

INFLUENCIA DEL “TURISMO SANITARIO” EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Cristina Díaz Pérez

*Coordinadora de Relaciones Internacionales
Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid
Universidad Pontificia de Salamanca*

Elena Chamorro Rebollo

*Vicedecana
Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid
Universidad Pontificia de Salamanca*

Óscar Álvarez López

*Vicedecano
Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid
Universidad Pontificia de Salamanca*

El objetivo de mi presentación es describir los defectos en la facturación de la asistencia sanitaria prestada por los sistemas de salud autonómicos a ciudadanos extranjeros no residentes y a personas sin recursos.

El sistema sanitario español ocupaba el séptimo lugar en la clasificación de los mejores sistemas sanitarios del mundo, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹

Si comparamos el sistema sanitario español con otros países de la OCDE, comprobamos que es de los pocos sistemas del mundo capaz de ofrecer una cobertura casi universal y financiada públicamente a un coste inferior al de otros países con igual o mayor renta por habitante.

Un país como EEUU donde la sanidad es eminentemente privada y tienen peores indicadores de salud, como por ejemplo una esperanza de vida

de 78,7 años, inferior a la media española de 82,4 años², se sitúa en el puesto 37º. Luego podemos afirmar que nuestro sistema sanitario público es uno de los mejores del mundo.

Por ejemplo el gasto total en salud, del año 2012, como porcentaje del total del Producto Interior Bruto, en España fue 9,3% frente al 17,7 % que invirtió Estados Unidos, en Sanidad.³ Y a pesar de que Estados Unidos es el país que más gasta en Sanidad del mundo, en el año 2012, en torno a 48 millones de personas, un 15,4% del total de la población estadounidense, no tuvo ningún tipo de cobertura sanitaria.⁴

² OECD. *Life expectancy at birth, total population 2013*. OECD Health Data Nº 11. Disponible en la URL: <http://stats.oecd.org/index.aspx#>

³ OECD Health Database: *Health expenditure and financing 2013*: OECD Health Statistics
<http://dx.doi.org/10.1787/hlthxp-total-table-2013-2-en>

⁴ U.S. Census Bureau, Demographic Statistical Methods Division. U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2013 Annual Social and Economic Supplements
<http://www.census.gov/prod/techdoc/cps/cpsmar13.pdf>

¹ OMS. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra.

La legitimación de un sistema sanitario se asienta sobre elementos de satisfacción, y en este caso, la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario público de España es muy elevada. El Barómetro Sanitario refleja cada año que aproximadamente 7 de cada 10 ciudadanos españoles juzga favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario público. En torno al 85% de los encuestados en el Barómetro consideró la asistencia recibida tanto de su médico de familia, como del especialista y la atención hospitalaria muy buena o buena⁵.

Los motivos por los que el sistema sanitario público español, es valorado tan positivamente están directamente relacionados con los principios, que podríamos calificar de rectores sobre los que se asienta nuestro sistema sanitario y habilitan el derecho a la protección de la salud (universalidad de la asistencia, gratuidad (en el sentido de financiación pública), equidad en el acceso):

I.-Respecto a la **UNIVERSALIDAD** de la asistencia sanitaria: el sistema sanitario español es uno de los más universales porque hasta el año 2012, ha dado cobertura al 98,97% de ciudadanos y residentes del Estado español⁶.

Esta cifra de casi el 100%, contrasta con el porcentaje de cobertura del año 1960, cuando sólo un 54% de la población española o residente en España, tenía consolidado este derecho; en 1980 era del 83%, en 2001 era del 98,9% y en 2010 era del 99,2%. Es decir que la universalización en España ha sido lenta y se han necesitado 50 años para dar cobertura a casi el total de la población⁷.

La universalidad de nuestro sistema sanitario se extiende a los ciudadanos procedentes de otras naciones. Los asegurados de un país desplazados temporal o permanentemente en España que requieren asistencia sanitaria pueden recibirla a través del sistema sanitario público, pero el Estado de origen de los desplazados debe reembolsar el importe correspondiente a las prestaciones que han recibido sus asegurados.

