



EURIE

Inmigración y Envejecimiento en Europa  
Observatorio Europeo de Gerontomigraciones (OEG)



## Boletín OEG de Investigación, nº 2, noviembre de 2011

# ACTUALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL MARCO DE LA GERONTOINMIGRACIÓN

1. Los derechos que derivan de la ciudadanía europea constituyen uno de los mayores éxitos alcanzados en los últimos tiempos. Así, podemos destacar, en lo que a nosotros nos interesa, el derecho de circular y residir libremente en el territorio de la Unión Europea y el reconocimiento de una serie de derechos políticos, civiles y sociales a los ciudadanos europeos, entre los que se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria. Este derecho cobra una especial significación en tiempos de crisis como los que vivimos, sobre todo, respecto a los gerontoinmigrantes (en adelante *G/C*), jubilados del centro y norte de Europa que protagonizan gran parte del turismo residencial en el litoral mediterráneo español. A ello dedicamos este Boletín OEG de Investigación.

2. Aunque nuestro ordenamiento jurídico reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros que se encuentren en España<sup>1</sup>, la acreditación del derecho para el acceso a los servicios sanitarios varía en función de la condición bajo la que se encuentre el ciudadano: como turistas en estancia temporal o como residentes en estancia prolongada.

3. Si se trata de un turista, la cobertura sanitaria imprevista o no programada se documenta mediante la tarjeta sanitaria europea<sup>2</sup>, que sustituyó al tradicional E-111, simplificando así el procedimiento. La tarjeta es individual y acredita el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias necesarias durante una estancia temporal en cualquiera de los países integrantes de la UE, del Espacio Económico

Europeo y de Suiza<sup>3</sup>. Es importante destacar que la asistencia sanitaria a la que se puede acceder con la tarjeta sanitaria europea, si bien se recibe en igualdad de condiciones con los asegurados del país de acogida, sólo comprende la atención médica necesaria como consecuencia de la estancia temporal en un Estado miembro; por tanto, no es válida si el motivo del desplazamiento a otro Estado es el cambio de residencia o la intención de recibir un tratamiento médico específico, es decir, una asistencia programada (aquella que reciben los que se trasladan a otro Estado con el fin exclusivo de recibir un tratamiento huyendo de prolongadas listas de espera, buscando el prestigio reconocido de otros profesionales o la especialización). Los supuestos están regulados por la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo (*vide infra*), y requieren, en la actualidad, la previa autorización de la institución competente (formulario E-112, hoy sustituido por el S2).

4. Pero si no se trata de una mera estancia, sino de una residencia habitual<sup>4</sup> y además, de pensionistas que han

<sup>1</sup> *Vide* art.1.2 de la Ley General de Sanidad y art.3 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>2</sup> Decisiones 189/2003/CE, 190/2003/CE y 191/2003/CE, de 18 de junio de 2003, dirigidas a sustituir por una tarjeta sanitaria europea los formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CE) 1408/71 y (CE) 574/72 en lo que respecta al acceso a la asistencia sanitaria durante una estancia temporal en un Estado miembro distinto del Estado competente o de residencia. La UE pone a disposición del público unas guías informativas en <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=509&langId=es>.

Facultad de Derecho

Campus de Teatinos, Universidad de Málaga

Málaga-29071

<sup>3</sup> El 1 de mayo de 2010 entraron en vigor los llamados "nuevos reglamentos": el R. (CE) 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social; el R. (CE) 988/2009, modificativo del anterior, y el R. (CE) 987/2009. *Vide ítem* la Decisión A1 de la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de 12 de junio de 2009, relativa al establecimiento de un procedimiento de diálogo y conciliación sobre la validez de los documentos, la determinación de la legislación aplicable y el abono de prestaciones.

<sup>4</sup> El art.11 del Reglamento 987/2009 concreta los elementos necesarios para la determinación de la residencia: Por una parte, en caso de discrepancia entre las instituciones de dos o más Estados miembros 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: a) la duración y continuidad de su presencia en el territorio de los Estados miembros afectados; b) la situación personal del interesado, incluidos: i) la naturaleza y condiciones específicas de la actividad ejercida, si la hay (en



ejercido una actividad como trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia en un Estado miembro de la UE (o del EEE), y vienen a residir a nuestro país, necesitan para poder acceder a los servicios sanitarios en las mismas condiciones que los españoles estar en posesión del formulario E-121 (documento que acredita a los titulares de pensión o renta y a sus familias su inscripción en el registro de beneficiarios de prestaciones sanitarias que se desplazan a un Estado miembro pero reciben su pensión de otro Estado miembro)<sup>5</sup>.

