
Las prestaciones de asistencia sanitaria en los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. Problemática que genera su aplicación en la Comunidad Autónoma de Canarias

Guillermo Martín Ribot

Director del Servicio Canario de la Salud.

Introducción

Ninguna duda cabe de que las Islas Canarias son, junto con las Baleares, la Comunidad Valenciana y Andalucía, uno de los destinos preferidos por los ciudadanos europeos.

La población con nacionalidad en alguno de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) que reside en Canarias no ha dejado de crecer a lo largo de la última década, con la excepción del año 2004, detectándose, por tanto, dos períodos de crecimiento, el de 1999-2003 y el de 2004-2008, este último con un ritmo algo superior.

Este colectivo presenta importantes diferencias en cuanto a estructura por edades en relación con la

población autóctona. Mientras que esta última tiene un perfil eminentemente joven y en edad laboralmente activa, la población con origen en la UE tiene un perfil algo diferente y con mayor peso de los mayores de 65 años.

A lo largo de la década 1999-2008, siempre el número de turistas ha superado los 9 millones de visitantes y en 2001 se superó el listón de los 10 millones. No obstante, se ha experimentado una disminución de visitantes entre 1999 (9.855.255) y 2008 (9.210.509), básicamente por la caída del turismo procedente de los países de la UE (-13,17%) y en particular de Alemania (-17,47%).

No obstante, el colectivo de ciudadanos de la UE que pasa sus vaca-

ciones en Canarias ha conservado un peso sobre el total de turistas superior al 72% a lo largo de la última década. Los dos grandes países origen de nuestro turismo, Reino Unido y Alemania, han reflejado un comportamiento dispar en este periodo. Mientras que la importancia relativa de los británicos ha crecido, la de los alemanes se ha reducido.

Estos ciudadanos comunitarios que, bien residen en nuestra Comunidad Autónoma, bien nos visitan temporalmente, requieren en ocasiones hacer uso de nuestros servicios sanitarios. Y esto es algo que, si bien está presente en todo el Archipiélago, se palpa de un modo especial en las zonas ubicadas en el sur de determinadas islas, aquellas que acogen a un mayor número de turistas.

Como en otras Comunidades Autónomas en situación similar, en la población local se genera un sentimiento de que consumen gratuitamente unos recursos que no les corresponden, y ya de por sí considerados siempre escasos. Para el personal sanitario producen no pocas disfunciones en el funcionamiento de los centros. Los factores causantes son, por un lado, el número de personas que acuden a los centros y, en ocasiones, el des-

conocimiento del idioma. Por otro, el abanico de servicios que solicitan.

Pero, ¿cuál es la problemática detectada desde la Administración sanitaria?

Su análisis es el objeto de este trabajo.

La normativa aplicable

Los principios de libre circulación de las personas en el mercado interior, la no discriminación por razón, entre otras cosas, de nacionalidad, y la necesidad y proporcionalidad de toda restricción a la libre circulación, recogidos en el Tratado de la UE, sirven de base a los Reglamentos encargados de disciplinar la coordinación entre los distintos sistemas de Seguridad Social⁽¹⁾,¹⁻³.

El ámbito territorial de estos Reglamentos es el Espacio Económico

⁽¹⁾ Pese a la aprobación y publicación del Reglamento (CE) n° 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, en la actualidad continúa vigente el Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y el Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del anterior. Una vez se apruebe este su reglamento de aplicación quedará derogado.

Europeo (formado por los 27 Estados miembros de la UE, Islandia, Liechtenstein y Noruega) y Suiza. Vemos, por tanto, que se extiende más allá de la UE ⁽²⁾.

Dentro del campo de aplicación material se incluyen las prestaciones de enfermedad ⁽³⁾.

Los supuestos que nos vamos a encontrar son los siguientes: estancia temporal en Canarias por motivos no médicos de ciudadanos de otros Estados miembros, pacientes que vienen a recibir un tratamiento autorizado por el Estado miembro de origen y ciudadanos de otros Estados miembros residentes en Canarias.

Estancia temporal en Canarias, por motivos no médicos, de ciudadanos de otros Estados miembros

En su redacción original el Reglamento de 1971 diferenciaba la estan-

cia temporal del trabajador de la estancia temporal del pensionista. La regulación de la primera era bastante restrictiva, limitándose a aquella "(...) cuyo estado requiera de modo inmediato prestaciones durante una estancia en el territorio de otro Estado miembro" ⁽⁴⁾.

En el caso de los pensionistas, sin embargo, la asistencia sanitaria que el Estado de acogida venía obligado a prestar era la necesaria desde el punto de vista médico, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia ⁽⁵⁾.

En el año 2004, con motivo de la implantación de la tarjeta sanitaria europea (TSE), se planteó la necesidad de igualar las prestaciones en ambos supuestos, ampliándose en los casos de desplazamientos temporales del trabajador y sus familiares, al desaparecer el requisito de inmediatez o urgencia ⁽⁶⁾.

En todo caso, la institución del lugar de estancia (en nuestro caso, el Servicio Canario de la Salud) facilitará las prestaciones según las disposi-

⁽²⁾ En el texto del Reglamento 883/2004, publicado en el DOCE de 30 de abril de 2004, figura expresamente: "Texto pertinente a efectos del EEE y de Suiza". En este sentido, no debe inducirnos a error la información que figura en la página web de la Seguridad Social española, que hace referencia a los países de la UE y del EEE, incluyendo en este último solamente a Islandia, Liechtenstein y Noruega. Puede comprobarse en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Internacional/reglamentoscomunitarios2/EvigorRegCom2/index.htm

⁽³⁾ Art. 4 del Reglamento 1408/71.

⁽⁴⁾ Art. 22.1.a) del Reglamento de 1971.