5 MSSI. Presentación de resultados barómetro sanitario 2012. Madrid, 2013. Disponible en URL <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

6 MSSI. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud: INCLASNS-Base de datos. 2014

7 ECHI (European Community Health Indicators). HEIDI DATA TOOLS. *Government Health Insurance Coverage: percentage of total population*. Time series of 51 years. 2012 Disponible en URL: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm

Sin embargo la universalidad se ha visto recientemente restringida puesto que en virtud del RDL 16/2012, de 20 de abril, un ciudadano extranjero no Comunitario sólo podrá recibir asistencia sanitaria pública, si ostenta la condición de asegurado, cuyos requisitos son: ser titular de una autorización para residir en territorio español, no superar el límite de ingresos anuales de cien mil euros (100.000) y no tener la cobertura sanitaria obligatoria por otra vía. El resto de supuestos, es decir los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes o beneficiarios de asegurados en España, mayores de 18 años, sólo podrán recibir asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, y las mujeres extranjeras embarazadas tendrán derecho a asistencia en embarazo, parto y postparto.

Las personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del SNS, también tendrán derecho a prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la cuota derivada de la suscripción de un Convenio especial, a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Asimismo tendrán acceso a la Asistencia sanitaria siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, las personas con derecho a la misma en aplicación de convenios bilaterales y los solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos⁸.

II.-Respecto a la característica de **GRATUIDAD**, ésta debe ser entendida en el sentido de que hasta el año 2012, toda la población podía acceder al sistema sanitario sin restricciones económicas, y en el momento de la asistencia, el ciudadano no tenía que abonar ningún coste, gracias a la financiación pública del sistema sanitario, pero no es cierta la extendida coletilla de que la “*sanidad pública es gratuita*”. Cualquier sistema sanitario, sea público o privado, tiene un coste económico. El coste de nuestro sistema sanitario es sufragado por los ciudadanos puesto que contribuimos a su sostén económico, con aportaciones que derivan de nuestros impuestos, tales como el IVA, el Impuesto de Sociedades, el IRPF, e incluso el Impuesto sobre las ventas minoristas de determinados Hidrocarburos.-

8 Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/BeneficiariosSituac30476/index.htm Consultada 16/04/2014

Lamentablemente, la asistencia sanitaria en España tal y como está concebida en la actualidad es insostenible económicamente durante más tiempo. Este déficit de las cuentas públicas sanitarias ha justificado la adopción de medidas urgentes, implementadas a través del RDL 16/2012, tendentes a garantizar la viabilidad en el futuro del sistema público sanitario.

Al hilo del elevado coste de la sanidad pública, cabe reseñar que en España, el gasto sanitario farmacéutico es muy elevado y constituye el 19% del total del gasto sanitario (según últimos datos disponibles). El gasto farmacéutico como porcentaje del total de gasto sanitario fue en 2011 en España del 17,4%. Si comparamos este dato con el de otros países de la UE, vemos que en España se invierte mucho en gasto farmacéutico, superando incluso a muchos países de la UE, tales como Dinamarca (6,8%), Finlandia (13,2%), Francia (15,6%), Alemania (14,1%), Italia (16,2%), Portugal (17,9%)⁹.

III.-Finalmente el último principio rector de nuestro sistema sanitario es la **EQUIDAD** en el acceso a la asistencia sanitaria, que debe ser similar y de calidad para todos los asegurados. Apoyándonos en los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, 2011/12, podemos afirmar que hasta el año 2012 la accesibilidad y uso de los servicios sanitarios públicos fue equiparable entre la población española y la población extranjera que requirió de asistencia sanitaria. Por ejemplo el nº medio de consultas al médico de familia o pediatra (referido a las últimas 4 semanas) según el país de nacimiento fue de 1.3 en la población española y 1.2 en la extranjera. Y el número medio de consultas al especialista fue de 1.4 en extranjeros y 1.3 en españoles¹⁰.

El porcentaje de inaccesibilidad al sistema sanitario en España hasta el año 2012, fue muy bajo, tan sólo un 2,8% de extranjeros tuvo dificultades de acceso a los servicios sanitarios públicos de España, frente al 1,8% de la población española según los últimos datos disponibles. Encuesta Nacional de Salud 2012¹¹.

9 OECD Health Statistics. *Pharmaceutical health expenditure and pharmaceutical health expenditure per capita*. 2012. Disponible en URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-expenditure-per-capita_pharmexpcap-table-en

10 MSSSI. ENSE2011/12 Encuestas nº 2.015 y 2.027. Disponible en URL: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

11 MSSSI. ENSE 2012. Encuesta nº 2.176. Inaccesibilidad a la asistencia médica en los últimos 12 meses. Números absolutos (en miles) según sexo y país de nacimiento.

