

MESA DE TRABAJO: “EUROPA Y SANIDAD PÚBLICA: EL FENÓMENO DEL TURISMO SANITARIO”

Relator: Luis Fernando Barrios Flores

1. Clases de turismo sanitario.

El “turismo”, definido por el Diccionario de nuestra Real Academia de la Lengua como “actividad o hecho de viajar por placer”, se adjetiva de “sanitario” cuando el viaje tiene por motivo no el placer sino la sanidad de una persona que padece una dolencia. Apréciase que la proximidad de los conceptos de “bienestar” y “salud” es patente en la definición que de esta última efectúa la Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹.

Dentro del concepto de “turismo sanitario” se engloban, al menos, dos fenómenos diferenciados. El que podría denominarse “turismo privado” y el que cabe calificar de “turismo sanitario en un contexto público”. Este último, a su vez, admitiría una doble modalidad, según fuera ejercido por residentes o no residentes en el país en el que se recibe la asistencia.

El “turismo” sanitario privado existe desde los albores de la humanidad. Siempre que una persona o una colectividad precisaba/n conseguir la sanación acudía/n a los parajes y personas sanadoras. En Grecia multitud de templos fueron erigidos, bajo la invocación de Asclepio/Esculapio, a los que peregrinos acudían a la búsqueda de un remedio para su mal². En los tiempos modernos buen número de

personas aquejadas de graves dolencias acuden a las instituciones hospitalarias privadas de prestigio con la esperanza de curación. También en el seno de la Unión Europea es perceptible este fenómeno, con matices propios derivados de la singularidad institucional-normativa de esta realidad socio-política.

Algunas noticias que aparecen en los medios de comunicación, cada vez con más frecuencia, versan precisamente sobre el “turismo sanitario privado”. Por ejemplo, Sopron es una atractiva ciudad húngara con un importante patrimonio cultural; sin embargo el ingente número de turistas que allí acuden –principalmente austríacos y alemanes– lo hacen para beneficiarse de tratamientos dentales o estéticos considerablemente más baratos que en sus países de origen. En Italia se han publicado noticias sobre la práctica de los llamados “viajes de la esperanza”, consistentes en traslados a otros países en los que puede accederse a tratamientos de fertilidad a unas tarifas más económicas (España es el destino del 25% de este tipo de viajes). La India se ha convertido en el destino de miles de ciudadanos europeos –especialmente británicos– que salvan así las prolongadas de espera para ser intervenidos a precios muy inferiores a los de sus países de origen; otro tanto podría decirse de Malasia, Tailandia o Singapur³. En general esta modalidad de “turismo sanitario” plantea una problemática considerablemente menor que en el caso del “turismo sanitario en un contexto público”. Es en este último ámbito en el que se ha encendido la luz de alerta derivada de los peligros de fraude y corrupción en la asistencia sanitaria⁴. Recientemente la ministra española de Sanidad, en la

¹ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 22.7.1946 (Preámbulo). Disponible el facsímil del texto original de la Constitución en los idiomas oficiales de la organización (inglés, francés, chino, ruso y español) en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

² Conocido fue el templo de Epidauro descrito por Pausanias (ii.28.1.); GRAVES, Robert: *Los mitos griegos*, Alianza, Madrid, 2001, 2ª edic., T. I, p. 235. Precisamente Pausanias es autor de la que algunos han calificado como primera “guía turística”; cfr. MELOTTI, Marxiano: “Da Pausania ad ‘Archeoguide’: turismo e definizione dello spazio nell’antica Grecia e nel mondo contemporaneo tra mito e realtà virtuale”, *Advanced*

Information Visualization in Archaeology Workshop, AIVA2002, Ancient Olympia, Greece, October 11, 2002.

³ “Turismo médico a la India”, *Cinco Días*, 15.6.2005.

⁴ Tal ha sido la temática abordada en la Conferencia Europea contra el Fraude y la Corrupción en la Asistencia Sanitaria, celebrada los pasados días 6 y 7 de octubre en Bratislava (Eslovaquia), financiada por el programa AGIS de auxilio policial, judicial y profesional Y así se explica la constitución de la Red Europea contra el Fraude y la Corrupción en la

reunión en Aquisgrán de ministros socialdemócratas europeos, subrayó la necesidad de poner límites al “turismo sanitario” en la Unión⁵. En este sentido el gobierno español ha protestado ante la Unión Europea por el coste que supone la atención sanitaria de ciudadanos británicos que se han trasladado a su territorio. Se habla de 58 millones de euros solo para enfermos graves al año, aunque el costo sin duda es mayor habida cuenta que inscritos para votar en las elecciones municipales en España hay 225.000 ciudadanos británicos y sólo 49.436 han rellenado el formulario E 121⁶.

Con todo el interés que tiene el “turismo sanitario privado” nos vamos a referir al turismo sanitario que tiene lugar en un contexto asistencial público, materia ésta en la que la Unión Europea se ha dotado de una inextricable maraña de normas que convendría aclarar en la medida de lo posible.

2. La normativa reguladora de la Unión Europea y su ámbito de aplicación.

2.1. Normativa reguladora.

La entonces denominada Comunidad Económica Europa adoptó en los inicios de la década de los setenta⁷ un conjunto de medidas destinadas, no a armonizar las legislaciones de los diferentes Estados miembros, sino a coordinar sus sistemas nacionales de seguridad social. Como señalaba uno de los *considerandos* preliminares del Reglamento 1408/71 “las normas de coordinación dictadas para aplicar lo dispuesto en el artículo 51 del Tratado deben asegurar a los trabajadores que se desplacen dentro de la Comunidad los derechos y beneficios adquiridos, sin que puedan entrañar acumulaciones injustificadas”⁸. La coordinación y no la armonización se justificó por la necesidad de respetar tradiciones nacionales propias de cada uno de los sistemas de seguridad social de los Estados miembros -15 sistemas diferentes en la Europa anterior a la última ampliación- que pueden englobarse en tres cate-

gorías básicas: sistemas de reembolso (que no sirven prestaciones sino que reembolsan los gastos de asistencia, así Bélgica y Luxemburgo); sistemas concertados (que reembolsan los gastos asistenciales cuando se acude a profesionales u hospitales que tienen establecido un concierto con la Administración, así Holanda) y sistemas nacionales de salud (que ejercen un auténtico monopolio de la sanidad pública, así Reino Unido, Suecia, Italia, Portugal y España)⁹. A pesar de la heterogeneidad de sistemas la Unión Europea se ha planteado el reto de propiciar una alta calidad asistencial sanitaria permitiendo a la vez la sostenibilidad financiera de aquellos. Todo ello a través de un proceso de armonización que se topa con obstáculos tanto técnicos como político-económicos, como señala Sempere. Técnicos porque, como queda dicho, hay países que responden al modelo bismarckiano (protección a la población laboral, financiación contributiva y dependiente de la retribución percibida, gestión plural y organizada con arreglo a un sistema de seguros múltiples), otros al modelo de Sir William Beveridge (protección universal fuertemente impositiva, uniformidad de cuotas y prestaciones y unidad gestora) y otros, en fin, en los que apenas hay un atisbo de protección o de presencia de un aparato estatal prestacional. Político-económicos, ya que los sistemas de Seguridad social de los Estados responden a diferentes mecanismos de financiación, establecen diversos niveles de protección, parten de contextos macroeconómicos específicos,...¹⁰.

Dos son los instrumentos normativos de referencia a la hora de regular la aplicación de los regímenes de seguridad social en la Unión Europea:

- Reglamento (CEE) nº 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 y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad (Diario Oficial nº L 149 de 5.7.1971).
- Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) nº 1408/71 (Diario Oficial nº 074 de 27.3.1972)¹¹.

Asistencia Sanitaria (*European Healthcare Fraud & Corruption Network*); esta última dispone de la web: <http://www.ehfcn.org/>. Para dar una idea de la amplitud del fraude sanitario el *Confidencial* 7D del pasado 6 de octubre estimaba una cifra superior a 30.000 millones de euros en el espacio europeo.

⁵ *El Global.net*, núm. 268, 31.10.2005.

⁶ *El Mundo*, 6.11.2005, p. 26.

⁷ En realidad existe un antecedente directo a la normativa que a continuación se trata. Es el Reglamento (CEE) nº 3/58, de 25 de septiembre, sobre Seguridad Social de los trabajadores migrantes (DOCE, 16.12.1958).

⁸ Vid. CARRASCOSA BERMEJO, Dolores: *La Coordinación Comunitaria de la Seguridad Social. Ley aplicable y vejez en el Reglamento 1408/71 (LCEur 1983, 411)*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2004 y bibliografía allí citada.

⁹ Cfr. VICENTE MORENO, A.: “La financiación de la Seguridad Social desde la óptica del mercado único”, en *Los Sistemas de Seguridad Social y el Mercado Único Europeo*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1993, pp. 361 y ss.