⁽⁵⁾ Art. 31.1.a) del Reglamento de 1971.

⁽⁶⁾ El artículo 22.1.a) modificó su redacción mediante el Reglamento CE n° 631/2004. En los mismos términos, el artículo 19.1 del Reglamento CE n° 883/2004.

ciones de la legislación básica del Estado y la autonómica de desarrollo, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación, si bien deberán ser abonadas por la institución competente (la del Estado miembro de donde procede el desplazado). A tal efecto, el Servicio Canario de la Salud ha de facturar el coste real de la asistencia prestada a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)⁽⁷⁾.

Si lo que se pretendía era no tener que hacer referencias en la TSE a la situación de pensionista del desplazado, la medida adoptada no ha sido suficiente.

El problema se está planteando en España con la prestación farmacéutica, gratuita para los pensionistas.

En algunos servicios de salud se exige a esos ciudadanos que acrediten su condición por cualquier otro medio, ya que la TSE no lo hace.

Pues bien, la Comisión Europea se ha dirigido a España, al entender que con estas actuaciones se obstaculiza el derecho a la libre circulación, y que

la TSE por sí misma debe servir para garantizar las prestaciones necesarias. Parece claro que la solución pasa por incluir este dato en la TSE⁽⁸⁾.

Un supuesto especial lo tenemos con aquellos tratamientos vitales que sólo son accesibles en unidades médicas especializadas o por personal o equipamiento especializado, como por ejemplo la hemodiálisis o la oxigenoterapia. Estos tratamientos deben, en principio, ser objeto de un acuerdo previo entre el paciente y la unidad que lo dispense, a fin de garantizar que está disponible durante la estancia temporal de la persona asegurada en esta Comunidad Autónoma⁽⁹⁾.

Tratamientos programados de ciudadanos de otro Estado miembro

También estará obligado el Servicio Canario de la Salud a facilitar las prestaciones, como si de un ciudadano con tarjeta sanitaria canaria se

⁽⁷⁾ El régimen económico de la Seguridad Social es competencia exclusiva del Estado (art. 149.1 17 de la CE). La facturación practicada a los ciudadanos europeos en estancia temporal en Canarias se ha multiplicado por 3,9 en la década 1999-2008, alcanzando los 9.493.003,60 euros.

⁽⁸⁾ Puede verse la noticia publicada en el periódico ABC, de 20 de febrero de 2009 (versión electrónica).

⁽⁹⁾ Véase la Decisión n° 196, de 23 de marzo de 2004, en aplicación del apartado I bis del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 del Consejo para las personas sometidas a diálisis o a oxigenoterapia (DOCE de 30 de abril de 2004. Corrección de errores DOCE de 12 de junio de 2004).

tratase, a aquellos ciudadanos del Espacio Económico Europeo (EEE) y Suiza que sean autorizados por la institución competente a desplazarse a Canarias para recibir aquí la asistencia apropiada a su estado.

La autorización deberá ser 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⁽¹⁰⁾.

La prestación será abonada por el Estado miembro que autorizó el tratamiento y el formulario que acredita la autorización es el E-112.

La concesión o denegación de esta autorización que, a simple vista, pudiera parecer exenta de complicaciones, ha generado multitud de sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea⁽¹¹⁾ y ha dado lugar a numerosos comentarios doctrinales⁴⁻⁸.

⁽¹⁰⁾ Art. 22.1.c y 22.2 del Reglamento 1408/1971 y art. 20 del Reglamento 883/2004.

⁽¹¹⁾ Entre otras, las de 28 de abril de 1998 en los Asuntos C-120/95, Decker y C-158/96, Kohll, de 12 de julio de 2001 en los Asuntos C-157/99, Geraets-

Ciudadanos de otros Estados miembros residentes en Canarias

También los trabajadores y los pensionistas de otros Estados miembros, así como los miembros de sus familias, que residen en Canarias tienen derecho a recibir las prestaciones de asistencia sanitaria del Servicio Canario de la Salud en las mismas condiciones que los titulares de la tarjeta sanitaria canaria⁽¹²⁾.

La diferencia fundamental es la forma en cuanto al reintegro de los costes:

1. El coste de la asistencia sanitaria de los trabajadores residentes se factura también por coste real.

2. Cuando los residentes sean los miembros de la familia de un trabajador asegurado en otro Estado miembro, o los titulares de una pensión o miembros de su familia, deben trasladar su derecho a España mediante el correspondiente formulario establecido al efecto⁽¹³⁾; a partir de ese mo-

Smits y Peerbooms y C-368/98, Vanbraekel y otros, de 25 de febrero de 2003 en el Asunto C-326/00, IKA, de 13 de mayo de 2003 en el Asunto C-385/99, Müller-Fauré y van Riet, de 23 de octubre de 2003 en el Asunto C-56/01, Inizan, de 18 de marzo de 2004 en el Asunto C-8/02, Leichtle, y de 16 de mayo de 2006 en el Asunto C-372/04, Watts.

⁽¹²⁾ Art. 19.1 y 28.1.a) del Reglamento 1408/71.

⁽¹³⁾ El formulario E-109 para los familiares de un trabajador que reside en otro Estado miembro y el E-121 para los pensionistas y los miembros de sus familias.

mento el Estado de residencia recibe una cantidad a tanto alzado anual destinada a cubrir la totalidad de las prestaciones en especie que han de servirse a los interesados⁽¹⁴⁾. El importe que España recibe del resto de países por este concepto es lo que se viene denominando “cuota global”.

Este importe incluye el coste de la asistencia que eventualmente pueda requerir el residente cuando se desplace por cualquier motivo fuera de España⁽¹⁵⁾.

El reintegro de los costes en la normativa española

El reintegro de costes tiene lugar entre Estados.

