



## Límites al derecho de asistencia sanitaria transfronteriza y principio de proporcionalidad tras la Sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020

### LIMITS TO CROSS-BORDER HEALTHCARE LAW AND THE PRINCIPLE OF PROPORTIONALITY AFTER THE STJUE OF 23 SEPTEMBER 2020

**Belén del Mar López Insua**

Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Granada

[blinsua@ugr.es](mailto:blinsua@ugr.es)  0000-0002-1248-6015

Recibido: 02.12.2020 | Aceptado: 08.12.2020

#### RESUMEN

La protección de la salud constituye uno de los pilares fundamentales de la Unión Europea y del proceso de constitucionalismo social-democrático. El logro de un sistema de asistencia sanitaria comunitarizado se convierte, ahora más que nunca, en uno de los grandes retos a lograr por el colectivo europeo. A pesar de estos objetivos, en la Unión Europea se ha consagrado una lógica que apuesta más por un modelo intervencionista y no de simple coordinación, antes que por un sistema armonizado para todos los Estados miembro. Lamentablemente, este particular pluralismo cooperativo ha determinado que sean cada uno de los países comunitarios los competentes y responsables de las reglas de coordinación establecidas por la Unión. En este sentido, la Directiva 2011/24/UE se configura como la norma de referencia para garantizar el derecho de todos los ciudadanos europeos a recibir asistencia sanitaria segura y de calidad, tanto en el ámbito público, como en el privado de otro Estado miembro. Se pretende con ello garantizar la libertad de desplazamiento y circulación de personas sin que con ello quede vulnerada la salud. En efecto, a día de hoy, el derecho a la asistencia sanitaria se configura como un derecho social fundamental de carácter primario, el cual queda vinculado al derecho a la vida y a la dignidad.

#### ABSTRACT

Health protection is one of the fundamental pillars of the European Union and of the process of social-democratic constitutionalism. The achievement of a Community health care system is now more than ever one of the great challenges for the European community. In spite of these objectives, the European Union has adopted a logic that relies more on an interventionist model than on simple coordination, rather than on a harmonised system for all Member States. Unfortunately, this particular cooperative pluralism has

#### PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria transfronteriza  
Principio de proporcionalidad  
Coordinación comunitaria  
Derecho de libre circulación  
Autorización previa  
Tratamiento programado

#### KEYWORDS

Cross-border healthcare  
Principle of proportionality  
Community coordination  
Freedom of movement  
Prior authorization  
Scheduled treatment

made each of the Community countries competent and responsible for the coordination rules laid down by the Union. In this sense, Directive 2011/24/EU is set as the reference standard to guarantee the right of all European citizens to receive safe and quality healthcare, both in the public sphere and in the private sphere of another Member State. The aim is to guarantee the freedom of movement and movement of persons without damaging health. Today, the right to health care is a fundamental social right of a primary nature, which is linked to the right to life and dignity.

## SUMARIO

- I. COORDINACIÓN COMUNITARIA, PRINCIPIO DE LIBRE CIRCULACIÓN Y DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA: PROBLEMÁTICA GENERAL
- II. DUDAS INTERPRETATIVAS EN TORNO AL DERECHO DE ASISTENCIA SANITARIA Y DOCTRINA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA
  - A. Hechos controvertidos y cuestiones prejudiciales: análisis de la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020
  - B. Puntos conflictivos: cuestiones objeto de interpretación
  - C. Fallo del Tribunal de Justicia de la Unión Europea: caso *Wo y Van Megyei Kormányhivatal*
- III. CONCLUSIONES  
Bibliografía

“La voluntad no es esencial al concepto del derecho, decía Ihering: la prueba en los locos y en los impúberes... Tener un derecho no es, por tanto, ni querer ni gozar... ¿Qué otra cosa hay, pues, además de la voluntad o del goce?”

J. Dabín<sup>1</sup>

375

## I. COORDINACIÓN COMUNITARIA, PRINCIPIO DE LIBRE CIRCULACIÓN Y DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA: PROBLEMÁTICA GENERAL

El fortalecimiento del proceso de integración de los migrantes y la internalización de las relaciones laborales son factores que influyen en la globalización económica. Ciertamente, el derecho a la libre circulación de personas, capitales y servicios se erige en pieza fundamental para promover el bienestar social de las todas las naciones, siendo precisamente ahí en donde la globalización económica pretende más incidir a fin de evitar la pérdida de derechos de Seguridad Social de los trabajadores y familias migrantes<sup>2</sup>. Preservar la cohesión social y coordinar los distintos sistemas nacionales de protección social ha constituido el principal reto al que se enfrenta el colectivo comunitario<sup>3</sup>. Y es que, para la Unión Europea (en adelante, UE) la tarea de preservar los

1. Dabín, J: *El derecho subjetivo*, edición al cuidado de J. L. Monereo Pérez, Comares, Granada, 2006, pp. 85 y 86.

2. Jiménez Fernández, A: “Antecedentes, procesos de elaboración, significado y contenido general”, en González Ortega, S. (coord.): *El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, p. 23.

3. López Insua, B. M: “La determinación de las prestaciones por invalidez, vejez y supervivencia en el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social”, *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. I, núm. 2, 2016, pp. 147 y ss.

derechos de Seguridad Social de los trabajadores que circulan por el espacio europeo constituye una tarea prioritaria. Sin embargo la Unión encuentra aquí su principal traba, pues a pesar de los reglamentos de coordinación comunitaria y los intentos de armonización que de las normativas nacionales de protección social se realiza a través de las directivas comunitarias, lo cierto es que no se han eliminado todavía los efectos perniciosos<sup>4</sup> que en materia de Seguridad Social ha creado este panorama de sutil “coordinación” comunitaria. Un difícil engranaje que repercute negativamente sobre los derechos y obligaciones de todas las personas migrantes, lo cual a su vez incide también en el ejercicio del derecho a la libre circulación<sup>5</sup>. En suma, no cabe hablar de un derecho comunitario a la Seguridad Social, como tampoco de un sistema colectivo de Protección social<sup>6</sup>.

En suma, el Derecho de la Unión Europea se fundamenta en la organización o acoplamiento de los distintos sistemas de Seguridad Social de sus Estados miembros, por lo que rige aquí el principio de *coordinación* y no el de armonización o unificación legislativa<sup>7</sup>. Por lo tanto, la finalidad de la UE consiste en aplicar normas comunes de coordinación instrumental a todos los sistemas estatales integrados en la Unión, de forma que se respeten los elementos peculiares que conforman a los distintos sistemas nacionales de Seguridad Social. La coordinación comunitaria entre los distintos sistemas de Seguridad Social se encuentra íntimamente conectada con el principio de libre circulación de trabajadores que rige dentro del ámbito comunitario, en la medida en que una correcta coordinación ayudará a eliminar los obstáculos que impiden la consecución de este objetivo<sup>8</sup>. De este modo, el principio de coordinación permite salvaguardar los derechos adquiridos y en curso de adquisición de los migrantes en el ámbito de la Seguridad Social, evitando que los trabajadores migrantes no vean mermados sus derechos y/o expectativas de derecho en materia de Seguridad Social, al tiempo que se garantiza la igualdad de trato. En esta línea, el Reglamento 883/2004 recuerda que la única forma de contribuir a la mejora del nivel de vida y condiciones de empleo será sólo mediante el establecimiento de normas de coordinación de la Seguridad Social.

4. Carrascosa Bermejo, D: “Seguridad Social de los trabajadores migrantes (I): rasgos y principios generales”, en Nogueira Guastavino, M.; Fotinopoulou Basurko, O. y Miranda Boto, J. M.: *Lecciones de Derecho Social de la Unión Europea*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012, pp. 187-191.

5. Recuérdese, en este sentido, que ya el Tratado de Roma de 1957 establecía la necesidad de que los trabajadores por cuenta ajena pudieran moverse en la Unión sin que ello supusiera la pérdida de derechos en materia de Seguridad Social.

6. Monereo Pérez, J. L.: “La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)”, *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010, pp. 69-94 y 59-86, respectivamente.

7. Arrieta Idiáquez, F. J.: “La coordinación de los sistemas de Seguridad Social en el ámbito de la Unión Europea”, en Arrieta Idiáquez, F. J. (coord.): *La Seguridad Social aplicable a los españoles en el exterior y retornados*, Aranzadi, Navarra, 2014, p. 183. La diferencia es nítida, mientras que la coordinación adopta las medidas necesarias para relacionar los Sistemas entre sí sin alterar los ordenamientos nacionales, la armonización incide precisamente en dichos ordenamientos nacionales y tiende a suprimir diferencias existentes entre ellos. Véase Rodríguez Gutiérrez, J.: “Visión general de la Seguridad Social en el Derecho Comunitario Europeo”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 2, 1997, pp. 111-112.

