mismos, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la colaboración en las regiones fronterizas, el reconocimiento de las recetas emitidas en otros países, o las denominadas redes europeas de referencia que analizaremos más adelante.

⁴ Cfr., p.ej. el informe de 2005 del Parlamento Europeo sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la UE; su Resolución de 2007 sobre la acción comunitaria relativa a la prestación de servicios sanitarios transfronterizos; y el Informe sobre el impacto y las consecuencias de la exclusión de los servicios sanitarios de la Directiva relativa a los servicios en el mercado interior, también de 2007.

1.1 La directiva en el contexto del mercado interior y la jurisprudencia del TJUE

La Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza tiene su base jurídica en el artículo 114 (ex art. 95 TCE) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE, en adelante), es decir, está dentro de las medidas cuyo objeto es el establecimiento y el funcionamiento del mercado interior. Además del establecimiento de un marco general para la provisión de asistencia sanitaria transfronteriza segura, eficaz y de gran calidad en la Unión Europea (art. 1) la Directiva pretende garantizar la libre circulación de los servicios sanitarios y generalizar una asistencia sanitaria de alta calidad en toda la UE. El artículo 114, apartado 3 del TFUE exige explícitamente que, al buscar la armonización de las políticas de los Estados miembros, debe garantizarse un nivel elevado de protección de la salud humana, teniendo en cuenta especialmente cualquier novedad basada en hechos científicos.

El Tribunal de Justicia ha sido claro en su jurisprudencia, estableciendo que no puede exigirse un requisito previo para que los pacientes ejerzan el derecho a obtener asistencia sanitaria en otros Estados miembros, y que la libre prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que precisan tratamiento médico, de acudir a otro Estado miembro para recibir allí esos servicios (Sentencia de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96 Kohll, apdos. 35-36)

El TJUE consideró en su Sentencia de 12 de julio de 2001 (asunto C-368/98 Vanbraekel, apartado 45), que el hecho de que la legislación de un Estado miembro no garantice a un paciente amparado por dicha legislación un nivel de reembolso equivalente al que hubiera tenido derecho si hubiera recibido la asistencia sanitaria en el Estado miembro de afiliación constituye una restricción de la libre prestación de servicios y por tanto una vulneración del artículo 56 del TFUE (ex art. 49 TCE).

De conformidad con el artículo 168.7 TFUE (ex art. 152.5 TCE) «La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios». Como estableció confirmó el propio Tribunal de Justicia en su Sentencia de 16 de mayo de 2006 (asunto C-372/04, Iivonne Watts contra Bedford), esta disposición no excluye, sin embargo, la posibilidad de que, en virtud de otras disposiciones del Tratado, como el artículo 56 TFUE, o de medidas comunitarias adoptadas en base a otras disposiciones del Tratado, los Estados miembros estén obligados a introducir adaptaciones en sus sistemas nacionales de asistencia sanitaria y seguridad social. Como sostuvo el Tribunal, ello no entraña el debilitamiento de los poderes soberanos en este ámbito.

En todo caso, los Estados miembros son responsables de la organización y prestación de los servicios sanitarios y la atención médica. Son responsables, en particular, de determinar qué normas deben aplicarse al reembolso de los pacientes y a la prestación de asistencia sanitaria.

La Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza no cambia nada a este respecto. Es importante subrayar que esta iniciativa no altera la elección de las normas aplicables a cada caso específico por parte de los Estados miembros. Por el contrario, este marco está destinado a facilitar la cooperación europea en materia de asistencia sanitaria, en especial las redes europeas de centros de referencia, la puesta en común de las evaluaciones de nuevas tecnologías sanitarias o el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para dispensar una asistencia sanitaria («salud electrónica») más eficaz.

Con ello, los Estados miembros recibirán un apoyo adicional en su empeño por lograr el objetivo general del acceso universal a una asistencia sanitaria de gran calidad basada en la equidad y la solidaridad, lo que redundará en beneficio de todos los pacientes con independencia de que se desplacen o no a otro país.

La Directiva respeta plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización, financiación y prestación de servicios sanitarios y asistencia médica. Los Estados miembros tienen derecho a definir las prestaciones de asistencia sanitaria que hayan decidido ofrecer a sus ciudadanos. Si un Estado miembro no incluye un tratamiento determinado entre las prestaciones que sus ciudadanos tienen derecho a recibir en él, este mecanismo no crea ningún nuevo derecho según el cual los pacientes puedan recibir dicho tratamiento en el extranjero y ser reembolsados. Es más, tampoco altera el derecho de los Estados miembros a aplicar condiciones a sus prestaciones, como la de exigir la consulta previa del médico generalista para que sea este quien remita al paciente al especialista.

