

Revisando algunos aspectos clave del funcionamiento del SNS:

La gestión del aseguramiento en turistas y residentes temporales; problemas y alternativas.

Nayra Monzón Batista.
Sociedad Canaria de Salud Pública
NAYRAMONZON@telefonica.net

1º.INTRODUCCIÓN.

El análisis de la gestión del aseguramiento sanitario a la población extranjera y de la que reside de manera temporal en nuestro país, convergen en un problema de reintegro de gastos y de igualdad de acceso a nuestro SNS.

Por un lado nos encontramos con la asistencia sanitaria de los ciudadanos europeos que se desplazan a España y desde España, por períodos cortos o bien porque residen en nuestro país, o bien porque viajan a España con la única finalidad de recibir prestaciones no cubiertas en su país de origen (fenómeno conocido como “free rider” o “turismo sanitario”).

Del otro lado tenemos una nueva realidad socio-demográfica que se esta configurando en nuestro país, que es la inmigración, que dado el volumen que representa para determinadas comunidades autónomas y de cómo les afecta es un factor importante a tener en cuenta.

Este dinamismo de pacientes centra su problemática en varios temas principales: la equidad territorial, el aseguramiento público, el fondo de cohesión y su alcance. Todo esto nos debe llevar a cuestionarnos que tipo de atención sanitaria se esta ofre-

ciendo desde la perspectiva de la equidad del sistema en nuestro país.

En esta revisión de algunos aspectos fundamentales del funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), y dadas las particularidades que tiene en España por ser un país en plena explosión demográfica, debido al factor de la inmigración y del turismo, se hace imprescindible hacer un análisis pormenorizado y crítico de lo que le supone a nuestro SNS el aseguramiento de turistas y de residentes temporales y su gestión, máxime cuando el concepto de ciudadanía sanitaria hace que converjan realidades ajenas al SNS que lo condicionan y trastornan. Todo esto teniendo presentes los pronunciamientos del Tribunal de Justicia de la CE, en los que se reconoce el derecho a la libre circulación de pacientes en la UE cuando la prestación sanitaria no se pueda obtener en “tiempo oportuno” en el país de residencia¹¹⁵, Jurisprudencia que tiene un serio impacto en los sistemas nacionales de salud europeos.

Lo fundamental por tanto, y por obvio que resulte es empezar por definir las diferentes situaciones

¹¹⁵ *Casos Khol, Däckers, Smits-Peerboms. Vinagre Antequera, La equidad como garantía prestacional de los usuarios e identidad del Sistema Nacional de Salud. Ciudadanía y democracia sanitaria. Revista Administración Sanitaria. Vol.I. nº1, p 47-64.*

personales en las que se pueden encontrar los prestatarios de la asistencia sanitaria en la UE, La importancia de tener clara su definición estriba en determinar quien sufraga el coste de la asistencia sanitaria dispensada a estos usuarios. Sabemos por la práctica, que el actual sistema de reembolso por la asistencia sanitaria prestada a estos pacientes es muy deficiente, generándose un problema económico destacable para el Estado español, así como problemas de gestión en los pagos bilaterales entre países, relacionados fundamentalmente con el alcance de la cobertura sanitaria.

La asistencia sanitaria prestada a los extranjeros en virtud del art.12 de la Ley 4/2000, Orgánica de Extranjería¹¹⁶, surge como consecuencia de la nueva realidad sociodemográfica y cultural que esta surgiendo en nuestro país, hecho que se esta encontrando con un “vacío legal” aunque se les presta el servicio. Esta deficiencia jurídica, destacable en cuanto se refiere a la prestación sanitaria, ha dado lugar a que algunas CCAA legislen en esta materia, por la urgencia de dar respuesta jurídica a este colectivo de ciudadanos que no tienen contemplada legalmente una esfera tan importante de sus vidas como es la salud, este es el caso de la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, que extiende la cobertura de asistencia sanitaria del sistema sanitario público de Navarra a todos los inmigrantes en la Comunidad Foral. Es más, algunas de estas normas van mucho más lejos que la Ley de Extranjería.¹¹⁷

¹¹⁶ Art. 12 L.O. 4/2000 de Extranjería: “1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”.

¹¹⁷ Repullo Labrador, J.R, Oteo Ochoa, L.A, Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. “La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento.” Freire Campo, J.M .Pag 79. Ariel, Barcelona, 2005.

