

TESIS DOCTORAL

2015

EL TURISMO SANITARIO EN CENTROS PÚBLICOS EN ESPAÑA



ALEJANDRA GIRALDO CHAPAPRIETA

LICENCIADA EN ECONOMÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

DIRECTORA: AMELIA PÉREZ-ZABALETA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES



El turismo sanitario en centros públicos en
España

ALEJANDRA GIRALDO

LICENCIADA EN ECONOMÍA

DIRECTORA: AMELIA PÉREZ-ZABALETA

A Blanca, Beltrán y Bruno

Agradecimientos

La primera persona a quién quiero y debo agradecerle esta tesis es a Ester Méndez, mi tutora, una persona excepcional que hace posible lo imposible y que no se rinde ante las dificultades, sin ella nada de esto habría sido posible. En segundo lugar a Amelia por haber aceptado dirigir mi tesis a pesar de su apretada agenda. Gracias a ellas hoy puedo presentar este trabajo.

También quiero agradecer a mi compañero y amigo Jesús Fernando Martín sus comentarios y aportaciones que han sido de gran utilidad en los momentos de tinieblas. A Lucia Inglada por su inestimable ayuda en la elaboración del modelo econométrico.

Y no podría terminar sin nombrar a mi familia a mis padres, siempre dispuestos a ayudarme y apoyarme, como han hecho siempre. A mi marido, Pablo por su comprensión y apoyo y a mis hijos Blanca, Beltrán y Bruno por ser el motor de mi vida y mi alegría.

Índice

Antecedentes

1. Introducción y justificación del tema estudiado
2. Objetivos de la investigación
3. Metodología de análisis
4. Estructura de la tesis doctoral

Capítulo 1. El Sistema Nacional español de Salud desde una perspectiva histórica y comparada

- 1.1 El sistema público de salud español. Una perspectiva histórica.
 - 1.1.1 El traspaso de la competencia sanitaria a las Comunidades Autónomas
 - 1.1.2 Evolución del gasto sanitario. Evolución de la población protegida
- 1.2 Análisis comparado de los sistemas públicos de salud dentro de la Unión Europea.
 - 1.2.1. Comparativa de los indicadores de los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno

Capítulo 2. Una aproximación al turismo sanitario

- 2.1 Conceptualización de turismo sanitario y asistencia sanitaria transfronteriza El turismo sanitario en cifras
- 2.2 Factores que impulsan el turismo sanitario
- 2.3 Orígenes de turismo sanitario
- 2.4 Clasificación de los tipos de turismo sanitario
- 2.5 Implicaciones del turismo sanitario en los países de destino

Capítulo 3. Análisis descriptivo de pacientes residentes en el extranjero que son hospitalizados en centros sostenidos con fondos públicos. Cuantificación y caracterización.

3.1. Introducción

3.2. Asistencia médica a extranjeros

3.2.1. Asistencia sanitaria de provisión pública a extranjeros

3.2.2. Factores determinantes en el incremento de las prestaciones públicas sanitarias a ciudadanos no residentes

3.3. Pacientes residentes en el extranjero atendidos en términos relativos

3.3.1. PREH (Pacientes Extranjeros no Residentes Hospitalizados) sobre el total de turistas recibidos

3.3.2. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) sobre el total de hospitalizaciones

3.4 . Análisis por Comunidades Autónomas

3.5 . Caracterización de los PREH

3.5.1. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) por sexo

3.5.1.1 Distribución por sexo de los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) en Ceuta y Melilla

3.5.1.2 Distribución por sexo de los PREH atendidos en el resto de España

3.5.2. Distribución de PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados) por edad

3.5.2.1 Distribución por edades de los PREH atendidos en Ceuta y Melilla

3.5.2.2 Distribución por edades de los PREH atendidos en el resto de España

3.5.3. Distribución de los PREH según el tipo de acceso a los servicios hospitalarios

3.5.4. Causas de hospitalización de los PREH

3.5.4.1. Causas de hospitalización de los PREH en Ceuta y en Melilla.

3.5.4.2. Causas de hospitalización de los PREH en España excepto Ceuta y Melilla.

3.5.5. Coste de los servicios médicos a PREH

3.5.6. Nacionalidad de los extranjeros atendidos

3.6. Conclusiones sobre la caracterización del tipo de pacientes residentes en el extranjero que son hospitalizados en centros públicos

Capítulo 4. Atención sanitaria transfronteriza a extranjeros en los procesos del parto y el embarazo en zonas fronterizas.