8. López Insua, B. M.: “La Seguridad Social de los trabajadores migrantes”, en Monereo Pérez, J. L.; Tulio Barroso, F. y Las Heras, H. (dirs.) y Maldonado Molina, J. A. y Moreno Vida, M. N. (coords.): *El futuro del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en un panorama de reformas estructurales: desafíos para el trabajo decente*, Laborum, Murcia, 2018, pp. 538-614.

Por lo que, a fin de evitar la concurrencia de diversas legislaciones nacionales aplicables se deberá aplicar el principio de territorialidad, es decir, únicamente podrá someterse el trabajador a la legislación de un sólo Estado (art. 13.1 del Reglamento 883/2004)<sup>9</sup>. Por regla general, será la ley del Estado en cuyo territorio el trabajador preste servicios por cuenta ajena o por cuenta propia la aplicable ("*lex locis laboris*")<sup>10</sup>.

En materia de asistencia sanitaria, la UE le concede a la salud el más alto nivel de protección al enunciar este valor desde la perspectiva de la dignidad Humana (art. 2 del Tratado de la Unión Europea de 2002)<sup>11</sup>. La protección sanitaria no ha sido, en modo alguna desatendida, por las instituciones comunitarias, tal y como recuerda el artículo 168.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) en donde se dispone que "(...) al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana", lo que ya evidencia el especial impacto que se reconoce a dicha tutela sanitaria en cuanto inspiradora de la agenda comunitaria. En este precepto se consigna, como principio transversal del ordenamiento jurídico europeo, la garantía de un alto nivel de protección de la salud humana. Así es, se trata éste de un derecho que incide en diversos campos de actuación que exceden más allá del asistencial sanitario propiamente dicho<sup>12</sup>. La Unión Europea apuesta firmemente por la salud, llegando incluso a dotarla de carácter intersectorial, aunque en la realidad se demuestra cómo el sistema de los Tratados de la UE, en cuanto instrumentos jurídico-políticos de organización, determina que las competencias comunitarias, al respecto, se circunscriban más al ámbito de la coordinación<sup>13</sup> que a la de la armonización<sup>14</sup>.

A pesar del debate que toda esta materia genera, lo cierto, es que en la práctica los Estados comunitarios no resultan plenamente afectados por la integración europea en este ámbito, pues cada uno de ellos mantiene su competencia para articular y gestionar la política sanitaria, en general y la provisión de la asistencia sanitaria, en particular. Ahora bien, esta libertad de la que disponen los Estados miembros para la organización, prestación de servicios sanitarios y atención primaria (art. 168.7 TFUE) no es ab-

9. Para más inri, el artículo 48 del Tratado de Funcionamiento de la UE establece un mandato dirigido al Parlamento Europeo y al Consejo por el que, en materia de Seguridad Social, se deberán adoptar: "(...) las medidas necesarias para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores, creando en especial, un sistema que permita garantizar a los trabajadores migrantes por cuenta ajena y propia, así como a sus derechohabientes: 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 para el cálculo de éstas; b) el pago de las prestaciones a las personas que residan en los territorios de los Estados miembros".

10. López Insua, B. M.: "La determinación de las prestaciones por invalidez, vejez y supervivencia en el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social", ob. cit., pp. 150 y ss.

11. Establece el artículo 2 del TUE: "La Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías. Estos valores son comunes a los Estados miembros en una sociedad caracterizada por el pluralismo, la no discriminación, la tolerancia, la justicia, la solidaridad y la igualdad entre mujeres y hombres".

12. Monereo Pérez, J. L.: "La salud como derecho humano fundamental", *Relaciones Laborales*, núm. 9, 2014, pp. 1-15 en su versión digital. Del mismo autor, "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", ob. cit., pp. 69-94 y 59-86, respectivamente.

13. García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica", *Foro-Nueva época*, vol. 17, núm.1, 2014, p. 312.

14. Monereo Pérez, J. L.: "La salud como derecho humano fundamental", ob. cit., p. 26 en su versión digital.

soluta, dado que en la ordenación de prestaciones y establecimiento de condiciones de acceso están presentes los principios informadores del Derecho Comunitario. La acción coordinada de los sistemas nacionales que acomete la UE aspira a materializar la garantía y efectividad del derecho a la asistencia sanitaria transnacional, pues de lo contrario se estaría yendo en contra del principio de libre circulación de ciudadanos que establece el artículo 21.1 del TFUE, a saber: "Todo ciudadano de la Unión tendrá derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, con sujeción a las limitaciones y condiciones previstas en los Tratados y en las disposiciones adoptadas para su aplicación". Se trata éste de un cometido aparentemente sencillo, aunque sumamente complejo en la práctica, de ahí que provoque serios problemas interpretativos a la luz de la diversidad y pluralidad de modelos existentes a nivel comunitario. Representa, este punto, uno de los más conflictivos y con el que más tropieza la labor coordinadora de la UE.

La Directiva 2011/24/UE de Asistencia Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea se configura como un nuevo marco que amplía las posibilidades de asistencia sanitaria en los Países del Espacio Europeo, al garantizar el derecho de los ciudadanos comunitarios a recibir asistencia sanitaria segura y de calidad, tanto en el ámbito público como en el privado de otro Estado miembro del conjunto supranacional. La asistencia sanitaria transfronteriza regulada en la Directiva 2011/24/UE constituye una posibilidad prestacional añadida a aquella que se contempla en los Reglamentos sobre la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social existentes<sup>15</sup>.

## II. DUDAS INTERPRETATIVAS EN TORNO AL DERECHO DE ASISTENCIA SANITARIA Y DOCTRINA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA

El terreno de la asistencia sanitaria es donde más se ha hecho notar e, incluso, más necesidades ha generado el principio de libre circulación en la UE. Independientemente de los motivos que determinan un movimiento transnacional (a saber: por razones laborales, profesionales o económicos), lo cierto es que las personas circulan a lo largo y ancho del espacio comunitario para recibir asistencia sanitaria<sup>16</sup>. Con carácter general, se afirma que los ciudadanos comunitarios no suelen acudir a otros Estados para recibir asistencia sanitaria, pues prefieren recibir atención médica en su nación de pertenencia. Aspectos tales como: el cambio de idioma, el traslado a un sistema con diferente organización o, simplemente, el desconocimiento de la posibilidad de obtener asistencia sanitaria transfronteriza reembolsable, son algunos de los factores que influyen en este descarte mayoritario de cruce de fronteras<sup>17</sup>.

15. García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica", ob. cit., pp. 310-313.

16. Relaño Toledano, J. e Infante Campos, A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud. Tipos y repercusión económica", *Revista Administrativa Sanitaria*, núm. 7 (4), 2009, p. 619.

17. López Insua, B. M.: "La asistencia sanitaria transfronteriza: puntos críticos", en Asociación Española de Salud y Seguridad Social (AESSS): *Los retos de la asistencia sanitaria en España*, Laborum, Murcia, 2016, pp. 815-824.

Se confirma la tendencia, al alza, de los casos de pacientes que son atendidos en Estados miembros diferentes del de residencia a causa del fracaso o tardanza en la atención sanitaria en sus países de origen. Y es que, ya sea de manera causal o casual, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en adelante, TJUE) está cada vez conociendo de supuestos de asistencia sanitaria transfronteriza. Los puntos que más tensión han originado son los relativos a: la competencia autorizante, el reembolso de gastos sanitarios, el carácter programado o no del tratamiento, la libertad de desplazamiento y de prestación de servicios y circulación de mercancías<sup>18</sup>.

En algunas ocasiones la atención médica surge en el marco de una estancia temporal en el país de destino y, en otras, debido a la existencia de un desplazamiento transnacional cuya finalidad expresa es la obtención de asistencia sanitaria. En estos últimos casos, las razones suelen ser: el menor tiempo de espera, el deseo de salvar limitaciones económicas<sup>19</sup> o, incluso, legales (por ejemplo, para recibir tratamientos sanitarios más avanzados que los disponibles en el país de origen o servicios sanitarios excluidos del marco legal, a saber: fertilidad no incluida en el catálogo prestacional comprendida en determinados Estados miembro, turismo abortivo cuando sobrepase el tiempo fijado<sup>20</sup>, etcétera).