5. El tercer supuesto es el referido a la asistencia sanitaria transfronteriza programada. Tras la entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, la asistencia programada se ha convertido en el centro de atención del debate, dado que en la actualidad está en proceso de transposición por los Estados miembros. Con este derecho, los pacientes pueden procurarse en otro Estado miembro cualquier atención sanitaria que se les habría prestado en su país y ser reembolsados directamente si hubieran adelantado el dinero por los costes de la asistencia sanitaria recibida por un importe máximo equivalente al que habrían percibido de haber recibido ese tratamiento en su país de afiliación. Por tanto, afecta tanto a los afiliados en España o asimilados (es decir, los que hayan importado sus derechos a España al trasladar aquí su residencia), como a los afiliados en el extranjero o asimilados, que requieran servicios sanitarios programados.

6. El objeto de la Directiva es permitir la libre prestación de asistencia sanitaria a los pacientes y eliminar todo obstáculo injustificado a esa libertad fundamental en el Estado

---

particular, el lugar donde se ejerce habitualmente la actividad, la estabilidad de la actividad y la duración de cualquier contrato de trabajo); ii) su situación familiar y los lazos familiares; iii) el ejercicio de toda actividad no remunerada; iv) en el caso de los estudiantes, su fuente de ingresos; v) el alojamiento, en particular su grado de permanencia; vi) el Estado miembro en el que se considere que la persona tiene su residencia fiscal. Por otra parte, cuando la consideración de tales criterios 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.

<sup>5</sup> Artículo 17 del Reglamento 883/2004: "La persona asegurada o los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente disfrutarán en el Estado miembro de residencia de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuvieran aseguradas en virtud de dicha legislación".

*Boletín OEG de Investigación, nº 2, noviembre de 2011*

miembro de afiliación del paciente. Para hacer efectivo este derecho, los Estados pueden supeditar a autorización previa la asunción de los gastos por su sistema nacional de sanidad de la asistencia hospitalaria o ambulatoria prestada en otro Estado miembro. Por tanto, corresponde a los Estados miembros de origen decidir ahora a través de sus leyes internas si es necesario introducir un sistema de autorización previa, y, en tal caso, determinar qué tipo de asistencia sanitaria requiere dicha autorización en el contexto de su sistema, conforme a los criterios definidos por la Directiva y la jurisprudencia del TJUE que justifican la posibilidad de obstaculizar la libre circulación de la asistencia sanitaria en razones imperiosas de interés general como pueden ser necesidades de planificación, el control de los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos. España empezó a tomar posiciones en el debate en 2008, cuando la Comisión la demandó por incumplimiento de la normativa comunitaria; la legislación española sólo admitía el reembolso de gastos originados por asistencia hospitalaria en otro Estado miembro cuando se tratara de una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital. La lucha española estuvo apoyada por los gobiernos de Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido e Irlanda. En contra de toda previsión, el Juez comunitario desestimó el recurso de la Comisión al considerar que cada Estado tiene derecho a organizar su sistema de salud pública y de seguridad social, y, por tanto, puede dictar medidas con el fin de reducir el número de autorizaciones que ha de expedir para tratamientos planificados en otro Estado miembro. En el caso de los tratamientos sanitarios imprevistos fuera del Estado de afiliación, como el caso que servía de base a la sentencia, el Tribunal dijo:

"Por lo tanto, el hecho de imponer a un Estado miembro la obligación de garantizar a sus propios afiliados un reembolso adicional por parte de la institución competente cada vez que el nivel de cobertura aplicable en el Estado miembro de estancia de los gastos hospitalarios imprevistos de que se trate sea inferior al aplicable en virtud de su propia normativa supondría quebrantar la estructura del sistema introducido por el Reglamento nº 1408/71. En efecto, en cualquier supuesto relacionado con tratamientos de ese tipo, la institución competente del Estado miembro de afiliación se vería sistemáticamente expuesta a la carga financiera más elevada, ya sea –conforme al artículo 22, apartado 1, letra a), del citado Reglamento– con arreglo a la normativa del Estado miembro de estancia que establece un nivel de cobertura superior al previsto por la normativa del Estado miembro de afiliación o, en caso contrario, como consecuencia de la aplicación de esta última normativa"<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> De aquí que el ciudadano francés, residente en España, afiliado de la seguridad social española y titular de un documento E-111, supuesto de base de la demanda de la Comisión contra España,

pág.2



7. Desde 1998, la jurisprudencia ha tenido ocasión de resolver numerosos casos relacionados con la sanidad transfronteriza, lo que ha servido de base para la aprobación de la Directiva 2011/24/UE, junto con las numerosas alegaciones tanto de los Estados miembros más afectados como de las instancias comunitarias que trataban de defender las libertades comunitarias. Su finalidad es establecer un marco claro y transparente sobre los derechos sanitarios de los pacientes y sobre el reembolso de la asistencia sanitaria en la UE cuando ésta se presta en un Estado miembro distinto del país de afiliación del beneficiario siempre que dicha asistencia sea programada. Quedan excluidos los supuestos de urgencia cubiertos por la tarjeta sanitaria europea y los supuestos de exportación de derechos sanitarios a otro país por cambio de residencia. En estos casos, el Estado de afiliación paga al Estado de la estancia (primer supuesto) o de la residencia (segundo supuesto) una cantidad fija por los servicios prestados e incluidos en su cartera sanitaria.