2. PRINCIPIOS COMUNES A TODOS LOS SISTEMAS DE SALUD DE LA UE

La actuación de la Unión Europea en este contexto tienen como punto de partida, de un lado, el artículo 168, apartado 1, del Tratado de Funcionamiento de la UE, que 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». Por otra parte, debe tenerse en cuenta que los sistemas sanitarios de la Unión forman parte y constituyen un componente

esencial del alto nivel de protección social en la Unión y contribuyen a la cohesión y a la justicia sociales, así como al desarrollo sostenible. Además, desde un punto de vista del interés público, no cabe olvidar que los servicios sanitarios forman parte del marco más amplio de los servicios de interés general.

En las Conclusiones del Consejo de los días 1 y 2 de junio de 2006 sobre los «valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea»⁵, los Estados miembros reconocieron que existen conjunto de principios operativos que comparten todos los sistemas sanitarios de la Unión, que son los que han sido incluidos en la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza.

Tales principios y valores comunes se refieren a la forma en que los sistemas sanitarios responden a las necesidades de la población y de los pacientes a cuyo servicio están.

Entre estos valores esenciales, que ya hemos apuntado, han sido recogidos en la Directiva (art. 4.1.b) y son los siguientes:

- universalidad,
- acceso a una atención sanitaria de buena calidad,
- equidad,
- y solidaridad.

Tales principios han sido ampliamente reconocidos tanto por los Estados miembros como en los trabajos de las diferentes instituciones de la UE. Los Estados miembros deben garantizar la aplicación y el respeto de estos valores respecto de los pacientes y ciudadanos de otros Estados miembros. Deben garantizar que se trata a todos los pacientes de manera equitativa en función de la asistencia sanitaria que precisan y no de su Estado miembro de afiliación a la seguridad social.

Como bien manifiesta el Considerando 5 de la Directiva, «estos principios operativos son necesarios para asegurar la confianza de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, lo cual es a su vez necesario para lograr la movilidad de los pacientes y un nivel elevado de protección de la salud». Y ello porque, como los propios Estados miembros han reconocido en el propio Consejo, la forma en que estos valores y principios se plasman en la realidad varía significativamente de un Estado miembro a otro.

Queda a la decisión de cada Estado miembro adoptar las normas y decisiones políticas en relación a la carta de servicios sanitarios que quieran ofrecer y a los que tendrán derecho sus ciudadanos, así como los mecanismos que prefieren para financiar y prestar los servicios de asistencia sanitaria, recurriendo a un sistema totalmente público o de gestión parcialmente privada en mayor o menor medida.

Adicionalmente, los Estados miembros deben respetar en la prestación de asistencia sanitaria los principios de libre circulación de las personas en el mercado interior, no discriminación por razón, entre otras cosas, de nacionalidad, así como los de necesidad y proporcionalidad de cualquier restricción a la libre circulación. En este sentido, más adelante haremos algún apunte de cómo se aplica la Directiva a los extranjeros extracomunitarios dependiendo de su situación administrativa regular o no.

La Directiva no obliga, sin embargo, a los prestadores de servicios de asistencia sanitaria a aceptar a pacientes de otros Estados miembros para tratamientos planificados o darles prioridad en detrimento de otros pacientes, como sería el caso si aumenta el tiempo de espera de otros pacientes para recibir tratamiento. La entrada de pacientes puede crear una demanda que supere la capacidad existente de un Estado miembro en relación con un tratamiento en particular. Nos encontraríamos en este caso ante supuestos excepcionales, en los que la Directiva permite al Estado miembro que conserve la posibilidad de resolver la situación aplicando la excepción de salud pública prevista en los Tratados, una salvaguarda para los Estados miembros que les permite inaplicar la normativa comunitaria en situaciones como la descrita. Diferente sería el caso en que la norma a aplicar no sea la presente Directiva sino que las obligaciones para el Estado sean derivadas del Reglamento 883/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

En este sentido, la Directiva que analizamos se aplica a los pacientes que soliciten asistencia sanitaria en un Estado miembro que no sea el Estado miembro de afiliación. El TJUE ha establecido que independientemente del carácter especial o del modo en el que esté organizada o financiada la asistencia sanitaria resulta incluida dentro del principio fundamental de la libre prestación de servicios. Sin embargo, el Estado miembro de afiliación puede optar por limitar el reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza por razones relativas a la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria prestada, cuando ello pueda justificarse por «razones imperio-

⁵ DO C 146 de 22.6.2006, p. 1.

sas de interés general»⁶ relacionadas con la salud pública. El Estado miembro de afiliación puede igualmente establecer disposiciones adicionales por otras causas, siempre que se encuentren comprendidas dentro de la justificación de ser razones imperativas de interés general. Entre tales razones, según el TJUE, se encuentra la protección de la salud pública, que es susceptible de justificar la restricción de la libertad de circulación establecida en los Tratados constitutivos (piénsese en las medidas excepcionales adoptadas por los EMM con motivo de la pandemia de gripe A). Lo que está claro es que la obligación de reembolsar los costes de la asistencia sanitaria transfronteriza se limita a la asistencia sanitaria a la cual el asegurado tenga derecho de conformidad con la legislación del Estado miembro de afiliación.