El problema de fondo, por regla general, es de tipo económico. El incremento del número de pacientes provoca el afloramiento de limitaciones en el sistema sanitario, que determinan una disminución en la calidad asistencial o aumentar las denostadas listas de espera. De ahí que se haya hecho hincapié en la necesidad de que los Estados miembros provean de una asistencia sanitaria de alta calidad<sup>21</sup>, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad<sup>22</sup>, pues la subsistencia de diferencias relevantes a nivel comunitario está generando fuertes desplazamientos de población en países con sistemas de baja calidad hacia aquellos de mayor calidad, desafiando así la planificación organizativa de los sistemas nacionales que tanto trata de preservar la UE.

Con independencia de las situaciones de residencia o estancia en otro Estado miembro, las normas comunitarias sobre trabajadores migrantes admiten, asimismo, el desplazamiento con el propósito exclusivo de recibir asistencia sanitaria, aunque en tales casos se requiere la pertinente autorización, que ha de ser concedida cuando se cumplan dos requisitos (artículo 20 del Reglamento 883/2004, desarrollado por art. 26 del Reglamento 987/2009). Primero, el tratamiento que pretenda recibirse debe “figurar entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado

18. Monereo Pérez, J. L.: “La salud como derecho humano fundamental”, ob. cit., p. 25 en su versión digital.

19. Relaño Toledano, J. e Infante Campos, A.: “Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud. Tipos y repercusión económica”, ob. cit., pp. 619-630.

20. En el RD 81/2014, sobre asistencia sanitaria transfronteriza en España se excluye, expresamente, la posibilidad de reembolsar los gastos por la prestación de interrupción voluntaria del embarazo cuando sean supuestos distintos a los previstos por la legislación nacional.

21. Burriel Rodríguez-Diosdado, P.: “Los derechos de los pacientes en asistencia sanitaria transfronteriza”, *Relaciones Laborales*, núm. 4, 2014, pp. 18-21 en su versión digital.

22. Monereo Pérez, J. L.: “La salud como derecho humano fundamental”, ob. cit., pp. 4-5 en su versión digital.

miembro en que resida el interesado”<sup>23</sup>. Por tanto, si el interesado decide acudir a un país distinto para recibir una prestación en especie que el Estado competente no dispensa habrá de asumir íntegramente el coste. Segundo, se exige valorar el “estado de salud” del paciente y “la evolución probable de la enfermedad”. Si después de ese análisis se llega a la conclusión de que la institución competente no puede proporcionar el tratamiento “en un plazo justificable desde el punto de vista médico”, el paciente tiene derecho a desplazarse para recibir la asistencia en otro Estado, porque la eventual denegación de la autorización se entiende contraria al Derecho de la Unión. Dicho en otras palabras, si la prestación solicitada figura en el catálogo de la acción protectora del Estado de residencia y se prevé que el tratamiento se dispense en un plazo razonable, la nación implicada tendrá motivos legítimos para denegar la autorización<sup>24</sup>.

La competencia de la Unión para regular la asistencia sanitaria es aún limitada. Lo cierto es que no existe todavía un sistema europeo de asistencia sanitaria (como tampoco de Seguridad Social), de ahí que se deje en manos de los distintos Estados comunitarios esta labor. Ello ha originado problemas de movilidad debido a la diversidad de sistemas sanitarios existentes a nivel mundial y, particularmente, en el conjunto europeo<sup>25</sup>.

Actualmente se encuentran dos vías de regulación normativa a nivel europeo, la primera, la forman los Reglamentos de coordinación de los sistemas de Seguridad Social y, la segunda, se efectúa por vía de la Directiva 2011/24/CE<sup>26</sup>, por la que se codificó la jurisprudencia del TJUE en el ámbito de la movilidad de pacientes. La existencia de diferentes instrumentos de regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza arroja un panorama ciertamente complejo, máxime si se tiene en cuenta que la base jurídica de cada una varía (libre circulación de personas vs libre prestación de servicios) y que las administraciones involucradas no resultan coincidentes ni a nivel europeo, ni a nivel nacional<sup>27</sup>. De lo que se trata aquí es de, alguna manera, hacer valer el prin-

23. No conviene olvidar, como puso de manifiesto el Tribunal de Justicia comunitario, que “el Derecho comunitario no puede en principio producir el efecto de obligar a un Estado miembro a ampliar la lista de prestaciones médicas de las que se hace cargo su sistema de protección social y que el hecho de que un tratamiento médico esté cubierto o no por los regímenes del seguro de enfermedad de otros Estados miembros es indiferente a este respecto” (STJUE de 12 de julio de 2001, caso *Smits y Peerbooms*, asunto C-157/99).

24. STJUE de 23 de octubre de 2003, caso *Inizan*, asunto C-56/01.

25. Monereo Pérez, J. L. y Molina Navarrete, C.: “La «asistencia sanitaria» como «derecho fundamental» y el «sistema nacional de salud» como «garantía institucional»: balance y desafíos para el siglo XXI de su modelo regulador”, en Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M. N. (dirs.): *Comentario a la legislación reguladora de la sanidad en España. Régimen jurídico de la organización sanitaria, personal sanitario y prestaciones sanitarias*, Comares, Granada, 2007, pp. 3-50. Ver también García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: “Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica”, ob. cit., pp. 310-311. Monereo Pérez, J. L.: “La salud como derecho humano fundamental”, ob. cit., pp. 1-31 en su versión digital.

26. Completada más recientemente por dos Decisiones de la Comisión Europea de 10 de marzo de 2014 dedicadas, en síntesis, a las condiciones de organización, evaluación y funcionamiento de las “redes europeas de referencia” previstas en dicha Directiva, así como al establecimiento de las condiciones que deben cumplimentar los prestadores de asistencia sanitaria para ingresos en tales estructuras.

27. Lomas Hernández, V.: “Comentario sobre 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 RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 9, 2014,

cipio de no discriminación por razón de nacionalidad dentro del espacio propio del colectivo comunitario. Se pretende con ello llevar a cabo un importante refuerzo del derecho a la libre circulación por el espacio europeo, al tiempo que se reafirman, en este específico terreno de la asistencia sanitaria, algunas otras libertades básicas del acervo comunitario, como las de establecimiento y prestación de servicios. El ámbito de aplicación de la Directiva es parcialmente coincidente con el de los Reglamentos comunitarios sobre trabajadores migrantes, pues los supuestos de reembolso que en ellos se prevén podrían tramitarse en muchos casos por esos nuevos procedimientos. Se trata así de una situación que no deja de generar algunas dudas respecto de la adecuada articulación de ambos instrumentos normativos. En principio, la Directiva ni sustituye, ni tampoco desplaza al Reglamento 883/2004, sino que más bien lo complementa<sup>28</sup>. Así pues, la Directiva tiene un carácter omnicompreensivo y, por consiguiente, podría aplicarse tanto a los supuestos previstos en el Reglamento como a otras situaciones posibles. En todo caso, la propia Directiva dispone que cuando ambas normas pudieran resultar de aplicación, el Reglamento contará con una especial preferencia, al entender que resulta más ventajoso para el interesado (por regla general), salvo que el beneficiario, convenientemente informado, opte explícitamente por las reglas que recoge la Directiva (art. 8.3 de la Directiva).

### A. Hechos controvertidos y cuestiones prejudiciales: análisis de la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020

En la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 23 de septiembre de 2020 (asunto C-777/18), se resuelve la cuestión prejudicial planteada –conforme al artículo 276 del TFUE– por el *Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság* (el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo y de lo Social de Szombathely de Hungría) en el caso *Wo y Van Megyei Kormányhivatal*. En particular, la petición prejudicial busca arrojar una interpretación a los artículos 56 del TFUE, artículo 20.1 del Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo y al artículo 26, apartados 1 y 3, del Reglamento (CE) nº 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 nº 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Finalmente, se trata de interpretar los artículos 8, apartado 1, y 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

Los hechos controvertidos son los siguientes: en el año 1987, el señor Wo (de nacionalidad húngara) sufrió un desprendimiento de retina en el ojo izquierdo que motivó que perdiera la visión de dicho ojo. “En el año 2015, se diagnosticó un glaucoma en el ojo derecho

p. 1 en su versión digital.

28. Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C.; Quesada Segura, R. y Maldonado Molina, J. A.: *Manual de Seguridad Social*, Tecnos, Madrid, 2020, pp. 517 y ss.

de WO. La asistencia que se le prestó en varios centros médicos húngaros no dio resultado, pues el campo visual del interesado no cesaba de reducirse y la tensión intraocular daba valores muy altos (...) el 29 de septiembre de 2016, WO se puso en contacto con un médico que ejercía en *Recklinghausen* (Alemania) y concertó con este una cita para un reconocimiento médico el 17 de octubre de 2016. El médico le informó de que debería prorrogar su estancia hasta el 18 de octubre de 2016, fecha en la que, de ser necesario, tendría lugar una intervención oftalmológica.

Mientras tanto, un examen médico efectuado en Hungría el 15 de octubre de 2016 había evaluado la tensión intraocular de WO en 37 mmHg, es decir, una tasa muy superior a la de 21 mmHg, a partir de la cual la tensión intraocular se considera anormal. A raíz del reconocimiento al que se sometió WO el 17 de octubre de 2016 en Alemania, el médico que ejercía en dicho Estado miembro consideró que la intervención oftalmológica debía efectuarse con urgencia para salvar la vista de WO. El interesado fue operado con éxito el 18 de octubre de 2016".

A la vuelta de su viaje, el señor Wo solicitó en Hungría el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza recibidos en el país germánico. Tanto la Delegación del Gobierno provincial, como el Budapest *Főváros Kormányhivatala* (Delegación del Gobierno en Budapest Capital, Hungría), denegaron su petición al entender que era requisito "sine qua non" que el señor Wo obtuviese una autorización administrativa previa. Sin ella, entendían, que no podía acceder al tratamiento programado y, por tanto, no cabía efectuar el reembolso de los gastos médicos solicitados. Finalmente, Wo interpuso ante el tribunal remitente recurso contencioso-administrativo contra la resolución denegatoria del reembolso de la asistencia sanitaria de que se trata.

Tras examinar meticulosamente los hechos, el *Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság* (Tribunal de lo Contencioso-Administrativo y de lo Social de Szombathely, Hungría) albergó ciertas dudas interpretativas. En particular, consideraba que la normativa interna húngara podía resultar contraria al derecho de la UE, por ello decidió finalmente suspender el procedimiento y plantear ante el TJUE seis cuestiones prejudiciales:

1. "¿Constituye una restricción contraria al artículo 56 [TFUE] una normativa nacional, como la controvertida en el litigio principal, que, en relación con el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, excluye la posibilidad de autorizar *a posteriori* la asistencia sanitaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización previa, incluso cuando, en caso de esperar a la autorización previa, exista un riesgo real de que el estado de salud del paciente se deteriore de manera irreversible?"
2. ¿Es compatible con el principio de necesidad y proporcionalidad enunciado en el artículo 8, apartado 1, de la Directiva [2011/24] y con el principio de libre circulación de los pacientes el régimen de autorización de un Estado miembro que, en lo que respecta al reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza, excluye la posibilidad de conceder una autorización *a posteriori*,

- incluso en caso de riesgo real de deterioro irreversible del estado de salud del paciente a la espera de tal autorización previa?
3. ¿Es conforme con el requisito de un plazo procedimental razonable que tenga en cuenta la afección específica y la urgencia y las circunstancias individuales, establecido en el artículo 9, apartado 3, de la Directiva [2011/24], una normativa nacional que, con independencia del estado de salud del paciente que presenta la solicitud, establece un plazo procedimental de 31 días para que la autoridad competente conceda la autorización previa y de 23 días para que la deniegue? La autoridad puede examinar, con respecto a la solicitud, si la prestación de asistencia está cubierta por la seguridad social y, en caso afirmativo, si puede dispensarla en un plazo justificable desde el punto de vista médico un prestador de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos, mientras que, en caso negativo, examina la calidad, la seguridad y la relación coste-efectividad de la asistencia que dispensa el prestador indicado por el paciente.
  4. ¿Procede interpretar el artículo 20, apartado 1, del Reglamento [no 883/2004] en el sentido de que el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza solo puede pedirse si el paciente presenta una solicitud de autorización previa a la institución competente? ¿O bien [dicho precepto] no excluye de por sí en tal caso la posibilidad de presentar una solicitud de autorización *a posteriori* a efectos del reembolso de los gastos?
  5. ¿Está comprendido en el ámbito de aplicación del artículo 20, apartado 1, del Reglamento [no 883/2004] el supuesto de que el paciente se desplace a otro Estado miembro habiendo obtenido una cita concreta para un reconocimiento médico y una cita provisional para una posible operación o intervención médica al día siguiente del reconocimiento médico y, debido al estado de salud del paciente, la operación o intervención médica se lleve efectivamente a cabo? ¿Es posible en ese caso, a efectos [de dicho precepto], presentar una solicitud de autorización *a posteriori* para el reembolso de los gastos?
  6. ¿Está comprendido en el concepto de tratamiento programado, en el sentido del artículo 26 del Reglamento [no 987/2009], el supuesto de que el paciente se desplace a otro Estado miembro habiendo obtenido una cita concreta para un reconocimiento médico y una cita provisional para una posible operación o intervención médica al día siguiente del reconocimiento médico y, debido al estado de salud del paciente, la operación o intervención médica se lleve efectivamente a cabo? ¿Es posible en ese caso, a efectos [de dicho artículo], presentar una solicitud de autorización *a posteriori* para el reembolso de los gastos? En el caso de la asistencia urgente y de carácter vital a que se refiere el artículo 26, apartado 3, [del Reglamento no 987/2009,] ¿exige también la normativa una autorización previa para el supuesto [de dicho] artículo 26, apartado 1?''.

## B. Puntos conflictivos: cuestiones objeto de interpretación

Tal y como pone de manifiesto el *Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság* (Tribunal de lo Contencioso-Administrativo y de lo Social de Szombathely, Hungría), el derecho a migrar encierra numerosos problemas (a saber: de gasto público<sup>29</sup>, autorización administrativa, reembolso de pagos ya abonados, prescripción de medicamentos y recetas, dispensación de productos sanitarios... etcétera) que, previamente, deben de ser resueltos a través de los sistemas nacionales de Seguridad Social y todo ello bajo el presupuesto de que "(...) los sistemas de Seguridad Social albergan, dentro de su acción protectora, las prestaciones sanitarias"<sup>30</sup>. La multiplicidad de problemas que se han producido en la práctica determina que deba ser el TJUE quien las resuelva, simplemente, a fin de dar cobertura y solución a las nuevas situaciones que se originan. Y es que, son varias las lagunas legislativas que resultan de esta compleja normativa enunciada.

Antes de analizar cada una de las cuestiones conflictivas que se plantean en la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020, conviene aclarar cuál es el ámbito aplicativo que trata de desarrollarse por el derecho de la UE. Recuérdese que la coordinación de los sistemas de Seguridad Social es efectuada por medio del Reglamento (CE) 883/2004 y resulta completada el Reglamento (CE) 987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009. Principalmente, el Reglamento de 2004 presta cualificada atención a las prestaciones sanitarias o de "enfermedad" (terminología comunitaria) o provisión de servicios sanitarios en un Estado miembro diferente de aquél a cuyo sistema de Previsión Social se está afiliado o tenga reconocido el derecho al acceso al sistema sanitario<sup>31</sup>. El reglamento cumple aquí una función básica que se concreta en: a) la ley aplicable, b) identificación de la institución a la que compete la provisión de la asistencia sanitaria y c) aquella otra a la que le corresponde la asunción de los costes derivados de la misma (en el marco de estos reglamentos comunitarios la asistencia sanitaria se dispensa en el país de migración o de desplazamiento gracias al sistema, no harto de problemas, de "reembolso entre instituciones")<sup>32</sup>. Además, el Reglamento 883/2004 diferencia entre la asistencia sanitaria programada y la no programada, punto que discute y resuelve en la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020.

29. Relaño Toledano, J. e Infante Campos, A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud. Tipos y repercusión económica", ob. cit., pp. 619-630.

30. García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica", ob. cit., p. 313.

31. Véase al respecto, Monereo Pérez, J. L.: "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", ob. cit., pp. 69-94 y 59-86, respectivamente.

32. Así pues, el ciudadano comunitario que recibe la atención sanitaria en otro Estado miembro no ha de anticipar su coste para posteriormente reclamar al Estado competente, sino que es el Estado que presta la asistencia el que ha de justificar el gasto que la atención sanitaria le ha supuesto. Y todo ello para luego reclamar al Estado competente que asuma dicho coste (Sentencia TJUE de 3 de julio de 2003, caso *Van der Duin y ANOZ Zorgverzekeringen*, asunto C-156/01). Todo ello a salvo de que se haga uso de la excepción prevista en el art. 35.3 del Reglamento 883/2004, que habilita a los Estados miembros para "convenir otras formas de reembolso" o incluso para renunciar a esa compensación.