¹⁰ SEMPERE NAVARRO, Antonio Vicente: “Coordenadas de la Seguridad Social Comunitaria: El Reglamento 883/2004”, *Aranzadi Social*, núm. 9, 2004, pp. 12-13.

¹¹ A raíz del ingreso de España en la Unión Europea (1.1.1986) el Instituto Nacional de Seguridad Social dictó la Circular 23/1986, de 25 de junio para la aplicación de estos Reglamentos comunitarios.

La existencia de dos textos normativos, uno básico –el primero- y otro de aplicación –el segundo, en el que se detallan las autoridades nacionales responsables, los trámites administrativos, etc., satisface en principio los postulados de una correcta técnica jurídica. El problema es que el lenguaje empleado es frecuentemente confuso y, sobre todo, las normas iniciales han sufrido un continuo proceso de reforma¹². La normativa así ha devenido oscura, hasta el punto que el Reglamento CEE 1408/71, por ejemplo, ha sido calificado de “arcano, por excelencia de la política social comunitaria”¹³ y ambos Reglamentos (el 1408/71 y el 574/72 han sido rotulados de “abigarrados”¹⁴.

Las instituciones comunitarias tomaron conciencia de que los textos normativos originales debían someterse a importantes modificaciones. En el Consejo de Edimburgo, celebrado el 11-12 de diciembre de 1992, se postuló la simplificación de las normas que regulan esta materia. Por su parte la Comisión resaltó la relevancia de una modernización de dichas normas de coordinación en su Comunicación de 1997 intitulada “Plan de acción para la libre circulación de los trabajadores”¹⁵, que daría lugar a una Resolución posterior del Parlamento Europeo¹⁶. La Comisión se comprometió a presentar antes de finalizar 1998 una propuesta completa de revisión y simplificación del Reglamento CEE 1408/71, además de lo cual estas normas fueron incluidas en el marco del programa SLIM (Simplificación de la Legislación en el Mercado Interior). Es así como se llega, el 21.12.1998, a una Propuesta de Regla-

mento relativo a la coordinación de los sistemas de seguridad social¹⁷, que pretendía, en lo que aquí interesa, una simplificación cuantitativa, una mayor racionalización de conceptos, normas y procedimientos y la extensión del campo de aplicación personal a todas las “personas aseguradas”, sustituyéndose la expresión “trabajadores por cuenta ajena”, “funcionarios”, “estudiantes”, “refugiados o apartidas” por el concepto más amplio de “asegurados” que incluía asimismo a las personas no activas y a los nacionales de terceros Estados.

Esta propuesta fue recibida de manera desigual por los Estados miembros. La Comisión en realidad se había extralimitado en el encargo recibido traspasando los límites consensuados previamente por los Estados. El Consejo en su reunión de Estocolmo, los días 23 y 24 de marzo de 2001, aprobó un mandato expreso: “Basándose en la labor técnica realizada por los expertos y teniendo en cuenta todos los factores apuntados, el Consejo Europeo invita a que, tras haber examinado las diferentes opciones, acuerde para finales de 2001 unos parámetros para modernizar el Reglamento CEE 1408/71 sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, a fin de que el Consejo y el Parlamento Europeo puedan avanzar en su adopción”¹⁸. Tales parámetros fueron adoptados, a propuesta de la presidencia belga, en el Consejo de 3 de diciembre de 2001, refrendándose en el Consejo Europeo de Laeken¹⁹. Posteriormente la presidencia española (primer semestre de 2002) elabora un nuevo texto²⁰ que es sometido al Grupo de Asuntos Sociales, consiguiendo tras sucesivas modificaciones convertirse en la propuesta de los Estados miembros y de la Comisión.

Finalmente, se aprueba el Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y de la Comisión, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social²¹. Este nuevo Reglamento deroga el Reglamento (CEE) n° 1408/71, aunque éste se mantiene en vigor a algunos efectos (Artículo 90.1 del Reglamento (CE) n° 883/2004), especialmente en lo relativo al Reglamento (CE) n° 859/2003, de 14 de mayo de 2003, por el que se ampliaron las disposiciones de los Reglamentos 1408/71 y 574/72 a los nacionales de terceros países que,

¹² Reglamentos (CEE) 2864/72, de 19 de diciembre; 1392/74, de 4 de junio; 1209/76, de 30 de abril; 2595/77, de 21 de noviembre; 1517/79, de 16 de julio; 1390/71, de 12 de mayo; 2793/81, de 17 de septiembre; 2000/83, de 2 de junio; 2001/83, de 2 de junio; 1660/85, de 13 de junio; 1661/85, de 13 de junio; 513/86, de 26 de febrero; 3811/86, de 11 de diciembre; 1305/89, de 11 de mayo; 2332/89, de 18 de julio; 3427/89, de 30 de octubre; 2195/91, de 25 de junio; 1247/92, de 30 de abril; 1248/92, de 30 de abril; 1249/92, de 30 de abril; 1945/93, de 30 de junio; 3095/95, de 22 de diciembre; 3096/93, de 22 de diciembre; 1290/97, de 27 de junio. Reglamentos (CE) 118/97, de 2 de diciembre de 1996; 1290/97, de 27 de junio; 1223/98, de 4 de junio; 1606/98, de 29 de junio; 307/1999, de 8 de febrero; 1399/1999, de 29 de abril; 1386/2001, de 5 de junio; 859/2003, de 14 de mayo; 1851/2003, de 17 de octubre; 631/2004, de 31 de marzo; 77/2005, de 13 de enero.

¹³ GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREA, Carlos: “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 y Asuntos Sociales*, núm. 42, marzo 2003, p. 71. Este autor emplea los calificativos de “recóndito, impenetrable, misterioso, enigmático”. Afirmando que este texto es “apto únicamente para expertos monotemáticos o estudiosos de las leyes del caos”, op. cit., p. 73.

¹⁴ SEMPERE NAVARRO, Antonio Vicente: “Coordenadas de la Seguridad Social...”, op. cit., p. 12.

¹⁵ Comunicación de la Comisión: Plan de acción para la libre circulación de los trabajadores [COM (97)0586 - C4-0650/97].

¹⁶ Resolución sobre la comunicación de la Comisión “Plan de acción para el fomento de la libre circulación de los trabajadores” [COM (97)0586 - C4-0650/97].

¹⁷ Propuesta de Reglamento relativo a la coordinación de los sistemas de seguridad social [COM (1998) 779 final, de 21.12.1998].

¹⁸ Cfr. PÉREZ MENAYO, Vicente: “Modernización y Simplificación del Reglamento 1408/71 de coordinación de los Sistemas de Seguridad Social en la UE: de los Deseos a la Realidad”, *Foro de Seguridad Social*, núm. 5, octubre 2001.

¹⁹ Documento 15045/01 LIMITE SOC 529 CODEC 1325, de 6.12.2001.

²⁰ Documento 15509/01 LIMITE SOC 549 CODEC 1393, DE 20.12.2001.

²¹ Diario Oficial de la Unión Europea I 166, de 30 de abril de 2004. Vid. SEMPERE NAVARRO, Antonio Vicente: “Coordenadas de la Seguridad Social Comunitaria...”, op. cit., pp. 9-36.

debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas, en tanto que no se derogue o modifique dicho Reglamento (art. 90.1.a).

El nuevo Reglamento 883/2004, si bien entró teóricamente en vigor a los veinte días de su publicación en el DOUE (por el 20.5.2004), lo cierto es que sólo será aplicable a partir de la fecha de la entrada en vigor del Reglamento de aplicación (art. 91), lo cual aún no ha tenido lugar. Nos encontramos pues en una situación transitoria en la que sigue aplicándose la normativa originaria –con sus numerosas modificaciones posteriores– pero a la espera de la plena vigencia de la nueva normativa por falta de su reglamento de aplicación que en principio debiera presentarse a finales de este año.

A destacar, al margen de las innovaciones de regulación sustancial del tema, la creación de un entramado de organismos que pretenden dar efectividad al sistema: una Comisión Administrativa (“compuesta de un representante del Gobierno de cada uno de los Estados miembros, encargada, en particular, de responder a todas las cuestiones administrativas o de interpretación que se deriven de la aplicación del presente Reglamento, y de fomentar la máxima cooperación entre los Estados miembros” (Cdo. 38, cuya composición funcionamiento y tareas se regulan en los arts. 71 y 72)²², una Comisión Técnica de Tratamiento de la Información (art. 73) encargada de reunir los documentos técnicos, los estudios y los trabajos necesarios, una Comisión de Cuentas (art. 74) y un Comité consultivo de coordinación de los sistemas de seguridad social (art. 75)²³, al que se encomiendan las tareas de examinar las cuestiones generales o de principio y los problemas que plantee la aplicación de las disposiciones comunitarias en materia de coordinación de los sistemas de seguridad social, en particular con respecto a determinadas categorías de personas y emitir dictámenes sobre la misma materia, destinados a la Comisión administrativa, así como propuestas con vistas a la revisión de las citadas disposiciones.