El organismo competente en España es el INSS, pero la prestación de la asistencia sanitaria es competencia asumida por todas las Comunidades Autónomas.

La existencia, por tanto, de 17 Servicios de Salud, además del INGESA, organismo que como es sabido sustituyó al extinto INSALUD en la gestión de la asistencia sanitaria en las

ciudades de Ceuta y Melilla, complica la gestión del reintegro de costes.

La normativa española al efecto tampoco ayuda.

I. El reintegro de los costes reales facturados. Se encuentra regulado en el Real Decreto 1207/2006, de 12 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria⁽¹⁶⁾.

En su artículo 8 establece los criterios de distribución de la compensación del Fondo a las Comunidades Autónomas por la asistencia sanitaria prestada a desplazados a España en estancia temporal: a) la cuantía global de la compensación será igual al saldo neto positivo resultante, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados de otros Estados y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada en otros Estados a ciudadanos asegurados en España, al am-

⁽¹⁴⁾ Arts. 94 y 95 del Reglamento n° 574/72. En ellos se determinan las reglas a aplicar para fijar el importe por residente.

⁽¹⁵⁾ Sentencia del TJE de 3 de julio de 2003. Asunto C-156/01.

⁽¹⁶⁾ Como se expone en los apartados anteriores, procede el reintegro de los denominados costes reales en los supuestos de desplazamientos temporales de los trabajadores, pensionistas y sus familiares, así como en los supuestos de residencia de trabajadores, mientras que el reintegro de costes de los pensionistas residentes y los miembros de sus familias, así como los miembros de la familia de los trabajadores asegurados en otro estado miembro, se efectúa a tanto alzado.

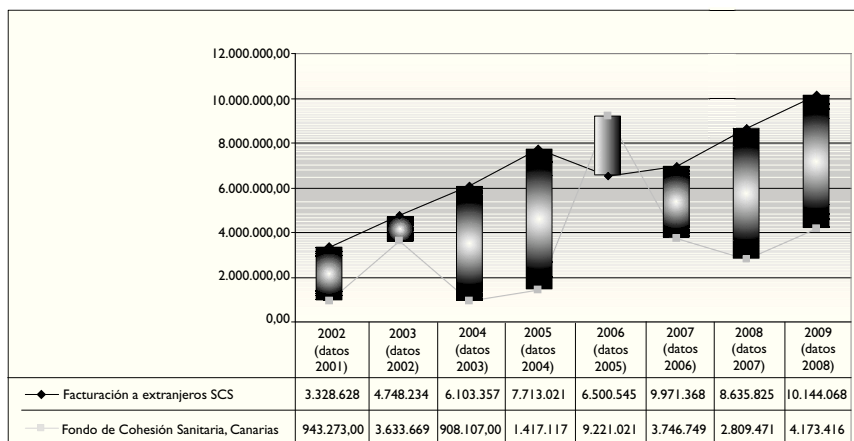


Figura 1. Evolución de la facturación a pacientes asegurados en países de la Unión Europea y Convenio Bilateral y fondo de cohesión Sanitaria, Canarias.

paro de la normativa internacional; b) la distribución entre Comunidades Autónomas de ese saldo neto positivo se realizará tomando como base la facturación que cada Comunidad Autónoma presente por dicho concepto al INSS y sea validada técnicamente por este, y la que este organismo reciba de otros Estados por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de la Comunidad Autónoma desplazados en el extranjero.

El reparto se realizará entre aquellas Comunidades Autónomas que presenten un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos

asegurados en otro Estado y las cargadas por otros países a asegurados de la Comunidad Autónoma desplazados en el extranjero, y será proporcional a los saldos netos de facturación registrados para cada Comunidad Autónoma.

Para posibilitar las cuentas se dispone que la facturación sea transmitida y gestionada mediante los sistemas de información de facturación internacional del INSS, puestos a disposición de las Comunidades Autónomas por el citado Instituto.

La figura 1 presenta la evolución de la facturación practicada por el

Servicio Canario de la Salud a ciudadanos extranjeros (si bien se incluye tanto la de de países a los que se aplican los reglamentos comunitarios como de países con los que España tiene suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca) que visitan Canarias en estancia temporal. La aplicación de la normativa reguladora del Fondo de Cohesión Sanitaria ha supuesto la generación de un déficit de compensación por valor de 15.495.220,32 euros entre 2002 y 2009. En tal sentido el citado Fondo sólo ha compensado el 49,6% de la facturación emitida.

2. El reintegro a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas del coste de la asistencia sanitaria de los residentes (cuota global).

En el caso de la población residente procedente de la UE no existe facturación alguna de acto médico. En este caso, España recibe una especie de “prima capitativa de aseguramiento” de los países de origen de estos residentes. Esta prima se calcularía a partir de los costes medios calculados a raíz de la “totalidad del gasto público de asistencia sanitaria en España, deducidos los gastos de inversión, los gastos financieros, los gastos de administración, los gastos de

investigación y formación, los gastos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y todos aquellos que no tengan relación directa con prestaciones sanitarias que puedan otorgarse a nivel individual. Asimismo, se tiene en cuenta la población protegida por el Sistema Nacional de Salud. No se consideran ni los gastos ni la población correspondiente a ISFAS, MUGEJU y MUFACE. La imputación de los gastos debe realizarse en función de grupos de edad y ponderada según la utilización de los distintos servicios y prestaciones⁹.”

Como hemos señalado, el caso más habitual es el del extranjero pensionista que traslada su residencia habitual a España. Una vez inscrito (el interesado y aquellos que sean considerados beneficiarios conforme a la legislación del Estado de origen), mediante el formulario E-121 que emite el país deudor de la pensión, en la Dirección Provincial del INSS de la provincia de residencia, el Estado español recibiría una cuantía mensual mientras la inscripción fuera efectiva (se pierde por traslado de residencia a otro país o fallecimiento). Este colectivo tiene idénticos derechos a los pensionistas españoles.

