

## ANA YLENIA GUERRA VAQUERO: LAS PARADOJAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA<sup>1</sup>

### THE PARADOXES OF THE CROSS-BORDER HEALTHCARE

**RESUMEN:** La asistencia sanitaria está constituida por los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud. En 2014, España traspuso la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, que tiene como objetivos garantizar la movilidad de los pacientes, establecer unas reglas para facilitar su acceso a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad en la Unión Europea, y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros, respetando plenamente las responsabilidades de éstos en la organización y prestación de dicha asistencia. Sin embargo, los niveles de calidad de la atención sanitaria en los distintos Estados miembros distan de estar homologados. Por este motivo, la aplicación efectiva de la nueva política, lejos de homogeneizar la atención sanitaria, podría entrañar riesgos como el fomento del turismo sanitario ya existente o el aumento de diferencias entre los ciudadanos de los Estados miembros e, incluso, entre los ciudadanos del mismo Estado-.

**ABSTRACT:** Healthcare is constituted by the services provided by healthcare professionals in order to assess, maintain or restore patients` health status. Spain adopted the Directive 2011/24/EU on the application of patients` rights in cross-border healthcare, of 9 March 2011, so as to ensure patient mobility and to promote cooperation on healthcare between Member States, whilst fully respecting the responsibilities of the Member States for the definition of social security benefits relating to health and for the organization and delivery of healthcare and medical care and social security benefits, in particular for sickness. However, the quality levels within the healthcare services in the different Member States are widely far to be equivalent. Thus, the new politic, far away to keep uniform the healthcare services, could bring risks as the encouragement of the healthcare tourism or the differences between the citizens of the Member States or, even, the citizens from the same country.

**PALABRAS CLAVE:** asistencia sanitaria transfronteriza, reembolso de gastos y Unión Europea.

---

<sup>1</sup> Profesora-tutora. Departamento de Filosofía Jurídica.Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). [anaguerra@madrid.uned.es](mailto:anaguerra@madrid.uned.es). Proyecto EL DERECHO A LA ATENCION SANITARIA: DELIMITACION, ALCANCE Y SATISFACCION EFICIENTE A PARTIR DEL PRINCIPIO DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA. (MINECO DER2013-41462-R).

**KEYWORDS:** cross-border healthcare, reimbursement of costs and European Union.

## 1. ANTECEDENTES DE LA REGULACIÓN EUROPEA DE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

El fenómeno de la globalización deja muestra inequívoca de la tendencia a la homogeneización de distintos aspectos en el prisma internacional y, particularmente, en el caso de Europa. Tal y como demuestran la normativa europea y la nacional, la asistencia sanitaria es uno de los aspectos llamados a una “europeización”. Muestra de ello es la regulación europea y, posteriormente, española, de la asistencia sanitaria transfronteriza. El objeto de este trabajo es analizar dicha regulación y cómo ha sido aplicada en el caso español, examinando algunas de sus paradojas.

En este sentido, situando la cuestión, cabe afirmar que la gran mayoría de los pacientes de la Unión Europea reciben asistencia sanitaria en su propio país por elección propia, pero en algunas circunstancias pueden buscar determinadas formas de asistencia en otros países. Puede tratarse de una atención muy especializada, o de zonas fronterizas en las que el centro apropiado más cercano se encuentra en el país vecino.

De hecho, en los años 90 varios ciudadanos<sup>2</sup> llevaron su caso ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea para exigir su derecho al reembolso de una asistencia sanitaria recibida en otros Estados miembros, de modo que el Tribunal ha debido delimitar las condiciones del reembolso de la asistencia sanitaria que recibieron los pacientes en otros Estados miembros, en vez de en el suyo propio, convirtiéndose en el verdadero impulsor de esa clase de derechos en materia de asistencia sanitaria. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea empezó a introducirse en este terreno ante la necesidad de interpretar

---

<sup>2</sup> Este contexto fue el fundamento de dos sonados casos de ciudadanos luxemburgueses: Khol y Decker, quienes respectivamente demandaron a su país de afiliación, Luxemburgo por denegarles el reembolso de los costes de los tratamientos recibidos. Al primero se le denegó el reembolso de los gastos del tratamiento de ortodoncia que había seguido su hijo porque no se podía entender que éste hubiera sido urgente y se podía haber seguido en su propio país; mientras que en el segundo caso, el argumento empleado por las autoridades luxemburguesas se basaba en el hecho de no haber solicitado la autorización previa exigida por las normas comunitarias. En ambos casos, los señores Khol y Decker alegaron que la exigencia de una autorización previa para acceder a determinados tratamientos en un país distinto al suyo conculcaba o obstaculizaba las libertades económicas de prestación de servicios (artículos 56 y 57 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea) y de libre circulación de mercancías (artículos 34 y 35) respectivamente. El Tribunal emitió sentencias favorables a los ciudadanos, pues consideró que la exigencia de autorización previa suponía una restricción a la libre prestación de servicios (Khol) o de libertad de circulación de mercancías (caso Decker), ya que no observó que existiera una razón imperiosa de interés general que permitiera justificar ese tipo de restricciones.

y aclarar el alcance de los Reglamentos de coordinación en materia de seguridad social, pero que progresivamente fue haciéndose eco del impacto que también en este particular ámbito de actividad pueden tener dos grandes libertades del acervo comunitario: la libertad de circulación que tienen las personas y las libertades de establecimiento y prestación de servicios de los agentes económicos.

Según Fotinopoulou Basurko (2011: 329-352), el contraste o el conflicto entre normas sociales y libertades económicas comunitarias comenzaba su andadura en este marco concreto, lo que ocasionó —a la luz de la jurisprudencia emitida por el Tribunal de Luxemburgo— que éstas se vinieran sucediendo con posterioridad.

Gracias a esta labor jurisprudencial, los ciudadanos europeos han podido decidir en muchos casos el lugar de recepción de asistencia sanitaria y, en determinadas ocasiones, también han obtenido el derecho al reembolso de los gastos que previamente debieron realizar por atención sanitaria en un Estado miembro distinto del competente. Según García Murcia y Rodríguez Cardo (2014: 309-329), esa jurisprudencia, que se desarrolló fundamentalmente a partir del año 2001 y que suponía reconocer una especie de derecho a la “libre circulación de pacientes”, generaba cierta inseguridad jurídica y bastantes problemas financieros por la ausencia de un respaldo normativo claro y directo.

Teniendo en cuenta los antecedentes referidos, la Comisión de las Comunidades Europeas dictó en el año 2008 el “Marco comunitario para la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”, pues consideró necesario “anclar de manera más general la normativa comunitaria sobre la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria transfronteriza”. Para ello, la Comisión tuvo la intención de proponer en 2008 “una Comunicación y una Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios sanitarios, así como una Recomendación del Consejo sobre las infecciones yatrogénicas”.

Por ello, y respetando los principios de universalidad, de acceso a una atención de calidad, de equidad y de solidaridad, los objetivos de este marco serían, por un lado, ofrecer la suficiente claridad sobre los derechos de reembolso de la asistencia sanitaria recibida en otros Estados miembros y, por otro, velar por que los requisitos necesarios para una asistencia sanitaria de calidad, segura y eficaz se garanticen también en el caso de la atención transfronteriza. (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008).

Si ya desde 2007 el Reglamento Sanitario Internacional había tratado de ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo; la Unión Europea, a propósito del Marco planteado por la Comisión en 2008, buscó en el año 2011 la forma de eliminar las barreras en la atención sanitaria y lo hizo a través 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. Sus objetivos fueron garantizar la movilidad de los pacientes, establecer unas reglas para facilitar su acceso a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad en la Unión Europea, y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros, respetando plenamente las responsabilidades de éstos en la organización y prestación de dicha asistencia. Veamos, a continuación, como ha traspuesto España la Directiva europea.

## **2. LA TRASPOSICIÓN DE LA DIRECTIVA EUROPEA SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA EN ESPAÑA**

El clima, la dieta, el nivel de precios y de calidad de vida de España lo convierten en un país receptor neto de turistas al resultar un lugar de residencia de fuerte atractivo, especialmente para los pensionistas europeos. Esto origina un importante gasto público por la atención sanitaria prestada a ciudadanos de otros países de la Unión Europea, bien en su condición de residentes en nuestro país, bien durante una estancia temporal. A efectos de la aplicación de la legislación lo relevante es la prestación de asistencia sanitaria en un Estado distinto de aquel en el que el ciudadano tiene reconocido el derecho a esa prestación.

Por su parte, numerosos ciudadanos españoles han migrado a otros Estados miembros, especialmente tras la crisis económica de la última década, por lo que se dan situaciones tales como que un ciudadano español que estuviese trabajando y afiliado al sistema de Seguridad Social de otro Estado, si es atendido durante su estancia temporal (por motivos familiares por ejemplo) en España sería incluido en el sistema de compensación previsto. Igualmente le ocurriría a un emigrante español que hubiera generado el derecho a su pensión en un país europeo al retornar a España e instalar aquí su residencia (Relaño Toledano e Infante Campos, 2009).

Atendiendo a la diversidad de situaciones que se pueden generar como consecuencia de los últimos movimientos migratorios, España ha traspuesto la Directiva 2011/24/UE a través del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Según el artículo 3 del Real Decreto, la asistencia sanitaria está constituida por los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, incluida la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos, productos sanitarios y alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales. La particularidad de la asistencia sanitaria transfronteriza es que se trata de asistencia sanitaria prestada o recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación.

Por tanto, el objeto del Real Decreto es, según su artículo 1, establecer las normas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de alta calidad, así como promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre España y los demás Estados miembros de la Unión.

Para ello, es necesario garantizar unos principios generales, teniendo en cuenta que la misma se prestará de conformidad con la normativa del Estado miembro de tratamiento, incluidas las normas y directrices sobre calidad y seguridad, y con la legislación de la Unión Europea en materia de normas de seguridad, teniendo en cuenta los principios de universalidad, acceso a una atención de elevada calidad, equidad y solidaridad; y cuando la atención sanitaria se preste en España a pacientes cuyo Estado de afiliación sea otro Estado miembro, se aplicará así mismo el principio de no discriminación por razón de nacionalidad.

### **3. LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA GARANTIZADA POR ESPAÑA A SUS AFILIADOS**

El requisito exigido por España para financiar la asistencia sanitaria de un paciente en otro Estado miembro es que España sea su Estado de afiliación. Así, los gastos derivados de la asistencia sanitaria serán costeados por el paciente y su reembolso se efectuará de acuerdo con las condiciones y requisitos previstos en el real decreto, siempre que no sea de aplicación el Reglamento (CE) nº 883/2004, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social o que, aún siéndolo, así lo solicite el paciente.

No obstante lo anterior, el ANEXO II del Real Decreto recoge una serie de prestaciones sanitarias para determinadas técnicas o procedimientos que serán sometidos a autorización previa por las autoridades competentes de la Comunidad Autónoma donde esté domiciliado el asegurado, por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o por la mutualidad de funcionarios que, en su caso, corresponda.

En este sentido, en aras de que no exista discriminación en función de la Comunidad Autónoma del asegurado, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud informará favorablemente la propuesta de criterios comunes, acordados por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, a aplicar por todas las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y mutualidades de funcionarios para llevar a cabo las autorizaciones previas previstas en este artículo.

Las prestaciones que necesitan autorización previa son las siguientes:

1. Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.

2. Independientemente de lo anterior, aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional

de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico<sup>3</sup>.

Es decir, España restringe las técnicas, tecnologías o procedimientos que le suponen un desembolso alto, de manera que las Comunidades Autónomas tienen el poder de frenar el acceso a estos servicios. Se trata de un control previo que permite al Estado, a través de las Comunidades Autónomas constreñir la libertad de elección de los pacientes, limitando los servicios sanitarios en el ámbito transfronterizo, por razones económicas.

#### **4. EL REEMBOLSO A LOS AFILIADOS TRAS LA ASISTENCIA SANITARIA**

Desde el momento de la adopción del Reglamento sobre coordinación de sistemas de seguridad social en el año 1971 y su reglamento de aplicación, las posibilidades de que un ciudadano de la Unión Europea pudiera solicitar asistencia sanitaria en otro Estado miembro venían circunscritas a que o bien, ésta se dispensara en el marco de un supuesto de movilidad originado por razones turísticas, laborales o de estudios, o bien al hecho de que un ciudadano se desplazara a otro Estado miembro con el único fin de someterse a un tratamiento médico dispensado en ese otro Estado.

---

<sup>3</sup> Dentro de estas técnicas, tecnologías o procedimientos se incluyen:

- a) Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.
- b) Reproducción humana asistida.
- c) Diálisis.
- d) Cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico.
- e) Tratamientos con radioterapia.
- f) Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €.
- g) Radiocirugía.
- h) Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores y análisis de farmacogenética y farmacogenómica.
- i) Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
- j) Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.
- k) Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia, de acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se han establecido redes de referencia en Europa.

Tanto en uno como en otro caso, los pacientes tenían derecho a obtener la asistencia médica en ese otro Estado en las mismas condiciones que tuvieran los asegurados en aquél, siempre y cuando, en el primer caso, el paciente contara con el documento derivado de la presentación del formulario E-111 (sustituido en la actualidad por la tarjeta sanitaria europea) (Pérez Menayo, 2002) o, en el segundo caso, siempre que el tratamiento hubiera sido previamente autorizado por el Estado de afiliación del ciudadano en cuestión (tramitada a través del formulario E-112, sustituido en la actualidad por el S2).

En línea con lo anterior, con la nueva regulación, la asunción de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza por los Estados obligados a ello, tiene como límite la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada. Estos gastos de reembolso se fijarán, con un procedimiento transparente de cálculo, basado en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano.

El capítulo IV de la norma española establece el reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, de manera que los gastos abonados por un asegurado cuyo Estado de afiliación es España, que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, serán reembolsados por la administración sanitaria competente que corresponda, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente, sin perjuicio de lo dispuesto en el Reglamento (CE) n.º 883/2004, de 29 de abril de 2004.

En este capítulo se establecen las tarifas de reembolso aplicables a los pacientes cuyo Estado miembro de afiliación es España y que solicitan asistencia sanitaria en otro Estado miembro, pero también se determinan las tarifas aplicables a pacientes cuyo Estado de afiliación es otro Estado miembro y que solicitan asistencia sanitaria en España.

En este último supuesto, el de los afiliados de otro Estado miembro, los proveedores de asistencia sanitaria aplicarán a los pacientes cuyo Estado de afiliación sea otro Estado miembro las mismas tarifas que aplican a los pacientes nacionales en situaciones médicas comparables, con los matices siguientes, regulados en el artículo 11:

a) Respecto a las prestaciones sanitarias recibidas en centros y servicios del Sistema Nacional de Salud que estén sujetas a facturación, se aplicarán los precios públicos o tarifas publicadas indicados para los pacientes cuyo Estado miembro de afiliación es España.

b) En el caso de que se haya facilitado asistencia por proveedores privados, se aplicarán las tarifas que éstos tengan publicadas.

Una vez más, a través de la regulación del reembolso en el supuesto de asistencia sanitaria transfronteriza, se intenta homologar las condiciones de prestación de servicios sanitarios en los Estados miembros, lo cual tendría

sentido en el caso de que todos los Estados pudieran prestar sus servicios en las mismas condiciones.

## **5. EL ÁMBITO DE EXCLUSIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA EN ESPAÑA**

La asistencia sanitaria transfronteriza no garantiza la cobertura de toda la asistencia médica en otros Estados. Existen determinados servicios que quedan excluidos del ámbito de aplicación del Real Decreto (artículo 2). Es decir, España ha considerado oportuno no financiar los siguientes servicios:

a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias;

b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante;

c) Los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución sin perjuicio de lo relativo a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

Habida cuenta de las exclusiones anteriores, si bien el trasfondo de esta norma puede ser la defensa de la libertad de elección del paciente, la ejecución de dichas medidas puede encontrarse con numerosos problemas, en función de la diferencia de legislaciones de los Estados Miembro.

En concreto, si nos referimos a los cuidados de larga duración, ¿qué Estado determina los tratamientos que debemos considerar como de larga duración? O si profundizamos en la cuestión, ¿qué pasa con los tratamientos al final de la vida? ¿Es posible acudir a un Estado miembro que permita el suicidio asistido y que dicha práctica sea financiada por España?

Otro caso que presenta dudas es el de la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Podría financiar España las prácticas de interrupción voluntaria del embarazo en supuestos no legitimados por la legislación española?

Pues bien, entendemos que el Real Decreto ha dejado una importante laguna con respecto a estas cuestiones. Según el artículo 4 ya mencionado, que establece los principios generales de la asistencia sanitaria transfronteriza, ésta se prestará de conformidad con la normativa del Estado miembro de tratamiento, incluidas las normas y directrices sobre calidad y seguridad. Por lo tanto, el Estado miembro de tratamiento podrá efectuar las prácticas que se consideren legales en su jurisdicción. ¿Debe España, entonces, financiar prácticas consideradas ilegales en su país?

## **6. TURISMO SANITARIO *VERSUS* ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA**

Una vez expuesto el marco regulatorio de la asistencia sanitaria transfronteriza, procedemos a reflexionar en torno a una de las paradojas que, consideramos, derivan del mismo.

Según Navarro López (2007: 417-437), la tasa de crecimiento del gasto público social por habitante (el mejor indicador para medir el gasto público social de un país), ha ido descendiendo durante la década de los 90, de una manera muy acentuada en el principio (1990-1993) y más lentamente después (1994-2003). Este descenso ha ido ocurriendo a la vez que la estructura demográfica en la gran mayoría de países ha evolucionado de manera tal que los grupos más vulnerables y con mayores necesidades de protección social (ancianos, madres solteras y otros) han crecido notablemente. Tal descenso en las tasas de crecimiento del gasto público social ha ocurrido en todos los capítulos de la protección social, incluyendo transferencias y servicios públicos a los ancianos, a las personas enfermas, a las personas con discapacidades, a las familias, y a la vivienda protegida.

Esta situación solo ha sido agravada por la crisis. Algunos autores consideran posible afirmar de manera tajante que la gestión política de las crisis ha influido en el impacto que estas tienen sobre la salud de la población, las desigualdades sociales en salud o la percepción que se trasmite a la ciudadanía sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios (Bacigalupe, Martín, Font, González-Rábago y Bergantiños, 2016: 47-51).

No obstante lo anterior, en este preciso marco de crisis surge 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 con el afán de facilitar la movilidad de los pacientes europeos. Resulta, entonces, contradictorio, que con un escenario que demandaba una cierta austeridad, España pusiera a disposición sus recursos normativos para adecuar el panorama a la llegada de pacientes de otros Estados, y a la salida de sus propios afiliados.

Si bien el desplazamiento de los ciudadanos europeos para recibir asistencia sanitaria en otro Estado era una práctica histórica, su delimitación desde un punto de vista económico ha tenido lugar en un momento complicado. De este modo, la Administración sanitaria española fomenta las posibilidades de sus afiliados, en calidad de pacientes, siendo a la vez capaces de atraer afiliados de otros Estados miembros que demanden su asistencia sanitaria en España.

Resulta entonces, paradójico el incentivo de una práctica más encuadrable en el ámbito turístico que en el asistencial. En este sentido, cabe señalar que desde un punto de vista académico no está clara la definición de turismo sanitario. Algunos autores, como Helble (2010) tienen una visión muy amplia de este fenómeno y lo describen como cualquier acto médico que se

produce fuera del lugar de residencia sea intencionado o no. Para otros, como Lizarralde (2013: 10-22) el concepto es mucho más restrictivo y afectaría solamente a aquellos actos recibidos intencionadamente por el paciente-turista, de manera que para que podamos hablar de turismo sanitario es condición necesaria que exista una voluntad *a priori* de viajar para recibir tratamiento médico.

La Organización Mundial de Turismo define al turista como: un visitante que viaja a un destino principal distinto al de su entorno habitual por una duración inferior a un año, con cualquier finalidad principal, ocio, negocios u otro motivo personal, que no sea la de ser empleado por una entidad residente en el país o lugar visitados. Un visitante (interno, receptor o emisor) se clasifica como turista (o visitante que pernocta), si su viaje incluye una pernoctación, o como visitante del día (o excursionista) en caso contrario.

Giraldo Chapaprieta y Méndez Pérez (2015: 91-118) definen al turista sanitario como aquella persona que cumpliendo las características anteriores, tiene como finalidad principal de su viaje recibir un tratamiento médico. Es importante resaltar, por tanto, que han de darse dos condiciones de manera simultánea: la intencionalidad en la recepción del servicio y el desplazamiento y pernoctación fuera del lugar de origen.

Habida cuenta de lo anterior, y a mayor abundamiento, España promueve, a través de su regulación sobre asistencia sanitaria transfronteriza, que el paciente pueda optar por recibir, si lo desea, asistencia sanitaria fuera de España y con cargo a fondos públicos, pudiendo elegir a tal efecto el centro sanitario que desee, ya sea un centro perteneciente a la red sanitaria pública, o bien a la sanidad privada (Lomas Hernández, 2014: 177-186). Esto resulta curioso, mucho más, en un país en el que existen trabas administrativas en la atención sanitaria de los ciudadanos cuando se desplazan a otras Comunidades Autónomas e, incluso, cuando existen complicaciones burocráticas para los pacientes que, dentro de su propia Comunidad Autónoma, quieren elegir otro centro sanitario público donde ser atendido.

## 7. Conclusiones

El Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación cuenta con una serie de paradojas que hemos tratado de exponer a lo largo del trabajo. De este modo, una vez expuestas cabe concluir que:

1.- El espíritu de la regulación española de la asistencia sanitaria transfronteriza es el mismo que el de la directiva de la que trae causa, esto es, garantizar la movilidad del paciente y para ello hace posible la libertad de elección de éste y se opone a cualquier tipo de discriminación por razón de nacionalidad. Todo ello en línea con la consideración de la asistencia sanitaria como un servicio que siempre mantenga la garantía de un alto nivel de

protección de la salud humana. El paciente podrá ejercitar la libre elección si lo que desea es recibir asistencia sanitaria fuera de España y con cargo a fondos públicos, pudiendo elegir a tal efecto el centro sanitario que desee, ya sea un centro perteneciente a la red sanitaria pública, o bien a la sanidad privada. Sin embargo, en lo que se refiere al propio ámbito territorial, existen muchas Comunidades Autónomas en las que el paciente no puede, ni siquiera, elegir el centro sanitario público donde desea ser atendido.

2.- El ámbito de exclusión de de la asistencia sanitaria transfronteriza en España deja algunas lagunas. Teniendo en cuenta que la asistencia sanitaria transfronteriza se prestará de conformidad con la normativa del Estado miembro de tratamiento, España podría verse obligado a financiar prácticas sanitarias consideradas ilegales. La forma de evitarlo será denegar la autorización previa a estas prácticas.

3.- La regulación que ha hecho España para establecer las condiciones del reembolso en el supuesto de asistencia sanitaria transfronteriza, tiende a la homologación entre los Estados miembros, lo cual tendría sentido en el caso de que todos los Estados pudieran prestar sus servicios en las mismas condiciones. Sin embargo, la coyuntura socio económica evidencia que esta igualdad en la prestación de servicios dista mucho de ser real.

## 8. Bibliografía utilizada

- Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y. y Bergantiños, N. (2016). "Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas", *Gaceta Sanitaria*, 30(1): 47-51.
- Comisión de las Comunidades Europeas. 2008. "Marco comunitario para la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza". COM (2008) 415 final. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.
- Fotinopoulou Basurko, O. 2011. "El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza", *Lan harremanak: Revista de relaciones laborales*, 25: 329-352.
- García Murcia, I y Rodríguez Cardo, I. A. 2014. "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica", *Foro, Nueva época*, 17 (1): 309-329.
- Giraldo Chapaprieta, A. y Méndez Pérez, E. 2015. "El turismo sanitario en España: mitos y realidades", *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 9: 91-118.
- Helble, M. 2010. "The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health". *World Trade Organization*.

- Lizarralde, E. y Auren. 2013. *Turismo de Salud*. Madrid: Ed: Fundación EOI.
- Lomas Hernández, V. 2014. "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 receta médica y órdenes de dispensación", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 9: 177-186.
- Marcos, A.M./Méndez, A.M., "El derecho a la salud. Perspectivas tras la crisis", en *Revista de la Facultad de Derecho UNED*, 19, (en prensa).
- Marcos, A.M./Pinto, F. 2016, "El derecho a la salud y su universalidad en el contexto del derecho español", en SANZ BURGOS, R. (COORD.), *Retos a la eficacia de los Derechos Humanos en España y en la Unión Europea*, Comisión Nacional de Derechos Humanos de México.
- Navarro López, V. 2007. "¿Cómo está evolucionando la situación social de la Unión Europea?", *Mediterráneo económico*, 12: 417-437.
- Pérez Menayo, V. 2002. "La Tarjeta Sanitaria Europea", *La Mutua*, 8: 75-90.
- Relaño Toledano J. e Infante Campos, A. 2009. "Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud. Tipos y repercusión económica", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7 (4): 619-630.
- Tena Reif, S. 2016. "Influencia de la crisis económica del 2008 en la salud en España", *XII Congreso Español de Sociología*.