En una comparativa a nivel europeo, las cifras de inaccesibilidad al sistema sanitario de un país, debido a barreras económicas, tiempos de espera o distancias de desplazamiento hasta los centros sanitarios han sido muy bajas en España (0,7%) hasta el año 2012, en comparación no sólo con la media de los 27 países de la UE (3,5%), sino con países tales como Alemania (1,6%), Francia(2,2%) o Italia(5,6%) tal y como muestran los Indicadores de Salud de la Comunidad Europea¹².

Diversos estudios destacan que la población inmigrante, procedente de países de menor desarrollo como Ecuador, Colombia, Bolivia, Marruecos, Ucrania y Rumanía, es población joven, que se comporta de forma similar a la población nativa española en los servicios básicos sanitarios y utilizan menos los servicios más especializados o las hospitalizaciones prolongadas.

Sin embargo un estudio elaborado por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia señala que los turistas y extranjeros residentes en España, procedentes de Europa occidental, concretamente de Reino Unido, Alemania y Francia: son en su mayoría mayores de 65 años, y son consumidores elevados de fármacos en proporción superior a los españoles, que obtienen gratuitamente en España por ser jubilados y portadores de Tarjeta Sanitaria Europea, en adelante TSE, tienen los mismos derechos de prestaciones que los pacientes españoles, y sus estancias en hospitales de la red pública sanitaria también son más prolongadas que las de los nacionales¹³.

El abuso del denominado **TURISMO SANITARIO**, hace alusión a la situación que desde hace décadas, se vive en España. Turistas de elevado poder adquisitivo, de origen británico, alemán, francés, portadores de la Tarjeta Sanitaria Europea, y otros ciudadanos extracomunitarios, han hecho un uso y un abuso, de la universalidad de nuestra sanidad española. Estos ciudadanos exportaban el derecho a recibir asistencia sanitaria, pero de manera incorrecta, puesto que sólo venían a España para recibir asistencia sanitaria gratuita, que lejos de ser un asistencia coyuntural y necesaria por no ser demorable

12 ECHI. 2012. *Proportion of people with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances*. Disponible en URL: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/query/flashapp/sancoflexapp.swf

13 TORMO MJ, COLORADO S, BALLESTA M, SALMERÓN D, DIOS S Y NAVARRO C. La salud de los inmigrantes en la región de Murcia. Estudio Salud y Culturas. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia 2013, p 82

hasta la llegada a sus países de origen, era una asistencia planificada y programada con el fin de obtener prestaciones sanitarias no financiadas en sus países de origen.

A mayor abundamiento, estas prestaciones recibidas en la red de centros sanitarios públicos de España, no eran facturadas a sus países de origen, por errores de la Administración en la gestión de las facturas a turistas y extranjeros no residentes. En consecuencia se han practicado, con cargo a nuestra sanidad pública, intervenciones de elevados costes económicos que, debido a las ineficiencias, no fueron reembolsadas a España y, que han sido asumidos por el sistema público de salud.

El Tribunal de Cuentas ha señalado recientemente en su Informe de Fiscalización de la Gestión de las prestaciones Sanitarias que el importe facturado por el INSS derivado de la asistencia sanitaria en España a asegurados de otros países fue en 2009 un 627% superior al importe de los gastos recibidos por la asistencia prestada en estos países a españoles¹⁴.

La diferencia entre las magnitudes de «España Acreedora» y «España Deudora», se debe a que España es un país eminentemente receptor de turistas y residentes extranjeros a los que se presta cobertura sanitaria. El Informe subraya diversos errores relacionados con la gestión de la facturación del INSS de gastos derivados de asistencia sanitaria pública a asegurados extranjeros o a españoles asistidos en el extranjero¹⁵:

-Los índices de facturación a Francia y Portugal, por las prestaciones sanitarias servidas a franceses y portugueses, son bastante superiores a la media del resto de Estados; esto es debido a la proximidad geográfica, al ser estados fronterizos, pero constituye un abuso de estos ciudadanos porque realmente no estaban en estancia temporal en España, y no fue una utilización coyuntural de los servicios sanitarios españoles, sino provocada deliberadamente. En este sentido, el 70,7% de las facturas emitidas por asistencias sanitarias prestadas en Badajoz, correspondían al Hospital Materno-Infantil, concretamente a

mujeres embarazadas precedentes de Portugal, que procuraban ser atendidas en hospitales españoles en el momento del parto.