4.1. Cuantificación del volumen de PREH en Obstetricia en zonas fronterizas

4.2. La brecha sanitaria como impulsora de la asistencia sanitaria transfronteriza

4.2.1. Mortalidad materna

4.2.2. Gasto sanitario público per cápita en dólares en Paridad de Poder Adquisitivo (PPA)

4.3. Estimación de la expresión analítica

4.4. Otros determinantes de la asistencia sanitaria transfronteriza: el coste del viaje y la información disponible

4.4.1. El coste del viaje

Francia

Portugal

Marruecos

4.4.2. La información disponible

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Lista de Símbolos, abreviaturas y siglas

CMBD: Conjunto Mínimo de Datos Básicos.

EEUU: Estados Unidos.

FEDER: Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

IDH: Índice de Desarrollo Humano.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de Comercio.

PIB: Producto Interior Bruto.

PPA: Paridad de Poder Adquisitivo.

PREH: Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

UE: Unión Europea.

Listas de cuadros, gráficos y figuras

Cuadro 1: Porcentaje del gasto sanitario controlado por las comunidades autónomas.

Cuadro 2: Gasto sanitario público per cápita medio periodo 2007/2011.

Cuadro 3: Gasto sanitario público en miles de euros.

Cuadro 4: Gasto sanitario público nominal sobre el PIB. Datos expresados en miles de euros corrientes.

Cuadro 5: Tasa de variación del PIB y del gasto público sanitario.

Cuadro 6: Evolución de la población protegida por el SNS.

Cuadro 7: Porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB según el tipo de modelo sanitario.

Cuadro 8: Posición en el Index Health Consumer según el tipo de sistema sanitario.

Cuadro 9: Índice de tiempos de espera en los sistemas sanitarios por países.

Cuadro 10: Indicadores sanitarios por países.

Cuadro 11: Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados en centros públicos.

Tabla 12: Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados en centros públicos.

Tabla 13: Porcentaje de PREH sobre el total de turistas recibidos.

Tabla 14: PREH sobre el total de hospitalizaciones.

Tabla 15: Distribución de turistas por CCAA en los años 2009, 2010, 2011

Tabla 16: PREH por Comunidades Autónomas. 2009, 2010 y 2011.

Tabla 17: Distribución media de turistas y de PREH. Años 2009, 2010 y 2011.

Tabla 18: Distribución por sexo de los pacientes atendidos en Ceuta y Melilla.

Tabla 19: Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el resto de España.

Tabla 20: Distribución por edades de los pacientes atendidos en Ceuta y Melilla.

Tabla 21: Distribución por edades de los PREH atendidos en el resto de España.

Tabla 22: Comparativa por edades de los pacientes extranjeros atendidos y los turistas recibidos en España (excepto Ceuta y Melilla)

Tabla 23: Distribución según acceso, urgencias o programado, de los PREH.

Tabla 24: Fuentes de financiación de la asistencia sanitaria a los PREH.

Tabla 25: Causas de hospitalización PREH de los procesos atendidos en Ceuta y en Melilla (año 2009, 2010 y 2011).

Tabla 26: Causas de hospitalización de los PREH en España excepto Ceuta y Melilla. Años 2009, 2010, 2011.

Tabla 27: Coste de los servicios médicos a PREH. Años 2009, 2010, 2011.

Cuadro 28: PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia en procesos relacionados con el embarazo y el parto en provincias fronterizas

Cuadro 29: Porcentaje de PREH atendidos los servicios de Ginecología y Obstetricia en procesos relacionados con el embarazo y el parto sobre el total. Agrupando las provincias por fronteras.

Cuadro 30: Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos por países.

Cuadro 31: Índice de mortalidad materna.