2º. SITUACIONES EN LAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR LOS CIUDADANOS EUROPEOS Y LOS EXTRANJEROS EN NUESTRO PAÍS.

Nos podemos encontrar en diversas situaciones tal y cómo se representa en este esquema¹¹⁸:

a) Los residentes que fijan su residencia en un Estado miembro distinto al suyo de origen.

Estos ciudadanos en virtud del art. 19.1. a., del Reglamento 1408/71 CEE del Consejo, de 14 de junio de 1971, “tendrán derecho a las prestaciones en especie servidas por cuenta de la institución competente por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que ésta aplique y como si estuviera afiliado a la misma”.

Los requisitos vienen establecidos en los art.17 del Reglamento 574/72 CEE del Consejo, de 21 de marzo de 1972, art. 17 del Reglamento 883/04 CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004. (Sólo se precisa la inscripción del trabajador y de su familia en el lugar de residencia, presentando un certificado que acredite el derecho a las prestaciones).

b) Los ciudadanos europeos que realizan una estancia en el Estado de origen cuando la residencia se encuentra en otro Estado miembro.

A estos ciudadanos que realizan una estancia en el Estado de origen cuando la residencia se encuentra en otro Estado miembro, les es de aplicación la normativa contenida en el art. 21 del Reglamento 1408/71 : “(...) cuando se halle en el territorio del Estado competente, disfrutará de las prestaciones según las disposiciones de la legislación de este Estado como si residiera en el mismo, incluso aunque haya disfrutado ya de prestaciones por el mismo proceso de enfermedad o maternidad antes de su estancia”. Esto también se aplica a los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto del Estado de origen, Art.18.1 Reglamento 883/04: “también podrán obtener prestaciones en especies mientras se encuentren en el Estado miembro compe-

¹¹⁸ Esquema y datos de Barrios Flores, L.F. Congreso AJS Zaragoza 2005, Mesa de Trabajo: “Europa y Sanidad Pública: El fenómeno del turismo sanitario”.

tente. Las prestaciones es especie serán facilitadas y sufragadas por la institución competente (de origen), según las disposiciones de la legislación que esta última parte aplique, como si los interesados residieran en dicho Estado miembro”.

Dentro de este colectivo el inconveniente fundamental lo establecen los pensionistas europeos que residen en España, pero que regresan a su país de origen para que se les preste asistencia sanitaria. Esto esta contemplado en los art. 28 del Reglamento 1408/71 y en el 27 del 883/2004.

c) Aquellos que realizan una estancia en otro Estado miembro diferente al de origen.

La norma vigente encuentra su redacción en el Art.22.1.a, del Reglamento 1408/71:“(…) cuyo estado requiera prestaciones en especie que sean necesarias desde un punto de vista médico durante una estancia en el territorio de otro Estado miembro, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia(…)”. En este caso las prestaciones corren a cargo de la institución del Estado de procedencia.

Sin embargo, la normativa pendiente de aplicar contiene similares prescripciones, art.19.1 del Reglamento 883/2004, aunque se añade una prescripción de interés en el art.19.2:”La Comisión administrativa elaborará 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”.

d) La situación de los extranjeros frente a la prestación sanitaria.

Los extranjeros ciudadanos de países terceros no residentes en la UE. Que se pueden encontrar en diferentes situaciones:

- Residentes legales afiliados a la Seguridad Social. Art.38.LGSS Acción protectora del sistema de la Seguridad Social.

- Empadronados en municipios españoles. Art.12.1 L.O. 4/2000 de Extranjería.

- Mujeres embarazadas. Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25,

de 20 noviembre de 1989, que entró en vigor el 2 de septiembre de 1989,art. 24.2.d. Art. 12.3 de la L.O 4/2000 de Extranjería.

-Menores de edad. Declaración de los Derechos del Niño, Asamblea General de la ONU, resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959 (Principio 4).Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 noviembre de 1989, que entró en vigor el 2 de septiembre de 1989.

- Resto de extranjeros cuando se encuentren en situaciones de urgencia. Art. 12.2 L.O 4/2000 de Extranjería.

- Extranjeros cuando no se encuentran en situación de urgencia. “pacientes privados”. Art. 16 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

3º.Problemas.

De gestión.