Como se ha apuntado, la organización y el suministro de servicios sanitarios y asistencia médica es competencia de los Estados miembros, según el art. 168.7 del Tratado. El principio de equidad implica, entre otros aspectos, que las normas aplicables a la asistencia sanitaria serán las establecidas en la legislación del Estado miembro de tratamiento para todos los pacientes integrados en el sistema sanitario estatal. Es importante que dichas normas sean claras, públicas y accesibles (es decir, conformes con el principio de transparencia). Esto ayudará al paciente a elegir correctamente y a evitar desagradables problemas derivados de errores y malentendidos. Sólo de esta forma y con el máximo de transparencia se podrá establecer y respetar un nivel de confianza adecuado y alto entre el paciente y el responsable de prestar la asistencia sanitaria, que en caso de ser este último una Administración pública, constituiría una "confianza legítima" del paciente en las autoridades sanitarias (v. Medina, 2006 ó De Membro, 2006).

3. SUJETOS, OBJETO Y RESPONSABILIDADES DE LOS ESTADOS MIEMBROS EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

3.1 Ámbito subjetivo y objetivo de aplicación de la Directiva

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.

Por ello la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza se dirige a remover los obstáculos a la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza, puesto que dificultan y ponen en riesgo la consecución de un nivel elevado de protección de la salud en la UE, que constituye un compromiso de la UE recogido en sus Tratados constitutivos (art. 168.1 TFUE, cit.). La Directiva pretende garantizar un marco jurídico claro y transparente para dicha asistencia sanitaria transfronteriza en la UE que elimine los obstáculos mencionados al mercado interior de servicios sanitarios.

En cuanto al ámbito objetivo de la Directiva (art. 1.2), esta es aplicable a toda atención sanitaria, con independencia de cómo se organice, se preste o se financie. Puesto que no cabe predeterminar o conocer de forma anticipada quiénes serán los pacientes o destinatarios de asistencia sanitaria en un determinado Estado miembro, ignorándose si serán ciudadanos del propio Estado miembro o de otro Estado de la UE, la Directiva considera necesario que la garantía de que la asistencia sanitaria se preste conforme a normas claras de calidad y seguridad tiene que aplicarse a todos los servicios de salud, y que no cabe hacer distinciones en función de los distintos tipos de organización, de la forma pública o privada de prestar la asistencia sanitaria ni del origen de la financiación de tal asistencia.

Por «asistencia sanitaria» entiende el art. 3.a) de la Directiva: «los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, incluidos la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios»;

Entre las garantías de calidad que expresamente determinó la Comisión en la propuesta de Directiva a raíz de las Conclusiones del Consejo, estableció que, cuando se dispense asistencia sanitaria en un Estado miembro, resulta esencial procurar a los pacientes:

⁶ El concepto de «razones imperiosas de interés general» o imperativas, es un concepto clásico en el Derecho de la UE que ha sido desarrollado por el Tribunal de Justicia en su jurisprudencia relativa al artículo 56 TFUE (ex art. 49 TCE) y puede seguir evolucionando. El Tribunal de Justicia ha establecido en varias ocasiones que razones imperiosas de interés general pueden justificar un obstáculo a la libre prestación de servicios tales como necesidades de programación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro interesado, o el deseo de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos. Asimismo, el TJUE ha reconocido que el objetivo de mantener, por razones de salud pública, un servicio médico y hospitalario equilibrado abierto a todos puede asimismo corresponder a una de las excepciones, por razones de salud pública, previstas en el artículo 52 del TFUE en la medida en que contribuye a lograr un alto nivel de protección de la salud. Igualmente, según la jurisprudencia del TJUE, el art. 52 del Tratado permite a los Estados miembros restringir la libre prestación de servicios médicos y hospitalarios, partiendo de la base de que mantener la capacidad de tratamiento y la competencia médica en el territorio nacional de los Estados miembros es esencial para la salud pública.

