nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

El derecho a la salud en el Ámbito Internacional y de la Unión Europea. Tratamiento actual y desafíos futuros[1]

The right to health at the international level and at the european union level. Current treatment and future challenges

María José Caballero Pérez *Profesora Contratada Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social Universidad de Granada*
https://orcid.org/0000-0003-3131-8604

Resumen

Dentro de la sociedad internacional, el derecho a la promoción y protección de la salud cuenta con una organización especializada en velar por su cumplimiento (la OMS), y su consagración como derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano es reflejada en distintos textos normativos atribuyendo a los Estados partes una serie de deberes y responsabilidades que acentúan el papel proactivo que éstos deben adoptar en orden a conseguir su plena efectividad. La irrupción de la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos estos objetivos en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados y ha puesto de relieve las deficiencias del Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Las normas comunitarias se han limitado a la coordinación de las políticas sanitarias nacionales, y no a su armonización, descartándose la posibilidad de implantar un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión. Además de la vía de los reglamentos de coordinación, la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero, pretende atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. Tras la pandemia de la COVID-19 la UE parece haber asumido de manera decidida el objetivo de construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte.

Palabras Clave

derecho fundamental; derecho a la salud; asistencia sanitaria; coordinación; derecho comunitario; Unión Europea de la salud; COVID-19

Abstract

Within the international society, the right to health promotion and protection has an organization specialized in ensuring its compliance (WHO), And its consecration as a fundamental right inherent to the dignity of every human being is reflected in various normative texts attributing to States parties a series of duties and responsibilities that emphasize the proactive role that they must take in order to achieve their full effectiveness. The outbreak of the health crisis resulting from the COVID-19 pandemic has had a negative impact on the fulfillment of all these objectives in the context of even more fragile and weakened health systems and has highlighted the shortcomings of the International Health Regulations of 2005. The Community rules have been limited to the coordination of national health policies, not to their harmonization, and the possibility of establishing a European health care system, common to all the Member States of the Union, has been ruled out. In addition to the route of coordination regulations, the current Directive 2011/24/EU, of 9 March, incorporated into the Spanish legal system through RD 81/2014, of 7 February, It seeks to give every EU citizen the right to receive safe, quality health care in any Member State, not only in the public but also in the private sphere, and the right to obtain reimbursement from its State of Insurance for health costs arising from such assistance abroad, under an alternative procedure to that provided for in the Coordination Regulations. Following the COVID-19 pandemic, the EU seems to have taken up firmly the objective of building a strong European Health Union.

Keywords

fundamental right; right to health; healthcare; coordination; community law; European Health Union; COVID-19

[1] Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 "Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL MARCO INTERNACIONAL Y SUS NUEVOS RETOS DENTRO DE LA AGENDA 2030 DE NACIONES UNIDAS

Aunque son varios los instrumentos normativos internacionales en los que se proclama el derecho de todo ser humano a la promoción y protección de la salud[2], destaca especialmente el compromiso asumido desde su inicio por la Organización de Naciones Unidas (ONU,1945) en la defensa de este derecho básico y universal, al reconocerlo expresamente como tal dentro de sus principales textos normativos y crear, con carácter permanente, una organización internacional especializada en la materia como es la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946).

De hecho, fue en la Constitución de la OMS de 1948[3] donde el derecho a la salud, y más exactamente el derecho a disfrutar del "grado más alto posible de salud", quedó por primera vez proclamado a nivel internacional como un derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. A raíz de su promulgación, la salud se concibe no solo como una mera ausencia de afecciones o enfermedades, sino como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", y además se reconoce que, sin perjuicio de las funciones que en esta materia habrá de desempeñar la propia Organización (a cuya enumeración se destina el art. 2 de la Constitución), serán los Estados los responsables de garantizar la salud de sus pueblos -como condición fundamental para lograr la paz y la seguridad- mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (principio incluido en el Preámbulo de la Constitución).

Esta identificación de la salud con el "completo bienestar" físico, mental y social, volvió a estar presente con posterioridad en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 10 de diciembre de 1948[4], cuando en su 25.1 reconoce que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios […]", y "[…] el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". De modo que, junto al resto de bienes jurídicos básicos que la norma enumera, tanto la salud como el bienestar o la asistencia sanitaria se consideran parte del contenido esencial del derecho humano a un nivel de vida digno o adecuado. La protección de la salud se eleva a la categoría de derecho inherente a la dignidad de toda persona sin distinción, y esta concepción deberá ser la que rija en el tratamiento normativo que realice nuestro Estado sobre este derecho *ex* art. 10 de la Constitución Española, en cuyo apartado 2 se alude expresamente a la Declaración Universal de Derechos Humanos para otorgarle un valor interpretativo de las normas españolas constitucionales relativas a las libertades públicas y a los derechos fundamentales.

No obstante, el derecho a la protección de la salud recibiría una atención más específica y particularizada años más tarde, a través del art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

[2] El derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud.

[3] La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada en esta última fecha por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948.

[4] La Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III) como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

Sociales y Culturales de la ONU, de 16 de diciembre de 1966 (PIDESC)[5]. Con una terminología similar a la empleada por la Constitución de la OMS, el citado precepto comienza reconociendo "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (apartado 1), para continuar atribuyendo a los Estados Partes, en su apartado 2, una serie de obligaciones que acentúan el papel proactivo que éstos deben desempeñar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho y evitar que quede reducido en una mera declaración de propósitos o buenas intenciones. En concreto dispone que, entre las medidas que deberán y podrán adoptar, figurarán las necesarias para "a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños. b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente. c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas. d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."[6]

Estos deberes específicos, directamente relacionados con la protección de salud, se añaden a las obligaciones generales que el propio PIDESC impone a cada Estado Parte en relación a la plena satisfacción de todos los derechos en ella reconocidos, como es la de "adoptar medidas, individualmente y mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, con miras a lograr progresivamente la plena realización de los derechos […] por todos los medios apropiados, incluida en particular la adopción de medidas legislativas" (art. 2.1), o la de garantizar que estos derechos se ejerciten sin discriminación alguna "por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otra condición" (art. 2.2)[7]. Si bien también se aprecia, atendiendo al tenor literal de lo prescrito, que el mandato de adoptar medidas garantistas de los derechos proclamados se encuentra en cierto modo atemperado, al permitir que su cumplimiento se efectúe de forma progresiva y en la medida en que las disponibilidades económicas de cada Estado lo permitan[8].

Interpretando este derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, reconocido en el citado art. 12 del PIDESC, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) también puso de relieve en su Observación General núm. 14 (2000) varios aspectos destacables del mismo, contribuyendo de este modo a delimitar su contenido en pos de facilitar a los Estados su plena aplicación.

En primer lugar resalta que se trata de un derecho fundamental estrechamente vinculado a otros derechos humanos, indispensable para el ejercicio efectivo de los demás derechos y dependiente, a su vez, de la satisfacción plena de aquéllos, entre los que se incluyen "el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la

[5] El Pacto Internacional fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), el 16 de diciembre de 1966. y entró en vigor el 3 de enero de 1976. En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), expresadas en su Observación General núm. 14 (2000), punto 2, esta norma contiene el artículo más exhaustivo sobre el derecho a la salud que se pueda encontrar dentro del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

[6] Tal y como aclara el CDESC en la Observación General núm. 14 (2000), punto 13, se trata de una lita incompleta de ejemplos que sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados.

[7] Destaca Labrada Rubio, V. que, aunque el Pacto Internacional supuso una reiteración de los principales derechos humanos ya reconocidos en otros textos internacionales, introdujo como elemento novedoso el compromiso asumido por los Estados de que estos derechos fueran efectivamente garantizados. En *Introducción a la teoría de los derechos humanos: fundamento. Historia. Declaración universal de 10 de Diciembre de 1948*, Civitas, 1998, pág. 111.

[8] En cualquier caso, matiza el CDESC en su Observación General núm. 14 (2000), punto 31, que "La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12".

igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación".

En segundo lugar precisa que "el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano", ya que "un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano", como son "los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados". Por el contrario, el CDESC considera que "debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud", incidiendo en que, en todo caso, es "un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva".

Y en tercer lugar, identifica y define una serie de cualidades interrelacionadas y esenciales que habrán de concurrir en los medios puestos a disposición por cada Estado para la consecución del derecho a la salud, aunque reconoce que su nivel de alcance dependerá de las condiciones prevalecientes y del estado de desarrollo que presente el país en cuestión. En concreto, estos elementos son:

- "Disponibilidad", que implica que cada Estado deberá de disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención de la salud y programas adecuados, debiendo incluir tales servicios los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- "Accesibilidad" de los establecimientos, bienes y servicios de salud, que deberán ser accesibles a todos, sin ninguna discriminación, desde un punto de vista físico (deberán estar al alcance geógrafico de todos los sectores de la población, y en especial de los grupos vulnerables o marginados), económico (los pagos por los servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos), e informativo (ese acceso deberá comprender el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin que en ningún caso pueda producirse un menoscabo del derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad).
- "Aceptabilidad", en el sentido de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- "Calidad" de los establecimientos, bienes y servicios de salud, que deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico. La buena calidad exige, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En todo caso, a la señalada flexibilidad que el PIDESC confiere a los Estados Partes a la hora de garantizar la plena efectividad del derecho a la protección de la salud -y del resto de derechos-, al

permitirles que su logro sea progresivo y en función de los recursos de los que dispongan, se ha de añadir la debilidad de los mecanismos establecidos para vigilar y controlar su cumplimiento.

En términos generales, la técnica articulada en los arts. 16 y 17 del PIDESC parte de la obligación impuesta a los Estados Partes de presentar, ante el Secretario General de las Naciones Unidas, informes periódicos sobre las medidas (legislativas, políticas, judiciales, administrativas o de cualquier otra índole) que hayan adoptado para el disfrute de estos derechos y los progresos realizados, pudiendo igualmente expresar los factores y dificultades que hayan afectado al grado de cumplimiento de sus obligaciones en la materia. Estos informes estatales (sus copias) son remitidos para su examen al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, y éste podrá a su vez dar traslado de los mismos al CDESC (art. 19 del PIDESC) para su revisión y ulterior emisión de unas observaciones finales que consistirán, fundamentalmente, en valorar el estado de cumplimiento de los derechos del PIDESC en el Estado Parte en cuestión y en formular, si procede, recomendaciones para logra una implementación más efectiva de estos derechos.

Sin embargo, las sugerencias y recomendaciones incluidas en estas observaciones finales carecen de carácter jurídicamente vinculante para los Estados Partes[9], siendo esta carencia, y en particular la falta de un procedimiento que permitiera a los particulares presentar denuncias oficiales ante el Comité, la que en cierta medida pretendió ser corregida con el Protocolo Facultativo aprobado el 10 de diciembre de 2008 en la 66ª sesión plenaria de Asamblea General de Naciones Unidas, al atribuir al CDESC competencias para recibir y examinar las comunicaciones individuales que le sean elevadas, bien por particulares o grupos de personas que aleguen la vulneración de alguno de los derechos del PIDESC por un Estado Parte, bien por un Estado Parte que considere que otro Estado Parte no cumple sus obligaciones dimanantes del Pacto[10].

En el año 2000, la comunidad internacional volvió a resaltar la importancia de garantizar la buena salud de los pueblos para el desarrollo humano, incluyendo este reto en cuatro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que, con el propósito de impulsar la lucha contra la pobreza, el hambre y las enfermedades, acordaron conseguir para el año 2015 los Estados Miembros de la ONU[11]. En particular, los objetivos que estaban directamente relacionados con la salud eran el número 1, sobre la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el número 4, dirigido a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; el número 5, destinado a mejorar la salud materna; y el número 6, propuesto para combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Y aunque en el Informe final del 2015[12] se afirmaba haber logrado avances significativos en la consecución de

[9] El hecho de que los derechos sociales del PIDESC hayan contado con un sistema de protección debilitado y menos garantista que el previsto para el cumplimiento de los derechos contenidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (PIDCP), de 19 de diciembre de 1966, desembocó en el debate doctrinal sobre la limitada *"justiciabilidad"* de los derechos económicos, sociales y culturales. En este sentido, Mejía R., J.A. denunciaba la profunda contradicción que suponía el que, desde el plano teórico y normativo, se reconociera el carácter indivisible e interdependiente de todos los derechos humanos, pero desde la perspectiva práctica, a la mayoría de los derechos económicos, sociales y culturales se les tratara como derechos de segunda clase en comparación con los derechos del PIDCP, a los que sí se les considera derechos perfectos al generar prerrogativas para los particulares y obligaciones para el Estado judicialmente exigibles. En "Aspectos teóricos y normativos de la *justiciabilidad* de los derechos económicos, sociales y culturales", *Revista IIDH*, núm. 51, 2010, pág. 60.

[10] Sobre el Pacto *vid*. Riquelme Cortado, R.: "Entrada en vigor de Los Protocolos Facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a un procedimiento de comunicaciones", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Estudios, vol. 66, núm. 2, 2014, págs. 11-48.

[11] Los ODM se crearon como una hoja de ruta para poner en marcha la Declaración del Milenio, aprobada por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2000. https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio (consultado el 2 de junio de 2022).

[12] El informe ofrece una evaluación final del progreso mundial y regional alcanzado hacia los ODM desde que éstos fueran aprobados, en el año 2000, hasta el año 2015. Para ello, el informe se basa en una serie de datos originales reunidos por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los indicadores de los ODM bajo la coordinación del

todos los ODM, también se reconocía que el progreso había sido desigual en las diferentes regiones y países, dejando enormes brechas y déficits en muchas áreas que debían ser abordados en una nueva agenda universal y transformadora de desarrollo.

En lo concerniente a la salud, el Informe resaltaba la necesidad de incrementar los esfuerzos estratégicos para asegurar vidas saludables y promover el bienestar de todas las personas en todas las edades, insistiendo especialmente en la conveniencia de que los Estados continuaran trabajando para ampliar la atención sanitaria, intensificar los servicios y la investigación, garantizar políticas audaces, mejorar la prevención y, fundamentalmente, extender la cobertura universal de la salud evitando la exclusión[13]. Una filosofía que fue la que inspiró la formulación del amplio objetivo que, en materia de salud, incluye la actual Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015 como un plan de acción que gira en torno a la consecución de 17 Objetivos (ODS), de carácter integrado e indivisible, que abarcan las esferas económica, social y ambiental en favor de la prosperidad[14].

Se trata del Objetivo 3, consistente en "garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades", y desglosado en una serie de ambiciosas metas, entre las que se encuentran las centradas en reducir la mortalidad derivada de ciertas enfermedades (SIDA, tuberculosis, malaria, adicciones…) u otras causas concretas (accidentes de tráfico. exposición a productos químicos peligrosos o a la contaminación del aire, agua y suelo…); la de lograr una cobertura sanitaria universal, de calidad, y accesible a todas las personas por igual, al margen de sus circunstancias económicas, así como el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (meta 3.8); o la de aumentar sustancialmente la financiación destinada al ámbito de la salud y a la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario, especialmente en los países menos adelantados (meta 3.c).

No obstante, la irrupción de la pandemia de COVID-19 sin duda ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos los ODS, y en especial en el relacionado con la salud y el bienestar, cuya consecución se ha visto ralentizada o incluso revertida por la dificultad de alcanzar sus metas en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados[15]. Si bien cabe esperar que, esta situación de emergencia global, también haya permitido generar una mayor conciencia

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx (consultado el 2 de junio de 2022).

[13] Pág. 50 del Informe Final 2015 sobre los ODM. https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx (consultado el 2 de junio de 2022).

[14] El documento final, adoptado mediante Resolución núm. 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas bajo el título "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", está disponible en la página web oficial de la ONU: https://www.un.org/es/ga/70/resolutions.shtml (consultado el 2 de junio de 2022). Desde su aprobación, se ha venido reflexionando en torno al valor jurídico de la Agenda 2030, sin poner en duda que, en cualquier caso, los objetivos en ella propuestos representan un desafío internacional sin precedentes. Así en García-Martín, L.: "Agenda 2030 y el desarrollo sostenible: reflexiones en torno a su naturaleza jurídica y aplicación en el derecho internacional por parte de los Estados y las empresas", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming,* DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.689, 2021; Díaz-Galán, E.: "El valor jurídico de la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible: ¿una nueva tendencia normativa?", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming*, DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.634, 2021; Díaz Barrado, C.M.: "Los objetivos de desarrollo sostenible: un principio de naturaleza incierta y varias dimensiones fragmentadas", *Anuario Español de Derecho Internacional,* vol. 32, 2016, pág. 9-48.

[15] Así se desprende del Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022, elaborado por la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible (*Sustainable Development Solutions Network* - SDSN). En él se revisa el progreso en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se advierte de la reversión de años de avance en la erradicación de la pobreza y el hambre, la mejora de la salud y la educación, o en la prestación de servicios básicos, y se proponen una serie de medidas para lograr un plan global de financiación de los ODS, principalmente dirigidas a los países del G20, como el incremento de la Ayuda Oficial al Desarrollo y refinanciación de la deuda con los países de bajos ingresos, o el aumento de la capacidad crediticia de los Bancos Multilaterales de Desarrollo. https://www.sustainabledevelopment.report/ (consultado el 10 de junio de 2022).

sociopolítica sobre la importancia de la salud como condición previa del desarrollo sostenible, y sobre la consiguiente necesidad de fortalecer la inversión mundial tanto en servicios públicos de salud como en investigación sanitaria, haciendo realidad las metas 3.b, 3.c y 3.d del ODS 3[16].

De otro lado, es igualmente destacable en este nuevo contexto de crisis sanitaria, con la que actualmente confluyen otras crisis mundiales de tipo climático, geopolítico o militar, el protagonismo asumido por la OMS -como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU- en la elaboración de una respuesta internacional que orientase a los países a gestionar la emergencia de salud mundial al amparo del Reglamento Sanitario Internacional de 2005[17].

Este último instrumento jurídico internacional, de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, se creó con la finalidad de "prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales" (art. 2 del Reglamento). Fue dictado conforme a los arts. 21 a) y 22 de la Constitución de la OMS, en los que se le atribuye a la Organización la facultad de adoptar reglamentos «destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades», y desde entonces constituye el marco jurídico regulador de las funciones y deberes que tanto los Estados Partes como la OMS se comprometen a asumir en la gestión de los sucesos y situaciones que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional, y de otros aspectos tales como el concerniente a los requisitos que han de respetar los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres internacionales, o el referido al establecimiento de Centros Nacionales de Enlace y Puntos de Contacto de la OMS, encargados de tramitar las comunicaciones urgentes entre los Estados Partes y la Organización.

Al no limitar su aplicación a enfermedades determinadas[18], el Reglamento se formuló con vocación de permanencia en el tiempo frente a la evolución continua de las enfermedades y de los factores que determinan su aparición y transmisión. Lo que en cierto modo se consiguió -pese a los avatares epidemiológicos acontecidos durante su vigencia- hasta que, en los últimos años, las deficiencias detectadas en la gestión del brote de ébola y de la posterior pandemia de COVID-19 han puesto de relieve la necesidad de someter el Reglamento a una nueva revisión que modernice sus previsiones y refuerce su aplicación y cumplimiento. Un cambio que actualmente se encuentra en proceso con los debates que se vienen desarrollando -en el seno de la Organización- sobre el contenido de las propuestas de enmienda presentadas por los Estados Partes conforme al art. 55 de la

[16] Meta 3.b.: "Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos". Meta 3.c.: "Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo". Meta 3.d.: "Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial".

[17] El Reglamento Sanitario Internacional fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969 y posteriormente modificado en 1973, en 1981, y finalmente en 2005, siendo esta su versión actual, aprobada por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005 por medio de la resolución WHA58.3.1, el Reglamento entró en vigor el 15 de junio de 2007. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf (consultado el 5 de junio de 2022).

[18] Los Reglamentos de 1969, que inicialmente abarcaban seis «enfermedades cuarentenables», fueron modificados en 1973 4 y 1981 5, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela.

propia norma internacional[19], y que parece estar en la línea de acentuar el poder decisorio de la OMS sobre las políticas sanitaria nacionales durante una situación de emergencia de salud pública global[20].

2. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA

Aunque la protección de salud y, en particular, la organización y gestión de la asistencia sanitaria, siguen siendo competencia de los Estados miembros, el papel desempeñado en este ámbito por la Unión Europea (UE) ha ido adquiriendo con el paso del tiempo, y especialmente en estos últimos años de crisis sanitaria, un mayor protagonismo en pro de conseguir una "Unión Europea de la Salud"[21] que atienda al compromiso asumido por esta institución en el art. 168.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)[22], consistente en garantizar "un alto nivel de protección de la salud humana" a través del diseño y ejecución de todas sus políticas y acciones. Un compromiso que también se encuentra recogido en el art. 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE[23] cuando, tras reconocer a toda persona el derecho "a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales", prosigue atribuyendo a la UE la responsabilidad de "garantizar un alto nivel de protección de la salud humana" en la definición y ejecución todas sus políticas y acciones, dando cuenta así del carácter transversal que habrá de tener la política sanitaria europea para alcanzar esa meta social[24].

Efectivamente, el que corresponda a cada Estado Miembro definir su correspondiente política nacional de salud, incluidas todas las decisiones referentes a la gestión, organización y prestación de sus servicios de salud y de atención médica, o a la asignación de los recursos que se deban destinar

[19] Dispone este artículo del Reglamento Sanitario Internacional, en su apartado 1, que "Cualquiera de los Estados Partes o el Director General podrán proponer enmiendas al presente Reglamento". En su apartado 2, que "Esas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud", aunque " El texto de las enmiendas propuestas será transmitido por el Director General a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que se propondrá su consideración". Y en su apartado 3, que "Las enmiendas del presente Reglamento que adopte la Asamblea de la Salud de conformidad con el presente artículo entrarán en vigor para todos los Estados Partes en los mismos términos y con sujeción a los mismos derechos y obligaciones previstos en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS y en los artículos 59 a 64 del presente Reglamento".

[20] El 20 de enero de 2022, el Director General de la OMS comunicó a los Estados Partes una propuesta de oenmienda presentada por los Estados Unidos que afectaba a los arts. 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 48, 49, 53 y 59 del Reglamento Sanitario Internacional, instándoles a adoptar todas las medidas adecuadas para estudiar posibles enmiendas. Tras la presentación de las enmiendas propuestas por los Estados Unidos, se llevó a cabo un proceso consultivo en el seno de la OMS en el que la Unión Europea también participó, y en el transcurso de los debates -desarrollados entre los meses de marzo, abril y mayo de 2022- se alcanzó un consenso entre los participantes para proceder a la adopción de las enmiendas formuladas al art. 59 del Reglamento, consistentes en acortar el plazo necesario para modificar las disposiciones del Reglamento mediante la reducción del plazo de entrada en vigor de cualquier enmienda de 24 a 12 meses. *Vid*. Exposición de Motivos de la Decisión (UE) 2022/830 del Consejo, de 20 de mayo de 2022, relativa a la posición que debe adoptarse en nombre de la Unión Europea en el septuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud en relación con determinadas enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005). DOUE L/147/33, de 30 de mayo de 2022.

[21] Expresión acuñada y empleada por la presidenta de la Comisión Europea, Ursula Von der Leyen, en su discurso ante el Parlamento Europeo sobre el estado de la Unión ante la pandemia de COVID. En él destacaba la necesidad de poner en marcha una Unión Europea de la Salud fuerte, que permitiera a todos sus países prepararse para prevenir, responder y combatir mejor futuras pandemias y crisis sanitarias. Página web oficial de la Unión Europea: https://ec.europa.eu/info/strategy/strategic-planning/state-union-addresses/state-union-2020_es (consultada el 15 de junio de 2022).

[22] Versión consolidada de 2016, DOUE C-202, de 7 de junio de 2016, págs. 1- 361.

[23] Versión consolidada de 2016, DOUE C-202, de 7 de junio de 2016, págs. 389- 405.

[24] Álvarez González, E.M.: "Las libertades comunitarias como fundamento del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. ¿Cómo se justifica este derecho tras el Brexit*?", Revista de Estudios Jurídicos*, Universidad de Jaén, núm. 21, 2021, https://doi.org/10.17561/rej.n21.6753 (consultado el 15 de junio de 2022). Cantero Martínez J., y Garrido Cuenta, N.M.: "Ciudadanía, Asistencia Sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid (AFDUAM),* núm. 18, 2014, pág. 106.

a dichos servicios (art. 168.7 TFUE), no ha impedido a la Unión complementar esas políticas nacionales con acciones dirigidas a "mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica" (art. 168.1, párrafo, 2º TFUE), a fomentar la "cooperación" entre los Estados miembros en esta materia (art. 168. 2 TFUE), y a promover la "coordinación" de las distintas políticas sanitarias nacionales a través de la Comisión (art. 168. 2, párrafo 2º, TFUE). Funciones que son sintetizadas por el art. 6 a) TFUE indicando que, en el ámbito de la protección y mejora de la salud humana, "la Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros".

Estas posibilidades de intervención de la UE en materia de salud han desembocado en una progresiva conformación de la vertiente sanitaria del Derecho Social Comunitario que, como recuerda el Tribunal de Justicia de la UE (TJUE), deberá ser respetado por cada Estado miembro en el ejercicio de sus competencias para articular la acción prestacional de sus sistemas de Seguridad Social[25], dentro de los que se presuponen incardinadas las prestaciones de asistencia sanitaria. Pero el carácter complementario y subsidiario que las disposiciones aludidas confieren a la acción institucional europea en el área sanitaria también explica que, tradicionalmente, las normas comunitarias se hayan limitado a la coordinación de las diferentes políticas sanitarias nacionales y no a su armonización, quedando descartada la implantación de un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión.

Esa falta de armonización de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria plantearía desde un primer momento problemas para los movimientos transfronterizos realizados por ciudadanos y trabajadores de la UE al amparo del principio de libre circulación, a cuyo reconocimiento y regulación se destinan los actuales arts. 21.1 TFUE, según el cual «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», y 45 TFUE, donde se establece que «quedará asegurada la libre circulación de los trabajadores dentro de la Unión» (apartado 1), y que ésta «supondrá la abolición de toda discriminación por razón de la nacionalidad entre los trabajadores de los Estados miembros, con respecto al empleo, la retribución y las demás condiciones de trabajo» (apartado 2).

De ahí que las normas de coordinación en materia de asistencia sanitaria obedecieran desde su configuración inicial a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la libre circulación de personas en el marco de la Unión; a evitar que la coexistencia en la UE de diversos sistemas sanitarios nacionales -cada uno de ellos con sus propias particularidades y diferencias en cuanto a las vías de financiación, ámbito material y personal de aplicación y procedimiento- repercutiera negativamente en el derecho a la protección de la salud de las personas que, por razones de empleo, mera estancia o residencia, decidieran desplazarse desde su Estado de aseguramiento a otro u otros Estados miembros de la UE[26].

[25] En las SSTJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-157/99, *Smits y Peerbooms*, apartados 44 a 46; de 13 de mayo de 2003, asunto C-385/99, *Müller-Fauré y Van Riet*, apartado 100; y de 23 de octubre de 2003, asunto C-56/01, *Inizan* , apartado 17, expresamente se indicaba que, si bien "[…]el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de Seguridad Social […]", de modo que "[...] corresponde, pues, a la legislación de cada Estado miembro determinar, por una parte, los requisitos del derecho o de la obligación de afiliarse a un régimen de Seguridad Social […] y, por otra parte, los requisitos que confieren derecho a las prestaciones […]", se había de tener en cuenta que, en todo caso, "[…] en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deberán respetar el Derecho comunitario".

[26] Señala Álvarez González, E.M., *óp. cit.*, pág. 6, que "[…] la consolidación de las libertades fundamentales de circulación de personas, servicios, mercancías y capitales, así como la de establecimiento reconocidas en los distintos Tratados constitutivos -desde el Tratado de Maastrich de 1992- y, actualmente, en el TFUE han llevado al establecimiento paulatino de un sistema de protección de la salud de las personas con movilidad transfronteriza. Si bien [...] se trata de una regulación parcial y tangencial cuyo objeto principal no es procurar la asistencia sanitaria de los ciudadanos europeos sino garantizar el ejercicio de la libertad de circulación de las personas o la libre prestación de servicios".

A este propósito atendieron los antiguos Reglamentos (CE) del Consejo núm. 1408/1971, de 14 de junio 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad[27], y núm. 574/1972, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento anterior[28].

La acción coordinada de los sistemas nacionales de Seguridad Social que la UE desplegó a través de ellos se extendió a las prestaciones de asistencia sanitaria -bajo el entendimiento de que tales prestaciones se incluyen en el ámbito material de aplicación de todos los sistemas nacionales de Seguridad Social de la Unión[29]-, y se limitó a establecer los criterios de conexión entre las diferentes legislaciones nacionales, así como de distribución de las cargas económicas entre los distintos regímenes estatales[30]. Con su aprobación se aspiraba a garantizar a los ciudadanos de la UE, principalmente a los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia, una igualdad de trato en el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria (y al resto de prestaciones de Seguridad Social en general) cualquiera que fuera su Estado miembro de trabajo, estancia o residencia, y en definitiva se pretendía conformar, a través de la coordinación, el derecho a una asistencia sanitaria transfronteriza.

Expresamente indicaba el Reglamento (CE) núm. 1408/1971 en su Exposición de Motivos que, para garantizar a los trabajadores que se desplazan dentro de la Comunidad "la igualdad de trato con respecto a las distintas legislaciones nacionales" y "el mantenimiento de los derechos y beneficios adquiridos y en curso de adquisición", era conveniente "respetar las características propias de las legislaciones nacionales de Seguridad Social y elaborar únicamente un sistema de coordinación".

Y a esta lógica siguen atendiendo los Reglamentos comunitarios de coordinación actualmente en vigor en materia de Seguridad Social: el Reglamento (CE) núm.883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social[31], y el Reglamento (CE) núm. 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación de aquél[32]. Ambos comportaron la derogación y sustitución de los Reglamentos comunitarios antes citados (núm. 1408/1971 y núm. 574/1972), con efectos desde el 1 de mayo de 2010[33], al objeto de clarificar, simplificar y modernizar unas normas de coordinación que habían sido modificadas en numerosas ocasiones "para reflejar no ya sólo la evolución experimentada a nivel comunitario, incluidas las sentencias del Tribunal de Justicia, sino también los cambios producidos en las legislaciones nacionales", y que por tal motivo resultaban "complejas y sumamente extensas" (Exposición de Motivos Reglamento núm. 883/2004)[34].

No obstante, la vía de los reglamentos de coordinación no es la única mediante la que la UE ha intervenido normativamente para garantizar a sus ciudadanos el derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas. Junto a ellos, convive la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo,

[27] DOCE L-149, de 5 de julio de 1971, págs. 2-50.

[28] DOCE L-74, de 27 de marzo de 1972, págs. 1-83.

[29] García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I.A: «Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica», *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, vol. 17, núm. 1, 2014, pág. 313.

[30] Sánchez-Rodas Navarro, C.: «Sobre la (in)competencia de las instituciones europeas para reformar los sistemas públicos de pensiones nacionales a la luz del derecho de la UE y de los tratados internacionales», *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 10, núm. 1, 2018, pág. 397.

[31] DOUE L- 166, de 30 de abril de 2004, págs. 1-123.

[32] DOUE L- 284, de 30 de octubre de 2009, págs. 1-42.

[33] La fecha de entrada en vigor del Reglamento (CE) 883/2004 se pospuso por su art. 91 a la fecha en que su Reglamento de aplicación, Reglamento (CE) 987/2009, entrara en vigor (1 de mayo de 2010 *ex* art. 97 de Reglamento de aplicación).

[34] García de Cortázar y Nebreda, C.: "La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 2003, pág. 74. Afirman estos autores que, a causa de su continuo crecimiento y de la adaptación de nuevas necesidades, el Reglamento (CEE) 1408/1971 se quedó rápidamente desfasado.

sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza[35], aprobada también desde el respeto pleno a las particularidades de los diferentes sistemas nacionales de salud de la UE, e incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación[36].

El cometido de la nueva norma comunitaria fue el de atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público -como se limitan a reconocer los Reglamentos comunitarios de coordinación-, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. En particular supuso la codificación de la jurisprudencia creada por el TJUE a raíz de sus sentencias de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96, *Kohll* y asunto C-120/95, *Decker*, consistente en reconocer, al margen de los Reglamentos de coordinación y al amparo de la libre prestación de servicios y la libre circulación de mercancías, la posibilidad de elegir el Estado miembro donde recibir tratamiento médico o adquirir productos sanitarios con receta médica, sin necesidad de autorización previa del Estado de aseguramiento y con derecho a obtener de éste el reembolso de los gastos hasta el límite previsto para ese tipo de tratamiento o producto en su propio sistema de salud.

De modo que, adhiriéndose a esta corriente judicial europea, la Directiva trataría de facilitar la movilidad de pacientes dentro de la Unión otorgándoles mayor libertad en la elección del Estado miembro del que recibir tratamiento médico, pero tomando como base jurídica, no la libre circulación de trabajadores como en el caso de los Reglamentos de coordinación, sino el art. 168 TFUE sobre salud pública y el art. 114 del TFUE sobre mejora del funcionamiento del mercado interior y la libre circulación de mercancías, personas y servicios, dentro de los que comenzaría a entenderse incluida la asistencia sanitaria como parte del marco más amplio de servicios de interés general.

Incluso, más allá de facilitar la libre circulación de pacientes dentro de la UE, la Directiva también se propuso asentar las bases para el establecimiento de unos principios comunes a los diferentes sistemas sanitarios europeos, como es el de seguridad y calidad de las prestaciones sanitarias, y para la creación de un espacio de cooperación e intercambio de información entre Estados miembros en ámbitos como el de la sanidad electrónica, las recetas, o el tratamiento de enfermedades raras, con la finalidad de garantizar la continuidad de la prestación transfronteriza de asistencia sanitaria[37]. Y aunque la norma ciertamente supuso una mejora y avance en el terreno de la colaboración entre Estados miembros, el Tribunal de Cuentas Europeo publicó en 2019 un Informe manifestando que, sin perjuicio de que las medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza fueran ambiciosas y reforzaran la cooperación interestatal, era necesario una mejor gestión de las mismas, debido a que los pacientes de la UE seguían teniendo dificultades para acceder a la asistencia sanitaria en el extranjero y no disponían de una información clara a este respecto[38].

Aspectos en los que vuelve a incidir el más reciente Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo, sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE, de 12 de mayo de 2022, donde se evalúa la aplicación práctica de la norma en cuestiones como los sistemas de reembolso, la autorización previa, los procedimientos administrativos y el cobro a los pacientes entrantes, y

[35] DOUE L-88, de 4 de abril de 2011, págs. 45-65.

[36] BOE de 8 de febrero de 2014.

[37] Sobre el proceso de elaboración de la Directiva y el debate político suscitado en torno a la misma, *vid*. Cervell Hortal, M.J.: "Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada", *Cuadernos de Derecho Transnacional*, vol. 3, núm. 2, octubre de 2011, pág. 51 y ss.

[38] Informe especial titulado «Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión», página web del Tribunal de Cuentas Europeo: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_ES.pdf (consultado el 21 de febrero de 2022).

se llega a la conclusión de que, hasta la fecha, si bien se debe considerar que la Directiva ha sido moderadamente eficaz en la consecución de sus objetivos de facilitar la movilidad de pacientes dentro de la Unión, su potencial para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza sigue encontrando algunos obstáculos, tales como el bajo nivel de sensibilización sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza; una información inadecuada a los pacientes; unas cargas administrativas desproporcionadas; e incertidumbre sobre los costes de la asistencia sanitaria en el extranjero y el reembolso[39].

En cualquier caso, la pandemia de COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de seguir actuando a nivel de la Unión para apoyar la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria. En este sentido, han sido varias las medidas adoptadas por la institución europea para mejorar la coordinación ante el reto de afrontar las crisis de salud pública antes, durante y después de que acaezcan. En particular, las Directrices sobre la ayuda de emergencia de la UE en la cooperación transfronteriza en materia de asistencia sanitaria[40] establecieron un mecanismo de coordinación a escala de la UE y enfatizaron los derechos de los pacientes al reembolso, la transferencia de historiales médicos, la continuidad de la asistencia y el reconocimiento de las recetas cuando se recibe asistencia sanitaria en el extranjero.

De otro lado, la red de sanidad electrónica, creada en virtud del art. 14 de la Directiva, contribuyó a desarrollar y poner en marcha dos iniciativas para proteger la salud pública y garantizar la libre circulación de personas: la interoperabilidad a escala de la UE de las aplicaciones de rastreo de contactos y alerta, y el certificado COVID digital de la UE[41]. E igualmente destacable ha sido la creación de la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), como organismo permanente creado por la Comisión Europea para mejorar la preparación y las respuestas a las emergencias transfronterizas, reforzando la cooperación, la coordinación y la solidaridad europeas e internacionales en el ámbito de la seguridad sanitaria[42].

2.1. La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria: Reglamentos (CE) 883/2004 y 987/2009

Con el fin último de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la libre circulación de personas dentro de la UE, los Reglamentos comunitarios núm. 883/2004, de 29 de abril de 2004, y núm. 987/2009, de 16 de septiembre de 2009, contienen una serie de reglas de coordinación de los diferentes sistemas nacionales de Seguridad Social cuya aplicación se extiende a las prestaciones de asistencia sanitaria como parte integrante de la acción protectora de estos sistemas. Por tanto, su aprobación no supuso una armonización de los diversos sistemas nacionales mediante normas sustantivas que homogeneizaran en todo o en parte su configuración, o mediante la creación de un modelo único de Seguridad Social, o de Asistencia Sanitaria en particular, aplicable a todos los Estados miembros la UE, sino que sus reglas simplemente se limitaron a coordinar los sistemas públicos ya existentes en cada uno de los Estados respetando su diversidad[43].

[39] Informe disponible en la página web de la UE: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=COM:2022:210:FIN (consultado el 30 de junio de 2022).

[40] DOUE C-111, de 3 de abril de 2020, págs. 1-5.

[41] Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados COVID-19 interoperables de vacunación, de prueba diagnóstica y de recuperación (certificado COVID digital de la UE) a fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19 (DOUE L- 211 de 15 de junio de 2021, pág.1).

[42] La *European Health Emergency preparedness and Response Authority* (HERA) - Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias - fue creada para prevenir, detectar y responder rápidamente a las emergencias sanitarias por Decisión de la Comisión Europea de 16 de septiembre de 2021: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_4672 (consultado el 20 de junio de 2022).

[43] Afirma Monereo Pérez, J.L., en "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010, pág. 47, que "no existe un único modelo europeo de Sistema de Salud proveedor de asistencia sanitaria. Es competencia y responsabilidad de los países miembros la determinación

Al igual que sus predecesores, la entrada en vigor de los actuales Reglamentos comportó, como regla general, que los convenios bilaterales que habían sido suscritos con anterioridad entre Estados miembros de la UE en materia de Seguridad Social quedaran derogados, sin perjuicio de que determinadas disposiciones de esos convenios, expresamente mencionadas en el anexo I del Reglamento (CE) 987/2009, se decidieran mantener por resultar más favorables para los beneficiarios o por derivar de circunstancias históricas específicas y tener un efecto temporal limitado [art. 8.1 del Reglamento (CE) 883/2004][44]. Una salvedad que fue interpretada *in extenso* por la jurisprudencia del TJUE al considerar que, a la luz del principio de intangibilidad de los derechos nacionales, cualquier convenio suscrito entre dos o más Estados miembros antes de la entrada en vigor de los Reglamentos de coordinación, en tanto que integrado en sus correspondientes ordenamientos jurídicos internos, debía gozar de preferencia aplicativa sobre aquéllos en caso de que, antes de ser sustituido, hubiera permitido generar derechos en curso de adquisición[45].

De otro lado, dado que la finalidad de los Reglamentos era y es garantizar la provisión de servicios sanitarios en los desplazamientos que se produzcan en el marco de la UE, del Espacio Económico Europeo (Noruega, Islandia y Liechtenstein) y de Suiza, su ámbito subjetivo de aplicación estuvo originariamente limitado a los nacionales de estos Estados y a los apátridas y refugiados con residencia legal en alguno de ellos, "que estén o hayan estado sujetos a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites" [art. 2.1 Reglamento (CE) núm. 883/2004], quedando igualmente incluidos los supérstites de personas no nacionales que hubieran estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, siempre que dichos supérstites sean nacionales de uno de los Estados miembros o apátridas o refugiados con residencia en alguno de ellos [art. 2.2 Reglamento (CE) núm. 883/2004].

Sin embargo, a raíz del Reglamento (CE) núm. 1231/2010, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010[46], el radio de acción de los Reglamentos de coordinación también fue extendido a los nacionales de terceros países, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites, que acrediten tener residencia legal en el territorio de un Estado miembro y siempre que su situación no esté circunscrita, en todos sus aspectos, al interior de un solo Estado miembro[47].

---

de las prestaciones y su gestión, y a la Unión Europea le corresponde actuar en el doble plano de complementariedad de la acción de los Estados y coordinación de esas acciones nacionales. En este contexto europeo, la finalidad principal de los Reglamentos Comunitarios, ha sido coordinar los sistemas de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria de los Estados que integran la Unión".

Aunque como puntualiza Carrascosa Bermejo, D., en "Los Reglamentos de la Unión Europea sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social (Rgtos CE/883/2004 y CE/987/2009): propuesta de modificación de 13-12-2016 y tendencias interpretativas en la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia", *Actum Social nº 119. Monográfico 2017, Lefebvre*, pág. 5, la "armonización y coordinación no deberían contemplarse como técnicas jurídicas antagónicas sino complementarias (61), pues resulta evidente que la segunda precisa un mínimo de armonización y similitud entre sistemas para poder alcanzar en la práctica sus objetivos tuitivos".

[44] Como es obvio, la asistencia sanitaria en terceros Estados sí continúa siendo tratada en los respectivos Convenios bilaterales o multilaterales existentes en la materia. Sobre esta cuestión, Sánchez Carrión, J.L.: *Los convenios bilaterales de Seguridad Social en el Derecho español*, Edit. Dykinson, Madrid, 2008, págs. 78-83.

[45] SSTJUE de 9 de noviembre de 1995, asunto C-475/93, *Thevenon*; de 5 de julio de 1998, asunto C-113/96, Gómez Rodríguez; de 9 de noviembre de 2000, asunto C-75/99*, Telen*; y de 5 de febrero de 2002, asunto C-277/99, *Kaske*.

[46] El Reglamento (CE) núm. 1231/2010 (DOUE núm. 344, de 29 de diciembre de 2010, págs. 1-3, sustituyó al Reglamento (CE) núm.859/2003, abriendo la posibilidad de aplicar la normativa de coordinación previa [Reglamento (CE) núm. 1408/71 y Reglamento (CE) núm. 574/72] a los ciudadanos extracomunitarios residentes legales en un Estado miembro.

[47] Esta ampliación afectó a todos los Estados obligados a aplicar los Reglamentos comunitarios de coordinación excepto a Dinamarca y Reino Unido. Sobre esta cuestión, *vid.* García De Cortázar Y Nebreda, C.: "Extensión de las normas de coordinación de Seguridad Social a los nacionales de terceros Estados. El reglamento UE 1231/10", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración: Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, núm. 97, 2012, págs. 15-32.

En cuanto al alcance de la expresión "miembro de la familia", el art. 1.i) Reglamento (CE) núm. 883/2004 nos remite a la delimitación que de la misma realice "la legislación en virtud de la cual se sirvan las prestaciones", o a la que efectúe "la legislación del Estado miembro en el que se resida" de tratarse de prestaciones en especie por enfermedad, maternidad o paternidad, con las siguientes precisiones: en caso de que la legislación aplicable guarde silencio al respecto, "se considerarán miembros de la familia el cónyuge, los hijos menores de edad y los hijos mayores de edad a cargo"; y si la legislación aplicable supedita la condición de miembro familiar al requisito de la convivencia, "esta condición se considerará cumplida cuando la persona de que se trate esté principalmente a cargo de la persona asegurada o del titular de una pensión".

En todo caso, la aplicación de los Reglamentos de coordinación requiere que la persona desplazada por el espacio territorial referido, además de ostentar los citados requisitos de nacionalidad o residencia legal, tenga la condición de asegurada al sistema de Seguridad Social de un Estado miembro, entendiendo por "persona asegurada" la que "reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones" [art. 1. c) Reglamento (CE) núm. 883/2004], y por "Estado miembro competente" aquél a cuyo sistema de Seguridad Social esté afiliado el interesado en el momento de solicitar la prestación [art.1 q) y s) Reglamento (CE) núm. 883/2004]. De modo que los actuales Reglamentos dejaron de limitarse a quienes ejercieran una actividad profesional -como así parecía ocurrir en el anterior Reglamento (CE) núm. 1408/1971 al emplear el término "trabajador" en referencia a los sujetos beneficiarios de sus reglas[48]-, para extenderse a toda persona asegurada en el sistema de Seguridad Social de cualquier Estado miembro, ya sea por desempeñar un trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia, ya sea por ser solicitante o titular de una prestación con arreglo a la legislación de uno o más Estados miembros. Lo que ciertamente supuso una deslaboralización formal del derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas[49] -pues su regulación dejó de pivotar sobre el concepto de trabajador para avanzar hacia el concepto de asegurado-, pero no llegó a comportar una universalización de este derecho al descartarse el empleo de conceptos más amplios como el de ciudadano o paciente[50].

Por lo que respecta al ámbito material de aplicación de los Reglamentos de coordinación, ya hemos avanzado que en su articulado se presta especial atención a las prestaciones sanitarias bajo la denominación de "prestaciones en especie", a las que se refiere el art.1 v bis) del Reglamento (CE) 883/2004 indicando que, esta modalidad de prestaciones, normalmente incluida en el elenco de prestaciones que cubren las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad asimilada, accidente de trabajo y enfermedad profesional, deben ser identificadas en cada Estado miembro con aquéllas "*destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o reembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención*". Lo que explica que la STJUE de 10 de enero de 1980, asunto 69/79, *Jordens-Voster*, advirtiera ya en aquel momento de que la aplicación de

[48] Pese a que el Reglamento (CE) núm. 1408/1971 utilizaba el término "trabajador", la jurisprudencia del TJUE mantuvo reiteradamente que dicho concepto abarcaba a las personas que, aunque no ejercieran actividad alguna, se encontraban afiliadas a un régimen de Seguridad Social, siendo la sumisión a una legislación de Seguridad Social de un Estado miembro la que determinaba la aplicación de la disposición reglamentaria. Así en sus Sentencias de 31 de mayo de 1979, asunto 182/78, *G. Pierik*; y de 9 de julio de 1987, asuntos acumulados 82/86 y 103/86, *Laborero y Sabato*.

[49] García De Cortázar Y Nebreda, C.: "Articulación e interrelación entre las vías de reembolso del Reglamento CE/883/2004 y las de la Directiva 2011/24/UE", en AA.VV.: *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Carrascosa Bermejo, D. (Dir.), Francis Lefebvre, Madrid, 2014, págs. 130-133.

[50] Destacaban en este sentido Cantero Martínez, J. y Garrido Cuenca, N.M., que si bien el protagonista y destinatario de las políticas sanitarias es el ciudadano de la Unión, "sin embargo, estamos muy lejos de la posibilidad de que cualquier ciudadano de cualquier Estado miembro por el mero hecho de serlo pueda disfrutar del haz de derechos que reconoce la normativa comunitaria". En "Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (Ejemplar dedicado a: Las fronteras del derecho biosanitario), núm. 18, 2014, pág. 93.

los Reglamentos comunitarios de coordinación no estaba en función de la concreta calificación que pudiera recibir una prestación por parte de la legislación nacional de un Estado miembro, sino de que los elementos constitutivos de esa prestación (principalmente su finalidad y los requisitos para obtenerla) coincidieran con los definidos en la norma comunitaria[51].

En particular, el Reglamento destina el capítulo I de su Título III a la coordinación europea de las prestaciones de asistencia sanitaria en los casos de enfermedad, maternidad y paternidad asimilada, y para ello distingue distintas situaciones de transnacionalidad con la doble lógica de determinar, en cada una de ellas, cuál de los Estados miembros involucrados en la movilidad debe proveer las prestaciones de asistencia sanitaria y cuál debe asumir los gastos de la asistencia dispensada[52].

Estas distintas situaciones que la norma comunitaria regula son las de residencia y estancia en un Estado miembro distinto del competente, que conforman lo que se ha dado en llamar "asistencia sanitaria no programada", y las de desplazamiento a otro Estado miembro, también distinto del de afiliación, para obtener prestaciones sanitarias de aquél a través de la conocida como "asistencia sanitaria programada". En todas ellas deberá regir, como máxima común, el principio de igualdad de trato consagrado en el art. 4 del mismo texto reglamentario, según el cual "las personas a las cuales sean aplicables las disposiciones del presente Reglamento podrán acogerse a los beneficios y estarán sujetas a las obligaciones de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de dicho Estado". Con lo que quedó vetada cualquier tipo de discriminación por razón de nacionalidad que pudiera resultar de la legislación de Seguridad Social del Estado considerado competente para prestar la asistencia sanitaria.

Para el caso de "residencia", entendida por el art.1 j) Reglamento (CE) núm. 883/2004 como el "lugar en el que una persona reside habitualmente", el art. 17 de la misma norma estipula que las personas aseguradas, o los miembros de sus familias, que residan en un Estado miembro distinto del competente, tendrán derecho a recibir prestaciones de asistencia sanitaria del Estado de residencia en los mismos términos y condiciones que las impuestas a sus nacionales en su propia normativa, correspondiendo al Estado de afiliación asumir los costes de dicha asistencia mediante el reembolso de los gastos derivados de la misma.

A tales efectos, la persona asegurada o los miembros de su familia deberán inscribirse en la institución del lugar de residencia y acreditarán su derecho a las prestaciones en especie en el Estado miembro de residencia mediante una certificación, que será expedida por la institución competente a petición de la persona asegurada o de la institución del lugar de residencia, y cuya validez se extenderá hasta que la institución competente notifique su anulación a la institución del lugar de residencia [art. 24.1 y 2 Reglamento (CE) núm. 987/2009 y Decisión núm. S6, de 22 de diciembre de 2009, de la Comisión Administrativa de coordinación de los sistemas de Seguridad Social[53], relativa

[51] Indicaba literalmente esta sentencia que "se da por sentado que la exigencia de una aplicación uniforme del Derecho comunitario dentro de la Comunidad implica que los conceptos a los que se refiere este Derecho no varíen en función de las particularidades de cada Derecho nacional, sino que se basen en criterios objetivos, definidos en un marco comunitario", y que "conforme a este principio, el concepto de «prestaciones de enfermedad y de maternidad», que figura en la letra a) del apartado 1 del artículo 4 del Reglamento n° 1408/71, debe determinarse, para la aplicación de este Reglamento, en función no del tipo de legislación nacional en que figuran las disposiciones internas que prevén las referidas prestaciones, sino en función de las normas comunitarias que determinan los elementos constitutivos de dichas prestaciones". Concluyendo con la afirmación de que la expresión prestaciones de enfermedad y de maternidad "debe entenderse en el sentido de que engloba las prestaciones previstas por una legislación en materia de invalidez y que tienen carácter de prestaciones en concepto de atenciones sanitarias de naturaleza médica o quirúrgica".

[52] Explican Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C.: "La protección de la salud en la Constitución Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario*, núm. 57, 2005, pág. 407, que las prestaciones en especie, "por naturaleza, son inexportables" y por ello "se han previsto soluciones específicas para los distintos supuestos en los que el beneficiario no se encuentra en el Estado compete".

[53] Conforme al art. 72 a) del Reglamento (CE) núm. 883/2004, esta Comisión Administrativa se encarga de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación derivadas de las disposiciones del Reglamento (CE) núm.

a la inscripción en el Estado miembro de residencia con arreglo al art. 24 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, y a la elaboración de los inventarios a que se refiere el art. 64, apartado 4, del Reglamento (CE) núm. 987/2010[54]].

La misma distribución de responsabilidades entre Estados miembros opera en los casos de "estancia", entendida como lugar de "residencia temporal" *ex* art. 1.k) Reglamento (CE) núm. 883/2004. Según el art. 19 del Reglamento, las personas aseguradas o los miembros de sus familias que se hallen en un Estado miembro distinto del competente, tendrán derecho durante su estancia "a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico […], tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia", y será el Estado de estancia el obligado a proveer la prestación conforme a lo dispuesto en su propia normativa y "*como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación*", y el Estado de afiliación el encargado de asumir los costes derivados de la asistencia prestada.

Por lo que, a diferencia de lo estipulado para los supuestos de residencia, el Estado donde el asegurado se encuentre de estancia no estará obligado a dispensarle cualquier prestación sanitaria que éste requiera, sino tan solo aquéllas que, en función de su carácter y del tiempo estimado de estancia, se consideren necesarias desde una perspectiva médica al objeto de evitar que la persona se vea obligada a anticipar su regreso al Estado miembro competente para recibir ese tratamiento [art. 25. A. 3 del Reglamento (CE) núm. 987/2009]. Una definición a la que la Comisión Administrativa de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, a través de su Decisión núm. S3, de 12 de junio de 2009[55] [por la que se definen las prestaciones contempladas en el artículo 19apartado 1, y en el art. 27, apartado 1, del Reglamento (CE) núm. 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, así como en el art. 25, sección A, apartado 3, del Reglamento (CE) núm. 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo], consideró que se ajustaban las prestaciones destinadas a cubrir enfermedades crónicas o ya existentes, así como la maternidad o el parto, siempre que el propósito de la estancia en otro Estado no hubiera sido el de recibir dichos tratamientos[56].

Además, en cumplimiento del mandato contenido en el apartado 2 del art. 19 del Reglamento, consistente en elaborar "*una lista de las prestaciones en especie que, para poder ser otorgadas durante una estancia en otro Estado miembro, precisen, por motivos de orden práctico, un acuerdo previo entre el interesado y la institución que facilite la prestación*", la referida Comisión incluyó en la misma Decisión núm. S3 un elenco no exhaustivo de tratamientos médicos vitales, que solo pueden ser ofrecidos por unidades médicas especializadas o por personal o equipo especializado -como son la diálisis renal, la oxigenoterapia, el tratamiento especial para el asma, la ecocardiografía en caso de enfermedades crónicas autoinmunes y la quimioterapia-, y para los que se exigirá previo acuerdo entre la persona asegurada y la unidad que lo dispense con el objeto de garantizar la continuidad de ese tratamiento médico durante la estancia.

En cualquier caso, este derecho a obtener prestaciones sanitarias medicamente necesarias durante las situaciones de estancia temporal en un Estado miembro diferente del competente se acreditará, con independencia de que la estancia obedezca a motivos turísticos, profesionales o formativos, mediante la tarjeta sanitaria europea articulada en la Decisión núm. S1, de 12 de junio de 2009, de la Comisión Administrativa de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social. Un documento de validez temporal, de cuya cobertura quedan expresamente excluidas las estancias que tengan por objeto recibir tratamiento médico, y con cuya expedición se garantiza a su titular, así como a los miembros de su familiar, el acceso a la asistencia sanitaria necesaria en el Estado miembro de

883/2004 y del Reglamento (CE) núm. 987/2009.

[54] DOUE C-107 de 27 de abril de 2010, págs. 6 y 7.

[55] DOUE C-106 de 24 de abril de 2010, págs. 40 y 41.

[56] Con el Reglamento (CE) nº 1408/71 el derecho a recibir asistencia sanitaria en los casos de estancia temporal en otro Estado miembro se circunscribía a la imprevista, a la necesaria debido a una enfermedad repentina.

estancia en los mismos términos y condiciones que sus nacionales (en cuanto a procedimientos y tarifas), y el consiguiente reembolso de los gastos por parte del Estado miembro competente[57].

En lo que respecta a la asistencia sanitaria programada, el art. 20 del Reglamento 883/2004 dispone, en primer lugar, que cuando la persona asegurada (o los miembros de su familia) se desplace a otro Estado miembro distinto del competente con el objetivo de recibir un tratamiento adecuado a su estado de salud "*deberá solicitar la autorización"* a su Estado de aseguramiento (apartado 1)[58], y en segundo lugar, que una vez autorizada, tendrá derecho a las prestaciones sanitarias facilitadas por el Estado de destino conforme a las disposiciones de su legislación y en las mismas condiciones que los asegurados en tal país, quedando también en este caso a cargo del Estado de aseguramiento los costes derivados del tratamiento programado (apartado 2)[59].

No obstante, la exigencia de autorización previa no podrá legitimar un comportamiento discrecional y arbitrario de las autoridades nacionales en su concesión, que prive de eficacia a libertades comunitarias fundamentales como es la libre circulación de ciudadanos o la libre prestación de servicios. Su reconocimiento deberá estar justificado "en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que queden establecidos los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales", y deberá estar basado, además, en "un sistema procedimental suficientemente accesible y adecuado para garantizar a los interesados que sus solicitudes serán tramitadas en un plazo razonable y con objetividad e imparcialidad y que podrán, en su caso, recurrir judicialmente contra las eventuales denegaciones de autorización"[60].

Y a esta finalidad de garantizar la ausencia de arbitrariedad por parte de los Estados miembros en el otorgamiento de las autorizaciones de desplazamiento solicitadas por sus asegurados con fines médicos, es a la que obedece el art. 20 del Reglamento (CEE) 883/2004 al exigir que la autorización sea en todo caso concedida "cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico". Lo que en otras palabras supone entender que la denegación solo procederá, bien cuando el tratamiento médico requerido no se encuentre incluido en el catálogo de prestaciones sanitarias del sistema nacional de aseguramiento, o bien cuando, encontrándose incluido, no pueda ser dispensado por dicho sistema en un plazo médicamente justificable.

Sobre este último particular, la jurisprudencia del TJUE dejó sentado que la mera existencia de listas de espera "destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general", no es motivo suficiente para denegar una autorización previa "sin que se haya procedido a una evaluación médica objetiva del estado

[57] Según el punto 5 de esa Decisión, cuando circunstancias excepcionales impidan la expedición de la tarjeta sanitaria europea, el Estado miembro competente expedirá un "certificado provisional sustitutorio" cuyo período de validez será limitado y cuya solicitud podrá formularse por la persona asegurada o por la institución del Estado de estancia.

[58] Conforme a la Decisión núm. 153 (94/604/CE) de la Comisión administrativa de las Comunidades Europeas para la Seguridad Social de los trabajadores migrantes, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CE) núm. 1408/71 y núm. 574/72 del Consejo, el formulario E 112 es el certificado requerido para la aplicación del art. 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento núm. 1408/71. De otro lado, conforme al art. 26.A.2 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, si la persona asegurada no reside en el Estado miembro competente solicitará autorización a la institución de su lugar de residencia, que la remitirá a la institución competente sin dilación.

[59] La STJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-368/98, *Vanbraekel y otros*, declaraba en su apartado 33 que, en estos casos, debían aplicarse las modalidades de asunción de gastos previstas por la legislación del Estado miembro en que se preste la asistencia, quedando a cargo de la institución competente la obligación de reembolsar posteriormente a la institución del lugar de estancia en las condiciones previstas en el artículo 36 del Reglamento n° 1408/71.

[60] Sentencias del TJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-157/99, Smits y Peerbooms, y de 13 de mayo de 2003, asunto C-385/99 Müller-Fauré y van Riet.

patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y de su grado de dolor o de la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o se vuelva a solicitar dicha autorización". De forma tal que, cuando se observe que el plazo derivado de dichas listas de espera sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las mencionadas circunstancias, "la institución competente no podrá denegar la autorización solicitada invocando como razones la existencia de tales listas de espera, la violación del orden normal de prioridades basado en el grado de urgencia respectivo de los casos pendientes, la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco del sistema nacional de que se trate, la obligación de destinar de antemano medios financieros específicos a la cobertura del tratamiento previsto en otro Estado miembro, o la comparación entre el coste de dicho tratamiento y el de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente"[61].

Autorizado y dispensado el tratamiento médico necesario, procederá el reembolso interinstitucional de los gastos conforme a los arts. 35 del Reglamento (CE) 883/2004 y 62-69 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, cuyas previsiones son igualmente aplicables a la asistencia sanitaria no programada que tiene lugar en los supuestos de residencia o estancia temporal.

De ellos se desprende que el reembolso de los gastos sanitarios, que en todo caso estará a cargo del Estado competente o de aseguramiento, sin necesidad de su adelanto por parte del paciente, deberá ser íntegro y se efectuará, como regla general, atendiendo al importe real de los gastos de la prestación según tarifas del Estado de tratamiento. Pero también se permite que la cuantía a reembolsar se concrete en importes a tanto alzado, solo en caso de que la contabilidad del Estado proveedor de la prestación no refleje su coste real, o que incluso se utilicen otras formas de reembolso siempre que hayan sido convenidas entre los Estados miembros implicados, quienes podrán incluso acordar la renuncia al reembolso interinstitucional en términos de reciprocidad.

Finalmente, cabe también destacar que, relacionado con el reembolso de estos gastos y su alcance, el art. 26.8 del Reglamento (CE) núm. 987/2009 introdujo una previsión específicamente referida a los supuestos de desplazamiento a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria, previa autorización del Estado competente, indicando que los gastos de viaje y estancia indisociablemente unidos al tratamiento que puedan generar tanto la persona asegurada como, en caso necesario, su acompañante, solo serán reembolsados cuando la legislación nacional de la institución competente así lo prevea. Con lo que quedó así zanjada una cuestión que había planteado controversias al amparo del anterior Reglamento de aplicación, dando lugar a pronunciamientos del TJUE como el contenido en su Sentencia de 16 de mayo de 2006, asunto C-372/04, *Watts*, en la que se afirmaba que, tratándose de un asistencia hospitalaria, el reembolso quedaba limitado al coste de las prestaciones médicas propiamente dichas y a los gastos de la estancia del interesado en el establecimiento hospitalario necesario para su tratamiento. O el emitido inmediatamente después en su Sentencia de 15 junio 2006, asunto C-466/04, *Manuel Acereda Herrera*, en la que volvía a reiterar que la normativa de coordinación no confería al beneficiario, autorizado por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él la asistencia hospitalaria apropiada a su estado de salud, el derecho al reembolso de los gastos de desplazamiento, estancia y manutención en que incurrieran él y la persona que lo acompañó en el territorio de dicho Estado miembro, a excepción de los gastos de estancia y manutención del beneficiario en el centro hospitalario.

De manera que, buscando una solución intermedia, la previsión del Reglamento (CE) núm. 987/2009 optó por no cerrar la posibilidad de obtener el reembolso de los gastos no estrictamente sanitarios, como son los de viaje y estancia del paciente y su acompañante asociados al tratamiento, sino por hacerla depender de la voluntad expresada por cada Estado miembro en su normativa interna.

[61] STJUE de 16 mayo 2006, asunto C-372/04, *The Queen y otros*. Por otra parte, la STJUE 9 de octubre de 2014, asunto C-268/13, *Petru*, también señalaba que la autorización previa no puede denegarse cuando la falta de material sanitario de primera necesidad impida que el paciente reciba asistencia hospitalaria en tiempo oportuno en su país.

2.2. La asistencia sanitaria transfronteriza al amparo del principio comunitario de la libre prestación de servicios: la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo de 2011

La entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011[62], relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, no supuso una derogación del sistema de coordinación establecido por los Reglamentaros comunitarios en relación a las prestaciones sanitarias. Su propósito fue más bien complementar ese sistema incorporando la doctrina judicial que, al amparo del principio comunitario de la libre prestación de servicios, había ido conformando el TJUE en torno al reembolso de los costes derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza y a la exigencia de autorización previa[63].

En este aspecto incide la propia Directiva cuando expresamente declara, en su art. 2.m), que sus disposiciones se aplicarán sin perjuicio de lo establecido en los Reglamentos (CE) núm. 883/2004 y núm. 987/2009 sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social. Su intención era y es la de garantizar "que también los pacientes que acudan a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria en circunstancias distintas de las previstas en el Reglamento (CE) núm. 883/2004, puedan beneficiarse de los principios de la libre circulación de pacientes, servicios y bienes de conformidad con el TJUE y con la presente Directiva". Siendo así que, desde que la nueva norma europea entró en vigor, los pacientes quedan sometidos o bien a la Directiva, o bien a los Reglamentos de la Unión, teniendo derecho a elegir la vía por la que obtener asistencia sanitaria transfronteriza cuando concurren las condiciones para aplicar tanto una como otra normativa, así como el derecho a ser informados por sus correspondientes Estados de afiliación en caso de que la aplicación de los Reglamentos les resulte más favorable que la aplicación de la Directiva (Considerandos 28 a 31 de la Directiva).

De hecho, informar a los pacientes sobre los principales aspectos de la asistencia sanitaria transfronteriza constituye para la Directiva una pieza clave al objeto de garantizar el ejercicio práctico de este derecho, como lo demuestra el que ordene a cada Estado miembro la creación de puntos nacionales de contacto destinados a facilitar esta información (art. 6) y el que, en particular, encomiende a los puntos de contacto creados en el Estado miembro de afiliación la función de proporcionar a los pacientes y a los profesionales sanitarios toda información relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza, distinguiendo claramente entre los derechos de los pacientes reconocidos en la Directiva y los derivados de los Reglamentos de coordinación (art. 5.b).

Por tanto, lejos de limitarse a la mera articulación de los diferentes sistemas sanitarios nacionales mediante una distribución de obligaciones y responsabilidades entre los Estados Miembros en cuanto a la provisión del tratamiento y a la asunción de los gastos sanitarios, la Directiva también incide en la necesidad de proporcionar a los ciudadanos una información adecuada sobre todos los aspectos esenciales de la asistencia sanitaria transfronteriza; asume como propósito el de conseguir una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad, atribuyendo a los Estados miembros la responsabilidad de proporcionar a los ciudadanos en su territorio una asistencia segura, de alta calidad, eficaz y suficiente desde un punto de vista cuantitativo; y promueve una cooperación más estrecha entre los Estados miembros en una serie de ámbitos como el referido a la sanidad electrónica o al tratamiento de enfermedades raras.

En lo que respecta al campo subjetivo de aplicación de la Directiva, éste se extiende a quienes tengan la condición de "asegurado" en los términos definidos por los Reglamentos comunitarios de coordinación y, en general, a quienes ostenten la condición de "paciente", propia de "toda persona física que reciba o desee recibir asistencia sanitaria en un Estado miembro" de la UE [art. 3 apartados b) y h) de la Directiva]. Y En lo que respecta a su ámbito objetivo, el art. 1.2 de la Directiva establece

[62] DOUE L-88 de 4 de marzo de 2011, págs. 45- 65.

[63] En las sentencias de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96, *Kohll* y asunto C-120/95, *Decker*, se encuentra el origen de una extensa doctrina judicial que comenzó a considerar las prestaciones sanitarias como auténticos servicios sometidos a las dispensaciones comunitarias relativas a la libre prestación de servicios

que éste se encuentra conformado por las prestaciones de asistencia sanitaria con independencia de cómo se organicen, se presten y se financien en cada uno de los Estados miembros.

Abarca, pues, a todos los servicios prestados por profesionales sanitarios a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, al margen de que tales servicios sean proporcionados por los sistemas públicos de Seguridad Social o de sanidad de cada Estado o por entidades sanitarias de naturaleza concertada o privada, y se incluye igualmente la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios (art. 3.a). Por lo que, a diferencia de los Reglamentos comunitarios, la Directiva expande su radio de acción a cualquier tipo de atención sanitaria, y no solo a la pública o concertada, quedando tan solo excluidos los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración cuya finalidad sea ayudar a personas que requieren asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias; la asignación de órganos y el acceso a los mismos con fines de trasplante de órganos; y 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 la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea (art.1.3).

De otro lado, la circulación de recetas médicas por el territorio de la Unión -cuestión no tratada por los Reglamentos comunitarios- es concebida por la Directiva como esencial para garantizar la continuidad del tratamiento recibido en un Estado miembro diferente al de residencia. Por ello, el art. 11 dispone que, cuando la comercialización de un medicamento esté autorizada en un Estado miembro, éste se asegurará de que las recetas extendidas en otro Estado miembro puedan dispensarse en su territorio de conformidad con su legislación nacional, quedando prohibida cualquier restricción a su reconocimiento, salvo que dicha restricción se limite a lo que sea necesario y proporcionado para proteger la salud humana y no sea discriminatoria, o salvo que se base en dudas legítimas y justificadas sobre la autenticidad, el contenido o la inteligibilidad de una receta determinada.

Por lo que respecta a los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza recibida al amparo de la Directiva, éstos también estarán a cargo del Estado miembro de afiliación *ex* art. 7.1, donde se establece que dicho Estado garantizará el reembolso de esos gastos con la única condición de que la asistencia sanitaria recibida figure entre las prestaciones a las que el asegurado tenga derecho en ese mismo Estado. Una limitación al reembolso que exime al Estado de afiliación de asumir los costes del tratamiento recibido por sus asegurados en otros Estados cuando dicho tratamiento no se encuentre incluido entre los cubiertos por su sistema sanitario.

Sin embargo, el disfrute de la asistencia sanitaria en un Estado miembro distinto al de afiliación por vía de esta norma europea conlleva para el paciente la obligación de adelantar el importe de los gastos y de solicitar posteriormente su restitución al Estado de afiliación. Lo que supone condicionar las posibilidades de ejercicio de este derecho a la capacidad económica del interesado para adelantar unos costes económicos que incluso puede que no le sean restituidos en su totalidad, en tanto que, en principio, el Estado miembro de afiliación solo estará obligado a reembolsar "hasta 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 sanitaria efectivamente prestada" (art. 7.4 de la Directiva).

Efectivamente, el reembolso al paciente del importe total abonado por el tratamiento sanitario recibido en otro Estado no queda *per se* garantizado en la Directiva. Tan solo se trata de una posibilidad abierta a lo que cada Estado miembro decida en su correspondiente normativa interna. Dependerá, pues, de la voluntad de cada Estado el que el reembolso a sus asegurados de la asistencia sanitaria transfronteriza alcance o no a su coste total y real, incluso si éste excede de la cuantía que habría sido asumida de ser prestada en su territorio, y el que se extienda o no a otros gastos conexos como son los de viaje y alojamiento, o los gastos adicionales en que puedan incurrir las personas con discapacidad cuando reciban asistencia sanitaria transfronteriza debido a una o más discapacidades,

de conformidad con la legislación nacional y a condición de que se aporte documentación suficiente en la que se precisen esos gastos.

Aunque también se confiere a los Estados miembro la posibilidad de descartar la técnica de reembolso y optar, con las mismas limitaciones cuantitativas referidas, por abonar directamente los gastos de la asistencia sanitaria recibida por sus asegurados al Estado miembro de tratamiento, con el consiguiente beneficio que esta medida conllevaría para el paciente al no recaer en él la obligación de anticipar sus propios costes sanitarios.

Por otra parte, el art. 7.7 de la Directiva también permite que los Estados miembros impongan a sus asegurados que soliciten el reembolso de gastos sanitarios generados en otro Estado las mismas condiciones, criterios de admisibilidad y trámites que impondrían en caso de que la asistencia se prestase en sus correspondientes territorios. En particular, señala el precepto a título de ejemplo que el Estado de afiliación podría exigir una evaluación por un profesional de la salud o un administrador sanitario de su sistema nacional de sanidad, tal como el médico generalista o de atención primaria que tenga atribuido el paciente, si ello es necesario para determinar el derecho de ese paciente a la asistencia sanitaria. Si bien también advierte que, en todo caso, ninguna condición, criterio de elegibilidad o trámite que se imponga podrá constituir discriminación ni obstáculo a la libre circulación de los pacientes, los servicios o los bienes, salvo que se justifique de forma objetiva por necesidades de programación con respecto al objetivo de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro.

Y en sintonía con este amplio poder decisorio que la Directiva atribuye a los Estados miembros en la configuración del derecho de sus ciudadanos a la asistencia sanitaria transfronteriza, su art. 7.9 también les permite limitar -que no suprimir- la aplicación del reembolso "por razones imperiosas de interés general", entre las que deben considerarse incluidas la existencia de "necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate", o la más amplia y ambigua causa justificativa basada en "la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos". Todo ello sin perjuicio de que, también para este caso, insista la norma europea en que cualquier decisión de limitar el reembolso por los motivos señalados deberá ceñirse a lo que sea necesario y proporcionado y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación personas, bienes y servicios (art. 7.11 de la Directiva).

Para el caso de que el Estado miembro de afiliación sea España, el RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza en transposición de la comentada Directiva, dispone que los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza serán costeados por el propio paciente para su posterior reembolso a cargo de las Administración sanitaria española, y que el reembolso cubrirá tan sólo las prestaciones a que el asegurado tenga derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente. La cuantía reembolsable alcanzará hasta la que habría asumido dicha Administración en caso de que la asistencia sanitaria se hubiera prestado en territorio nacional, no pudiendo superar su coste real sin considerar los gastos conexos, y el asegurado que solicite el reembolso deberá cumplir las mismas condiciones que se exigen para la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional, siendo necesaria, cuando así sea requerido en el Sistema Nacional de Salud, una evaluación previa por parte de un médico de atención primaria que justifique la indicación de la correspondiente prestación sanitaria[64].

[64] Acogiéndose a la habilitación efectuada por la Directiva a los Estados miembros, el art. 10.6 del RD 81/2014 prevé la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, limite la aplicación del reembolso "por razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o por la voluntad de asegurar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos". Añadiendo igualmente como

Por último, imprescindible es señalar que una de las ventajas que conlleva recibir asistencia sanitaria conforme a la Directiva se encuentra en que, como regla general, el reembolso de los gastos no está condicionado a la obtención de autorización previa por parte del Estado de afiliación (art. 7.10 de la Directiva), ya que en caso de que el Estado miembro de afiliación decide imponer un sistema de autorización previa, tal y como le permite el art. 8.1 de la Directiva, ésta deberá quedar restringida "a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes" (art. 8.1 de la Directiva).

En concreto, los Estados miembros de afiliación podrán requerir autorización previa solo en los casos tasados en el art. 8.2 de la Directiva, a saber:

- Cuando la asistencia requiera necesidades de planificación para 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 cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos, ya sea porque el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, ya sea porque el tratamiento exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos.
- Cuando la asistencia entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población.
- cuando la asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador 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.

Haciendo uso de esta habilitación, el art. 15.1 del RD 81/2014 exige autorización previa a los efectos de reembolsar la asistencia sanitaria transfronteriza recibida por los asegurados en España en los dos supuestos señalados en el Anexo II de la misma norma reglamentaria: a) en caso de que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche; y b) en caso de que la prestación sanitaria a la que se pretenda acceder se encuentre entre las indicadas en el apartado 2 del Anexo II, donde se enumeran una serie de prestaciones, también incluidas en la cartera común del Sistema Nacional de Salud, que fueron "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"[65].

---

que "esta decisión se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado sin que ello pueda constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo a la libre circulación de las personas cuyo Estado de afiliación sea España", y que "las medidas que se adopten en este sentido serán notificadas previamente a la Comisión Europea".

[65] En concreto, las prestaciones sanitarias sometidas a autorización previa son: la tomografía por emisión de positrones (PET) y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT; la reproducción humana asistida; la diálisis; la cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico; los tratamientos con radioterapia; los tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €; la radiocirugía; los 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; los 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; los 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; y la 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,

En todos los casos en los que la persona asegurada quede obligada a solicitar autorización previa, el Estado miembro de afiliación deberá comprobar si concurren o no las condiciones establecidas en el Reglamento (CE) núm. 883/2004 para proceder, en caso afirmativo, a reconocerle la autorización de conformidad con aquél -salvo que el interesado solicite lo contrario-, y no podrá denegar la autorización cuando la asistencia sanitaria a la que pretenda acceder en el extranjero figure entre las prestaciones a las que el paciente tenga derecho en su Estado miembro de afiliación, o cuando esa asistencia no pueda prestarse en su territorio en un plazo médicamente justificado, sobre la base de una evaluación médica objetiva del estado de salud del paciente, su historial, la evolución probable de su enfermedad, el grado de dolor que padezca, o la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se presente la solicitud de autorización[66]. De hecho, la denegación de la autorización solo podrá justificarse cuando concurra alguno de los motivos recogidos en el art. 8.6 de la Directiva; a saber:

- En caso de que exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta el beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.
- Siempre que exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.
- Cuando la asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices relativas a la calidad y a la seguridad del paciente, incluidas las disposiciones en materia de supervisión, tanto cuando dichas normas y directrices se establezcan mediante disposiciones legales y reglamentarias, como cuando lo sean por medio de sistemas de acreditación establecidos por el Estado miembro de tratamiento.
- Y cuando la atención sanitaria pueda prestarse en su territorio en un plazo que sea médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad.

2.3. Nuevos retos y propuestas en materia de sanidad tras la pandemia de la COVID-19: la importancia de la solidaridad transfronteriza europea en tiempos de crisis

Pese a las limitadas competencias jurídicas que en materia de salud mantiene la UE (arts. 6 y 168 del TFUE), en los últimos años han sido varios sus intentos por instaurar un enfoque más europeizado, coordinado e institucionalizado en las respuestas dadas dentro de su territorio a la crisis sanitaria derivada de la COVID, bajo el convencimiento de que los problemas globales como las emergencia sanitarias transfronterizas precisan de respuestas o soluciones también globales. Y es que, entre otros aspectos, la pandemia ha puesto de relieve la importancia de garantizar una sólida cooperación europea en materia de asistencia sanitaria transfronteriza para construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte, que facilite a todos los pacientes la igualdad de trato, el acceso a una asistencia sanitaria segura y de calidad y, en definitiva, el ejercicio pleno de sus derechos de asistencia sanitaria en virtud de la legislación de la UE.

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.

[66] De otro lado, cuando la autorización previa sea solicitada por un paciente aquejado o sospechoso de padecer una enfermedad rara, el art. 8.4 de la Directiva permite que, a los efectos de valorar el reconocimiento de la autorización, el Estado miembro de afiliación lleve a cabo una evaluación clínica de expertos en ese ámbito o incluso solicite, en defecto de expertos o de no ser concluyente el informe de expertos emitido, asesoramiento científico.

En la Comunicación de la Comisión "Directrices sobre la ayuda de emergencia de la UE en la cooperación transfronteriza en materia de asistencia sanitaria relacionada con la crisis de la COVID-19", de 3 de abril de 2020[67], se incluyeron una serie de medidas de repuesta urgente a la tensión que estaban sufriendo en ese momento los sistemas sanitarios de los Estados miembros con la pandemia. La situación excepcional de emergencia justificaba y demandaba un enfoque más coordinado en la asistencia sanitaria transfronteriza y una flexibilización de las formalidades impuestas por la normativa europea a libre circulación de pacientes. De ahí que la Comisión asumiera una serie de compromisos para facilitar la coordinación de las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza referidas a plazas de cuidados intensivos, a tratamiento y traslado de pacientes, así como a equipos de personal médico debidamente cualificado, y de ahí que, entre las medidas propuestas a los Estados, se incorporaran la de suprimir o flexibilizar la exigencia de autorización previa para el reembolso de los gastos sanitarios derivados del tratamiento recibido en otro Estado miembro, en caso de que el paciente hubiera requerido una atención sanitaria urgente o de emergencia en el contexto de la pandemia, o la de no denegar la entrada a un Estado miembro a los pacientes que necesitaran asistencia sanitaria de carácter urgente, en caso de existir controles fronterizos temporales en las fronteras interiores.

Posteriormente, la experiencia adquirida por la UE en la primera etapa de la lucha contra el coronavirus sirvió para que la Comisión, a través de su Comunicación "Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE frente a las amenazas transfronterizas para la salud", de 11 de noviembre de 2020[68], propusiera los primeros elementos para conformar una UE que, respetando plenamente la competencia de los Estados miembros en el área de la salud, implementase la obligación de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana y abogase por reforzar la cooperación transfronteriza fortaleciendo las estructuras y mecanismos ya existentes para una mejor protección, prevención, preparación y respuesta a nivel europeo contra todas las emergencias sanitarias futuras.

Concretamente, la Comunicación iba acompañada de tres propuestas legislativas dirigidas a establecer un marco más sólido y completo de seguridad sanitaria, que corrigiera las debilidades y deficiencias que habían sido detectadas en la gestión de la reciente crisis sanitaria por parte de la UE, y que permitiera a sus Estados miembros responder eficazmente como Unión a futuras amenazas transfronterizas para la salud. La primera consistía en mejorar la Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre amenazas transfronterizas graves para la salud[69], y la segunda y tercera demandaban reforzar el mandato de las agencias clave de la UE en materia de salud pública: el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Estas propuestas se han visto en parte atendidas en el proyecto de un nuevo "Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n.º 1082/2013/UE" -presentado por la propia Comisión el mismo 11 de noviembre de 2020 con la intención de diseñar un marco legislativo completo que regule la acción a nivel de la Unión en materia de preparación, vigilancia, evaluación de riesgos y alerta temprana y respuestas ante crisis sanitarias[70]-, así como complementadas con la creación, en septiembre de 2021, de la nueva Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), cuya

[67] DOUE L-111, de 3 de abril de 2020, págs. 1-5.
[68] COM (2020) 724 final.
[69] DOU L- 293 de 5 de noviembre de 2013, pág. 1-15.
[70] COM (2020) 727 final. Por el momento, el Consejo de la UE anunció en un Comunicado de prensa, con fecha de 23 de junio de 2022 que el Consejo y el Parlamento Europeo habían llegado a un acuerdo político provisional sobre el proyecto de Reglamento de amenazas transfronterizas graves para la salud, y que el paso siguiente sería someter dicho acuerdo a su aprobación por el Comité de Representantes Permanentes y poner en marcha, a continuación, el procedimiento formal de adopción.

finalidad es garantizar el suministro de contramedidas médicas antes de una crisis sanitaria y durante ésta[71].

Pero junto a la citada Comunicación, en la que la Comisión propuso los primeros componentes básicos de una Unión Europea de la Salud, el Consejo también publicó un mes más tarde sus "Conclusiones sobre la experiencia adquirida en materia de sanidad en relación con la COVID-19", de 18 de diciembre de 2020[72], en las que se volvió a insistir en la necesidad de conseguir una estrecha colaboración y coordinación entre los Estados miembros, las instituciones de la Unión Europea, la sociedad civil y el conjunto de la comunidad mundial en la preparación y respuesta de futuras amenazas sanitarias, y se formularon una serie de objetivos considerados esenciales para lograr la autonomía europea en ámbitos estratégicos, manteniendo al mismo tiempo una economía abierta. Estos objetivos eran y siguen siendo: mejorar la gestión de las crisis sanitarias al nivel de la UE; garantizar el suministro de medicamentos y contramedidas médicas en general; mejorar el acceso a los datos sanitarios esenciales para luchar contra amenazas transfronterizas para la salud y su intercambio; y reforzar el papel de la UE en la salud mundial[73].

Hasta la fecha, han sido varias las medidas adoptadas por la Unión en aras a la consecución de estas metas generales, destacando en este sentido, de un lado, la aprobación de "EU4Health" a través del Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de marzo de 2021, por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027 y se deroga el Reglamento (UE) núm. 282/2014[74]. Un novedoso programa consistente en proporcionar apoyo financiero a los Estados miembros para la realización de acciones destinadas, en términos generales, a reforzar la resiliencia de los sistemas de salud y a promover la innovación en el sector sanitario[75]. Y de otro lado, la propuesta presentada por la Comisión el 3 de mayo de 2022 para la creación de un "Espacio Europeo de Datos Sanitarios" que tenga por objetivos: ayudar a los usuarios a tomar el control de sus propios datos sanitarios; apoyar el uso de los datos sanitarios para mejorar la prestación de asistencia sanitaria, la investigación, la innovación y la elaboración de políticas; y permitir a la UE beneficiarse del intercambio, uso y reutilización de los datos sanitarios[76].