Cuadro 32: Gasto público sanitario per cápita en dólares en términos de PPA.

Cuadro 33: Índice evolución del gasto sanitario público en dólares en PPA.

Tabla 34. Resultados de los criterios de selección de modelos.

Gráficos

Gráfico 1: Gasto sanitario público y PIB per cápita.

Gráfico 2: Distribución media de turistas y de PREH. Años 2009, 2010 y 2011.

Gráfico 3: Comparativa por edades de los pacientes extranjeros atendidos y los turistas recibidos.

Gráfico 4: Distribución de las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria a los PREH.

Gráfico 5: Porcentaje de PREH atendidos los servicios de Ginecología y Obstetricia en las provincias fronterizas colindantes con Francia, Portugal y Marruecos.

Gráfico 6: Evolución de la mortalidad materna en tantos por 100.000, España, Francia, Marruecos y Portugal. Años 1990/2013

Gráfico 7: Evolución del gasto sanitario público en \$ en PPA

ANTECEDENTES

Introducción y justificación del tema

El *turismo sanitario* es un fenómeno de crecientes dimensiones en la actualidad tanto en España como en el resto del mundo. No obstante la bibliografía y los trabajos de investigación, que se han publicado hasta el momento, son relativamente escasos si se comparan con la importancia que el fenómeno está adquiriendo a escala mundial.

El *turismo sanitario* presenta múltiples facetas que se pueden estudiar desde varios puntos de vista, algunos de ellos son; el legal, el cultural, el económico o/y el sociológico. Al mismo tiempo es un fenómeno complejo y heterogéneo y para estudiarlo es necesario caracterizarlo y clasificarlo, en consecuencia comenzamos diferenciando entre turismo sanitario sostenido con fondos públicos y turismo sanitario privado. Aunque ambos registran un importante crecimiento anual en número de pacientes y en volumen de facturación, este trabajo se centra exclusivamente en analizar la vertiente pública de la cuestión, más concretamente pretende realizar un análisis interdisciplinar del turismo sanitario sostenido con fondos públicos que se produce en España. No obstante, cabe señalar que el turismo sanitario privado que se produce en nuestro país está tomando unas dimensiones significativas y plantea una serie de retos y oportunidades que conviene sopesar aunque escapa a los objetivos que aquí se plantean.

Una de las principales preocupaciones de los españoles es como mantener la calidad y gratuidad del sistema público de salud (CIS, 2011) y uno de los temas que han estado en el punto de mira han sido las prestaciones médicas a extranjeros. En España la opinión pública, los medios de comunicación (El Confidencial, 2012) así como ensayos y documentos de trabajo (Rosenmöller, 2006) han dado por hecho la existencia de un volumen elevado de turismo sanitario en centros públicos, entendiéndose por ello, personas extranjeras que vienen a España con el principal objetivo de recibir servicios médicos del Sistema Nacional de Salud. La universalidad y calidad del sistema sanitario español habría actuado como factor de reclamo.

El objeto de esta tesis es documentar el hecho "*turismo sanitario*", si realmente se puede hablar de la existencia de un turismo sanitario en centros públicos de salud.

Antecedentes

Para ello la primera dificultad se encuentra en la definición de *paciente extranjero*. Contabilizaremos como paciente extranjero a aquella persona que reside fuera de España, ya que la Ley General de Sanidad (1986) reconoce el derecho a la salud a cualquier ciudadano que resida en España independientemente de su nacionalidad. El derecho a la salud se genera por el hecho de residir en España. En esta monografía se analiza a aquellos pacientes que residiendo en el extranjero son hospitalizados en centros públicos españoles, que a partir de este momento denominaremos de forma abreviada PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados). No se registra la asistencia ambulatoria por varios motivos, en primer lugar debido a que el 60% del gasto sanitario público es absorbido por la asistencia hospitalaria, así analizando este tipo de prestaciones se cubre la mayor parte del gasto público sanitario. En segundo lugar el paciente-turista, dada su condición, tiene mayor propensión al gasto hospitalario. Y en tercer y último lugar el volumen de datos que se han manejado de más de 500.000 historias clínicas era suficientemente ambicioso.