El conjunto de ingresos percibidos por España por este concepto se conoce como “cuota global”.

En el año 2005⁽¹⁷⁾ se prevé por primera vez la posibilidad de que las Comunidades Autónomas reciban una parte del importe recaudado, en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria a los miembros de la familia de un trabajador asegurado en otro Estado que residen en territorio español, así como a los titulares de pensión y miembros de su familia asegurados en otro Estado que residan en España.

Tal previsión se hace efectiva a partir de 2006, tras la entrada en vigor de la Orden TAS 131/2006, de 23 de enero (BOE nº 27 de 1 de febrero de 2006).

Al igual que en el caso de los desplazados temporales se parte del saldo neto positivo que, en este caso, vendrá determinado por la diferencia, a nivel nacional, entre el importe recaudado y el abonado a otros Estados en concepto de cuotas globales.

Para la distribución de la cuantía resultante, el INSS calculará el por-

centaje del saldo neto positivo que corresponde a cada una de las Comunidades Autónomas, en función del número de meses de residencia efectiva, durante el ejercicio al que se refiere el saldo, de los asegurados con el formulario E-109 o E-121, debidamente inscritos en las correspondientes Direcciones Provinciales de la entidad gestora en la Comunidad Autónoma de que se trate. También se tienen en cuenta las liquidaciones complementarias que se lleven a cabo en ese ejercicio, pero que tienen efectos retroactivos (es decir, liquidaciones llevadas a cabo por un Estado en 2008 que hubiera correspondido hacer en ejercicios anteriores). Se deducirán los gastos de gestión.

Cabe resaltar cómo en este supuesto es indiferente, a la hora del reparto, el importe abonado a otros Estados miembros por los ciudadanos de cada Comunidad Autónoma que residen fuera.

El importe final deberá ser transferido por la Tesorería General de la Seguridad Social, a propuesta del INSS, durante el tercer trimestre de cada ejercicio.

Recordemos que también se incluye el importe de las prestaciones asistenciales realizadas a ciudadanos de

⁽¹⁷⁾ Disposición Adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.

terceros países con los que el Estado Español tiene suscrito Convenio Bilateral en materia de asistencia sanitaria.

Para el año 2008 el número de cuotas globales que le correspondió a Canarias fue de 91.619. De estas cuotas, aproximadamente el 95% corresponden a los titulares de E-121, el resto se reparte entre los titulares de E-109 (mayoritariamente) y un porcentaje muy residual corresponde a los convenios bilaterales.

Por último, no podemos olvidar que el importe que se liquida anualmente a las Comunidades Autónomas, en función de los importes pagados por el Estado Español por el mismo concepto y abonados por los Estados miembros, y no se corresponde habitualmente con los importes que corresponderían al ejercicio corriente de que se trate, pues los países no son puntuales pagadores y, en un mismo ejercicio se pueden estar liquidando cuotas de años anteriores, de tal manera que el incremento en la liquidación de un año no significa habitualmente que se hayan incrementado los residentes europeos en esa Comunidad Autónoma, sino que ha existido mayor recaudación por parte del Estado

Español del ejercicio corriente y anteriores.

La figura 2 refleja los importes que Canarias ha percibido en concepto de Cuota Global desde el año 2006.

Problemas teóricos

De la normativa comunitaria: el concepto “residencia”

Situación actual

Los Reglamentos de coordinación en materia de Seguridad Social a los que se ha hecho referencia definen “residencia” como “estancia habitual”⁽¹⁸⁾. Como puede verse, la definición es tan ambigua como la expresión que pretende definirse. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia Europeo lo viene interpretando como el lugar en el que está situado el centro de interés habitual de una persona.

A modo de ejemplo, la sentencia de 15 de septiembre de 1994⁽¹⁹⁾ se pronuncia en los siguientes términos: “(...) la residencia habitual es el lugar en el que el interesado ha fijado, con

⁽¹⁸⁾ Art. 1.h) del Reglamento 1408/71.

⁽¹⁹⁾ Asunto C.452/93 P. Pedro Magdalena Fernández contra la Comisión de las Comunidades Europeas.

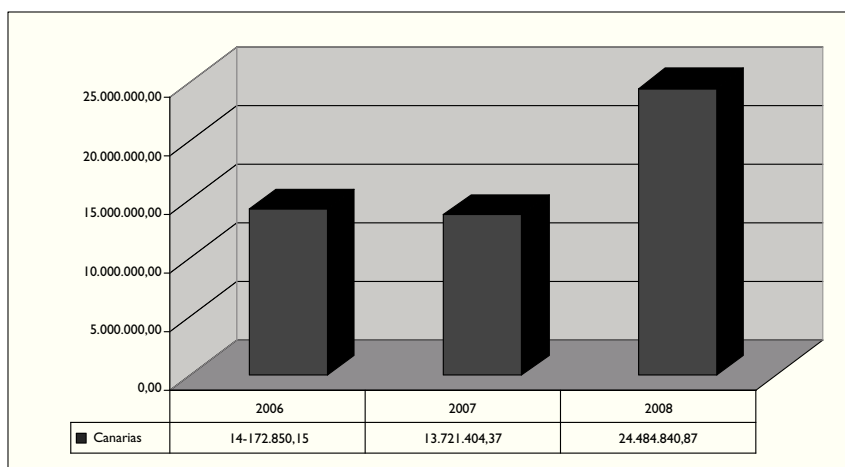


Figura 2. Importes anuales percibidos por Canarias en concepto de cuota global.

la intención de conferirle un carácter estable, el centro permanente o habitual de sus intereses; naturalmente, a efectos de determinar la residencia habitual, es preciso tener en cuenta todos los elementos de hecho constitutivos de esta". Vemos que para el Tribunal, la intención del ciudadano es determinante.