8. La Directiva es aplicable a la prestación de asistencia sanitaria a los pacientes, con independencia de cómo se organice, se preste y se financie. Se estructura en tres ámbitos: garantizar que los pacientes reciban una asistencia sanitaria segura y de alta calidad; ayudar a los pacientes a ejercitar sus derechos de reembolso por la asistencia transfronteriza, y fomentar la cooperación en la UE en materia de asistencia sanitaria por lo que se refiere al reconocimiento de las recetas, las redes europeas de referencia, la evaluación de las tecnologías sanitarias y la salud electrónica. Por "asistencia sanitaria" entiende la Directiva los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, incluidos la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios. La Directiva no se aplicará, entre otros, a los servicios de salud en el ámbito de los cuidados de larga duración cuya finalidad sea ayudar a personas que requieren asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.

9. Entre las responsabilidades del Estado miembro acerca del tratamiento que prestará, siempre de conformidad con su legislación, figura la obligación de garantizar que los prestadores de asistencia sanitaria faciliten a cada paciente la información oportuna sobre la disponibilidad, calidad y seguridad de la asistencia que prestan, las facturas e información clara sobre precios, así como información sobre su situación respecto del registro o la autorización pertinente, la cobertura de su seguro u otros medios de protección

no pudo cobrar la cantidad que debió pagar en Francia por los servicios sanitarios allí prestados con ocasión de una visita esporádica.

*Boletín OEG de Investigación, nº 2, noviembre de 2011*

personal o colectiva en relación con su responsabilidad profesional. Se aplicará el principio de no discriminación en razón de la nacionalidad. Esto se entenderá sin perjuicio de que el Estado miembro del tratamiento pueda, cuando esté justificado por razones imperiosas de interés general, adoptar medidas respecto del acceso al tratamiento que tengan por objeto cumplir su responsabilidad fundamental de garantizar un acceso suficiente y permanente a la asistencia sanitaria en su territorio. Estas medidas deberán limitarse a lo que sea necesario y proporcionado, y no podrán constituir un medio de discriminación arbitraria.

10. Entre las responsabilidades del Estado miembro de afiliación figura, como regla general, la obligación de garantizar el reembolso de los gastos ocasionados, siempre que la asistencia prestada figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación y hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada. Esta obligación de reembolso podrá quedar limitada por razones imperiosas de interés general del Estado de afiliación, como el riesgo de suponer un grave perjuicio para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social o el objetivo de mantener un servicio hospitalario equilibrado y abierto a todos. Como regla general, el reembolso de los gastos no se supeditará a autorización previa, salvo los supuestos en que la asistencia requiera programación; suponga que el paciente tendrá que pernoctar en el hospital al menos una noche; exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos; entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población, y/o pueda suscitar motivos graves y específicos de inquietud en relación con la calidad o seguridad de los cuidados, a excepción de la asistencia sanitaria sujeta a la legislación de la Unión que garantiza un nivel mínimo de seguridad y calidad en toda la Unión. En estos casos, la autorización podrá ser denegada, entre otras, por razones fundadas de peligro para el paciente o para la población; por poder ser prestada en el Estado de afiliación, para lo que podrá ser aplicado con carácter opcional y siempre que sea más ventajoso el Reglamento 883/2004, que permite a los Estados miembros derivar pacientes a otros Estados miembros para recibir tratamientos que no puede suministrarse en su lugar de residencia. Este rosario de excepciones a la no exigencia de autorización se considera el triunfo de la presión de los Estados.