- información clara que les permita elegir con conocimiento de causa en relación con la asistencia sanitaria que les afecte;
- mecanismos que garanticen la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria dispensada;
- la continuidad de la atención entre los distintos profesionales y organizaciones tratantes; y
- mecanismos para garantizar las vías de recurso y las indemnizaciones adecuadas en caso de daños resultantes de la asistencia sanitaria.

En cuanto a las exclusiones del ámbito material de actuación de la Directiva, el art. 1.3 de la misma establece que no se aplicará: «a los servicios de salud 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». De este modo, no cabría solicitar por un paciente en situación de dependencia el derecho a reembolso en su Estado de las cantidades que haya tenido que satisfacer, por ejemplo, para pagar un fisioterapeuta. Igualmente se excluye el sistema de asignación de órganos con la finalidad de transplantes que se rige por su normativa específica, así como los planes de vacunación en los Estados miembros.

Por último, la Directiva excluye cualquier intromisión en las normas de los Estados miembros relativas a la organización y financiación de la asistencia sanitaria en todo aquello que no esté relacionado con la asistencia sanitaria transfronteriza. Ergo no cabe utilizar la Directiva para obligar a un Estado miembro a reembolsar los gastos de la asistencia sanitaria cuando estos sean prestados por prestadores establecidos en un Estado miembro que no formen parte del sistema de seguridad social o de sanidad pública de dicho Estado miembro.

Los sujetos a los que se aplica la Directiva son los «pacientes» de los sistemas de salud comunitarios que tengan la condición de «afiliados» o «asegurados» según la legislación de su Estado miembro de residencia, para lo cual se remite la Directiva al Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

Según el art. 2 de dicho Reglamento, tienen la condición de personas aseguradas 1) los nacionales de uno de los Estados miembros, 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 supervivientes. 2) También los supervivientes 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 supervivientes sean nacionales de uno de los Estados miembros o apátridas o refugiados que residan en uno de los Estados miembros. 3) Por último, estarían incluidos los nacionales de terceros estados que reúnan las condiciones de la legislación del Estado miembro de afiliación para tener derecho a las prestaciones, en relación a lo cual me remito a la ponencia previa de la Sra. Arbeláez, y 4) los extranjeros extracomunitarios incluidos en el ámbito de aplicación del Reglamento 859/2003, del Consejo, de 14 de mayo de 2003, por el que se amplían las disposiciones de Reglamento (CEE) 1408/71⁷ y del Reglamento (CEE) 574/72⁸ a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas, definidos como «los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas (Reglamentos 1408/71 y 574/1972), así como a los miembros de sus familias y a sus supervivientes, siempre que se encuentren en situación de residencia legal en el territorio de un Estado miembro y siempre que se encuentren en una situación en la que todos los elementos no estén situados en el interior únicamente de un solo Estado miembro».

3.2 Autoridades de los Estados miembros responsables del cumplimiento de los principios comunes de la asistencia sanitaria

Si unimos las divergencias que muestran los sistemas sanitarios de los Estados miembros, la falta de claridad sobre las responsabilidades de las distintas autoridades (en materia de reembolso de la asistencia prestada, por ejemplo) y la ausencia de información a disposición de los ciudadanos a este respecto⁹, el resultado es que se generan diversos obstáculos a la asistencia sanitaria transfronteriza que, como hemos visto, trata de evitar la Directiva mediante el establecimiento de unos principios comunes a los sistemas de salud que garanticen la libre circulación de los servicios.

⁷ Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

⁸ Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

⁹ Cfr. *Flash Eurobarómetro Serie n° 210*, «Cross-border health services in the EU, Analytical report» (Servicios de salud transfronterizos en la UE, Informe Analítico), realizado por The Gallup Organization, Hungría, a petición de la Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores, 2007.

A este respecto, es necesario determinar las responsabilidades del Estado miembro de tratamiento y del de afiliación al sistema sanitario.

a) Responsabilidades del Estado miembro de tratamiento

En primer lugar, debe estar claro cuál es el EM responsable de garantizar el cumplimiento de los principios comunes de la asistencia sanitaria en todos los casos posibles de asistencia transfronteriza, y la Directiva establece que tal responsabilidad corresponde a las autoridades del Estado miembro en el que se presta el tratamiento al paciente (art. 4.2).

No obstante, esto no resulta suficiente, sino que debe existir un mínimo común denominador cierto respecto a lo que tienen que garantizar las autoridades del Estado miembro responsable en relación con toda la asistencia sanitaria que prestan en su territorio. Este es el único medio para garantizar que existen un conjunto mínimo de principios comunes fundamentales en los que pacientes y profesionales de otros Estados miembros sepan que pueden confiar, respetando al mismo tiempo la amplia variedad de los sistemas, estructuras y mecanismos diferentes establecidos por los Estados miembros en este ámbito.