Por su parte, la Directiva 2011/24/CE<sup>33</sup> se crea como una vía diferente y alternativa al sistema de coordinación para el acceso a los servicios de salud en otro Estado miembro. A pesar de querer constituir una vía clarificadora *ex profeso* de los derechos de los pacientes y de sus derechos, lo cierto es que presenta algunas dudas interpretativas que, igualmente, se materializan desde un punto de vista práctico, a saber: el reembolso de gastos sanitarios y el requisito de autorización previa.

En la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020 se plantean varios puntos críticos que, a continuación, se analizarán de manera diferenciada para así comprender el fallo del Alto Tribunal. Todos ellos se relacionan íntimamente entre sí, constituyendo así valiosos elementos vertebradores, de un lado, el principio de libre circulación y, de otro, el de proporcionalidad.

En primer lugar, en las cuestiones prejudiciales cuarta, quinta y sexta se pregunta sobre el concepto de “tratamiento programado”. Sobre este punto, el artículo 20 del Reglamento 883/2004 aclara que habrá una situación de asistencia sanitaria programada cuando se haya efectuado, expresamente, un desplazamiento para la obtención de la asistencia sanitaria en un país distinto al competente, debiendo en este caso el solicitante haber obtenido previamente una autorización emitida por la institución del lugar de estancia y de acuerdo con lo dispuesto por la normativa del Estado miembro en que se realicen las prestaciones. El Reglamento nº 987/2009 indica que la asistencia sanitaria que se busca consiste en el percibo de prestaciones en especie. Por el contrario, la asistencia sanitaria será no programada cuando la misma surja con motivo de una estancia temporal en otro país de la UE (por ejemplo: durante las vacaciones, un viaje de trabajo, etcétera)<sup>34</sup>.

A este respecto, el señor Wo toma la decisión de viajar a un Estado distinto al de residencia, únicamente, por decisión exclusiva y a raíz de la ineficacia comprobada de todos los tratamientos médicos recibidos en su Estado de residencia. Se trataba de un viaje de urgencia, habida cuenta de su estado de salud y de la evolución probable de su enfermedad. Aspecto que no se discute en la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020, en cuanto que queda probado el grave cuadro clínico del señor Wo. Asimismo, se comprueba que el tratamiento que recibe en Alemania figura entre las prestaciones previstas por la legislación húngara. Por lo tanto, se cumplen así los dos requisitos que menciona el artículo 20.2 del Reglamento nº 883/2004 y que, condicionan, su calificación como de “asistencia sanitaria programada”.

La segunda cuestión que se discute es la relativa al “reembolso de gastos” por el tratamiento programado sin autorización previa. En torno a esta materia, la Directiva establece en su artículo 7 que todo Estado miembro de afiliación habrá de garantizar el reembolso de los gastos contraído por un asegurado que haya recibido atención

33. Debido a las constantes contradicciones y cambios jurisprudenciales en la doctrina del TJUE, el legislador comunitario optó por la posibilidad de incorporar esa doctrina a una nueva Directiva que clarificara *ex profeso* los derechos de los pacientes y los deberes implicados en los movimientos transnacionales, en lugar de modificar los Reglamentos de coordinación.

34. [https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/index\\_es.htm](https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/index_es.htm)

sanitaria en un país comunitario diferente (ya sea hospitalaria o no hospitalaria)<sup>35</sup>. No obstante, se establece como límite que sólo podrá restituirse hasta la cuantía que habría asumido si la asistencia sanitaria se hubiese prestado en su territorio, no pudiendo exceder el reintegro del coste real de la asistencia sanitaria prestada. Por tanto, el paciente deberá anticipar los gastos que de su tratamiento derivan y, posteriormente, podrá reclamar al Estado en el que esté afiliado el reintegro de las cantidades desembolsadas<sup>36</sup>. Ahora bien, el exceso correspondiente a la asistencia sanitaria deberá sufragarla el paciente cuando supere el coste previsto en la nación de afiliación<sup>37</sup>. En este punto, radica una de las principales desventajas de la regulación contenida en esta Directiva, ya que articula una asistencia sanitaria transfronteriza de la que sólo podrán disfrutar los pacientes que tengan recursos económicos suficientes para avanzar los costes del tratamiento. Lo que genera un efecto disuasorio respecto de las personas sin suficientes recursos<sup>38</sup>. La procedencia del reembolso exige, en cualquier caso, que la asistencia sanitaria en cuestión figure entre las prestaciones a las que el paciente tiene derecho en su Estado de afiliación (cartera sanitaria de servicios). Aspecto que se cumple en la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020, tal y como indica el Alto Tribunal Europeo. Se preserva así la responsabilidad de cada nación en la organización de su sistema sanitario, sin que el reconocimiento del derecho de sus asegurados a recibir atención médica en otro país implique una ampliación de sus catálogos prestacionales. Por lo que la Directiva no prescribe el compromiso de los Estados de cubrir fuera de sus fronteras lo que no cubren dentro de las mismas, pues de lo contrario se alteraría la planificación económica de los sistemas nacionales.

35. El derecho a la libertad de prestación de servicios ha sido objeto de una fuerte tensión conflictiva a nivel comunitario. Así pues, el TJUE ha llevado aquí una verdadera labor de armonización y no de coordinación, al atribuir a los ciudadanos de la UE nuevos derechos a partir de la libertad de prestación de servicios, sin detenerse en articular tales derechos con aquellos derivados de los Reglamentos comunitarios (Sentencia del TJUE de 12 de julio de 2011, caso *Smits y Peerbooms* - Asunto C-157/99).

36. Afirma, en este punto, la doctrina científica que el establecimiento de límites al reembolso de los gastos médicos por razones de riesgo para el equilibrio financiero del sistema de salud no puede suponer una causa de denegación del reembolso, ya que las limitaciones al reembolso deben estar basadas en causas de interés general debidamente acreditadas. Ver García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica", ob. cit., p. 325.

37. En la práctica, tal y como se deduce del Reglamento de desarrollo, los pacientes no siempre quedan exentos de abonar total o parcialmente la cobertura recibida en otros Estado comunitario. Efectivamente, es posible que la reclamación de los gastos que ha supuesto el tratamiento médico siempre que el país de tratamiento actúe así con sus propios asegurados. Por ese motivo, el Sistema Nacional de Salud español no puede solicitar el abono de la asistencia sanitaria a los asegurados de otros Estados miembro, al no poder exigirlo respecto de sus propios asegurados. Véase Trillo García, A. y otros: *Claves prácticas Francis Lefebvre. Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Francis Lefebvre, Madrid, 2014, p. 45.

38. En este punto ya se habían planteado ciertas dudas de legitimidad, pues de conformidad con lo que establece la Directiva Comunitaria (sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea) resulta alarmante –entre otras cuestiones– que únicamente puedan acceder a esta posibilidad prestacional aquellos pacientes con recursos económicos suficientes como para adelantar los costes del tratamiento bajo unas determinadas condiciones y, en el caso de algunos tratamientos, bajo un requisito de autorización previa. Ciertamente, como ya venía indicando la doctrina científica, así como la Comisión Europea (informe emitido a fecha de 2 de abril de 2018), ello está generando un efecto disuasivo respecto de aquellos ciudadanos con menos recursos económicos, lo cual atenta gravemente contra el derecho a la libre circulación de personas en la UE y, por ende, el concepto de ciudadanía comunitaria e igualdad de trato entre trabajadores y ciudadanos comunitarios. Ver [http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/2018\\_crossbordercooperation\\_exe\\_en.pdf](http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/2018_crossbordercooperation_exe_en.pdf).

Se plantea ciertas dudas cuando el reembolso de gastos sea debido a una situación de urgencia<sup>39</sup>, como justamente se describe en la sentencia del TJUE de 23 de septiembre de 2020. A este respecto, recuerda el Alto Tribunal que podrá concederse el reembolso de gastos, sin autorización previa, siempre que "(...) las circunstancias individuales relativas, en particular, a su estado de salud y a la evolución probable de su enfermedad, puedan justificar la falta de dicha evolución probable de su enfermedad y puedan justificar la falta de dicha autorización (...)" (apartado 45 de la STJUE de 23 de septiembre de 2020).