-También se detectaron errores entre la proporción de pensionistas mayores de 65 años procedentes de Estados Europeos y Suiza, empadronados en España y el número de pensionistas por los que España emite facturación a estos Estados, que era notablemente inferior al real. Y por ello se facturaron menos cuotas de las que debería haber recibido el INSS. Por ejemplo destaca Bulgaria, con un total de 1.679 pensionistas empadronados y sólo 69 por los que España facturó a Bulgaria en 2009, Rumania (4.537 empadronados y sólo 118 facturados), Irlanda (2.256 frente a 360), Italia (11.638 frente a 2.109) y Portugal (5.896 frente a 790).

-El Tribunal detectó que el número de facturas recibidas por España, durante el año 2009, procedentes de Alemania, derivadas de asistencia sanitaria a españoles que se encontraban en Alemania fue un 716% superior al número de facturas emitidas por España a este país por asistencias a alemanes en España. Es decir que Alemania expidió a España más de siete facturas por cada una que emitió España.

-En el ejercicio 2009, España recibió, más de 3.000 facturas por prestaciones odontológicas, de las que el 99 % procedían exclusivamente de Alemania, Francia y Bélgica. Se pone así de manifiesto que asegurados a cargo de la Seguridad Social española se desplazan a otros Estados en los que las prestaciones odontológicas están cubiertas por sus respectivos Sistemas de Nacionales de salud, con el fin de eludir la aplicación de la normativa española, al recibir prestaciones odontológicas que en España deben ser financiadas por el propio paciente.

-Respecto a la asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, el Informe destaca que el acceso de nacionales de terceros Estados a las prestaciones sanitarias en España mediante la figura de «*persona sin recursos económicos suficientes*» ha sido abusivo. Esta figura conlleva la gratuidad de las prestaciones sanitarias mediante el uso de la tarjeta sanitaria individual y acceso a todas las prestaciones de los centros sanitarios, incluidas prestaciones farmacéuticas.

El Tribunal ha detectado el uso fraudulento de esta figura por parte de personas no españolas que no reunían los requisitos exigidos legalmente, Bien porque tenían cubiertas sus prestaciones sanitarias por

14 Resolución de 18 de diciembre de 2012, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas en relación con el Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 72. Sección III. 25 de marzo de 2013

15 BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 72 Sec. III. 25 de marzo de 2013 Pág. 23172,23174

la Seguridad Social de sus respectivos Estados de origen, o bien por disponer dentro o fuera de España de recursos económicos suficientes.

Se llegaba a dar la paradoja de que personas con su residencia habitual en sus Estados de origen, fronterizos con España, seguían manteniendo sus tarjetas sanitarias individuales, por error no anuladas por las Comunidades Autónomas, y volvían a España exclusivamente para recibir prestaciones en establecimientos sanitarios. (v.g. ciudadanos marroquíes o portugueses acuden a recibir asistencia a Ceuta y Melilla, o a Cáceres, Badajoz, Pontevedra, etc.).

-Respecto a los Convenios Bilaterales de seguridad social suscritos por España que contemplan las prestaciones de asistencia sanitaria cabe reseñar que en el ejercicio 2009, España tenía suscritos siete Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban prestaciones de asistencia sanitaria (con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez). El Tribunal detectó las siguientes deficiencias:

- La facturación emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social derivada de las prestaciones sanitarias servidas a las personas protegidas por la Seguridad Social de Brasil, Chile, Ecuador y Perú nunca ha sido abonada por estos Estados, a pesar de que estos Convenios Bilaterales entraron en el 1995, 1998, 1962 y 2005, respectivamente.
- El Convenio Bilateral de Seguridad Social establecido entre España y Marruecos es especialmente gravoso para España desde una perspectiva económica, dado que el importe facturado por Marruecos a España fue 16 veces superior al facturado por España, debido a que Marruecos factura a España incluso por la asistencia sanitaria prestada a beneficiarios de marroquíes que trabajan en España, pero cuyos familiares con tarjeta de beneficiarios española realmente residen en Marruecos. Esta situación se agrava para España, si se considera que el número de personas de nacionalidad marroquí a cargo de la Seguridad Social española, que eran titulares de la tarjeta sanitaria individual por tener la condición de «*personas sin recursos económicos suficientes*» ascendió, a 15 de junio de 2010, a 67.277 personas¹⁶.