Como se ha apuntado, esto no elimina la capacidad de autoorganización de los Estados de sus sistemas sanitarios, aunque puedan requerir alguna adaptación. Los distintos Estados, en la aplicación de estos valores comunes siguen enfoques diferentes en la práctica en diversos aspectos: si los particulares deben contribuir personalmente a sus gastos de atención sanitaria o si debe existir una contribución general, y si esta se abona con cargo a un seguro suplementario. También han aplicado disposiciones heterogéneas los Estados miembros para garantizar el principio de equidad: ciertos Estados han preferido manifestarla mediante el reconocimiento de derechos a los pacientes, mientras que otros han optado por establecer obligaciones para los prestadores de la asistencia sanitaria. La forma de asegurar el cumplimiento de las normas también cambia en función de los países, ya que en algunos Estados miembros es competencia de los tribunales de justicia, y en otros se encomienda a defensores del paciente, órganos independientes o rectores, instrumentos mixtos u otros mecanismos.

Las actuaciones para garantizar los principios comunes establecidos en la Directiva de universalidad, acceso a una atención de calidad, equidad y solidaridad, son las siguientes:

1. Definición clara por parte de las autoridades de los Estados miembros de las normas de calidad y seguridad de la asistencia.
2. Transparencia en relación con las normas aplicables a pacientes y profesionales.
3. Mecanismos para asegurar que esas normas se traducen en la práctica, y su seguimiento

Estos tres principios tratan de garantizar que se dispone de los elementos fundamentales para asegurar la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria, de forma que pacientes y profesionales puedan confiar en la misma.

Si los pacientes no pueden acceder a información fundamental de índole médica, financiera y práctica pertinente para la asistencia sanitaria que desean recibir esto constituiría un obstáculo a su libertad de recibir servicios de salud en otro Estado miembro. Les impediría efectuar una elección racional y con conocimiento de causa entre los distintos prestadores de servicios, incluidos los de otros Estados miembros.

En este sentido, la Directiva establece los denominados "puntos nacionales de contacto para la asistencia sanitaria transfronteriza". Según su artículo 6, los Estados miembros tienen que designar uno o varios puntos nacionales de contacto para la asistencia sanitaria transfronteriza, y tendrán que comunicar los datos de contacto de los mismos a la Comisión, que hará pública y accesible tal información. Además debe garantizarse que los puntos nacionales de contacto consulten a las organizaciones de pacientes, los prestadores de asistencia sanitaria y los organismos de seguros sanitarios para realizar correctamente su misión.

Estos puntos de contacto tienen como misión adicional facilitar el intercambio de información relativa a los prestadores de asistencia sanitaria y otra información necesaria para la prestación del servicio y la continuidad del mismo, en su caso. Por otra parte, tendrán que cooperar estrechamente entre sí y con la Comisión. La cooperación entre autoridades nacionales permitirá en este caso a los pacientes asesorarse adecuadamente sobre el mejor lugar para recibir un determinado tratamiento al que quiera acceder fuera de su Estado de afiliación¹⁰. Los puntos de contacto tienen además la obligación de facilitar a los pacientes que lo soliciten los datos de los puntos de contacto de otros Estados miembros, lo que resulta muy útil en caso de que el punto de contacto nacional no disponga de la información solicitada por el paciente.

Los puntos de contacto nacionales, con el objetivo de garantizar a los pacientes el ejercicio de sus derechos en materia de asistencia sanitaria transfronteriza, facilitarán a los pacientes la siguiente información:

¹⁰ En razón de las limitaciones de espacio de la presente comunicación, no podemos en este momento analizar el capítulo de la Directiva dedicado a la cooperación en materia de asistencia sanitaria, que comprende los artículos 10 a 15 de la misma.

- I. la información relativa a los prestadores de asistencia sanitaria, incluyendo, si la solicitan, información sobre el derecho de un prestador específico a prestar asistencia sanitaria y de las posibles restricciones en su práctica (art. 4.2.a).
- II. la información sobre los derechos de los pacientes.
- III. la información sobre los procedimientos para presentar reclamaciones y mecanismos para pedir reparación de los daños causados, según lo que establezca la legislación del Estado miembro al respecto.
- IV. La información sobre las opciones jurídicas y administrativas disponibles para la resolución de litigios, incluidos los casos de daños derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza.
- V. La información sobre las condiciones de reembolso de los gastos y la autorización previa que puede requerir el Estado miembro.
- VI. La información sobre sus derechos relativos a los procedimientos administrativos en materia de asistencia sanitaria transfronteriza. El art. 9 dispone que tales procedimientos deberán basarse en criterios objetivos, no discriminatorios, necesarios y proporcionados al objetivo a lograr; deben ser además fácilmente accesibles y garantizar que las solicitudes se tramiten de forma objetiva, imparcial y en un plazo razonable que deben conocerse previamente.)
- VII. Toda la información deberá distinguir claramente los derechos reconocidos a los pacientes en el ámbito de la asistencia transfronteriza por la Directiva de los derechos en materia de seguridad social derivados del Reglamento 883/2004/CE sobre la coordinación de dichos sistemas.