En efecto, atendiendo al artículo 20 del Reglamento nº 883/2004 e interpretado a la luz de la libre prestación de servicios que recoge el artículo 56 del TFUE, cabe diferenciar dos supuestos en los que la institución competente podrá reembolsar directamente los gastos médicos generados, aun a falta de una autorización debidamente expedida, a saber: "En el primer supuesto, el asegurado tiene derecho a obtener tal reembolso cuando la institución competente haya denegado su solicitud de autorización y, posteriormente, la propia institución competente o una resolución judicial declaren infundada tal denegación [véase, por analogía, en lo que respecta al artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento nº 1408/71, la sentencia de 12 de julio de 2001, *Vanbraekel* y otros, C-368/98, EU:C:2001:400, apartado 34]. En el segundo supuesto, el asegurado tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado la institución si aquel hubiera dispuesto de la correspondiente autorización previa cuando, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento urgente en un establecimiento hospitalario, se haya visto imposibilitado de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada (...)"

En este punto, el TJUE se muestra muy contundente y aclara que el señor Wo cumple claramente con los requisitos que se enumeran en el Reglamento de 2004. Por lo que, no cabe aplicar la normativa interna de Hungría que limita el acceso al reembolso de gastos sanitarios (prestaciones en especie), basando su fundamento en que el solicitante no ha obtenido la autorización previa. Y es que, "tal normativa, no puede estar justificada por razones imperiosas de interés general", ya que no respeta la exigencia de proporcionalidad y restringe de forma injustificada la libre prestación de servicios<sup>40</sup>.

La tercera cuestión conflictiva es la referente al requisito de "autorización previa". Cabe señalar que, por regla general, el Estado miembro no debe supeditar el reembolso al procedimiento de autorización previa, salvo excepciones contenidas en el artículo 8 de la Directiva de 2011, a saber: "a) requiera necesidades de planificación

39. En este punto, los tribunales españoles han declarado que "(...) se podría autorizar a un ciudadano español para obtener el tratamiento deseado en otro Estado miembro de la UE a cargo del servicio público español –reembolso– siempre que estuviese incluido dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y no fuese posible obtener un grado de eficacia idónea que permita al paciente recuperar su salud en tiempo útil, mientras que esa misma situación no encontraría amparo dentro del territorio nacional" (STSJ de Castilla y León de 4 de noviembre de 2009).

40. Véase el apartado 48 de la STJUE de 23 de septiembre de 2020 y la sentencia del TJUE *Elchinov*, en sus apartados 45 a 47, 51 y 75.

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, o 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”.

Por lo tanto, los Estados comunitarios tienen potestad para establecer, según la Directiva y si así lo consideran oportuno, que para la obtención del reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, el paciente deba atravesar los procedimientos, trámites reglamentarios o condiciones que hubiera de seguir si la asistencia se prestase en el territorio del Estado<sup>41</sup>. El hecho de solicitar el requisito de autorización previa queda, por otra parte, justificado por el Estado siempre que se pretenda “(...) evitar el riesgo de un perjuicio grave del equilibrio financiero del sistema de seguridad social, mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos, mantener la capacidad de asistencia sanitaria o la competencia médica en el territorio nacional y permitir la planificación con objeto, por una parte, de garantizar en el territorio de Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos hospitalarios de calidad y, por otra parte, de lograr un control de los gastos y evitar, en la medida de lo posible, cualquier derroche de recursos financieros, técnicos y humanos”<sup>42</sup>.

En este contexto, el Tribunal de Justicia de la UE ha establecido una doble distinción, de un lado, entre las prestaciones efectuadas por los médicos en sus consultas o en el domicilio del paciente y, de otro, en los tratamientos hospitalarios o los tratamientos médicos que requieren de equipos médicos muy especializados y costosos (en lo sucesivo, “tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos”) no hospitalarios especialmente onerosos<sup>43</sup>. A este respecto, el TJUE establece una importante excepción

41. A modo de ejemplo, en España se ha utilizado este considerando de la Directiva de forma que cuando la asistencia sanitaria no sea prestada en España será necesaria una evaluación previa que justifique la prestación que se debe dar al paciente fuera de las fronteras nacionales. Se trata pues de una evaluación que realizará el médico de atención primaria y que, como afirma el propio artículo 10.4 en su párrafo segundo del RD 81/2014, no debe constituir una situación de discriminación u obstáculo a la libre circulación de pacientes. Ahora bien, el problema es que esta evaluación que se exige ante los servicios médicos o de asistencia sanitaria no está sometida al requisito de autorización previa, de ahí que se cuestione la doctrina si ello no supondría una mayor onerosidad para el paciente e indirectamente una limitación en sus derechos a la libre circulación. Ver Burriel Rodríguez-Diosdado, P.: “Los derechos de los pacientes en asistencia sanitaria transfronteriza”, ob. cit., p. 13.

42. Apartado 59 de la STJUE de 23 de septiembre de 2020 y apartado 42 y 43 de la STJUE de *Elchinov*.

43. Véanse las sentencias de 28 de abril de 1998, *Decker*, C-120/95, EU:C:1998:167, apartados 39 a 45; de 28 de abril de 1998, *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171, apartados 41 a 52; de 12 de julio de 2001, *Smits y Peerbooms*, C-157/99, EU:C:2001:404, apartado 76, y de 5 de octubre de 2010, *Comisión/Francia*, C-512/08, EU:C:2010:579, apartados 33 a 36.

y es que “(...) respecto a los tratamientos hospitalarios y a los tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos, que se inscriben dentro de un ámbito con particularidades innegables, que el artículo 56 TFUE no se opone, en principio, a que el derecho de un paciente a recibir tales prestaciones en otro Estado miembro, financiadas por el sistema de que depende, se supedita a una autorización previa”. En otras palabras, podría provocar un grave desequilibrio al sistema financiero del Estado miembro el hecho de que asuma, sin autorización previa, unos gastos sanitarios imprevistos y generados en otros Estado miembro. Por esa razón, resulta necesario basar dicha excepción en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, pues de lo que se trata es de evitar que las autoridades nacionales hagan uso de dicha facultad de manera arbitraria.

Ahora bien, para el caso que nos concierne, el TJUE adopta una postura muy garantista y recuerda que: “(...) de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, la normativa nacional que subordina a una autorización previa la cobertura o el reembolso de los gastos en que haya incurrido el asegurado en otro Estado miembro distinto del Estado de afiliación, cuando la cobertura o el reembolso de los gastos en que haya incurrido en este último Estado miembro no están supeditados a tal autorización, implica una restricción a la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE (véanse, en este sentido, las sentencias de 28 de abril de 1998, *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171, apartado 35, y de 27 de octubre de 2011, *Comisión/Portugal*, C-255/09, EU:C:2011:695, apartado 60)<sup>44</sup>”. En este punto, el TJUE señala que si bien debería el tribunal nacional apreciar si concurren las circunstancias particulares, lo cierto es que del reconocimiento médico efectuado en Hungría en 2016 cabe confirmar la urgencia de la intervención oftalmológica. Parece éste un indicio evidente, en el sentido de que el interesado no podía haber esperado a que la institución competente dictara una resolución sobre su solicitud de autorización previa. Por lo que, se justifica en este punto una importante excepción a la regla general.

Finalmente, cabe recordar que las situaciones descritas y que motivaron que el señor Wo reclamara ante los tribunales la cobertura de las prestaciones en especie generadas en Alemania: “(...) no pone en peligro la consecución de los objetivos de planificación hospitalaria ni constituye un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, ya que tal cobertura no afecta al mantenimiento de un servicio hospitalario equilibrado y accesible a todos, ni tampoco al mantenimiento de una capacidad de asistencia o de una competencia médica en el territorio nacional”.

### C. Fallo del Tribunal de Justicia de la Unión Europea: caso *Wo* y *Van Megyei Kormányhivatal*

De manera explícita el TJUE, en su sentencia de 23 de septiembre de 2020 (asunto C-777/18), considera que es contraria al derecho comunitario que una normativa na-

44. Apartado 58 de la STJUE de 23 de septiembre de 2020.

cional, como la de Hungría, excluya el reembolso de gastos relacionados con la operación de urgencia a la que se somete el señor Wo (asegurado de un Estado miembro de la UE), simplemente por no contar con el requisito de autorización previa. El Reglamento nº883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social, confirma que esta restricción al principio de libre circulación es desproporcionada e infringe lo regulado por la Directiva 2011/24/CE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

De igual modo, el Reglamento nº 883/2004 reconoce que la asistencia médica recibida en un Estado comunitario distinto del de residencia del asegurado, por motivos de urgencia, constituye un tratamiento programado a efecto de lo dispuesto por la normativa europea. Por lo que, la cobertura queda supeditada a que la institución competente del Estado miembro de residencia expida una autorización previa. A falta de dicha autorización previa, el TJUE recuerda que el asegurado mantendrá el derecho al reembolso de los gastos sanitarios cuando, por motivos relacionados con su estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento urgente, al asegurado le haya sido imposible solicitar la autorización o no podía esperar a la resolución de la institución competente sobre su solicitud de autorización.