Desde el año 2004 que se puede solicitar la tarjeta sanitaria europea, los mismos que anteriormente gestionaban los modelos:

- los formularios E 111 y E 111 B (utilizados por los turistas);
- el formulario E 110 (utilizado por los transportistas internacionales);
- el formulario E 128 (utilizado por los trabajadores desplazados a otro Estado miembro y los estudiantes);
- el formulario E 119 (utilizado por los desempleados en busca de trabajo en otro Estado miembro).

Son atendidos en cualquier país integrante de la UE, del Espacio Económico Europeo y Suiza. Esto sigue permitiendo poder facturar los costes generados. El proceso de facturación es el siguiente: la factura se remite al INSS que es quien la ha de cobrar al país de origen del benefactor. El INSS asimismo, es quien paga a los países en donde se ha prestado asistencia sanitaria a españoles. Finalmente, de la diferencia entre lo facturado a otros países menos lo pagado, se envía al Ministerio de Sanidad y Consumo, al Fondo de Cohesión, que es el encargado de repartir y compensar así a las CCAA por los gastos generados en la atención a los extranjeros.

Esto que parece tan ejemplar tiene sus arduos inconvenientes en la práctica. Como primer obstáculo nos encontramos con que no todos los pacientes que llegan a nuestros servicios de urgencias lo hacen portando su tarjeta sanitaria, y aún así se les atiende, porque es evidente que prima su derecho a la vida, pero la tarea de recabar sus datos y la de facturar por esa prestación sufragada es imposible. En la realidad esto supone un porcentaje bajo pero que tenemos que contemplar.

El hecho de que a menudo los profesionales sanitarios no recaben de manera efectiva los datos a los pacientes extranjeros. Esto ocurre en la mayoría de los centros sanitarios públicos de las áreas más turísticas de España: Cataluña, Baleares, Valencia y Canarias.¹¹⁹ Esto es debido a que los profesionales sanitarios no están acostumbrados a cobrar por la atención médica porque se trata de un sistema sanitario universal y gratuito.

Aunque se obtengan bien los datos, estos la mayoría de las veces no son tratados adecuadamente por falta de tiempo para realizar tareas administrativas. Además hay que añadir que esta desidia por parte de los centros de atención primaria así como de los hospitales es que no son ellos los que gestionan la caja sanitaria

Pero el mayor problema estriba en el caso, en que portando la tarjeta sanitaria europea, hay prestaciones sanitarias que no se pueden facturar (intervenciones quirúrgicas, tratamientos...) porque en el país de origen del paciente extranjero no las cubre la cartera básica de servicios del país en cuestión.

Otro de los problemas derivados de la asistencia a extranjeros es que en el caso de que el país al que pertenece el usuario extranjero paga, lo hace directamente al INSS que destina una cantidad al denominado Fondo de Cohesión, por el que el Gobierno español compensa a las CCAA, pero no directamente a los Hospitales o Centros de Atención Primaria en donde se preste el servicio.

Otro de las dificultades a tener en cuenta es que el cálculo de medios técnicos y humano de cada centro de salud y hospitales están calculados según la población de derecho de cada comunidad, a esto se

le debe sumar la asistencia a la población turística que en algunas zonas de España dobla a la autóctona y que en ningún caso se cuenta a la hora de dotar de personal ni de medios a estos centros. Si además se le añade el problema de la inmigración que asola a algunas regiones españolas, nos encontramos con una realidad que apunta al desastre en nuestra organización sanitaria.

B) De financiación.

En la realidad sería más apropiado hablar de un déficit de financiación puesto que deuda sanitaria entendida como tal ya no existe.

Según el Informe realizado por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, creado por la I Conferencia de Presidentes, se observó que los gastos devengados pendientes de contabilizar al final de cada ejercicio, precisamente por falta de financiación pasaron, para el conjunto de CCAA, de un total 2.757.616.000€ en 1998 a los 6.036.233.000€ en 2003 (de los que el 80,3% correspondía a Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana), cifras que ponen de manifiesto la necesidad de corregir este déficit de financiación.