Respecto de los profesionales de la asistencia sanitaria¹¹, los puntos nacionales de contacto les proporcionarán la información a que se refiere el art. 5 letra b) de la Directiva (esto es, la que se recoge en los puntos IV a VII que hemos citado supra).

Por último, el art. 6, apdo. 5 de la Directiva, establece que la información a la que se ha hecho referencia deberá ser «fácilmente accesible». Esto lo asegura la norma exigiendo que la información esté disponible «por medios electrónicos y en formatos accesibles, en su caso, a las personas con discapacidad».

Según el art. 4.2 de la Directiva a los Estados miembros en los que se dispense el tratamiento corresponde garantizar que los pacientes reciban del punto nacional de contacto, previa solicitud, la información pertinente sobre las normas y directrices necesarias para que elijan con pleno conocimiento de causa: sobre las opciones de tratamiento, sobre los precios, las facturas y su situación respecto del registro o la autorización pertinente, y sobre la cobertura de su seguro u otros medios de protección personal o colectiva en relación con su responsabilidad profesional. En esta información se incluirá la relativa a las normas que dispongan los medios de supervisión y evaluación de los prestadores de asistencia sanitaria, la información sobre cuáles de ellos están sometidos a las normas y directrices citadas e información sobre la accesibilidad de los hospitales para las personas con discapacidad.

1. El resarcimiento de los daños derivados de la prestación sanitaria.

Los Estados miembros están obligados por la Directiva a establecer los procedimientos y sistemas que deben utilizarse en caso de daños causados durante la prestación de asistencia sanitaria. Los daños sanitarios son relativamente frecuentes (se dan en un 10% de los casos, según la propia comisión), y constituyen una preocupación para los usuarios. La existencia de obligaciones comunes claras para estos supuestos evitará que la falta de confianza en esos mecanismos suponga un obstáculo para la implantación de la asistencia sanitaria transfronteriza.

El Estado miembro de tratamiento es responsable de poner a disposición de los pacientes mecanismos de reparación e indemnización si sufren daños como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza recibida. Cada Estado puede determinar la naturaleza y las modalidades de tales mecanismos: un seguro de responsabilidad profesional o una garantía equivalente que sea comparable en cuanto a su finalidad entre los distintos Estados miembros. Además tales instrumentos deben guardar la debida relación de proporcionalidad y ser adecuados a la naturaleza y el alcance del riesgo, a fin de evitar que este requisito sea desproporcionado en el contexto de la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza, y tomar en debida consideración las garantías que ya existan en el Estado miembro del prestador de la asistencia sanitaria, en el caso de que estas sean diferentes. El art. 4.2.c) establece la obligación para los Estados de que «instauren procedimientos y mecanismos transparentes de presentación de reclamaciones para que los pacientes puedan pedir reparación, de acuerdo con la legislación del Estado miembro de tratamiento, cuando sufran daños de resul-

¹¹ Definidos en el art. 3 de la Directiva como «todo doctor en medicina, enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, matrona o farmacéutico a tenor de lo dispuesto en la Directiva 2005/36/CE u otro profesional que ejerza actividades en el sector de la asistencia sanitaria que estén restringidas a una profesión regulada según se define en el artículo 3, apartado 1, letra a), de la Directiva 2005/36/CE, o toda persona considerada profesional sanitario conforme a la legislación del Estado miembro de tratamiento»

tas de la asistencia sanitaria recibida». También el mismo apartado, letra d) dispone la obligación de los Estados de disponer de sistemas de seguro de responsabilidad profesional o garantías similares que sean equivalentes o esencialmente comparables en cuanto a su finalidad y adecuados a la naturaleza y el alcance del riesgo, para los tratamientos dispensados en su territorio.