Podemos intentar concretar más acudiendo a otros instrumentos normativos.

La Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a

circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, regula los derechos de "entrada", "salida", "residencia" y "residencia permanente".

En el "derecho de residencia" diferencia entre residencia por un periodo de hasta tres meses o superior a él.

El Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, por el que se traspone dicha Directiva al ordenamiento jurídico español denomina "estancia" a ese derecho de residencia por un periodo de hasta tres meses (art. 6).

Durante ese periodo no se les exige ningún requisito administrativo.

Si pretenden permanecer en España por más tiempo deben solicitar su inscripción en el Registro Central de Extranjeros, o si se trata de miembros de la familia del ciudadano de la Unión que no sean nacionales de un Estado miembro, la obtención de la tarjeta de residencia. El incumplimiento de esta obligación conllevará la aplicación de las sanciones pecuniarias que, en idénticos términos y para supuestos similares, se establezcan para los ciudadanos españoles en relación con el DNI⁽²⁰⁾.

Uno de los requisitos que establece la Directiva para poder ejercer este derecho es, en aquellos supuestos en que el interesado no sea un trabajador, contar con un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en el Estado de acogida. Pese a que la normativa española de trasposición no lo contemple, entendemos que es directamente aplicable.

El problema surge a la hora de determinar cuál es el documento que lo acredita.

En este sentido, en el año 2001 el Sr. Phelan, ciudadano británico jubilado que deseaba pasar estancias de

más de tres meses en España, pero sin intención de instalarse aquí, presentó ante el Parlamento Europeo una queja porque el Estado español le exigía para ello que presentase el formulario E-121⁽²¹⁾. En su opinión, esto implicaría dejar de ser residente en el Reino Unido y perder las prestaciones a que tiene derecho, planteándose si unas vacaciones prolongadas pueden conllevar la pérdida de los derechos de un ciudadano europeo en su propio país.

Después de los correspondientes trámites, la Comisión entendió que para la emisión de un permiso de residencia en España a un pensionista que sólo desea pasar un tiempo limitado en dicho país (en la actualidad se trataría de una inscripción en el registro de extranjeros)⁽²²⁾, su derecho a las prestaciones en especie está certificado mediante el formulario E-111 o la TSE, sin que se le pueda exigir el registro ante la ins-

⁽²¹⁾ Petición 917/2001. CM1545195ES.doc; PE 318.572/rev. IV.

⁽²²⁾ Téngase en cuenta que los hechos sucedieron bajo la vigencia de la Directiva 90/365/CEE, derogada por la Directiva 2004/38/CEE, que establece la inscripción en el registro de extranjeros cuando se trata de ciudadanos del Espacio Económico Europeo y la tarjeta de residencia en aquellos supuestos de miembros de su familia que no sean nacionales de alguno de los Estados miembros.

⁽²⁰⁾ Art. 15.8 del Real Decreto 240/2007.

titución española de Seguridad Social como residente en España⁽²³⁾.

Previsiones de futuro

El Proyecto de Reglamento por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, da un paso adelante en la concreción del concepto de residencia en este ámbito.

Insta a los Estados miembros a cooperar para determinar el lugar de residencia de las personas a las que es aplicable⁽²⁴⁾ y, en caso de discrepancia entre las instituciones de dos o más Estados en cuanto a la determinación de la residencia de una persona a la que se aplique el Reglamento de base, las instituciones deberán establecer de común acuerdo el centro de interés del interesado, a partir de una evaluación global de toda la información disponible relacionada con los hechos pertinentes, que podrá incluir, según el caso, la duración y continuidad de su presencia en el territorio de los Estados miembros afectados y la situación personal del interesado, incluidos:

1. La naturaleza y condiciones específicas de la actividad ejercida, si la hay, en particular el lugar donde se ejerce habitualmente la actividad, la estabilidad de la actividad y la duración de cualquier contrato de trabajo.

2. Su situación familiar y los lazos familiares.

3. El ejercicio de toda actividad no remunerada.

4. En el caso de los estudiantes, su fuente de ingresos.

5. El alojamiento, en particular su grado de permanencia.

6. El Estado miembro en el que se considere que la persona tiene su residencia fiscal.

Cuando la consideración de estos criterios basados en hechos pertinentes no permita a las instituciones afectadas llegar a un acuerdo, se considerará decisiva para determinar el lugar efectivo de residencia la voluntad de la persona, según se desprenda de tales hechos y circunstancias, y en especial las razones que la llevaron a trasladarse⁽²⁵⁾.

Un paso adelante, pero no por ello exento de complicaciones, como veremos más adelante.

⁽²³⁾ Respuesta de la Comisión al Parlamento, de 28 de marzo de 2006, sobre el expediente citado.

⁽²⁴⁾ Parte expositiva, considerando n° 11.

⁽²⁵⁾ Art. 11 del Proyecto de Reglamento por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004.

De la normativa española: el reparto del “saldo neto positivo”

La distribución del saldo neto positivo en los supuestos de cuota global

La regulación merece, a nuestro entender, dos reproches.

Por un lado, llega con mucho retraso. Esto ha generado un déficit de una amplitud considerada, especialmente en aquellas Comunidades Autónomas que asumieron las transferencias del INSALUD en los años ochenta y noventa, déficit que en la actualidad resultaría difícil de cuantificar.

Por otro, favorece a aquellas Comunidades Autónomas con más población foránea residiendo en los Estados del EEE.