De igual manera, el Tribunal también detectó que se dieron prestaciones sanitarias a titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por otros Estados no necesarias desde un punto de vista médico, que podrían haber sido pospuestas hasta que el titular regresara a su país. En consecuencia, estos titulares de TSE, accedían a prestaciones sanitarias que en España son gratuitas y en otros Estados no. La TSE habilita el derecho de su titular a recibir, en sus desplazamientos temporales al territorio de otro Estado, las prestaciones de asistencia sanitaria que resulten necesarias, y no puedan posponerse hasta su regreso desde un punto de vista médico. A modo de ejemplo el Tribunal señalaba algunos casos ocurridos durante el ejercicio 2009:

- Una titular de TSE emitida por Francia recibió en un Hospital del Sistema Nacional de Salud un total de 223 prestaciones sanitarias, que incluyeron tratamientos de, cinesiterapia, termoterapia, electroestimulación y ultrasonidos, que podían haber sido pospuestos hasta el regreso a su país, y cuyos costes ascendieron a casi 25.000, pero sólo se facturaron 4.300 euros.
- Un titular de TSE emitida por Alemania también fue atendido en otro Hospital del Sistema Nacional de Salud, recibiendo 52 prestaciones sanitarias, que incluyeron tratamientos de cinesiterapia activa, pasiva y consultas sucesivas, por un importe de 5.700 euros, que no fueron facturados por el INSS.
- En otro Hospital público, una titular de una TSE emitida por Italia recibió prestaciones relativas a una dolencia de rodilla, incluso una intervención quirúrgica, que eran médicamente demorables hasta que llegara a su país, cuyos gastos ascendieron a más de 8000 €, pero se facturaron menos de 500€.
- Paralelamente, el Tribunal de Cuentas constató que el INSS prácticamente no facturaba ningún coste por las prestaciones farmacéuticas servidas a asegurados de otros países, muchos de ellos residentes mayores de 65 años en Canarias, es decir que obtenían los medicamentos en España de forma gratuita. Todo ello a pesar de que tal y como hemos detallado previamente el gasto sanitario en España es de los más altos de todos los países de la UE. Con lo que se ha estimado que el perjuicio ocasionado por la falta de facturación del gasto farmacéutico supone para España un coste casi 4,5 millones euros por año. El Tribunal

16 BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Núm. 72 Sec. III. 25 de marzo de 2013. P. 23189

alertaba sobre el riesgo de que, este colectivo se estuviera haciendo un acopio gratuito de medicamentos a costa de la sanidad pública de España.

- Finalmente el Tribunal señalaba que las tarifas de precios públicos correspondientes a las prestaciones de asistencia sanitaria aprobadas por cada CC.AA. y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria son, muy dispares entre sí, por lo que existen considerables diferencias entre Comunidades Autónomas en los precios aprobados para un mismo servicio sanitario. Estas diferencias de precios tienen relevancia para el reparto económico de las cuantías de compensación de gasto sanitario del Fondo de Cohesión Sanitaria, siendo un factor de desventaja para aquellas Comunidades Autónomas que tengan aprobados unos precios inferiores a otras. A modo de ejemplo, hemos comparado algunos precios públicos, aprobados por cada servicio sanitario Autonómico y publicados en sus respectivos Boletines Oficiales¹⁷.

- Si contrastamos la Consulta médica urgente al personal Facultativo de Atención Primaria sin pruebas complementarias:

- En SACYL: 73,01 euros.
- En SERMAS: 39€.
- En el Servicio Catalán Salud: 60 €.
- En SESCAM: 81,09 euros.

EN RESUMEN

Hasta el año 2012, la legislación vigente permitía a los extranjeros el acceso a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles, con el simple requisito del empadronamiento. Por ello, podemos afirmar que hasta este año 2012, la asistencia sanitaria en España ha dado una cobertura universal con accesibilidad al mismo de cualquier persona nacional o extranjera.

No obstante, las estadísticas también reflejan el elevado gasto de la sanidad pública, y las dificultades de sostenibilidad por las que están pasando en la actualidad los diversos sistemas de salud públicos autonómicos.