2. La protección de los datos personales de los pacientes.

Garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria requiere incorporar a ficheros y transferir los datos sanitarios pertinentes y, en particular, su historial médico, lo que plantea la necesidad de respetar en tales procedimientos el derecho a la protección de datos personales reconocido en la propia Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, en su artículo 8. La Directiva pretende reforzar la confianza en que la privacidad y la protección de los datos personales se respetarán también en la transferencia de datos sanitarios a otro Estado miembro, para que la desconfianza a este respecto no sea una barrera a la libre circulación de servicios de salud, ni ponga en peligro la continuidad de la atención médica a consecuencia de la falta de comunicación de los datos, que puede crear mayores riesgos para la protección de la salud de los pacientes. La Directiva se remite en este caso a la normativa europea sobre protección de datos personales, plasmada en las Directivas 95/46/CE y 2002/58/CE, que en España han sido incorporadas a través de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, desarrollada por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre¹².

Para garantizar la continuidad de la atención médica, la Directiva establece un derecho para los pacientes que hayan recibido tratamiento a obtener en papel o en forma electrónica la historia clínica de dicho tratamiento y como mínimo una copia del mismo, con respeto igualmente con las medidas nacionales de aplicación de las disposiciones sobre protección de datos personales de la UE.

3. No discriminación

Por último, la Directiva establece el principio de no discriminación en la asistencia sanitaria entre los pacientes integrados en los sistemas nacionales y los que proceden del extranjero, es decir, se proscribe la discriminación en razón de la nacionalidad entre pacientes nacionales del Estado de afiliación y pacientes de otros Estados miembros (art. 4.3 de la Directiva).

Con este principio se evita, desde la perspectiva económica, tanto incentivar de manera perversa que se dé prioridad a los pacientes extranjeros frente a los nacionales, como la posibilidad de que se disminuya a largo plazo la inversión de capital en salud. Tratar a los pacientes de manera equitativa es fundamental, desde el punto de vista de la salud, para garantizar que las consecuencias sanitarias de la asistencia sanitaria transfronteriza, como los tiempos de espera, sigan siendo razonables y viables.

Son aplicables en este ámbito los principios generales de igualdad y no discriminación. No cabe en ningún caso discriminar a los pacientes en función de su sexo, raza, color, origen étnico o social, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual, según establece el art. 21 de la Carta de Derechos fundamentales de la UE, sin olvidar la igualdad ante la ley que prescribe el art. 20 de la misma. Ambos preceptos forman parte del Derecho originario comunitario al que están sometidos todas las

¹² La Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal (LOPD), incluye diversas particularidades relativas a la protección de los datos relativos a la salud de las personas. Así, en su artículo 7, incluye estos datos dentro del grupo de los especialmente protegidos: art. 7.3 «Las datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente». Requiere consentimiento expreso para el tratamiento de estos datos, por su especial trascendencia. Lógicamente, excepciona a los centros sanitarios públicos y privados y a los profesionales correspondientes de obtener dicho consentimiento expreso, remitiéndose al respecto a la legislación sanitaria estatal o autonómica (art. 8). En cuanto a la comunicación de los datos personales, regulada en el art. 11, establece que los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado, salvo en una serie de supuestos, entre los que se encuentra la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud (art. 11.2, letra f), cuando tal cesión sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica.

Por su parte, el RD 1720/2007, que desarrolla la LOPD, define en su artículo 5, letra g), lo que se entiende por datos de carácter personal relacionados con la salud: «las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética». Además, recuerda en su art. 10.5 la ausencia del requisito del consentimiento previstas en los arts. 7 y 8 de la LOPD vistos, añadiendo, en desarrollo de este último, que no será necesario el consentimiento del interesado para la comunicación de datos personales sobre la salud, incluso a través de medios electrónicos, entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud cuando se realice para la atención sanitaria de las personas, conforme a lo dispuesto en el Capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por último, el artículo 81 del Reglamento, relativo a la aplicación de distintos niveles de seguridad de los ficheros que almacenan los datos personales en función del carácter de estos, dispone que además de las medidas de nivel básico y medio, las medidas de nivel alto se aplicarán a una elenca de ficheros o tratamientos de datos de carácter personal entre los que se incluyen los que se refieren a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual.

disposiciones con base jurídica en los Tratados constitutivos de la UE que forman tal Derecho originario, y todos los Estados miembros en cumplimiento del Derecho de la Unión.

No obstante, caben ciertas excepciones para el Estado en este contexto. El precepto permite al Estado miembro de tratamiento 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 están sometidas a una serie de límites: deberán circunscribirse a lo que sea necesario y proporcionado, no podrán constituir un medio de discriminación arbitraria, y serán accesibles públicamente con carácter previo. Adicionalmente, la adopción de estas medidas por un Estado miembro se somete a una serie de garantías: deben estar justificadas por razones imperativas de interés general, entre las que la Directiva hace mención expresa a «las necesidades de programación con objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro interesado, o el deseo de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos».