Objetivos de la investigación

La investigación realizada tiene varios objetivos. En primer lugar elaborar un análisis descriptivo de los PREH. Este análisis se centra en la caracterización y cuantificación de este tipo de pacientes con el objetivo final de determinar la importancia y tipología de este fenómeno.

En segundo lugar, a partir del análisis descriptivo, demostrar que un porcentaje de los PREH acuden a España por el diferencial de calidad percibido entre los sistemas sanitarios de su país de origen y el SNS español, esto último se ha denominado **brecha sanitaria**.

En este estudio se busca contrastar la hipótesis de que la brecha sanitaria impulsa los flujos de pacientes extranjeros de un sistema sanitario a otro. El diferencial tanto efectivo como percibido de la calidad de los sistemas sanitarios es un catalizador de los movimientos de los pacientes. Dada la complejidad del fenómeno “turismo sanitario” la investigación se centra en una parte muy concreta de los servicios sanitarios: las asistencias hospitalarias que tienen lugar en las provincias fronterizas de España en los procesos relacionados con el embarazo y el parto a pacientes extranjeras.

Nos centramos en este hecho porque al comenzar la investigación se observa el siguiente dato: anualmente se atienden de media a 3.710 pacientes en los servicios médicos de ginecología y obstetricia, lo que supone un promedio del 23% de los casos del total de pacientes hospitalizados con residencia en el extranjero. La mayor parte de estas atenciones tiene lugar en las provincias fronterizas con terceros países.

A partir de esta evidencia se busca contrastar la relación entre la capacidad de los distintos sistemas sanitarios de nuestro entorno para satisfacer las necesidades de su población y los flujos de pacientes transfronterizos que buscan asistencia médica en España. Asumimos que las regiones limítrofes con Francia: Gerona, Lleida, Navarra, Huesca y País Vasco, reciben pacientes provenientes de Francia. Así, si el sistema francés no garantiza determinados estándares de calidad, sus ciudadanos buscarán asistencia sanitaria al otro lado de la frontera. Paralelamente se asume que las

Antecedentes

provincias limítrofes con Portugal recibirán pacientes de Portugal y que las pacientes extranjeras hospitalizadas en Ceuta y Melilla proceden de Marruecos.

Para calibrar la capacidad de los sistemas sanitarios de responder a las necesidades de salud de su población en los procesos relacionados con el embarazo y el parto, se analizan dos indicadores sanitarios: la mortalidad materna y el gasto sanitario público per cápita. Se han analizado también otros indicadores como las listas de espera, los copagos, número de atenciones prenatales. Sin embargo estos últimos indicadores no están disponibles de forma homogénea para todos los países objeto de estudio.

Finalmente, en este trabajo se presenta un modelo econométrico. La variable dependiente es el número de PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizadas) en los servicios de Ginecología y Obstetricia en las regiones fronterizas de España y las variables independientes son la mortalidad materna y el gasto público per cápita PPA. Se espera que una mortalidad materna alta en el país de origen provoque un efecto expulsión. Simultáneamente cuanto mayor sea el gasto sanitario per cápita en el país de origen menor será el flujo de salida de pacientes transfronterizos. Si el sistema sanitario del país de origen posee suficientes recursos para afrontar con éxito los procesos médicos y hospitalarios de su población, los pacientes no tienen incentivos para acudir a un país extranjero en busca de asistencia sanitaria.

Metodología de análisis

Este trabajo de investigación combina distintas metodologías de análisis. El capítulo uno comienza con una revisión histórica bibliográfica sobre el sistema sanitario español, a continuación se realiza un análisis comparado, utilizando distintas fuentes de de datos (OMS, OCDE, Euroconsumer), de los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno teniendo en cuenta la tipología del sistema sanitario; seguridad social o sistema nacional de salud.