La distribución del saldo neto positivo en los supuestos de facturación por costes reales

De igual modo salen favorecidas aquellas Comunidades Autónomas cuyo saldo neto es negativo. Quedan excluidas de la distribución, pero ese saldo negativo es asumido por el resto en parte proporcional a su facturación.

Los mayores problemas en este ámbito se plantean a nivel práctico, como puede verse a continuación.

Problemas prácticos

Más de 6 millones de turistas europeos (73% del total de turistas recibidos) y alrededor de 147.000 residentes en Canarias, de conformidad con la normativa comunitaria en materia de Seguridad Social, son potenciales receptores de los servicios sanitarios en Canarias.

Y ello, no cabe duda, genera problemas importantes al servicio de salud, especialmente en aquellas zonas eminentemente turísticas (sur de Tenerife o de Gran Canaria), tanto desde un punto de vista estructural, como asistencial, de gestión y, por supuesto, financiero. Vamos a centrarnos en los que, por su relevancia, merecen una especial atención.

La determinación de las prestaciones a las que tiene derecho el ciudadano durante su estancia temporal por motivos no médicos

Con vistas a la adopción de criterios que garanticen la aplicación de los Reglamentos de una manera uniforme y equilibrada por los prestadores de asistencia sanitaria, se intentó definir y precisar el alcance de

dicha asistencia, con motivo de la puesta en marcha de la TSE.

En este sentido, la Comisión Administrativa para la seguridad de los trabajadores migrantes decidió que⁽²⁶⁾:

1. La asistencia sanitaria a que da derecho la TSE y el certificado provisional sustitutorio es aquella, urgente o no, pero necesaria para no tener que adelantar el regreso por ese motivo a su Estado de origen.

2. La necesidad deberá valorarse teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. Su objetivo es permitir que el titular del derecho prosiga su estancia en condiciones médicas seguras.

3. Para determinar si los requisitos para el derecho a una prestación se cumplen, solamente deberán tomarse en consideración los factores médicos en el contexto de una estancia temporal, teniendo en cuenta el estado de la salud y el historial de las personas en cuestión.

4. En ningún caso existe obligación de prestar determinados tipos de tratamiento que pueden esperar

hasta que el paciente haya regresado a su hogar.

El hecho de que con anterioridad sólo se contemplase para los trabajadores la asistencia sanitaria “inmediata” y la escasa o nula difusión de las modificaciones efectuadas han conducido a que, en ocasiones, se denegase alguna prestación porque no se consideró urgente, en detrimento del interesado.

Pero también se plantea la situación contraria en supuestos en los que el profesional que atiende al paciente opina que no puede esperar hasta su regreso, facilitándole la asistencia. Una vez emitida la factura el Estado de origen considera que esa prestación requería autorización previa (formulario E-112), entendiéndose que se trataba de un tratamiento programado. Resumiendo: el Estado competente se niega a asumir los costes facturados, con el consiguiente perjuicio para el servicio autonómico de salud.

¿Estancia temporal o residencia?

Casos como el del Sr. Phelan, de ciudadanos comunitarios que pasan muchos meses al año de vacaciones en Canarias, son cada vez más frecuentes.

⁽²⁶⁾ Decisión nº 194, de 17 de diciembre de 2003 (DOCE de 8 de abril de 2004).

La obligación del Servicio Canario de la Salud de prestarles asistencia sanitaria no se discute.

El problema viene dado por los inconvenientes que nos plantea el que esos ciudadanos se acojan al derecho por estancia temporal cuando debieran hacerlo por el de residencia.

En primer lugar, porque se desconoce el número de desplazados temporales, mientras que el de los residentes está perfectamente cuantificado. Esto afecta a la planificación tanto de las estructuras como de los recursos humanos.

En segundo lugar, porque, como veíamos, para lograr el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada a los desplazados temporales hay que facturarla, lo que conlleva unos gastos de gestión considerables.

Por el contrario, las ventajas que para el servicio de salud supone que esas personas sean residentes son obvias: se sabe cuántos hay en cada zona, lo que facilita la planificación de los recursos y, además, el único dato necesario para el reintegro de costes (distribución de la cuota global) es el del número de residentes.

Pese a que, como veíamos, pasados tres meses tienen obligación de

inscribirse en el registro de extranjeros, hay razones que nos hacen pensar que la solución no está ahí. Primero, porque se desconoce la fecha de entrada en España desde el momento en que existe libre circulación de personas. Segundo, porque el incumplimiento de dicha obligación, aunque pudiese probarse, solamente conlleva una sanción pecuniaria. Y tercero, porque siguiendo el criterio de la Comisión Europea, la TSE es documento suficiente para acreditar el derecho a la asistencia sanitaria aunque la estancia sea superior a tres meses. Es decir, pueden cumplir con la obligación de inscribirse sin necesidad de tramitar el formulario E-121.

Por tanto, no podemos contar con que el registro de extranjeros nos sea de gran ayuda a efectos de lograr nuestro objetivo: que quien reside en Canarias reciba las prestaciones de asistencia sanitaria en concepto de residente.

Tener constancia de la asistencia requerida por cada ciudadano a lo largo del tiempo nos permite “inferir” que esa persona reside en Canarias. Pero como veíamos, la duración y continuidad de su presencia no es suficiente. Deben tenerse en cuenta otras

circunstancias, que en el caso de las personas que reciben una pensión serían: su situación familiar y los lazos familiares, el alojamiento (por ejemplo si dispone de una vivienda propia o no) o el Estado miembro en el que se considere que la persona tiene su residencia fiscal.

Si estos criterios deben aplicarse caso por caso supondría una carga a efectos probatorios imposible de asumir. Máxime si tenemos en cuenta que, una vez determinado que se trata de un residente, el Estado miembro de origen puede no estar de acuerdo⁽²⁷⁾ y, en ese caso, se considerará decisiva para determinar el lugar efectivo de residencia la voluntad de la persona.

Por otro lado, no podemos olvidar que toda persona que viva en España está obligada a inscribirse en el padrón del municipio en que resida habitualmente⁽²⁸⁾, pudiendo los

Ayuntamientos declarar de oficio la inscripción en el padrón como vecinos a las personas que vivan habitualmente en su término municipal y no figuren inscritas en el mismo⁽²⁹⁾.

Pero no todos los inscritos en el padrón lo están en el registro de residentes del INSS, por lo que tal vez una primera medida a adoptar podría ser comparar los datos de ambas administraciones. Si se constatare que existen diferencias, el INSS podría solicitar a la institución competente del Estado miembro de origen la emisión del formulario E-121 o E-109⁽³⁰⁾, siendo la inscripción en el padrón prueba suficiente de la voluntad de residir en Canarias.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la población extranjera residente en Canarias en el año 2008 era de 147.813, mientras que en diciembre de ese mismo año había unos 69.269 (en el momento actual son 72.233) comunitarios residentes con tarjeta sanitaria canaria. La diferencia es apreciable.

En resumen, disponemos de 4 registros: padrón municipal, registro de

⁽²⁷⁾ Los apartados 1 a 3 del art. 19 y los apartados 1 a 3 del artículo 29 del Reglamento de 1971 establecen que, para poder disfrutar de las prestaciones en el Estado miembro de residencia, deben inscribirse en la institución de dicho Estado. La Decisión n° 170, de 11 de junio de 1998 fija el procedimiento para ello, previendo que si el interesado no presenta el formulario correspondiente (E-109 o E-121) la institución del lugar de residencia se solicite por medio del formulario E-107.

⁽²⁸⁾ Art. 15 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.

⁽²⁹⁾ Art. 73 del Real Decreto 1960/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de población y demarcación de las Entidades Locales.

⁽³⁰⁾ Decisión n° 170, de 11 de junio, de 1998.

extranjeros del Gobierno, registro del INSS (de extranjeros residentes que han trasladado su derecho a España) y tarjeta sanitaria canaria, que no están interconectados y ofrecen datos que difieren ampliamente entre sí.

En el registro que más se inscriben es el padrón y, aún así, comparado con los datos aportados por los consulados, las cifras están muy por debajo de la situación real¹⁰.

Desconocemos los motivos que llevan a estos ciudadanos a incumplir la normativa, si bien algún trabajo consultado apunta que puede deberse al interés por mantener sus derechos en el país de origen¹⁰. En este sentido se han encontrado diferencias apreciables entre británicos y alemanes. Mientras los primeros son menos reacios a cambiar definitivamente su residencia y adaptarse al sistema sanitario español, los alemanes parecen mostrar predilección por el del Estado de origen, programando visitas a su país para las revisiones médicas¹⁰.

El gasto farmacéutico

El mayor problema de facturación, no sólo en Canarias, sino en toda España, es el gasto farmacéutico; has-

ta el punto de que dicha prestación no se factura.

En el III Foro sobre políticas de salud de la UE, celebrado en Granada a mediados de agosto de este mismo año, se puso de manifiesto que España no cuenta con un procedimiento establecido para la recuperación o reintegro de los gastos correspondientes a las prestaciones farmacéuticas.

Ello unido a que es el único país comunitario en el que los pensionistas, con carácter general, no aportan nada, supone un gran riesgo de abuso y fraude.

En este sentido, algunos de los participantes en el Foro expusieron cómo existen casos de turistas en excursiones organizadas que van de consultorio en consultorio recogiendo recetas de pensionista, con lo que se llevan los medicamentos sin tener que abonar nada⁽³¹⁾.

Compartimos las conclusiones del mismo, en el sentido de que la TSE debería servir como instrumento portador de determinados datos que facilitasen el reconocimiento del de-

⁽³¹⁾ Información publicada en El Global.net, periódico digital del miércoles, 26 de agosto de 2009 (elglobal.net).

recho y agilizase y simplificase los reintegros de gastos.

Medidas adoptadas por el Servicio Canario de la Salud

Medidas formativas dirigidas a trabajadores y usuarios del Servicio Canario de Salud

Una de las primeras actuaciones que ha acometido este organismo es la información y formación tanto a los usuarios como al personal sanitario en general. Es fundamental la implicación de los trabajadores en la captación de la información necesaria que permita, por un lado, un mayor control en la forma de acceder a las prestaciones sanitarias y, por otro, obtener los datos necesarios que permitan facturar la totalidad de las prestaciones recibidas por este colectivo a su Estado de origen.

Medidas que facilitan la prestación de la asistencia

1. Contratar un equipo médico con características especiales, con el conocimiento de idiomas como el inglés y el alemán, por la notable afluencia de estos turistas. Desde 1998 se ha dispuesto de este dispositivo en el Centro de Salud de Mas-

palomas, en Gran Canaria, lo que permite una asistencia sanitaria más eficaz y la asignación de un facultativo en mejores condiciones para este colectivo.

2. Teletraducción: en septiembre de 2008 comenzó a funcionar, con carácter de experiencia piloto, un servicio de teletraducción que cubría un total de 20 idiomas, de los cuales 14 pertenecen al ámbito de aplicación de los Reglamentos. Cabe destacar que el idioma más solicitado es el alemán, seguido a gran distancia del inglés. Muy por debajo les seguirían, por orden de demanda, francés, polaco, finés, noruego, sueco, etc. El sistema está implantado en la actualidad en la totalidad de los hospitales, centros ambulatorios de especialidades y centros de salud de la Comunidad Autónoma. El número de idiomas se ha ampliado a 41.