2.2. Ámbito subjetivo de aplicación.

Si bien inicialmente los beneficiarios de las prestaciones lo eran quienes estaban vinculados laboralmente, en una directa alusión a los trabajadores “migrantes”, con el tiempo se ha reconocido al “ciudadano” su condición de beneficiario preferente y privilegiado de derechos sociales²⁴. Este proceso de ampliación del ámbito subjetivo de

aplicación ha tenido los siguientes hitos. Primero alcanzó a los trabajadores por cuenta propia; recuérdese que el original Reglamento (CEE) 1408/71 se designaba como “relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los *trabajadores por cuenta ajena y a sus familias* que se desplazan dentro de la Comunidad”. También alcanzó a los pensionistas (art. 31 Rto 1408/71). Después extendió su campo de protección al personal funcionario²⁵ y posteriormente a los estudiantes²⁶.

Entre ciudadanos comunitarios existe un principio de igualdad de trato²⁷, consagrado en los Reglamentos (art. 4 Rto. 883/2004) que regulan esta materia y que ha sido objeto de reiterada atención jurisprudencial²⁸, bien entendido que la prohibición de discriminación por razón del origen acional no impide que subsistan diferencias entre los regímenes de la Seguridad social de cada Estado, siempre que tales diferencia afecten a cuantas personas les sea aplicable la norma nacional correspondiente, según criterios objetivos y sin tener en cuenta su nacionalidad²⁹.

La cuestión más debatida es la relativa a la consideración de ciudadanos de terceros Estados, la cual ha venido dando lugar a una paradoja, al reconocerse a estos –en el ámbito exclusivamente laboral– ciertos derechos comunitarios que, sin embargo no se trasladaban a las normas de coordinación comunitaria³⁰.

²⁵ Reglamento CE nº 1606/98 del Consejo de 29 de junio de 1998 (DOCE, L-209, de 25.7.1998).

²⁶ Reglamento CE nº 307/1999 del Consejo, de 8 de febrero de 1999 (DOCE L-38, de 12.12.1999). Al respecto ha de tenerse en cuenta la Directiva 93/96/CEE del Consejo, de 29 de octubre de 1993, relativa al derecho de residencia de los estudiantes [Diario Oficial L 317 de 18.12.1993] que sería sustituida posteriormente por 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 por la que se modifica el Reglamento (CEE) nº 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE. Aunque en los Considerandos de la Directiva 93/96/CEE ya se indicaba que “los beneficiarios del derecho [de residencia] no deben suponer una carga excesiva para el erario del Estado miembro de acogida”, lo cierto es que la extensión del ámbito de aplicación de la normativa sobre cobertura asistencial derivada del Rto. 307/1999, al menos en el ámbito asistencial sanitario asumió a este colectivo en el sistema de coordinación europeo de Seguridad Social.

²⁷ SEMPERE NAVARRO, Antonio Vicente: “Coordenadas de la Seguridad Social...”, *op. cit.*, pp. 21-23.

²⁸ Entre otras SSTJCE 286.1978, Asunto *Kenny*; 28.11.1978, Caso *Choquet*; 12.7.1979, Asunto *Toia*; 7.6.1988, Asunto *Mario Roviello*; 22.2.1990, Asunto *Giovanni Bronzino*; 22.2.1990 Asunto *Antonio Gatto*; 11.6.1991, Asunto *Comisión de las Comunidades Europeas v. República Francesa*; 4.10.1991, Asunto *Paraschi*; 10.11.1992, Asunto *Comisión v. Reino de Bélgica*;

²⁹ SSTJCE 28.6.1978, Asunto *Kenny*; 27.9.1988, Asunto *Lenoir* y 7.2.1991, Asunto *Rönfeldt*.

³⁰ GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBRED, Carlos: “La coordinación...”, *op. cit.*, p. 80.

²² En realidad esta Comisión Administrativa ya existía en el Rto. 1408/71 (arts. 80-81), aunque en el nuevo Reglamento, aunque ahora apareciendo vinculada a la Comisión de la UE.

²³ Ya existente y regulado en los arts. 82-83 Rto. 1408/71.

²⁴ GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBRED, Carlos: “La coordinación de regímenes...”, *op. cit.*, p. 73.

En el contexto de la precedente paradoja se enmarca la sentencia del caso *Seco* que invocó la “libre prestación de servicios”³¹. El paso dado en el plano de la equiparación de los trabajadores de terceros Estados fue importante, ya que la “libre prestación de servicios” se encuentra regulada en el art. 39.2 del Tratado constitutivo de la Unión Europea referido únicamente a nacionales de la Unión: “La libre circulación supondrá la abolición de toda discriminación por razón de la nacionalidad entre los *trabajadores de los Estados miembros*, con respecto al empleo, la retribución y las demás condiciones de trabajo”. Posteriormente la sentencia del caso *Vander Elst*³² también pondría indirectamente en cuestión la discriminación de los trabajadores de terceros Estados (refiriéndose a un tema, en principio ajeno, el de los permisos de trabajo).

No sólo el Tribunal de Justicia de la UE sino también otros órganos de naturaleza política se han preocupado por la discriminación padecida por ciudadanos de terceros países, especialmente durante el desempeño de la Presidencia española en 1995. Sin embargo, las reticencias del Reino Unido primero y de este país, acompañado de Dinamarca e Irlanda después, imposibilitaron el alcance de un consenso sobre la materia a pesar de los intentos de la Comisión (15.12.1997). No han faltado al respecto declaraciones solemnes, como las del Consejo de Tampere (Finlandia), celebrado los días 15 y 16 de octubre de 1999³³ en la que se enunció que: a) “La Unión Europea debe garantizar un trato justo a los nacionales de terceros países que residen legalmente en el territorio de sus Estados miembros” (apdo. 18) y b) “El estatuto jurídico de los nacionales de terceros países debería aproximarse al de los nacionales de los Estados miembros” (apdo 21), ya que “[u]na política de integración más decidida debería encaminarse a concederles derechos y obligaciones comparables a los de los ciudadanos de la Unión, así como a fomentar la ausencia de discriminación en la vida económica, social y cultural y a desarrollar medidas contra el racismo y la xenofobia” (apdo. 18).

La solución a esta problemática ha venido de la mano del Reglamento (CE) n° 859/2003, del Consejo, de 14 de mayo de 2003, por el que se ampliaron las disposiciones de los reglamentos 1408/71 y 574/72 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas. Lo que viene a hacer este Reglamento es extender la protección que sólo venía dándose a un sector muy reducido de nacionales de terceros Estados (apátridas y refugiados) a un colectivo más amplio: el de todos aquellos nacionales de terceros países

que residan legalmente en la Comunidad y no queden cubiertos hasta este momento por las disposiciones de los Reglamentos básicos citados. Engarza el nuevo Reglamento con las previsiones contenidas en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, aprobada en Niza el 7 de diciembre de 2000 referentes a la equiparación de trato a ciudadanos de terceros Estados (así arts. 15.3 y 34.2 de la misma) y al alto nivel de protección que ha de garantizarse a la salud humana (art. 35).

Con la publicación del Reglamento (CEE) n° 883/2004 – pendiente de aplicación– la situación en cuanto al ámbito subjetivo respecta de los sistemas de seguridad social comunitarios es por tanto la siguiente:

- En primer lugar, se aplica a los nacionales de los Estados miembros, apátridas y refugiados residentes en un Estado miembro que estén o hayan estado sujetos a la legislación de uno o varios Estados, así como a los miembros de sus familias y supérstites (art. 2.1 Reglamento 883/2004).
- En segundo lugar, por aplicación del Reglamento 859/2003, se extiende el campo de protección a los nacionales de terceros países, familiares y supervivientes que residan legalmente en el territorio de un Estado miembro (art. 1 Reglamento 859/2003)

Tanto en el Reglamento 1408/71 (art. 13.1) como en el 883/2004 (art. 11.1) se instaura el principio de la protección dispensada esté configurada por un solo ordenamiento, de este modo, tal como establece el art.13.3 Rto 883/2004:

“a) la persona que ejerza una actividad por cuenta ajena o propia en un Estado miembro estará sujeta a la legislación de ese Estado miembro;

b) todo funcionario estará sujeto a la legislación del Estado miembro del que dependa la administración que le ocupa;

c) la persona que reciba una prestación de desempleo de conformidad con el artículo 65 en virtud de la legislación del Estado miembro de residencia estará sujeta a la legislación de dicho Estado miembro;

d) la persona llamada o vuelta a llamar al servicio militar o al servicio civil de un Estado miembro estará sujeta a la legislación de ese Estado miembro;

e) cualquier otra persona a la que no le sean aplicables las disposiciones de las letras a) a d) estará sujeta a la legislación del Estado miembro de residencia, sin perjuicio de otras disposiciones

³¹ STJCE de 3.2.1982, asunto *Seco* (C-62/81).

³² STJCE de 8.9.1994 (Asunto *Vander Elst*, C-43/93).