Por todo ello, el TJUE declara en su fallo que:

1. “1) La asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto de aquel en que reside el asegurado, decidida exclusivamente por este último, debido a que, en su opinión, tal asistencia o los tratamientos con el mismo grado de eficacia no están disponibles en el Estado miembro de residencia en un plazo justificable desde el punto de vista médico, está comprendida en el concepto de «tratamiento programado», a efectos de las citadas disposiciones, de modo que el derecho a obtener tal asistencia médica, de acuerdo con los requisitos establecidos en el Reglamento no 883/2004, está supeditado, en principio, a que la institución competente del Estado miembro de residencia expida una autorización. El asegurado que haya recibido tratamiento programado en un Estado miembro distinto del de su residencia, sin haber solicitado, no obstante, autorización a la institución competente, con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento nº 883/2004, tendrá derecho al reembolso de los gastos del tratamiento en las condiciones previstas en dicho Reglamento (...), siempre que se cumplan con los requisitos que enumera el apartado 2 del artículo 20 del Reglamento nº 883/2004.
2. “El artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, a falta de autorización previa, excluye el reembolso de los gastos de consulta médica en otro Estado miembro, dentro de los

límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación.

3. El artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24 debe interpretarse en el sentido de que no se opone a una normativa nacional que establece un plazo de 31 días para conceder la autorización previa para la cobertura de una asistencia sanitaria transfronteriza y de 23 días para denegarla, al tiempo que habilita a la institución competente para tener en cuenta las circunstancias individuales y la urgencia del caso de que se trate”.

### III. CONCLUSIONES

El carácter universal del derecho humano a la salud se deduce de la expresión “toda persona” que emplean los distintos textos internacionales y comunitarios para así designar a quienes (los ciudadanos en su condición de titulares de este derecho subjetivo) pueden ser beneficiarios de este derecho. La universalización de este derecho radica precisamente en la figura de la titularidad, la cual se configura de manera independiente de la condición de nacional o extranjero<sup>45</sup>.

El mismo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ya ha insistido en que a la salud habrá de otorgársele el “más alto nivel posible”, por lo que habrá que tener en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado (artículo 12, en su párrafo 1). Por todo ello, no cabe entender a la salud como un simple principio programático. Así es, como derecho atribuido a la “persona” no puede quedar limitado a los “ciudadanos”, lo que debe ser asimismo extensible a todas las personas que se encuentren en el espacio de la Unión Europea y que requieran de atención sanitaria en cualquiera de sus manifestaciones<sup>46</sup>. Para el colectivo comunitario la salud constituye un elemento esencial para la protección de la dignidad humana, es por ello que el mismo artículo 2 del Tratado de la Unión Europea de 2002. De igual modo, el apartado primero del artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea disponga que “al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”, lo ya evidencia el elevado impacto que se reconoce a la tutela sanitaria en cuanto inspiradora de la agenda comunitaria<sup>47</sup>. En efecto, dicho precepto (en sintonía con lo dispuesto a nivel internacional) consigna como principio transversal del ordenamiento jurídico europeo la garantía de un alto

45. Maldonado Molina, J. A: “El derecho a la Seguridad Social. Configuración técnico-jurídica de un derecho social protector de los trabajadores extranjero”, en Monereo Pérez, J. L. (dir.) y Triguero Martínez, L. Á. y Fernández Avilés, J. A. (coord.): *Protección jurídico-social de los trabajadores extranjeros*, Comares, Granada, 2010.

46. Monereo Pérez, J. L. y Ortega Lozano, P. G: “La universalidad del derecho social fundamental a la asistencia sanitaria en cuestión y el derecho al autogobierno autonómico”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 16, 2018, pp. 32 y 33.

47. Guindo Morales, S.: “El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares”, en Asociación Española de Salud y Seguridad Social: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Laborum, Murcia, 2016, pp. 229-231.

nivel de protección de la salud humana<sup>48</sup>, puesto que se trata éste de un derecho que incide en diversos campos de actuación que exceden más allá del asistencial sanitario propiamente dicho<sup>49</sup>.

Se trata éste de un derecho social supeditado a las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. De ahí que ya la Carta Social Europea reconozca en su artículo 35 el derecho de toda persona a la prevención sanitaria y al disfrute de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. No obstante, esta libertad de la que disponen los Estados miembros no es absoluta, sino que queda supeditada a la organización, prestación de servicios sanitario y atención primaria (art. 168.7 del TFUE), puesto que en la ordenación de prestaciones y establecimiento de condiciones de acceso están presentes los principios informadores del Derecho Comunitario. Por todo ello, la acción coordinada de los sistemas nacionales que acomete la UE aspira a materializar la garantía y efectividad del derecho a la asistencia sanitaria transnacional, para así no contradecir el principio de libre circulación de ciudadanos que establece el artículo 21.1 del TFUE. Sin embargo, este cometido no constituye una tarea fácil, ya que la diversidad y pluralidad de modelos existentes a nivel comunitario representa, precisamente, la principal dificultad con la que tropieza la labor coordinadora del colectivo comunitario.

La asistencia sanitaria constituye, en definitiva, una de las prestaciones o ramas específicas de Seguridad Social, la cual se vincula al derecho a la Seguridad Social en virtud de lo dispuesto por la normativa internacional y europea. A este respecto, el ex artículo 34 del Convenio Europeo de Derechos Fundamentales de la UE especifica que: "(...) la Unión reconoce y respeta el derecho a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad (...)". Esto no debe llevar a una disminución en la protección de este derecho, sino que el mismo queda reforzado por los diversos modelos jurídico-materiales públicos dispuestos en cada uno de los Estados miembro. La coordinación comunitaria entre los distintos sistemas de Seguridad Social se encuentra íntimamente conectada con el principio de libre circulación de trabajadores que rige dentro del ámbito comunitario, en la medida en que una correcta coordinación ayudará a eliminar los obstáculos que impiden la consecución de este objetivo. De este modo, el principio de coordinación permite salvaguardar los derechos adquiridos y en curso de adquisición de los migrantes en el ámbito de la Seguridad Social, evitando que los trabajadores migrantes vean mermados sus derechos y/o expectativas de derecho en materia de asistencia sanitaria, al tiempo que se garantiza la igualdad de trato. En esta línea, el Reglamento 883/2004 recuerda que la única forma de contribuir a la mejora del nivel de vida y condiciones de empleo será sólo mediante el establecimiento de

48. Monereo Pérez, J. L.: "¿Es la salud un derecho social fundamental? Elementos de fundamentación", en Asociación Española de Salud y Seguridad Social: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Laborum, Murcia, 2016, p. 835.

49. Monereo Pérez, J. L.: "La salud como derecho humano fundamental", ob. cit., pp. 1-15 en su versión digital. Del mismo autor, "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", ob. cit., pp. 69-94 y 59-86, respectivamente.

normas de coordinación de la Seguridad Social<sup>50</sup>. Por lo que, a fin de evitar la concurrencia de diversas legislaciones nacionales aplicables se deberá aplicar el principio de territorialidad, es decir, únicamente podrá someterse el trabajador a la legislación de un sólo Estado (art. 13.1 del Reglamento 883/2004).

En materia de asistencia sanitaria transfronteriza se han planteado serias dudas de legitimidad, pues de conformidad con lo que establece la Directiva Comunitaria (sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea) resulta alarmante – entre otras cuestiones– que únicamente puedan acceder a esta posibilidad prestacional aquellos pacientes con recursos económicos suficientes como para adelantar los costes del tratamiento bajo unas determinadas condiciones y, en el caso de algunos tratamientos, bajo un requisito de autorización previa. Ciertamente, como ya venía indicando la doctrina científica, así como la Comisión Europea (informe emitido a fecha de 2 de abril de 2018), ello está generando un efecto disuasivo respecto de aquellos ciudadanos con menos recursos económicos, lo cual atenta gravemente contra el derecho a la libre circulación de personas en la UE y, por ende, el concepto de ciudadanía comunitaria e igualdad de trato entre trabajadores y ciudadanos comunitarios<sup>51</sup>.