Integración de los distintos sistemas de información

Es obvio que esta mayor implicación que se pretende obtener de los profesionales se debe acompañar de otras medidas tendentes a facilitar su trabajo en este ámbito. Esas medidas han sido las destinadas a la integración de los distintos sistemas de

información con los que cuenta el Servicio Canario de la Salud.

Son varias las actuaciones que se están llevando a cabo en este sentido:

1. La implantación de un sistema de gestión sanitaria único en el ámbito de la Atención Primaria, de historia clínica y receta electrónica, que permita al médico comprobar si al paciente le ha sido ya recetada la medicación solicitada y en qué periodo.

2. La integración de tres sistemas básicos para la gestión del Servicio Canario de la Salud: el programa para la gestión de la Tarjeta Sanitaria Canaria, que funciona también como base de información poblacional, el de gestión asistencial en el ámbito de la Atención Primaria y el programa de gestión económico-financiero del Servicio Canario de la Salud.

Se pretende conseguir con ello los siguientes objetivos:

– Controlar el flujo de pacientes de la UE que acuden a distintos centros de salud de las Islas con el objeto de hacer acopio de medicamentos. Esto ha permitido una considerable reducción de estas “rutas del medicamento”, con la consiguiente merma de gastos para el Servicio Canario de la Salud.

– Simplificar la gestión administrativa, lo que redundará en una mayor eficiencia en la gestión de la información.

– Obligar a captar irremediablemente la información relevante, lo que permitirá: a) saber cuándo acceden a las prestaciones asistenciales estos pacientes; b) acceder a toda la información sobre la asistencia que se les preste, al objeto de mejorar la facturación que se realiza actualmente a los Estados de origen de los pacientes atendidos.

– Permitir la explotación de todo tipo de información necesaria para mejorar la gestión (posibilitará conocer los pacientes que son atendidos como titulares de TSE, o de la tarjeta sanitaria canaria por estar en posesión del E-I21 o del E-I09), lo que facilitará la adopción de las medidas adecuadas para regularizar determinadas situaciones.

– Posibilitará que, por primera vez, se pueda facturar a los Estados de origen de los ciudadanos europeos el gasto farmacéutico. Este gasto, hasta el momento, por la dificultad que entraña su facturación al exigir la normativa comunitaria que se facture con referencia al acto médico del que deriva, no está siendo factu-

rado por ninguna Comunidad Autónoma y es objetivo de este organismo hacerlo efectivo a partir del próximo ejercicio.

Estas actuaciones no sólo redundarán en la mejora en la gestión, sino que supondrán un incremento en los porcentajes de financiación que por estos conceptos recibe el Servicio Canario de Salud, lo que sin duda contribuirá a paliar, en parte, el déficit presupuestario que genera esta asistencia.

Conclusiones

1. El Servicio Canario de Salud debe esforzarse, y así lo está haciendo, por prestar una asistencia de calidad a los ciudadanos del EEE y Suiza, tanto a los que nos visitan de forma temporal, como a los que residen en la Comunidad Autónoma de Cana-

rias, pero no podemos olvidar que el derecho comunitario aplicable prevé que la Administración competente del Estado de origen reintegre los costes ocasionados.

2. Ninguna duda cabe que aumentar la facturación en los supuestos de estancia temporal o trabajadores desplazados que residen en España, solos o con sus familias (reintegro por coste real), equivale a aumentar la recaudación por este concepto y Canarias ha apostado por ello.

3. En el caso de los demás residentes una primera medida que podría adoptarse es solicitar a la institución competente del Estado de origen el certificado correspondiente a todos aquellos ciudadanos que, estando inscritos en el padrón municipal, no lo están en los registros del INSS, a fin de aumentar los ingresos por cuota global.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 e Inmigración*. 2003;42:71-88.
2. García de Cortázar y Nebreda C. Libre circulación de pacientes en la Unión Europea. La atención a los dependientes y la tarjeta sanitaria europea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 2003;47:49-97.
3. Cavas Martínez F, Triguero Sánchez C. La protección a la salud en la Constitución Europea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 2003;57:401-18.
4. Pemán Gavín J. Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo. *Revista de Administración Pública*. 2003;160:123-66.
5. García de Cortázar y Nebreda C. La incidencia en España de las sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en la aplicación del reglamento CEE 1408/71. Aspectos complejos en materia de seguridad social. En: Gómez Ferreiro F, Moliner Tamborero G, directores. *Estudios de derecho judicial*. 2001;38:83-126.
6. Gómez Martín M. La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2001. *Revista Derecho y Salud*. 2002; 10(2):167-82.
7. Ortiz de Elgea Goicoechea PJ. La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de usuarios. *Revista Derecho y Salud*. 2003; Extra XI Congreso, 47-62.
8. Pérez Gómez JM. El problema del reintegro de gastos sanitarios realizados en un Estado miembro sin la autorización del Estado de origen del paciente. *Revista Derecho y Salud*. 2006; Extra XIV Congreso, 61-72.
9. Marco García JM. Asistencia Sanitaria prestada en España a asegurados en otro estado de la UE, delEEE y de Suiza. Cuadernos del Observatorio de Salud en Europa sobre políticas de salud en la UE. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.
10. Schriewer K, Rodes García J. Los cuidados médicos en un contexto transnacional. Jubilados europeos en la Región de Murcia. Universidad Pública de Navarra; 2006. Disponible en: [http://www.unavarra.es/migraciones/papers3/health%20care%20in%20a%20transnational%20context%20\(Klaus%20Schriewer\).doc](http://www.unavarra.es/migraciones/papers3/health%20care%20in%20a%20transnational%20context%20(Klaus%20Schriewer).doc)