Otro de los problemas estructurales de la financiación parte del propio Fondo de Cohesión. “*Las Formulas de financiación territoriales no incorporan objetivos de desigualdades territoriales. El llamado Fondo de Cohesión, de nombre equívoco, apenas cubre en la práctica la atención a pacientes desplazados. Todavía no se ha encontrado una fórmula satisfactoria para resolver los flujos interiores de pacientes, ni para compensar a las CCAA por la atención a pacientes extranjeros.*”

El Real Decreto 1247/2002 que regula la gestión del Fondo de Cohesión es poco preciso al establecer las condiciones y requisitos para los desplazamientos de pacientes, art.2.a.1:” con autorización expresa de la comunidad autónoma de origen y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción, cuando en la comunidad autónoma de residencia no se disponga de los servicios hospitalarios que se requieren, o estos sean manifiestamente insufi-

¹¹⁹ *Estudio Europeo sobre la movilidad de pacientes, Europe for patients, Magda Rosenmoller, IESE.*

cientes para atender a la población, dentro del ámbito territorial de dicha comunidad”¹²⁰.

Para algunas CCAA, como es el caso de Canarias, una Comunidad Autónoma pequeña, sin comunidades limítrofes para desplazar a los que precisen de atención sanitaria, el Real Decreto 1247/2002 sobre la gestión del Fondo de Cohesión genera el inconveniente de que la Comunidad Autónoma de Canarias no se pueda beneficiar ni del traslado de pacientes a otras CCAA, ni pueda optar a la financiación del Estado. Así, uno de los principales problemas de esta Comunidad es la mayor presión que soporta en el gasto sanitario respecto a otras CCAA, puesto que no se le compensa por la atención sanitaria dispensada a ciudadanos que no siendo derivados, porque están de vacaciones o trabajando en dicha CCAA son atendidos como un ciudadano más, sin que luego se reciba nada del Fondo de Cohesión por estas prestaciones sanitarias sufragadas.

C) Otros problemas que se plantean.

-El gasto farmacéutico añadido al de la prestación sanitaria, caso de los pensionistas, que en sus países si deben pagar los medicamentos pero que en España están exentos.

-El turismo de larga estancia. No podemos cuantificar lo que nos supone para nuestra sanidad el denominado turismo de larga estancia. Este fenómeno creciente y cuyos actores principalmente son jubilados de otros países de la UE que deciden fijar su residencia por largas temporadas en España, atraídos fundamentalmente por el clima y por nuestra excelencia sanitaria. Estos jubilados comunitarios en su mayoría franceses, alemanes, e ingleses, suelen transferir sus derechos como pensionistas, de manera que sus países de origen pagan a España una cuota anual (la “cuota global”) para que el ciudadano tenga los mismos derechos de asistencia sanitaria y farmacéutica que cualquier ciudadano español, la dificultad nos la encontramos, cuando este residente decide que quiere recibir tratamiento sanitario en su país, puesto que es el país de residencia (es decir, España) el que paga el coste del tratamiento sanitario.

El problema radica en que muchos de estos ciudadanos no traspasan sus derechos de pensionistas

porque no quieren renunciar a las prestaciones que les ofrece el sistema sanitario de su país. Por tanto, nos encontramos con unos residentes en España que no se empadronan en los municipios en los que residen de manera prolongada, tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención urgente, y dado la edad que tienen, es habitual que requieran de dicha asistencia.

Otro problema que se plantea en nuestro SNS, es el caso de la reagrupación familiar de la que gozan muchos inmigrantes extracomunitarios, que permite que sus familiares a los que también da cobertura la tarjeta sanitaria, en muchos casos, se trata de tratamientos caros a los que no tienen acceso de manera gratuita en sus respectivos países.

4º. Alternativas.

Respecto a las críticas realizadas al Fondo de Cohesión planteadas y dado que este es un ejercicio de análisis constructivo se proponen alternativas de mejora para el mismo, en concreto me refirió a las que propone y ofrece la Catedrática González López-Valcárcel y la Profesora Barber Pérez en la publicación anteriormente referenciada, su propuesta es la siguiente: *“Proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrados por el MSC, y en un fondo de cohesión- o “fondo de igualdad” propiamente dicho. Para reducir desigualdades y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional.”*

Y es que uno de los mayores inconvenientes que ha tenido el Fondo de Cohesión es que no se ajusta a su definición por lo que no compensa de manera equitativa a aquellas CCAA que son “receptoras” de pacientes, como es el caso de todas aquellas CCAA afectadas por el turismo y la inmigración. Caso de Canarias, Baleares,...