11. Gracias a la encuesta nacional realizada en el marco del proyecto MIRE3i, del que forman parte investigadores CSIC y miembros del OEG, podemos avanzar que el 19,4 por ciento de los ciudadanos extranjeros comunitarios de 55 o más años de edad que residen en España viajaron en

2009 (año anterior al de la encuesta) por revisión y/o visita médica a su país de origen. De esos GIC son titulares del E121 solo el 2,9 por ciento, lo que supone el 0,4 por ciento del total (en nuestra muestra, 3 de 720 residentes). No obstante, el porcentaje de GIC que declaran disponer del E121, hayan visitado o no su país por revisión y/o visita médica, se eleva a un mínimo del 16,3 por ciento, un punto menos que los que disponen de la tarjeta sanitaria europea. Al respecto, disponían de ésta al menos el 10,7 por ciento de los GIC que viajaron en 2009 por revisión y/o visita médica. A propósito de sus visitas médicas en España, el 79,4 por ciento declara haberlas realizado en alguna ocasión desde que reside en España, y el 67,1 por ciento afirma haberlo hecho en el último año. Del 79 por ciento, el 90 por ciento dice haber sido atendido con cita previa, y el 10 por ciento restante, por urgencias.

12. Queda aún mucho por debatir para conseguir el equilibrio perfecto entre la sostenibilidad financiera de los Estados y la protección de los derechos tanto de circulación y residencia como sanitarios de los pacientes<sup>7</sup>. Desde el momento en que son diferentes las carteras de servicios de cada Administración sanitaria, los costes, la propia cultura de prestación del servicio y la incidencia en cada país del grado de movilidad de los pacientes, las estrategias necesarias para conseguir dicho equilibrio llegan a ser extremadamente complejas. Asuntos como la coordinación entre las autoridades de afiliación y prestación, el control documental y registral de los derechos de los pacientes *ad casu*, la facturación, etc. están encima de la mesa del debate con algunas propuestas de interés de la Administración sanitaria andaluza<sup>8</sup>. De otro lado, la designación de los casos en los que se exigirá autorización previa para que la prestación pueda ser reembolsada por el país de afiliación ocupará el centro neurálgico de las negociaciones. Pensemos que, por ahora, la cartera de servicios española es de las más amplias de la UE. Si nuestros afiliados (españoles o extranjeros) recurren a la sanidad extranjera, deberán ser reembol-

sados por la administración española siempre que el servicio sanitario esté incluido en nuestra cartera de servicios y sea prestado en el extranjero por centros públicos o concertados, salvo que nuestra legislación restrinja la expedición de la autorización previa<sup>9</sup>. Respecto de los no afiliados que solicitan servicios sanitarios en España, si son urgentes, sigue la regla vigente de atención inmediata; si no lo son, siendo este otro punto neurálgico del debate, se les podrá cobrar, para lo que tampoco es totalmente libre de decidir España en virtud de los límites del principio de igualdad, y dependerá de la legislación del Estado de afiliación si necesitan autorización o no para su reembolso. La horquilla de la exigencia de autorización que deja semiabierto la UE es la que deberá concretar España, entre otros extremos, en coordinación con los demás Estados miembros antes del 25 de octubre de 2013, así como habrá de acometerse un control riguroso del ejercicio de los derechos e implantarse un sistema de facturación y cobro cuando proceda; no se puede olvidar que en el ámbito sanitario la responsabilidad de los ciudadanos de la UE. y, en particular, de los más mayores –que son los más necesitados y los más demandantes de atención sanitaria–, debe ser compartida entre los países de origen y los de destino. Esa debe ser la bandera de España.

Elsa M. Álvarez y Mayte Echezarreta  
Investigadoras del OEG



<http://www.gerontomigracion.uma.es/v2>

<sup>7</sup> De momento, algunos lugares de destino preferente de los GIC tratan de conquistar cuotas del mercado sanitario, aunque su éxito dependerá de la transposición de la directiva, no tanto por España como por los países de afiliación. *Vide* los recortes de prensa del OEG [http://www.gerontomigracion.uma.es/v2/index.php?q=recortes\\_prensa/63](http://www.gerontomigracion.uma.es/v2/index.php?q=recortes_prensa/63).

<sup>8</sup> *Vide* Escuela Andaluza de Salud Pública, "Consideraciones para mejorar la facturación de la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA", *Informe Estratégico*, nº 1, 2011, disponible en [http://www.easp.es/es/system/files/INFORME%20ESTRATEGICO%20LA%20UE%20Y%20EL%20SSPA%201-2011\\_RECUPERACION%20COSTES.pdf](http://www.easp.es/es/system/files/INFORME%20ESTRATEGICO%20LA%20UE%20Y%20EL%20SSPA%201-2011_RECUPERACION%20COSTES.pdf).

*Boletín OEG de Investigación*, nº 2, noviembre de 2011

<sup>9</sup> Art. 8 Directiva 2011/24/UE Asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa 1. El Estado miembro de afiliación podrá establecer un sistema de autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, conforme al presente artículo y al artículo 9. El sistema de autorización previa, incluidos los criterios y la aplicación de los mismos, así como las decisiones individuales de denegación de la autorización previa, se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes.