³³ http://www.europarl.eu.int/summits/tam_es.htm.

contenidas en el presente Reglamento que le garanticen prestaciones en virtud de la legislación de uno o varios de los demás Estados miembros”.

3. Contenido de las prestaciones, requisitos administrativos de concesión y reembolso de gastos en la normativa comunitaria.

En la normativa europea se distinguen varias situaciones personales que dependen del estatuto de residencia de cada persona (que resida en un Estado diferente al comunitario de origen, que regrese al Estado originario siendo residente de otro Estado comunitario, que permanezca transitoriamente en un Estado diferente al originario o que se desplace a los declarados efectos de recibir asistencia a un Estado distinto del original). alguna mención es oportuna igualmente a las principales consecuencias por cambio de afiliación en prestaciones de gran importancia. Posteriormente –en el siguiente epígrafe– ha de contemplarse un fenómeno extracomunitario pero con profunda incidencia –básicamente en el caso español– en las arcas nacionales: la asistencia sanitaria de ciudadanos extracomunitarios no residentes en la Unión (el caso del flujo de ciudadanos marroquíes a las instituciones sanitarias públicas de Ceuta y Melilla, es buen ejemplo de ello).

Respecto a las cuestiones específicamente intra-comunitarias, que versan sobre cuestiones asistenciales entre Estados de la Unión, debe a su vez diferenciarse la situación vigente –básicamente Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72– y el panorama que se presenta con la regulación pendiente de aplicación –Reglamento (CE) nº 883/2004, a la espera de aprobación de su reglamento de aplicación–. En cualquier caso, el tema que aquí se trata es el de las “prestaciones en especie”, aquí entendidas como sinónimo de prestaciones asistenciales sanitarias. Como habrá de suponerse la cuestión que subyace en la práctica totalidad de los casos es la determinación y operatividad del sistema de reembolsos (regulado en los arts. 93 y ss. Rto. 574/72).

a) Residencia en un Estado miembro distinto del de origen.

La normativa actualmente vigente establece que el colectivo al cual es de aplicación, siempre que se resida en un Estado miembro distinto del Estado de procedencia (“competente” en la terminología de la normativa), disfrutará en el Estado de residencia de la asistencia sanitaria, prestada por la institución del lugar de residencia, conforme a las disposiciones que esta aplique como si estuvieran afiliado a la misma, y a cargo de la institución del país de origen (art. 19.1.a Rto. 1408/71). En estos casos es precisa la inscripción –del trabajador y su familia– en la institución del lugar de residencia, presentando un certificado

que acredite el derecho a las prestaciones (art. 17 Rto. 574/72). Similar regulación contiene el Reglamento 883/2004, si bien se sustituye ahora la mención al “trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia” por la expresión “persona asegurada” (art. 17 Rto. 883/2004).

b) Estancia en el Estado de origen cuando la residencia se encuentra en otro Estado miembro.

La normativa actualmente vigente dispone que el colectivo al que es aplicable, en el caso de una estancia en su Estado de origen cuando su residencia se encuentre en otro Estado miembro de la UE “disfrutará de las prestaciones según las disposiciones de la legislación de este Estado como si residiera en el mismo, incluso aunque haya disfrutado ya de prestaciones por el mismo proceso de enfermedad o de maternidad antes de su estancia” (art. 21.1 Rto. 1408/71). En el mismo sentido el Reglamento 883/2004 establece que la persona asegurada o los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente [el de origen]: “también podrán obtener prestaciones en especie mientras se encuentren en el Estado miembro competente [de origen]. Las prestaciones en especie serán facilitadas y sufragadas por la institución competente [de origen o afiliación], según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si los interesados residieran en dicho Estado miembro” (art. 18.1).

Particular problemática la genera el supuesto de pensionistas europeos que residentes en España regresan a su país de origen a recibir un tratamiento o someterse a una intervención. Esta materia aparece regulada en el art. 28 Rto. 1408/71 y 27 Rto. 883/2004). En estos casos en los que se produce el traslado de residencia con una cierta presunción de estabilidad-permanencia³⁴ se crea la ficción jurídica de que el país de residencia (España) se convierte en país competente y responsable de la asistencia sanitaria del pensionista. Y ello a cambio de recibir del país de origen (el inicialmente competente) una cuota global. El problema está en que si regresa el pensionista a su país de origen para recibir un tratamiento este correrá a cargo del país de residencia dándose así un doble reembolso: primero del país de origen al país de residencia (“cuota global”); segundo del país de residencia al país de origen (por el costo de la asistencia prestada). El problema está en que en el caso de España la “cuota global” es considerablemente más reducida que en otros países (España 2.170 euros/pensionista y año; Alemania 3.132, Luxemburgo 3.624 u Holanda 4.296) y por el contrario la asistencia

³⁴ Vid. sobre el tema: GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos: “¿Libre circulación de pacientes en la Unión Europea? La atención de los dependientes y la tarjeta sanitaria europea”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 47, diciembre 2003, pp. 69-72.

efectivamente prestada en estos últimos es considerablemente más elevada que si hubiera sido practicada en España.

c) Estancia en un Estado diferente al de origen.

La normativa vigente preceptúa que el personal cubierto por la normativa coordinadora, durante su estancia en otro Estado miembro, tiene derecho a las prestaciones asistenciales sanitarias por parte de las instituciones del lugar de su estancia (art. 22.1.a) e i) Rto. 1408/71) cuando su estado lo requiera “desde un punto de vista médico” y teniendo en cuenta “la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia”. En estos casos la asistencia prestada se adecuará a la legislación del Estado de estancia, se prestará en las mismas condiciones que los afiliados a la institución correspondiente de dicho Estado, durará el tiempo que regule la legislación del Estado de procedencia, corriendo los gastos a cargo de la institución del Estado de procedencia. La normativa pendiente de aplicar contiene similares prescripciones (art. 19.1 Rto. 883/2004), aunque añade una prescripción de interés: “La Comisión administrativa elaborará una lista de las prestaciones en especie que, para poder ser otorgadas durante una estancia en otro Estado miembro, precisen, por motivos de orden práctico, un acuerdo previo entre el interesado y la institución que facilite la prestación” (art. 19.2 Rto. 883/2004).

Las prestaciones a que se tiene derecho en estos casos son aquellas “necesarias, desde un punto de vista médico”. No están supeditadas, en suma, a que el estado del paciente requiera “de modo inmediato las mismas”. Con anterioridad, la distinción de tratamiento entre el “trabajador” (art. 22.1.a) y el “titular de una pensión” (art. 31) había sido el supuesto de hecho del que trató el caso *Ioannidis*³⁵ en el que el TJCE determinó que un pensionista no precisaba, en el caso de que no requiriera “de modo inmediato” la asistencia (por ejemplo, enfermedades crónicas o preexistentes), solicitar la autorización que sin embargo sí le era exigible a un “trabajador”. La distinción de trato entre una y otra categoría quedó suprimida con el Reglamento (CE) 631/2004, de 31 de marzo, que estableció que “para una mayor protección de las personas aseguradas, ha de prevalecer la armonización de derechos de todas estas personas” lo que se materializó en una reforma de la redacción de los arts. 22.1.a) y 31.1.a) Rto. 1408/71, en el sentido de unificar el requisito de obtención de prestaciones a las necesarias “desde un punto de vista médico durante una estancia” en el territorio de otro Estado miembro (art. 21.1.a) o de un Estado miembro distinto del de residencia

(art. 31.1^a) “teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia”³⁶.

Advertir que bajo el término “estancia” pueden existir dos fenómenos bien diferentes: una estancia turística en el curso de la cual surge la necesidad de asistencia sanitaria o una estancia en país ajeno al objeto de recibir asistencia. El “turismo sanitario” propiamente dicho es sólo la segunda de las categorías, no obstante lo cual la presión asistencial en determinadas zonas, especialmente costeras, durante la época vacacional constituye sin lugar a dudas un fenómeno al que también ha de enfrentarse el Sistema Nacional de Salud.

d) Desplazamientos para recibir prestaciones.

La actual normativa de aplicación en el supuesto de desplazamientos para recibir asistencia sanitaria en otros países de la Unión dispone (art. 22.1.c) y 2 Rto. 1408/71) que en tales casos es preceptiva la autorización de la institución del país de origen para recibir “la asistencia apropiada a su estado”. Dicha autorización podrá denegarse cuando el desplazamiento pueda comprometer el estado de salud o la aplicación del tratamiento médico, pero no cuando la asistencia de que se trate “figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud actual y la evolución probable de la enfermedad, esta asistencia no pueda serle dispensada en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata en el Estado miembro en que reside”. En estos casos la asistencia se prestará en las mismas condiciones que a los afiliados del país en que se presta y correrán a cargo de la institución del Estado de procedencia (“Estado competente”)³⁷.

La normativa pendiente de ser aplicada [Reglamento (CE) 883/2004] contiene similares prescripciones en su art. 20.1 y 2.