Una de las soluciones podría partir de la creación de una cartera de servicios definida a nivel del Consejo Interterritorial, con una definición precisa de cuales van a ser sus fuentes de financiación.

La dotación a las CCAA de nuevos programas de información y gestión de datos que les permita una facturación eficaz. Es importante subrayar, la importancia que tiene la gestión de la Tarjeta Sanita-

¹²⁰ *González López-Valcárcel, B.; Barber Pérez, P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Documento de Trabajo 90/2006, pag 25. Fundación Alternativas.*

ria Europea, como medio de información efectivo en tiempo real para el país en donde se va a prestar la asistencia sanitaria teniendo en cuenta la cobertura sanitaria que tiene prevista en su país de origen, con lo que ahorraría ulteriores problemas de facturaciones denegadas.

Cuestionar la posible reclamación del descuento por lo pagado al país de origen en el caso de los pensionistas residentes en nuestro país que retornan a su país de origen a recibir tratamiento sanitario (descuento por el doble reembolso).

En referencia al gasto farmacéutico, que habitualmente queda fuera de la prestación sanitaria del país de origen del residente, que se reclame el pago de los mismos o se compense por su dispensación.

Una de las mayores preocupaciones se centra en el colectivo de ciudadanos extracomunitarios, que no estando afiliados a nuestra Seguridad Social, se sirven de sus prestaciones, porque la solución estriba es que se logren Convenios con los países de origen de los diferentes países a los que pertenecen la mayoría de extranjeros que están en nuestro país.

5º. Conclusiones.

Refiriéndonos al colectivo de residentes temporales y de extranjeros, vemos como este ámbito subjetivo de aplicación al aseguramiento sanitario y el análisis de su gestión se hace muy complicado por la diversidad de situaciones con las que nos podamos encontrar según un individuo pertenezca o no a un colectivo o a otro: ciudadano europeo, de un tercer país, inmigrante ilegal,..., toda vez que España es un país "receptor" de personas, por lo que su gasto sanitario se ve incrementado.

De ahí que tanto los problemas planteados como las alternativas tengan una posible traducción en cifras, es decir, que del análisis de la gestión del aseguramiento a residentes temporales y extranjeros se deduce que principal y fundamentalmente lo que prevalece es un problema de financiación, puesto hay CCAA como es el caso de las que tienen una fuerte presencia del turismo, en donde el gasto sanitario esta sometido a una mayor presión respecto a otras autonomías, puesto que no se les compensa por la atención sanitaria dispensada a estos ciudadanos.

Por lo que, uno de los mayores esfuerzos que se deben ir gestando es el de corregir las deficiencias existentes en el Fondo de Cohesión, sabiendo que la solución no está en incrementar su cuantía (medida que se adopto en septiembre de 2005), puesto que no existe equidad a la hora de compensar a las CCAA más afectadas y porque sólo nos sirve para el corto plazo.

Respecto de los problemas planteados en relación a la facturación de los gastos a ciudadanos europeos, hay que destacar como instrumento básico la Tarjeta Sanitaria Europea, como modelo único para todos los ciudadanos de la UE y que facilita por un lado la recogida y obtención de datos y por otro, el conocer el alcance de sus derechos como ciudadano de un determinado país de la UE, con lo cual nos evitamos los problemas que acarrear el desconocimiento de la cobertura sanitaria de un determinado paciente.

Haciéndonos eco de las peticiones realizadas en varias ocasiones por el Ministerio de Sanidad,¹²¹ la creación de un Fondo de Cohesión Europeo para compensar económicamente a los países la atención que prestan a usuarios de otros estados miembros de la UE, España sería uno de los países que más saldría ganando con la creación de un organismo de este tipo si en la practica resulta eficiente, puesto que es uno de los que mayor número de turistas recibe cada año y porque cuenta con un SNS con muchas prestaciones para sus pacientes y con un sistema sin copago.

Este Fondo de Cohesión Europeo podría ser una buena solución para España si no incurre en los defectos con los que nos estamos tropezando en España con nuestro Fondo de Cohesión. La alternativa sugerida por la Catedrática González López-Valcárcel y la Profesora Barber Pérez puede ser una iniciativa de cambio para el Fondo de Cohesión que lo dote de utilidad y de eficacia.

¹²¹ Fuente: artículo publicado en el País, "El coste de la movilidad de los pacientes", firmado por María Pau Costa. Barcelona, 22/11/2005.