El principio de no discriminación se aplica también en su dimensión económica, estableciendo el art. 4.4 de la Directiva que los Estados miembros deben garantizar la aplicación por parte de los prestadores de asistencia sanitaria ubicados en su territorio la aplicación del mismo baremo de honorarios para todos los ciudadanos de la UE que se encuentren en situaciones médicas equiparables o, en caso de que no exista un precio comparable para los pacientes nacionales, que se cobre un precio calculado usando criterios objetivos y no discriminatorios. Obviamente esto no impide a los prestadores fijar sus propios precios, si la legislación interna del Estado miembro lo permite y no se discrimina a los pacientes de otros EEMM.

La no discriminación no se extiende en materia lingüística. A este respecto la Directiva se remite a la normativa interna de los EEMM respecto al uso de idiomas. Estos pueden optar por facilitar información en lenguas distintas de las oficiales en el Estado miembro afectado. Resulta paradójico que, en este caso, que claramente puede suponer un obstáculo para la libre prestación de servicios sanitarios transfronterizos, la Directiva no lo haya considerado así, quizás pensando en los costes añadidos.

a) Responsabilidades del Estado miembro de afiliación

El artículo 5 establece las responsabilidades que atañen al Estado miembro de afiliación. Éste debe garantizar el reembolso de los gastos, cuestión que se regula en el capítulo III de la Directiva y que será tratada en otras comunicaciones de esta misma mesa.

Igualmente deberá garantizar procedimientos para que los pacientes que lo soliciten obtengan información sobre sus derechos en dicho Estado miembro en relación con la recepción Estado miembro en relación con la recepción de asistencia sanitaria transfronteriza, y en concreto en los relativo a las condiciones de reembolso de los gastos y a los procedimientos para acceder a dichos derechos y para determinar cuáles son, así como para reclamar y pedir reparación, cuando el paciente considere que no se han respetado sus derechos. La información proporcionada debe distinguir claramente entre los derechos reconocidos a los pacientes en virtud de la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza y los derivados del Reglamento 883/2004/CE.

En relación con el seguimiento médico. El Estado de afiliación debe garantizar, cuando un paciente haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza y resulte necesario un seguimiento médico particular, que el paciente obtenga el mismo seguimiento médico que si dicha asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio.

Por último, debe garantizar que los pacientes que traten de someterse o se sometan a tratamiento transfronterizo tengan acceso remoto a su historial médico o dispongan como mínimo de una copia del mismo, siempre de conformidad con la normativa nacional de trasposición de las Directivas 95/46/CE y 2002/58/CE sobre protección de los datos personales.

CONCLUSIONES

La Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza constituye un hito en la consecución de un alto nivel de protección de la salud y de calidad de los servicios sanitarios no exento de debates intensos y complejidades de cara a su aplicación por los Estados miembros. De lo que no cabe duda, es que la aplicación de las normas relativas al mercado interior y la libre prestación de servicios en este ámbito, sometida a los principios comunes que se han visto, tiene unos grandes beneficiados: los pacientes de los Estados miembros, que hasta el momento no contaban con información ni medios suficientes para ejercer un derecho que la jurisprudencia del Tribunal de Justicia venía reconociendo tiempo atrás. Los retos para los Estados miembros en materia de cooperación, de estructuración de los sistemas naciones de centros de referencia, del establecimiento de procedimientos ágiles y garantistas para el reembolso de la asistencia sanitaria recibida en el extranjero, o de la no discriminación entre los beneficiarios de la Directiva acogidos a los sistemas de salud de los diversos Estados miembros están ahí y no son obstáculos fáciles de superar. Lo que resulta incontestable, es que sin la Directiva habrían sido insalvables para los pacientes de la Unión Europea, que avanza en este sentido en la

dirección correcta, una protección social en materia sanitaria amplia, de calidad, transparente, con garantías para los ciudadanos y de espectro europeo.

BIBLIOGRAFÍA

- De Miembela, Juan B. Lorenzo. (2006). El principio de confianza legítima como criterio ponderativo de la actividad discrecional de la Administración Pública. *Revista de Administración Pública*, 171, 249-263.
- Gómez Martín, Milagros. (2002, julio-diciembre). La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las Sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2001. *DS*, 10 (2), 167-181.
- Medina Alcoz, Luis. (2006). Confianza legítima y responsabilidad patrimonial. *Revista española de Derecho administrativo*, 130, 275-326.
- Monge Gil, Ángel Luis. (2008). La propuesta de directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 33, 151-168.
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. y Van Ginneken E. (2007). *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity*. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria.