

Ananda Plate

## La directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza: ¿una medida discriminatoria?

El 4 de abril de 2011 se publicó en el *Boletín Oficial de la Unión Europea* la nueva [Directiva 2011/24/EU](#) del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Esta directiva persigue la seguridad jurídica del ciudadano que requiere asistencia sanitaria transfronteriza (tanto los gastos generados por la asistencia sanitaria en otro Estado miembro, como los gastos de la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios). También promueve la cooperación entre estados miembros (respetando las competencias nacionales en materia de organización y prestación de asistencia sanitaria) y aclara la coordinación de los sistemas de seguridad social, ya recogida parcialmente en el Reglamento en el (CE) n.º 883/2004.

La UE no está legitimada ni pretende crear un *sistema sanitario europeo*; tampoco modifica las condiciones de la asistencia sanitaria, dado que la competencia en materia de organización y gestión sanitaria continúa siendo de los estados miembros. La directiva es un intento de conseguir que los ciudadanos con cobertura sanitaria en un Estado miembro puedan recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro. A pesar de que este dato es positivo, sobre todo para los pacientes con enfermedades raras para las que sólo existe tratamiento especializado en pocos estados, el interés del paciente sigue sin tenerse suficientemente en cuenta.

En primer lugar, sorprende la falta de reglas claras sobre cuándo se aplicará el reembolso (regla general) y cuándo podrá exigirse el pago directo del Estado de afiliación al Estado que concedió la asistencia sanitaria. En este punto, no sólo concede un margen de discrecionalidad demasiado amplio a los estados, sino que además permite la discriminación de personas sin recursos suficientes para adelantar el pago de determinados tratamientos. Pero mucho menos comprensible resulta la utilización del reembolso en los casos que requieran autorización previa (tratamiento especializado u hospitalización), porque, una vez autorizada la asistencia transfronteriza, el gasto correrá a cargo del Estado de afiliación, y dado que los tratamientos que requieren autorización suelen ser los más caros, el acceso a este tipo de asistencia transfronteriza queda limitada a personas con recursos suficientes. Si tenemos en cuenta que, según la directiva, cualquier Estado miembro puede denegar la autorización previa cuando el paciente o la población pueda correr un serio riesgo de seguridad, cuando se dude de la calidad del proveedor de la asistencia o cuando la asistencia pueda prestarse en el Estado miembro de afiliación dentro de un plazo de tiempo razonable, hubiese sido recomendable fijar un organismo neutral que valore las razones de la denegación del tratamiento en cuestión y la calidad del mismo.

En segundo lugar, la directiva tampoco fija el tiempo exacto que debe tardar el Estado en reembolsar, lo cual es otro perjuicio para el paciente sin recursos.

En tercer lugar, aunque la directiva insta a los estados miembros a crear un organismo de información nacional para los pacientes, no se les obliga a hacerlo en un plazo de tiempo razonable, lo cual puede suponer un grave perjuicio al derecho de información del paciente.

Otro punto muy preocupante es el de la protección de datos, ya que hay sectores que opinan que, para garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria transfronteriza, se requiere la transferencia de datos personales relativos a la salud del paciente. En algunos estados miembros, como España, la regulación referente a la protección de datos sanitarios es muy estricta, pero hay otros en que los datos sanitarios pueden compartirse con actores varios, como las aseguradoras. Por lo tanto, el deseo de que en un futuro se compartan los datos sanitarios entre todos los estados miembros podría suponer el riesgo de acabar aplicando la legislación menos restrictiva a los datos del paciente, lo cual, sin duda, sería muy perjudicial (sobre los estándares mínimos europeos en materia de protección de datos, véase el siguiente enlace: <http://www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00014531documento.pdf>).

Por último, no deja de ser curioso que, antes de la presente directiva, la discriminación radicara en la dificultad que vivían los ciudadanos europeos enfermos para desplazarse dentro de la UE, frente a los ciudadanos europeos sanos, que gozaban plenamente de la libertad de circulación de personas. Ahora, tras la aprobación de la directiva, la

discriminación pasa a colocarse entre los ciudadanos europeos enfermos con recursos y aquéllos sin recursos, es decir, entre los que pueden adelantar el pago de un tratamiento en otro Estado miembro y los que no. Si la UE ansía tanto la coordinación entre los sistemas sanitarios europeos, ¿por qué se ha centrado en el reembolso y no en el pago directo de los tratamientos? Sin duda, la directiva da un paso adelante importante en cuanto a la seguridad jurídica de los pacientes. Sin embargo, parece que el miedo de los estados miembros a la intrusión en sus sistemas nacionales de salud ha paralizado las ambiciosas metas integradoras y ha puesto mayor interés en prevenir el turismo sanitario que en la obligación de proteger y fomentar la salud de los ciudadanos europeos.

Los estados miembros tienen treinta meses para transponer la directiva; esperemos que lo hagan de manera eficiente, respetando su esencia y concediendo por fin al paciente (es decir, a la persona) el protagonismo que se merece.