En definitiva, si bien es cierto que aún queda un largo camino por recorrer, todas estas iniciativas desarrolladas en el marco de la "Unión Europea de la Salud" por la vía del art. 168 del TFUE, es decir, complementando pero respetando las competencias de los Estados miembros en la materia de salud, son demostrativas de que la política sanitaria se ha convertido en un punto prioritario de la agenda comunitaria actual, al objeto de optimizar la coordinación ante posibles amenazas futuras para la salud pública y de continuar fortaleciendo la colaboración entre todos los Estados miembros.

---

[71] A través de la Comunicación de la Comisión de 16 de septiembre de 2021, COM(2021) 576 final, se anunció la creación y puesta en marcha inmediata de HERA; una nueva Autoridad creada como una estructura interna en el seno de la Comisión con tres misiones principales: a) reforzar la coordinación en materia de seguridad sanitaria dentro de la Unión durante las etapas de preparación y de respuesta a las crisis, y reunir a los Estados miembros, la industria y las partes interesadas pertinentes en un esfuerzo común; b) subsanar las vulnerabilidades y las relaciones de dependencia estratégicas dentro de la Unión en relación con el desarrollo, la producción, la adquisición, el almacenamiento y la distribución de contramedidas médicas; y c) contribuir a reforzar la preparación mundial frente a emergencias sanitarias y la estructura de respuesta a dichas emergencias.

[72] DOUE L-450, de 28 de diciembre de 2020, págs. 1-8.

[73] Un comentario detallado sobre estos objetivos en Moreno Vida, M.N.: "Retos ante el impacto de la Covid-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización", en AA.VV. Monereo Pérez, J.L, Rivas Vallejo, M.P, Moreno Vida, M.N. Vila Tierno, F., y Álvarez Cortés, J.C. (dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19,*Tomo I, Aranzadi Thomson Reuters, 2021, págs. 261-338.

[74] DOUE L-107, de 26 de marzo de 2021, págs. 1-29.

[75] El Anexo I del Reglamento citado contiene una amplia lista de posibles acciones subvencionables.

[76] Comunicación de la Comisión "Un espacio europeo de datos sanitarios: aprovechar el poder de los datos sanitarios para las personas, los pacientes y la innovación", de 3 mayo 2022, COM (2022) 196 final.

CONCLUSIONES

-Dentro de la sociedad internacional, el derecho a la promoción y protección de la salud cuenta con una organización especialidad en velar por su cumplimiento (la OMS), y su consagración como derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano es reflejada en distintos textos normativos (Constitución de la OMS de 1948 o Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 10 de diciembre de 1948), sin perjuicio de que sea el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 16 de diciembre de 1966, la norma jurídica que mayor atención ha dedicado a su contenido y garantías de ejercicio, atribuyendo a los Estados partes una serie de deberes y responsabilidades que acentúan el papel proactivo que éstos deben adoptar en orden a conseguir su plena efectividad.

Resalta el PIDESC que este derecho fundamental, estrechamente vinculado a otros derechos humanos, no debe ser entendido como un derecho a estar sano, sino a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Lo que al mismo tiempo permite afirmar, como el mismo texto internacional reconoce, que su grado de satisfacción dependerá de las condiciones prevalecientes y del estado de desarrollo que presente el país en cuestión, y en última instancia, y dada la escasa o nula coercitividad de los mecanismos previstos por la norma para la vigilancia y control de su cumplimiento, del nivel de compromiso que ese concreto país decida voluntariamente asumir al respecto.

En fechas más recientes, la comunidad internacional volvió a resaltar la importancia de garantizar la buena salud de los pueblos para el desarrollo sostenible de la humanidad, incluyendo este reto entre los 17 objetivos que componen la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU. Se trata del objetivo 3, consistente en "garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades", e integrado por una serie de ambiciosas metas como la de lograr una cobertura sanitaria universal, de calidad, y accesible a todas las personas por igual, o la referida a aumentar sustancialmente la financiación destinada a la atención sanitaria.

Sin embargo, la irrupción de la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19 -con la que actualmente confluyen otras crisis mundiales de tipo climático, geopolítico o militar-, sin duda ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos estos objetivos -de naturaleza más política que jurídica-, y en especial en el relacionado con la salud y el bienestar, cuya consecución se ha visto ralentizada o incluso revertida por la dificultad de alcanzar sus metas en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados. Un nuevo contexto internacional en el que la OMS -como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU- ha asumido un significativo protagonismo en la elaboración de una respuesta internacional que orientara a los países a gestionar la emergencia de salud mundial, y en el que se han puesto de relieve las deficiencias del Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y la consiguiente necesidad de someterlos a una nueva revisión que modernice sus previsiones en la línea de acentuar, durante una situación de emergencia de salud pública global, el poder decisorio de esta Organización Mundial sobre las políticas sanitaria nacionales de sus Estados miembros.

-A nivel europeo, si bien la protección de la salud sigue siendo competencia de los Estados miembros -a los que corresponde organizar y gestionar sus servicios de salud y de atención médica-, el papel desempeñado en este ámbito por la UE ha ido adquiriendo un mayor protagonismo con el paso del tiempo con el propósito de conseguir instaurar una "Unión Europea de la Salud" que atienda al compromiso asumido por esta institución, consistente en "garantizar un alto nivel de protección de la salud humana a través del diseño y ejecución de todas sus políticas y acciones" (arts. 168.1 TFUE y 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE).

Estas posibilidades de intervención de la UE en materia de salud han desembocado en una progresiva conformación de la vertiente sanitaria del Derecho Social Comunitario, pero el carácter

complementario y subsidiario que el art. 168 TFUE atribuye a sus competencias, en relación a la acción de sus Estados miembros, también explica que las normas comunitarias se hayan limitado tradicionalmente a la coordinación de las diferentes políticas sanitarias nacionales, y no a su armonización, descartándose la posibilidad de implantar un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión.

En particular, las normas de coordinación en materia de asistencia sanitaria obedecieron desde un primer momento a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo del derecho comunitario a la libre circulación de personas, evitando que la coexistencia de diversos sistemas sanitarios nacionales dentro de la Unión, cada uno de ellos con sus propias particularidades, repercutiera negativamente en el derecho a la protección de la salud de quienes decidieran desplazarse desde su Estado de aseguramiento a otro Estado miembro. A este propósito atienden los vigentes Reglamentos comunitarios de coordinación (núm.883/2004 y núm. 987/2009) al regular, entre otros aspectos, las condiciones de ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza en sus dos modalidades, programada y no programada.

No obstante, la vía de los reglamentos de coordinación no ha sido la única mediante la que la UE ha intervenido normativamente para garantizar a sus ciudadanos el derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas. Junto a ellos, convive la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, aprobada también desde el respeto pleno a las particularidades de los diferentes sistemas nacionales de salud de la UE e incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero.

Tomando como base jurídica el principio comunitario de la libre prestación de servicios, y en línea con la jurisprudencia comunitaria existente en la materia al tiempo de su elaboración, la Directiva pretende atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público -como se limitan a reconocer los Reglamentos comunitarios de coordinación-, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. Y aunque su aprobación ciertamente reforzó la cooperación interestatal en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza, un reciente Informe de la Comisión (año 2022) reconoce que, pese ello, su aplicación viene encontrando algunos obstáculos, tales como el bajo nivel de sensibilización sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza, una información inadecuada a los pacientes, o unas cargas administrativas desproporcionadas.

En cualquier caso, la pandemia de la COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de que, para responder eficazmente a otras posibles amenazas transfronterizas para la salud pública, desde la Unión se continúe fortaleciendo la cooperación y coordinación entre todos sus Estados miembros en el área sanitaria. Un propósito que la UE parece haber asumido de manera decida, tal y como lo demuestran la iniciativas y medidas adoptadas hasta el momento al objeto de construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte, que facilite a todos los pacientes la igualdad de trato, el acceso a una asistencia sanitaria segura y de calidad y, en definitiva, el ejercicio pleno de sus derechos de asistencia sanitaria en virtud de la legislación de la UE.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez González, E.M.: "Las libertades comunitarias como fundamento del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. ¿Cómo se justifica este derecho tras el *Brexit*?", *Revista de Estudios Jurídicos*, núm. 21, 2021.

Cantero Martínez, J. y Garrido Cuenca, N.M.: "Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (Ejemplar dedicado a: Las fronteras del derecho biosanitario), núm. 18, 2014.

Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C.: "La protección de la salud en la Constitución Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario*, núm. 57, 2005.

Carrascosa Bermejo, D., en "Los Reglamentos de la Unión Europea sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social (Rgtos CE/883/2004 y CE/987/2009): propuesta de modificación de 13-12-2016 y tendencias interpretativas en la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia", *Actum Social nº 119. Monográfico 2017,* Edit. Lefebvre.

Cervell Hortal, M.J.: "Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada", *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 3, núm. 2, 2011.

Díaz Barrado, C.M.: "Los objetivos de desarrollo sostenible: un principio de naturaleza incierta y varias dimensiones fragmentadas", *Anuario Español de Derecho Internacional,* vol. 32, 2016.

Díaz-Galán, E.: "El valor jurídico de la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible: ¿una nueva tendencia normativa?", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming*, DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.634, 2021

García De Cortázar Y Nebreda, C.:

— "La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 2003.

— "Extensión de las normas de coordinación de Seguridad Social a los nacionales de terceros Estados. El reglamento UE 1231/10", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración: Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, núm. 97, 2012.

— "Articulación e interrelación entre las vías de reembolso del Reglamento CE/883/2004 y las de la Directiva 2011/24/UE", en AA.VV.: *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Carrascosa Bermejo, D. (Dir.), Francis Lefebvre, Madrid, 2014.

García-Martín, L.: "Agenda 2030 y el desarrollo sostenible: reflexiones en torno a su naturaleza jurídica y aplicación en el derecho internacional por parte de los Estados y las empresas", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming,* DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.689.

García Murcia, J. Y Rodríguez Cardo, I.A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica", *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, vol. 17, núm. 1, 2014.

Labrada Rubio, V.: *Introducción a la teoría de los derechos humanos: fundamento. Historia. Declaración universal de 10 de Diciembre de 1948*, Civitas, 1998.

Lora-Tamayo Vallvé, M.: "La protección de la salud pública en la Unión Europea", *Revista de derecho de la Unión Europea*, núm. 11, 2006 (Ejemplar dedicado a: La protección de los ciudadanos europeos por el derecho de la Unión), págs. 95-116.

Mejía R., J.A.: "Aspectos teóricos y normativos de la *justiciabilidad* de los derechos económicos, sociales y culturales", *Revista IIDH*, núm. 51, 2010.

Monereo Pérez, J. L.:

— "¿Es la salud un derecho social fundamental? Elementos de fundamentación", en AA.VV., Pérez Bueno, L.C. y De Lorenzo García, R. (coords.), *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Edit. Laborum, 2016.

— "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010, https://revistaselectronicas.ujaen.es/public/journalslia/rej2021_21/151568764014/index.html

Moreno Vida, M.N.:

— "Retos ante el impacto de la Covid-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización", en AA.VV. Monereo Pérez, J.L, Rivas Vallejo, M.P, Moreno Vida, M.N. Vila Tierno, F., Y Álvarez Cortés, J.C. (dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19,*Tomo I, Aranzadi Thomson Reuters, 2021.

— "Las transformaciones sociales y tecnológicas y su incidencia en los sistemas nacionales europeos de asistencia sanitaria: apuntes para la reflexión", en AA.VV. María Nieves Moreno Vida, M.N. Y Díaz Aznarte, M.T (dirs.), *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Edit. Comares, 2019.

Riquelme Cortado, R.: "Entrada en vigor de Los Protocolos Facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a un procedimiento de comunicaciones", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Estudios, vol. 66, núm. 2, 2014.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: "El derecho a la protección de la salud las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social", (Tesis doctoral dirigida por Monereo Pérez, J.L.), Universidad de Granada, 2015. Repositorio institucional de la Universidad de Granada: https://digibug.ugr.es/handle/10481/40534

Sánchez Carrión, J.L. *Los convenios bilaterales de Seguridad Social en el Derecho español*, Edit. Dykinson, Madrid, 2008.

Sánchez-Rodas Navarro, C.: "Sobre la (in)competencia de las instituciones europeas para reformar los sistemas públicos de pensiones nacionales a la luz del derecho de la UE y de los tratados internacionales", *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 10, núm. 1, 2018.