³⁶ La expresión “de modo inmediato” era una indudable cortapisa al “turismo sanitario”; GONZÁLEZ DÍAZ, Francisco Antonio: *Contenido y Límites de la Prestación de Asistencia Sanitaria*, Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2003, p. 127 y GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos: “La asistencia sanitaria y los Reglamentos 1408/71 y 574/72. La coordinación comunitaria de las prestaciones en especie y en metálico de enfermedad y maternidad”, en *Problemática Española de la Seguridad Social Europea*, Instituto Europeo de Relaciones Industriales, Comares, Granada, 1999, p. 107.

³⁷ Cfr. IGARTUA MIRÓ, María Teresa: “Gastos de hospitalización realizados en Estados Miembros de la Unión Europea. Comentario a la STJCE 12 Julio 2001 (TJCE 2001, 196) Asunto C-157/99, Smits y Otros y STJCE 12 Julio 2001 (TJCE 2001, 199), Asunto C-368/98, Vanbraekel y Otros”, *Aranzadi Social*, núm. 12, 2001, pp. 30-39; CRISTÓBAL RONCERO, Rosario: “Alcance de la asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la Unión Europea”, *Aranzadi Social*, núm. II, 2000, pp. 3088 y ss.; LÓPEZ LÓPEZ, Julia: “Libre prestación de servicios y reembolso de gastos médicos”, *Revista de Derecho Social*, núm. 4, 1998, pp. 119-128.

³⁵ STJCE 25.2.2003, asunto C-326/00 (*Ioannidis*).

En este tipo de casos es pertinente tener en consideración algunos pronunciamientos jurisprudenciales³⁸ que afectan a cuestiones de especial interés. Algunas resoluciones del TJCE delimitan la interpretación de la normativa comunitaria sobre la justificación o no de la preceptiva autorización previa³⁹. En estos supuestos el Tribunal comunitario concluyó que: a) los Estados tienen derecho a organizar sus propios sistemas de asistencia sanitaria; b) al hacerlo deberían respetar las disposiciones comunitarias básicas, entre ellas la concerniente a la libre prestación de servicios; c) las prestaciones de atención médica y hospitalaria son, efectivamente, “servicios” a los efectos de los Tratados, pese a lo cual d) la autorización previa para la prestación de servicios en otros países puede justificarse por razones imperiosas, como el mantenimiento de la estabilidad financiera del sistema de seguridad social y de un servicio médico y hospitalario equilibrado y abierto a todos, por lo que e) las personas aseguradas no disponen de un derecho general al reembolso de los gastos ocasionados por un tratamiento médico en el extranjero, sino que solo podrán solicitar el reembolso de dichos gastos cuando el sistema de la seguridad social del Estado en el que se hallen asegurados les hubiera cubierto o reembolsado los mismos. Ambos casos se enmarcaban en un sistema, el luxemburgués, que no sirve prestaciones sanitarias, sino que se limita a reembolsarlas. La solución dada entonces era absolutamente lógica, ya que estando los profesionales sanitarios obligados a asistir a los asegurados sujetándose a un baremo preestablecido, cualquier traba puesta a los profesionales sanitarios de otros Estados sólo podría justificarse por razones económicas que en ninguno de estos casos concurrían por la existencia de una tarifa de reembolso, que ni siquiera se había superado⁴⁰.

En otro caso, el asunto *Vanbraeckel*⁴¹, se abordó el supuesto de que en un traslado autorizado de una paciente – la sra. Deschamps- los costes reembolsados, conforme a la

a sra. Deschamps- los costes reembolsados, conforme a la legislación del Estado de asistencia, fueran inferiores a los que la persona hubiera percibido en su Estado de origen (de aseguramiento). En esta sentencia el TJCE concluyó que “el artículo 59 del Tratado debe interpretarse en el sentido de que si el reembolso de los gastos realizados por servicios hospitalarios prestados en un Estado miembro de estancia, conforme a las normas vigentes en dicho Estado, es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de afiliación en caso de hospitalización en este último, la institución competente debe abonar al beneficiario un reembolso complementario correspondiente a dicha diferencia”. Un sobreañadido interés tiene este pronunciamiento, y es que al referirse a un caso de tratamiento hospitalario afirma que no procede “distinguir a este respecto entre la asistencia prestada en un centro hospitalario y la prestada fuera de tal marco” ya que “la especial naturaleza de determinadas prestaciones de servicios no puede servir para que dichas actividades escapen al principio fundamental de libre circulación”.

Los casos *Smits y Peerbooms*⁴² se refieren a un sistema, el holandés, que es de concierto y en el que la asistencia gratuita sólo se presta por los profesionales/instituciones concertados, salvo que medie autorización de la “Caja de Enfermedad” para la actuación de otros ajenos. La Sra. Smits vió denegada su solicitud de reembolso de los gastos ocasionados por el tratamiento de la enfermedad de Parkinson que padecía, en una clínica experimental alemana. El Sr. Peerbooms, por su parte, también vió denegada su solicitud en relación a un complejo tratamiento de neuroestimulación en una clínica de Austria. Las denegaciones estuvieron fundadas en que en Holanda existía tratamiento adecuado (en el primer caso) y en que el tratamiento recibido en Austria no era “habitual” en Holanda (en el segundo). El TJCE resuelve que: a) razones imperiosas (“riesgo de perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social”, razones de “salud pública, e incluso para la supervivencia de la población”) pueden justificar la existencia de obstáculos a la libre prestación de servicios sanitarios, aunque habrá de justificarse la concurrencia de tales “razones imperiosas”, no debiendo exceder los obstáculos “de lo que sea objetivamente necesario a dichos efectos”; b) “el requisito de sujetar a autorización previa la cobertura financiera por parte del sistema nacional de seguridad social de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro resulta ser una medida a la vez necesaria y razonable”, aunque “es necesario, sin embargo, que los requisitos para la concesión de dicha autorización se justifiquen a la luz

³⁸ Una detallada exposición de las mismas en GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos: “¿Libre circulación...?”, *op. cit.*, pp. 49-97.

³⁹ SSTJCE 28.4.1998, asunto C-158/96 (*Kohl*), Rec. 1998, p. I-1931 y 28.4.1998, asunto C-120/95 (*Decker*), Rec. 1998, p. I-1831 y C-157/99, (*Geraets-Smits y Peerbooms*), Rec. 2001, p. I-5473. Cfr. sobre estos casos ROFES i PUJOL, Isabel: “Los regímenes nacionales de Seguridad Social y la libre prestación de servicios sanitarios en la Comunidad: el estado de la cuestión. Las sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas dictadas en los asuntos Decker, Kohl, Vranbraeckel y Smits y Peerbooms. El asunto Müller-Fauré”, *Noticias de la Unión Europea*, núm. 222, junio 2003, pp. 65-76; LUJÁN ALCARAZ, José: “Reembolso de gastos médicos realizados en Estados miembros de la Unión Europea”, *Aranzadi Social*, núm. I, 1998, pp. 2570 y ss. y GRAU PINEDA, María del Carmen: “Reembolso de los gastos médicos ocasionados por la utilización de servicios sanitarios ajenos a la Seguridad Social española: las sentencias Decker y Kohl”, *Revista de Derecho Social*, núm. 19, 1999, pp. 53 y ss.

⁴⁰ GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos: “¿Libre circulación...?”, *op. cit.*, p. 53.

⁴¹ STJCE 12.7.2001, asunto C-368/98 (*Vanbraeckel*), Rec. 2001, p. I-5363.

⁴² STJCE 12.7.2001, asunto C-157/99 (*Smits y Peerbooms*). Este caso ha supuesto una cierta revolución en las restricciones hasta ahora existentes en la UE, instauradas precisamente para evitar el llamado “turismo sanitario”.

de las razones imperiosas antes referidas y que cumplan con el requisito de proporcionalidad”; c) es compatible con el Derecho comunitario que se establezcan “listas limitativas que excluyan determinados medicamentos del sistema de reembolso de la seguridad social” o en materia de “tratamientos médicos y hospitalarios”, pero “un régimen de autorización administrativa previa no puede legitimar un comportamiento discrecional de las autoridades nacionales”, por lo que tales limitaciones han de “basarse en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano”; las restricciones holandesas al aludir a tratamientos médicos “habituales en el medio profesional” hacen referencia tanto al medio nacional como internacional y, sin embargo, “sólo la interpretación que tenga en cuenta, como se ha descrito, lo que ha sido probado y validado por la ciencia médica internacional puede cumplir con los requisitos expuestos” (objetividad, no discrecionalidad, no discriminación, previo conocimiento) y d) “el requisito relativo al carácter necesario del tratamiento previsto... puede estar justificado..., siempre que se interprete en el sentido de que la autorización para someterse a tratamiento en otro Estado miembro sólo puede ser denegada por este motivo cuando un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo oportuno acudiendo a un establecimiento con el que la caja de enfermedad del asegurado haya celebrado un concierto”.