El Tribunal de Cuentas sacó a la luz los numerosos defectos en la facturación de los gastos sanitarios, la falta de control de las autoridades españolas, la falta de sanción a los titulares que han hecho un uso fraudulento de la Tarjeta sanitaria europea, o de la figura de persona sin recursos económicos; errores que acarrearón a España un desmesurado gasto sanitario.

Ante los problemas y carencias detectados por el Tribunal de Cuentas, ha sido necesario implementar una serie de medidas (recogidas en el RDL 16/2012), para mejorar esa gestión de las facturas, y limitar el abuso de la asistencia sanitaria pública gratuita, sin causas justificadas. El RDL 16/2012, fue promulgado con el objetivo de plantear propuestas de ahorro de gasto sanitario, pero en realidad ha modificado uno de los principios rectores al que aludíamos previamente, la universalidad, al vincular el derecho a la asistencia sanitaria a la condición de asegurado. Siendo del todo desproporcionado intentar solucionar este problema del turismo sanitario con una limitación del derecho a la protección de la salud de un colectivo especialmente vulnerable como es el de los inmigrantes irregulares, opinión que ha manifestado la Asociación de Juristas de la Salud, a través de su Presidenta, D^a Josefa Cantero Martínez y la cual comparto.¹⁸

Teniendo en cuenta que España es el segundo país de la UE-27 con más población extranjera residente, con un 12% del total, solo superada por Alemania, podemos considerar que la exclusión de cobertura sanitaria de los inmigrantes irregulares, implementada por el RDL 16/2012, ha dejado desprotegidos a un gran número de personas residentes en España.

En relación al mayor gasto sanitario por parte de turistas europeos que pasan largas estancias en España, éste no supondría ningún riesgo para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, si se facturasen correctamente los costes sanitarios a sus países de origen.

Por otro lado, ha quedado acreditado que es erróneo pensar que los inmigrantes de países menos desarrollados residentes en España utilizan de forma abusiva el sistema sanitario público puesto que la frecuencia de acceso es similar a la de los nacionales, y a la par, también se ha constatado que tienen mayores dificultades de acceso a los recursos sanitarios que la población autóctona.

¹⁷ BOCYL. Núm 119. 23 de junio 2010. P. 49646
B.O.C.M. Núm. 215. 10 de septiembre de 2013. P. 8
Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 6079. 2 de marzo de 2012. P. 10706
Diario Oficial de Castilla la Mancha nº 153. 8 de agosto de 2013. P. 22383

¹⁸CANTERO MARTÍNEZ, Josefa. *Posicionamiento de la Asociación de Juristas de la Salud ante el RDL 16/2012*"

Como solución al turismo sanitario, y siguiendo las indicaciones del Tribunal de Cuentas, se deben mejorar las técnicas de facturación para que el coste de esta asistencia sanitaria pueda ser repercutido a los respectivos países de origen. Y se debe agilizar la compensación económica por atención a pacientes entre Comunidades Autónomas, estableciendo un sistema eficaz de facturación a terceros y vigilando y sancionando los casos de doble cobertura o el uso fraudulento de la Tarjeta Sanitaria.

Finalmente y a modo de conclusión reseñar que el derecho a la asistencia sanitaria debe basarse en el hecho de ser ciudadano y no estar condicionado a estar o no dado de alta en la seguridad social, o en situación administrativa regular o irregular o con condición de asegurado o no. Y debemos eliminar dos ideas erróneas, una, que la sanidad pública es gratuita, porque muy al contrario tiene costes muy elevados, de manera que todos debemos hacer un uso racional y moderado de la misma, y dos, desterrar la idea de que tanto los inmigrantes ilegales como los pensionistas, se aprovechan del sistema sanitario sin contribuir a su sostenimiento, puesto que sí lo hacen a través del pago de estos impuestos indirectos.

Dado que nuestro país está considerado de los mejores proveedores de prestaciones de salud en el entorno europeo y es un país receptor de turismo, y en aras de aplicar el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza vigente, comencemos a exportar no sólo la imagen de sol y playas de España sino, la imagen de calidad de la asistencia sanitaria, tanto privada como pública, de la que gozamos, para que otros ciudadanos europeos vengan a España a recibir una asistencia sanitaria que correctamente facturada a sus países de origen, constituya otra fuente de ingresos. De momento esta opción es viable a través de proveedores sanitarios privados, pero si en un futuro si se reforzara el personal y presupuesto del sistema sanitario público de cada Comunidad Autónoma, sería también viable para los diversos servicios públicos de salud autonómicos.