El riesgo para la democracia social es la fuerte tendencia hacia la consagración de un Estado de seguridad, de control social permanente y selectivo con una multiplicidad de expresiones, a saber: la atribución selectiva de derechos a las personas, imposición del principio de tolerancia cero, invasión de las comunicaciones, encarcelamiento de migrantes sospechosos de terrorismos o inmigrantes ilegales, etcétera. En este sentido, impera todavía una racionalidad mercantilista y economicista del mercado de trabajo que resulta contraria al pleno respeto de los derechos de Seguridad Social y de protección social de migrantes.

En definitiva, para alcanzar una plena igualdad y reconocimiento efectivo del derecho a la salud entiendo que debería relacionarse el concepto de migración con el de ciudadanía inclusiva a fin de desvincular la condición de “nacionalidad” del requisito excluyente de la titularidad de los derechos fundamentales. Para ello sería necesario mejorar ordenamiento jurídico comunitario en el sentido de garantizar la plena *efectiva* de este derecho social fundamental a través de normas básicas sustantivas y de políticas socialmente coherentes de tratamiento multidimensional de las migraciones (que van desde la tutela directa de los derechos de las personas migrantes a la resuelta plasmación de una política europea de fomento del desarrollo económico en

50. López Insua, B. M.: “La Seguridad Social de los trabajadores migrantes”, ob. cit., pp. 583-590.

51. El concepto de ciudadanía de la Unión, introducido por el Tratado de Maastricht, añadió una nueva dimensión política a la naturaleza de la integración europea, que hasta entonces había sido fundamentalmente económica. El gran entusiasmo inicial del TJUE en determinar la ciudadanía de la Unión como el estatuto fundamental de los nacionales de los Estados miembros queda supeditado a las posibles consecuencias de la combinación de los artículos 18, 20 y 21 del TFUE. La ciudadanía de la Unión se ha construido sobre los cimientos ya establecidos por la jurisprudencia del TJUE en materia de la libre circulación de personas. Monereo Pérez, J. L.: “Las políticas de inmigración: la construcción de nuevas formas de ciudadanía y de atribución de derechos para las personas extranjeras”, *Revista de derecho migratorio y extranjería*, núm. 34, 2013; Monereo Pérez, J. L.: “Los derechos de Seguridad Social de los trabajadores migrantes: inmigración laboral y refugiados”, *Revista de derecho migratorio y extranjería*, núm. 41, 2016; López Insua, B. M.: “La recuperación de la universalidad de la asistencia sanitaria tras el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio”, *Revista Lex Social*, vol. 9, núm. 1, 2019.

los países de origen, que permita que las personas tengan la posibilidad de tener una vida digna). El fenómeno de las migraciones precisa urgentemente de una respuesta sistemática, estructurada y organizada a medio plazo, que le permita a la sociedad afrontar el presente y prever el futuro, pero que además le proporcione un marco global de referencia para una cabal comprensión de la misma. Se trata ésta de una temática que, por afectar a la propia estructura social, a los hábitos de vida, a la expresión cultural y a la convivencia, necesita ser asumido por el conjunto de la población y no sólo por sus instituciones sociales. En efecto, los derechos a la salud y asistencia sanitaria de las personas migrantes presentan aspectos problemáticos y muy heterogéneos en los que a la responsabilidad pública le corresponde tomar parte e implicarse más cercanamente para así completar las lagunas existentes y fomentar la protección de los Derechos de Seguridad Social de todas estas personas en situación de necesidad.

## Bibliografía

- Arrieta Idiáquez, F. J.: "La coordinación de los sistemas de Seguridad Social en el ámbito de la Unión Europea", en Arrieta Idiakez, F. J. (coord.): *La Seguridad Social aplicable a los españoles en el exterior y retornados*, Aranzadi, Navarra, 2014.
- Burriel Rodríguez-Diosdado, P.: "Los derechos de los pacientes en asistencia sanitaria transfronteriza", *Relaciones Laborales*, núm. 4, 2014.
- Carrascosa Bermejo, D.: "Seguridad Social de los trabajadores migrantes (I): rasgos y principios generales", en Nogueira Guastavino, M.; Fotinopoulou Basurko, O. y Miranda Boto, J. M.: *Lecciones de Derecho Social de la Unión Europea*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012.
- Dabín, J.: *El derecho subjetivo*, edición al cuidado de J. L. Monereo Pérez, Comares, Granada, 2006.
- García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I. A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social a una regulación específica", *Foro-Nueva época*, vol. 17, núm.1, 2014.
- Guindo Morales, S.: "El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares", en Asociación Española de Salud y Seguridad Social: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Laborum, Murcia, 2016.
- Jiménez Fernández, A.: "Antecedentes, procesos de elaboración, significado y contenido general", en González Ortega, S. (coord.): *El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013.
- Lomas Hernández, V.: "Comentario sobre 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 RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 9, 2014.
- López Insua, B. M.: "La asistencia sanitaria transfronteriza: puntos críticos", en Asociación Española de Salud y Seguridad Social (AESSS): *Los retos de la asistencia sanitaria en España*, Laborum, Murcia, 2016.
- López Insua, B. M.: "La determinación de las prestaciones por invalidez, vejez y supervivencia en el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. I, núm. 2, 2016.
- López Insua, B. M.: "La recuperación de la universalidad de la asistencia sanitaria tras el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio", *Revista Lex Social*, vol. 9, núm. 1, 2019.

- López Insua, B. M.: "La Seguridad Social de los trabajadores migrantes", en Monereo Pérez, J. L.; Tulio Barroso, F. y Las Heras, H. (dirs.) y Maldonado Molina, J. A. y Moreno Vida, M. N. (coords.): *El futuro del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en un panorama de reformas estructurales: desafíos para el trabajo decente*, Murcia, Laborum, 2018.
- Maldonado Molina, J. A.: "El derecho a la Seguridad Social. Configuración técnico-jurídica de un derecho social protector de los trabajadores extranjero", en Monereo Pérez, J. L. (dir.) y Triguero Martínez, L. Á. y Fernández Avilés, J. A. (coord.): *Protección jurídico-social de los trabajadores extranjeros*, Comares, Granada, 2010.
- Monereo Pérez, J. L.: "¿Es la salud un derecho social fundamental? Elementos de fundamentación", en Asociación Española de Salud y Seguridad Social: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Laborum, Murcia, 2016.
- Monereo Pérez, J. L.: "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010.
- Monereo Pérez, J. L.: "La salud como derecho humano fundamental", *Relaciones Laborales*, núm. 9, 2014.
- Monereo Pérez, J. L.: "Las políticas de inmigración: la construcción de nuevas formas de ciudadanía y de atribución de derechos para las personas extranjeras", *Revista de derecho migratorio y extranjería*, núm. 34, 2013.
- Monereo Pérez, J. L.: "Los derechos de Seguridad Social de los trabajadores migrantes: inmigración laboral y refugiados", *Revista de derecho migratorio y extranjería*, núm. 41, 2016.
- Monereo Pérez, J. L. y Molina Navarrete, C.: "La «asistencia sanitaria» como «derecho fundamental» y el «sistema nacional de salud» como «garantía institucional»: balance y desafíos para el siglo XXI de su modelo regulador", en Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M. N. (dirs.): *Comentario a la legislación reguladora de la sanidad en España. Régimen jurídico de la organización sanitaria, personal sanitario y prestaciones sanitarias*, Comares, Granada, 2007.
- Monereo Pérez, J. L. y Ortega Lozano, P. G.: "La universalidad del derecho social fundamental a la asistencia sanitaria en cuestión y el derecho al autogobierno autonómico", *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 16, 2018.
- Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C.; Quesada Segura, R. y Maldonado Molina, J. A.: *Manual de Seguridad Social*, Tecnos, Madrid, 2020.
- Relaño Toledano, J. e Infante Campos, A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud. Tipos y repercusión económica", *Revista Administrativa Sanitaria*, núm. 7 (4), 2009.
- Rodríguez Gutiérrez, J.: "Visión general de la Seguridad Social en el Derecho Comunitario Europeo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 2, 1997.
- Trillo García, A. y otros: *Claves prácticas Francis Lefebvre. Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Francis Lefebvre, Madrid, 2014.