Indicar que en el supuesto de prestaciones en especie de “gran importancia” (prótesis, “gran aparato” u otras de tal entidad) la legislación comunitaria vigente (art. 24 Rto. 1408/71) prevé que cuando las mismas sean concedidas por un Estado de la Unión, correrán a cargo del mismo, aunque el beneficiario se afilie a una segunda institución. Será la comisión administrativa la que determine el listado de tales prestaciones. Similar precepto se contiene en la legislación en espera de aplicación [art. 33 Reglamento (CE) 883/2004], que también añade que la Comisión Administrativa establecerá un listado de tal tipo de prestaciones (art. 3.2 Rto. 883/2004).

En otro orden de cosas, la gestión de la asistencia sanitaria de ciudadanos comunitarios o residentes en los Estados miembros de la Unión ha pretendido agilizarse con la puesta en funcionamiento de la llamada “tarjeta sanitaria europea”⁴³, iniciativa española que se planteó en el Consejo Europeo de Barcelona, celebrado los días 15 y 16 de marzo de 2002. Esencialmente con ella se pretende sustituir los formularios necesarios para obtener asistencia

sanitaria durante una estancia temporal en un Estado miembro distinto del Estado en que la persona está asegurada⁴⁴, objetivo que aunque pueda parecer prosaico indudablemente va a hacer más accesible el ejercicio de los derechos asistenciales de los ciudadanos europeos, agilizando a la vez los reembolsos interinstitucionales⁴⁵.

La puesta en marcha de la tarjeta ha precisado de la adopción de cuatro decisiones comunitarias de la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes CASSTM)⁴⁶.

Se han definido dos variantes del modelo de tarjeta: a) una variante para el anverso de la tarjeta, dejando el reverso a la libre elección del Estado miembro que expide la tarjeta; además, la tarjeta puede estar provista o no de un microprocesador o una banda magnética y b) una variante para el reverso de la tarjeta cuando el Estado miembro que la expide desea que constituya el reverso de una tarjeta nacional o regional existente. Cada Estado miembro es responsable de la producción y la distribución de la tarjeta europea en su territorio y su período de validez viene determinado por la institución que la expide. En el caso de España su emisión se inició el 1 de junio de 2004.

4. Asistencia sanitaria de ciudadanos de países terceros no residentes en Estados de la Unión Europea.

Existen en territorio nacional extranjeros que no son procedentes ni originarios de países de la Unión Europea, cuya asistencia sanitaria plantea una problemática distinta a la hasta ahora analizada. Estos ciudadanos extranjeros tienen diferente consideración por nuestro ordenamiento según pertenezcan a cada uno de los colectivos a los que a

⁴⁴ Concretamente los formularios E 111 y E 111 B (utilizados por los turistas); E 110 (utilizado por los transportistas internacionales); E 128 (utilizado por los trabajadores desplazados a otro Estado miembro y los estudiantes) y E 119 (utilizado por los desempleados en busca de trabajo en otro Estado miembro).

⁴⁵ GARCÍA DE CORTÁAR Y NEBREDÁ, Carlos: “¿Libre circulación de pacientes...?”, *op. cit.*, pp. 85-86.

⁴⁶ Decisión n° 189 de la CASSTM, de 18 de junio de 2003, dirigida a sustituir por una tarjeta sanitaria europea los formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo 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 [DOUE L 276 de 27.10.2003]; Decisión n° 190 de la CASSTM, de 18 de junio de 2003, relativa a las características técnicas de la tarjeta sanitaria europea [DOUE L 276 de 27.10.2003]; Decisión n° 191 de la CASSTM, de 18 de junio de 2003, relativa a la sustitución de los formularios E 111 y E 111 B por la tarjeta sanitaria europea [DOUE L 276 de 27.10.2003] y Decisión n° 197, de 23 de marzo de 2004, relativa a los períodos transitorios para la introducción de la Tarjeta Sanitaria Europea con arreglo al artículo 5 de la Decisión n° 191 [DOUE 343/2004, de 19 noviembre 2004].

Amplia información sobre la tarjeta en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/healthcard/links_fr.htm

⁴³ Sobre los antecedentes y trabajos previos para su creación vid. PÉREZ MENAYO, Vicente: “La Tarjeta Sanitaria Europea”, *La Mutua*, núm. 8, mayo-agosto 2002. Vid. igualmente GARCÍA DE CORTÁAR Y NEBREDÁ, Carlos: “¿Libre circulación de pacientes...?”, *op. cit.*, pp. 85-95.

continuación se hará mención⁴⁷. No todos los casos – como se verá– pueden catalogarse de “turismo sanitario” (así los residentes –legales o ilegales– de larga duración).

El art. 13.1 de la Constitución establece que: “Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley”. En realidad caben distinguir diferentes categorías de derechos reconocidos a los extranjeros, pues como señala la STC 107/1984, de 23 de noviembre: “Existen derechos que corresponden por igual a españoles y extranjeros y cuya regulación ha de ser igual para ambos; existen derechos que no pertenecen en modo alguno a los extranjeros (los reconocidos en el art. 23 CE, según dispone el art. 13.2 y con la salvedad que contienen); existen otros que pertenecerán o no a los extranjeros según lo dispongan los tratados y las Leyes, siendo entonces admisible la diferencia de trato con los españoles en cuanto a su ejercicio”⁴⁸. En materia sanitaria pertenecería a la primera categoría la que podría denominarse “asistencia sanitaria humanitaria”; al segundo grupo pertenecería el derecho a la integración en el sistema de la Seguridad Social que, aunque en principio, está concebido para españoles la incorporación a tal sistema ha sido reconocida igualmente a extranjeros y finalmente en la tercera categoría se encontraría el derecho a la protección de la salud.

Pues bien, como señala la STC 95/2000, de 10 de abril: “preciso es advertir que tanto el mantenimiento del sistema público de Seguridad Social (art. 41 C.E.) como el reconocimiento del derecho a la salud (art. 43 C.E.) y, consecuentemente, la obligación de los poderes públicos de organizarla y tutelarla mediante las medidas, prestaciones y servicios necesarios (art. 43 C.E.) se contienen en el Título I del texto constitucional, lo que permite establecer la relación entre ellos y la previsión ya mencionada del art. 13.1 C.E., deduciéndose el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria en las condiciones fijadas por las normas correspondientes”⁴⁹. Y entre tales normas destaca el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social⁵⁰ que ha equiparado hasta

el máximo constitucional posible a españoles y extranjeros⁵¹.

- a) Extranjeros residentes legales afiliados al sistema de la Seguridad Social.

Dispone el art. 7 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social que “estarán comprendidos en el Sistema de la Seguridad Social, a efectos de las prestaciones de modalidad contributiva, cualquiera que sea su sexo, estado civil y profesión, los españoles que residan en España y los extranjeros que residan o se encuentren legalmente en España, siempre que, en ambos supuestos, ejerzan su actividad en territorio nacional”. Para ellos “la acción protectora del sistema de la Seguridad Social comprenderá: a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo” (art. 38.1 LGSS).

Téngase en cuenta además que quienes ostenten la condición de refugiados o apátridas están autorizados a residir en España y desarrollar actividades profesionales, laborales o mercantiles (art. 2.1.a y c) Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado) con las consecuencias que en el orden de cobertura sanitaria ello implica, como afiliados a la seguridad social o, en otro caso, como residentes legales en España.

- b) Extranjeros empadronados⁵².

Según el art. 12.1 de la Ley Orgánica 4/2000: “Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Bien entendido que la inscripción en el padrón “no constituirá prueba de su residencia legal en España ni les atribuirá ningún derecho que no les confiera la legislación vigente, especialmente en materia de derechos y libertades de los extranjeros en España” (art. 18.2 Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local), ahora bien precisamente la Ley de extranjería, como acaba de citarse sí contempla un derecho a

⁴⁷ En general sobre esta problemática vid. MARTÍN DELGADO, Isaac: “La asistencia sanitaria de los extranjeros en España”, *Derecho y Salud*, Vol. 10, núm. 2, julio-diciembre 2002, pp. 197-217.

⁴⁸ En el mismo sentido STC 95/2000, de 10 de abril, EDJ 2000/4332.

⁴⁹ Sobre el derecho de los inmigrantes a la protección de la salud vid. VAL TENA, Angel Luis de: “El derecho de los trabajadores inmigrantes a la protección de la salud”, en *Derechos y libertades de los extranjeros en España*, Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, XII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Gobierno de Cantabria, 2003, T. II, pp. 1423-1448.

⁵⁰ La Ley de extranjería de 1985 no contemplaba la temática de asistencia sanitaria a extranjeros. Será la nueva Ley Orgánica 4/2000 la que por vez primera aborde el tema; cfr. al respecto SERRANO ARGÜELLO, Noemí: “El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a los

extranjeros. La nueva perspectiva de la Ley de Extranjería”, en *Derechos y libertades de los extranjeros en España*, Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, XII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Gobierno de Cantabria, 2003, T. II, pp. 1387-1421.

⁵¹ SANTOLAYA MACHETTI, Pablo: *Comentarios a la nueva Ley de Extranjería: Ley orgánica 4-2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, Lex Nova, Valladolid, 2000, p. 15.

⁵² Sobre la relevancia del padrón municipal en materia de extranjería vid. CÓRDOBA CASTROVERDE, Diego: “El padrón municipal y los extranjeros”, *Revista de Jurisprudencia (El Derecho)*, mayo 2005, p. 1.

la asistencia sanitaria derivado del hecho del empadronamiento⁵³.

Al requisito de empadronamiento se une, además, otra necesaria condición, la carencia de “recursos económicos suficientes”. El art. 80 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad encomendó al Gobierno el establecimiento de un sistema de la Seguridad Social para personas carentes de recursos. Tal cobertura para españoles⁵⁴ vino reconocida por el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre⁵⁵, pero este acotamiento a “españoles” (art. 1 del citado Real Decreto) se ha ampliado al colectivo de extranjeros que empadronados también carezcan de los citados recursos. Aunque podría entenderse que tal cobertura se da únicamente a los extranjeros que se encuentren legalmente en España⁵⁶, lo cierto es que el tenor del art. 12 Ley Orgánica 4/2000 extiende tal asistencia a todos los extranjeros, estén o no regularmente en España, siempre que se encuentren empadronados⁵⁷. De este modo puede afirmarse que la principal mejora introducida por esta Ley Orgánica es la relativa a la recepción de asistencia sanitaria por medio de la prestación no contributiva⁵⁸, equiparando por tanto las prestaciones contributivas y no contributivas⁵⁹. Como señala el art. 2 de esta norma reglamenta-

ria: “La asistencia sanitaria de la Seguridad Social reconocida por este Real Decreto tendrá idéntica extensión contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la misma”⁶⁰.

A la vista de lo anterior podría cuestionarse la eficacia de las normas reglamentarias que exigen la suscripción de un seguro de enfermedad o poseer los medios para cubrir la asistencia sanitaria⁶¹.

c) Extranjeros menores de edad.

En el panorama internacional existe un postulado de reconocimiento de la asistencia sanitaria de los menores: Declaración de los Derechos del Niño, proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959 (Principio 4) y Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, que entró en vigor el 2 de septiembre de 1989⁶².

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor dispuso en este sentido que “tienen derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos los menores extranjeros que se hallen en situación de riesgo o bajo la tutela o guarda de la Administración pública competente, aun cuando no residieran legalmente en España” (art. 10.3). La Ley Orgánica 4/2000 ha ampliado al máximo el ámbito de protección ya que establece en su art. 12.3 que: “Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Es decir extiende a todos los “extranjeros menores de dieciocho años” tal asistencia. Cumplida la mayoría de edad, habrá además de informarse al menor de la posibilidad de seguir recibiendo asistencia sanitaria siempre que se encuentre empadronado⁶³.

d) Extranjeras embarazadas.

También la citada Convención sobre los Derechos del Niño preceptúa que los Estados adoptarán las medidas apropiadas para “asegurar atención sanitaria prenatal y

⁵³ No existe otro requisito sobreañadido, al margen de la escasez de recursos. Así se afirma, por ejemplo, en la STSJ Andalucía (Málaga), Sala de lo Social, 8.11.2004, EDJ 2004/246813, que versa sobre si para el reconocimiento a la actora -de nacionalidad marroquí y empadronada en Melilla- del derecho a la asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social española bastará con el empadronamiento de la misma en Melilla o constituye requisito necesario el estar en posesión de la Tarjeta de Extranjero acreditativa de la situación de residencia legal en España. La Sala se decanta por la primera opción, por aplicación de lo dispuesto en el art. 12 Ley Orgánica 4/2000.

⁵⁴ Se consideran tales: las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al Salario Mínimo Interprofesional. Se reconoce, asimismo, este derecho, aunque se supere dicho límite, si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores o incapacitados a su cargo fuera igual o menor a la mitad del Salario Mínimo Interprofesional” (art. 1, pfo segundo del R.D. 1088/1989).

⁵⁵ Norma que ha sido calificada del mayor hito en el camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria en España; SERRANO ARGÜELLO, Noemí: *op. cit.*, p. 1399.

⁵⁶ ALONSO OLEA, Manuel y TORTUERO PLAZA, José Luis: *Instituciones de Seguridad Social*, Civitas, Madrid, 2000, 17ª edic., pp. 409-410 y RODRÍGUEZ PIÑERO, Miguel: “El derecho del Trabajo y los inmigrantes extracomunitarios”, *XII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Santander 8 y 9 de junio de 2001, p. 71.

⁵⁷ SERRANO ARGÜELLO, Noemí: *op. cit.*, p. 1393. Siguiendo el “proceso de extensión y universalización de la atención sanitaria” la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo de Navarra ha llegado incluso más lejos que la normativa estatal; vid. al respecto BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis: “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad”, *Derecho y Salud*, Vol. 10, núm. 1, 2002, p. 23.

⁵⁸ SERRANO ARGÜELLO, Noemí: *op. cit.*, p. 1414.

⁵⁹ GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, Carlos: “La situación de los extranjeros ante el sistema de protección social español”, *Foro de Seguridad Social*, núm. 2, 2000, p. 67.

⁶⁰ Para la aplicación del art. 12 Ley Orgánica 4/2000 se han dictado por el INSALUD la Circular 1/2000, de 28 de enero y la Resolución de 1.2.2000.

⁶¹ Arts. 23.2.e, 42.2.d, 44.2 y 75.2.a R.D. 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

⁶² Instrumento de ratificación de 30 de noviembre de 1990 de la Convención de 20 de noviembre de 1959 sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, B.O.E. 313/1990, de 31 diciembre 1990, Ref Boletín: 90/31312

⁶³ VAL TENA, Angel Luis de: *op. cit.*, p. 1440.

postnatal apropiada a las madres” (art. 24.2.d). Este principio es acogido por nuestra legislación de extranjería, según la cual: “Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto” (art. 12.3 de la Ley Orgánica 4/2000). De este modo se recoge un régimen de equiparación en materia de asistencia a la maternidad que tiene un lejano precedente en el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre y que tiene el carácter de “derecho absoluto”⁶⁴. Ningún requisito sobreañadido se impone para tal asistencia, ni tan siquiera el empadronamiento. No obstante lo cual, de encontrarse la extranjera embarazada empadronada podría naturalmente acceder a la prestaciones vía art. 12.1 Ley Orgánica 4/2000 con la ventaja añadida de que el tiempo de asistencia no se limitaría al embarazo, parto y postparto⁶⁵. Por ello la Resolución del INSALUD de 1.2.2000 estableció que a las mujeres embarazadas se les informará del derecho que les asiste a disfrutar de una atención continuada en el supuesto de empadronarse.

Indicar por otra parte que el derecho a esta asistencia sanitaria no incluye la interrupción del embarazo⁶⁶.

e) Otros extranjeros no pertenecientes a los colectivos anteriores.

El resto de extranjeros, no pertenecientes a ninguna de las categorías precedentes recibirán asistencia sanitaria en dos supuestos y modalidades:

- Supuestos de urgencia. A tenor de lo dispuesto en el art. 12.2 Ley Orgánica 4/2000 todos los extranjeros, cualquiera que sea su condición, “tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”⁶⁷. Como señala De Val, la denegación de asistencia médica en situaciones de urgencia vital estaría considerada un trato inhumano y degradante, vulnerando lo preceptuado en el art. 3 del Convenio Europeo de Derechos y Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950, con lo que la previsión del art. 12.2 Ley Orgánica 4/2000 ya no sólo cumpli-

menta lo dispuesto en el Convenio europeo citado, sino que añade un importante plus desde el momento en que la asistencia se prolonga “hasta la situación de alta médica”⁶⁸. Por su parte el art. 45.4.b R.D. 2393/2004 afirma asimismo que se podrá conceder una autorización por razones humanitarias: “A los extranjeros que acrediten sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, de imposible acceso en su país de origen, y que el hecho de ser interrumpida o de no recibirla suponga un grave riesgo para la salud o la vida. A los efectos de acreditar la necesidad, será preciso un informe clínico expedido por la autoridad sanitaria correspondiente”.

- Supuestos de no urgencia. En tal caso el extranjero puede acceder a los servicios sanitarios públicos “con la condición de pacientes privados” y “la facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos” (art. 16 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad)⁶⁹.

Indicar finalmente, que el goce del derecho a la asistencia sanitaria, una vez reconocida su titularidad, se establece en las mismas condiciones que a los nacionales, no estando permitido trato discriminatorio de ningún tipo⁷⁰. En este sentido debe recordarse que según lo establecido en el art. 16 LGS: “Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos”.

5. Consideraciones finales y cuestiones para reflexionar.

Existen, a la vista de lo expuesto una tendencia a la homologación de trato (principio de igualdad de trato) que

⁶⁴ VAL TENA, Angel Luis de: *op. cit.*, pp. 1444-1445.

⁶⁵ MARTÍN DELGADO, Isaac: “La asistencia sanitaria de los extranjeros en España”, *op. cit.*, p. 211.

⁶⁶ VAL TENA, Angel Luis de: *op. cit.*, p. 1446.

⁶⁷ Debe distinguirse en este punto los conceptos de urgencia atendida por los servicios de la sanidad pública y “urgencia vital” la cual en casos extremos puede ser prestada –con derecho al correspondiente reintegro– por entidades ajenas a aquella como señala ÁLVAREZ CORTÉS, Juan Carlos: “Los beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria en la Ley de extranjeros”, *Relaciones Laborales*, núm. 4, 2001, p. 33.

⁶⁸ VAL TENA, Angel Luis de: *op. cit.*, p. 1442. Resalta este autor la cierta incoherencia que existe al reconocer un derecho para los extranjeros que no se reconoce a los españoles, ya que estos, aunque tienen derecho a la asistencia de urgencia han de reembolsar el costo de la misma si no estuvieran cubiertos por alguno de los regímenes de la Seguridad Social., previsión que sin embargo no se observa en el caso de los ciudadanos extranjeros, *op. cit.*, p. 1443.

⁶⁹ Habrá que estar a las disposiciones autonómicas que regulan los precios de los diferentes dispositivos sanitarios y en el caso de la Administración Central habrá que estar a lo dispuesto en la Resolución de 7 de julio de 2003, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como por los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría (BOE, 29 de julio).

⁷⁰ SERRANO ARGÜELLO, Noemí: *op. cit.*, p. 1413.

tiene varios planos de equiparación: a) de ampliación de los colectivos de los ciudadanos comunitarios cubiertos por la normativa coordinadora (primero sólo trabajadores por cuenta ajena, luego trabajadores por cuenta propia, estudiantes, jubilados,...); b) de ampliación a ciudadanos no comunitarios (nacionales de terceros países).. Igualmente es perceptible una línea de actuación –ya en parte materializada- tendente a la simplificación de la normativa (el Reglamento 883/2004 es ejemplo de ello). Y, en fin, es constatable la facilitación del acceso a prestaciones mediante la implantación de la tarjeta sanitaria europea.

Sin embargo siguen planteadas algunas cuestiones ciertamente problemáticas, diferentes según el colectivo de extranjeros de que se trate. En el caso de ciudadanos o residentes comunitarios cabe percibir, a través de sucesivas resoluciones del TJCE, una continuada eliminación de las trabas existentes para el ejercicio del “turismo sanitario” pero, al mismo tiempo, una creciente inquietud por parte de algunos Gobiernos por el perjuicio que a la estabilidad de sus sistemas sanitarios comporta este fenómeno. Téngase en cuenta que en el seno de la Unión el “turismo sanitario” es en buena medida lógica consecuencia de sistemas asistenciales ineficaces. Como señaló la Exposición de Motivos del Proyecto de Informe sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea⁷¹: “La mayor parte de los pacientes y sus familias preferirían ciertamente utilizar los servicios locales; pero, si la calidad es pobre o los retrasos inaceptables, algunos por lo menos estarán dispuestos a viajar, a sabiendas de que la factura la pagará su país de origen”. Con todo lo razonable que ello es, indudablemente plantea una problemática importante para algunos países –es el caso de España- en términos de financiación de la asistencia.

En lo que respecta al colectivo de ciudadanos procedentes de terceros países (tal sería el caso, por ejemplo de Marruecos) la problemática es distinta. *De lege lata* alguno de los fenómenos asistenciales (partos de ciudadanas marroquíes en Ceuta y Melilla) son irresolubles en el plano financiero, aunque dudosamente puede hablarse de relevante repercusión para la sostenibilidad del sistema. Cuantitativamente más relevante es el supuesto de ciudadanos de terceros países residentes no legales en España –empadronados o no-. La solución en términos financieros vendría en ambos casos de la mano de convenios internacionales sobre el tema, lo cual hoy por hoy sólo cabe calificar de quimérico.

No se han considerado aquí otros problemas que, sin embargo, tienen incuestionable interés a la hora de abordar el

“turismo sanitario”, baste con señalar fenómenos tales con la transculturalidad y las barreras idiomáticas⁷².

6. CONCLUSIONES

1. Bajo el término “turismo sanitario” se engloban prácticas heterogéneas. En el caso de prestaciones sanitarias a cargo directo del paciente se plantean, en algún caso, problemas bioéticos. En el supuesto de que las prestaciones corran a cargo -total o parcialmente- de los sistemas aseguradores públicos la problemática planteada se centra en el ámbito subjetivo de cobertura y en la financiación y, en su caso, el reembolso de los gastos de dichas prestaciones.

2. Para el caso de las prestaciones proporcionadas por los sistemas públicos sanitarios la normativa Europea peca de complejidad y escasa claridad. Parece plausible en este sentido el proceso –aún inacabado- de reforma de los Reglamentos comunitarios que regulan la coordinación –y no armonización- para la aplicación de los regímenes de Seguridad social a los ciudadanos y residentes comunitarios que se desplazan dentro de la Unión Europea.

3. El ámbito subjetivo de aplicación de dicha normativa comunitaria se ha visto afectado por un continuo proceso de ampliación del colectivo de personas amparadas por la cobertura asistencial. Lo cual parece razonable al conjugar el principio de cobertura asistencial con el de “libre prestación de servicios”.

4. El sistema asistencial europeo ha mostrado a lo largo del tiempo importantes problemas de gestión que, en buena medida, podrán solventarse con la puesta en funcionamiento de la tarjeta sanitaria europea. No obstante lo cual, se echa en falta una homogeneidad de formatos, especialmente en lo referido a la compatibilidad entre las tarjetas sanitarias nacionales y la europea.

5. Particular relevancia en el caso de España se plantea por el elevado número de residentes comunitarios pensionistas en nuestro territorio -especialmente en el arco mediterráneo-, lo que requiere un esfuerzo de información a dicho colectivo para la divulgación de los mecanismos asistenciales intercomunitarios. Es razonable la inquietud del Gobierno español a este respecto, especialmente por la importante incidencia que tiene la presencia en lugares geográficos delimitados de un amplio número de ciudadanos comunitarios no censados, con la presión asistencial

71 2004/2148(INI), 20.12.2004.

72 Con las consecuencias que a nivel de errores ello comporta; vid. por ejemplo FLORES, Glenn, BARTON LAWS, M., MAYO, Sandra J., ABREU, Milagros, MEDINA, Leonardo y HARDT, Eric J.: “Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters”, *Pediatrics*, Vol. 111, 2003, pp. 6-24.

que ello comporta para determinadas administraciones sanitarias.

6. Se hace necesario clarificar al máximo y buscar una solución equitativa ante el fenómeno de ciudadanos comunitarios residentes en España que al regresar a su país de origen para recibir un tratamiento o someterse a una intervención alteran la atribución competencial asistencial, dando lugar a un sistema de doble reembolso: del país de origen al país de residencia (“cuota global”) y del país de residencia al país de origen (por el costo de la asistencia prestada), lo que plantea el relevante problema de que la “cuota global” recibida por nuestro país sea considerablemente más reducida que la que tienen otros países centroeuropeos, los cuales a su vez prestan asistencia a sus nacionales regresados a un costo notablemente superior al que hubiera tenido lugar de haberse prestado la asistencia en nuestro país.

7. Se detecta en la normativa comunitaria la existencia de conceptos jurídicos indeterminados que crean cierta inseguridad jurídica. Tal es el caso de las estancias en un Estado diferente al de origen, que dan derecho a las personas cubiertas por el sistema de protección comunitario a las prestaciones “necesarias desde un punto de vista médico”.

8. En relación a la asistencia sanitaria de ciudadanos de países terceros (no comunitarios) la cuestión es en términos cuantitativos menos problemática en el caso de los hospitales de Ceuta y Melilla, pese a lo cual la suscripción de un convenio con el país vecino parece pertinente. Y ello sin perjuicio de que sea necesario que la Administración dote de los suficientes recursos a dichos establecimientos para que puedan hacer frente a este fenómeno sin menoscabo de la calidad asistencial de nuestros ciudadanos.

9. Mayor preocupación deriva de la presencia en nuestro territorio de un elevado número de ciudadanos extracomunitarios que, al no encontrarse afiliados a la Seguridad Social, gozan de las ventajas del Sistema Nacional de Salud sin contribución alguna para su sostenimiento. El problema es aquí igualmente más agudo en determinadas zonas del territorio, por lo que parece razonable que a nivel interno se alcance un acuerdo entre las distintas administraciones sanitarias que forman parte del mismo y se incentive -en la medida de lo posible- la suscripción de convenios con los países de origen de dichos ciudadanos.