Los capítulos tres y cuatro suponen la aportación más novedosa a la literatura. En ellos se realiza un análisis descriptivo de los PREH (Pacientes residentes en extranjeros) a partir de una base de datos de más de quinientas mil historias clínicas. Los datos proceden del Instituto de Información Sanitaria dependiente del Ministerio de Sanidad. A partir de este análisis se categorizan los PREH en tres tipos; turistas que reciben asistencia sanitaria de forma fortuita, inmigrantes que vienen a España a establecerse y pacientes transfronterizos. Esta evidencia constituye la base para el análisis que se realiza el cuarto capítulo. En él se establece la relación entre la capacidad de los sistemas sanitarios para cubrir satisfactoriamente las necesidades de su población y la posibilidad de que estos pacientes busquen asistencia sanitaria fuera de su lugar de origen. Esta relación se concreta en una expresión analítica cuyos coeficientes se han estimado por el método de mínimos cuadrados ordinarios combinados. Los resultados indican que las diferencias percibidas por los usuarios sobre la calidad de los sistemas de salud en países vecinos impulsan la asistencia sanitaria transfronteriza.

Estructura de la tesis doctoral

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos.

En el **primer capítulo** se revisa cómo se ha configurado el sistema sanitario público español a lo largo del siglo XX desembocando en un sistema sanitario universal de referencia mundial. Esta revisión se debe a que entendemos que el hecho *turismo sanitario* en centros públicos está directamente relacionado con la forma y manera en la que se puede acceder a los servicios médicos en el sistema público español.

El capítulo comienza con una perspectiva histórica de las principales leyes que han determinado la estructura del sistema sanitario actual. A continuación se analiza la evolución del gasto sanitario en la última década tanto en términos absolutos como en gasto per cápita, así como la evolución de la población protegida. Por último se realiza un análisis comparado de los sistemas sanitarios. Este análisis tiene dos vertientes. Por un lado se realiza una comparativa de los sistemas sanitarios europeos según modelos; el sistema sanitario tipo seguridad social y el sistema sanitario tipo sistema nacional de salud. Y por otro lado se realiza una comparativa de algunos indicadores de salud de los países de nuestro entorno.

En el **segundo capítulo** ofrece una panorámica sobre los rasgos más importantes del fenómeno del turismo sanitario a escala global.

El capítulo comienza con la conceptualización del término *turismo sanitario* por varios autores, continua con una revisión de las cifras de este fenómeno a escala mundial tanto del turismo sanitario privado como público. A continuación se establecen cuales son los factores que actúan como impulso del turismo sanitario y se describe desde una perspectiva histórica las diferentes formas que ha tomado el hecho *turismo sanitario* a lo largo del tiempo.

Para concluir se exponen algunas de las consecuencias que el turismo sanitario ha generado en los países receptores.

En el **tercer capítulo** nos centramos en España. El objetivo es determinar el número, así como las características de los PREH en centros públicos españoles para poder

Antecedentes

finalmente determinar si se puede hablar de la existencia de algún tipo de turismo sanitario.

A lo largo del capítulo se caracteriza la tipología del paciente extranjero que es hospitalizado en centros públicos y cuál es el volumen de recursos que absorbe.

Tras este análisis encontramos que un número importante de PREH son atendidos en zonas fronterizas en procesos relacionados con la atención al parto y al embarazo en centros públicos, lo que será objeto de investigación en el cuarto capítulo.

Así mismo se establecen también otras dos tipologías de asistencias hospitalarias a extranjeros: turistas que reciben asistencia sanitaria de forma fortuita, en la mayoría de los casos procedentes de Francia, Gran Bretaña, Italia, Alemania y Países Bajos y inmigrantes que vienen a España a establecerse y todavía no han tramitado su tarjeta sanitaria.

Por último en el **cuarto capítulo** se analizan las variaciones que registran los flujos de PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia en zonas fronterizas. El análisis se centra en este tipo de atención ya que se asume que cuando una mujer es hospitalizada para dar a luz fuera de su país de residencia lo hace de forma intencionada, de forma que se estaría cumpliendo el criterio necesario para poder hablar de turismo sanitario: la intencionalidad.

A continuación se establecen los factores que les empujan a buscar asistencia sanitaria fuera de su país de origen. Para finalizar se sintetiza el análisis elaborado en una aproximación econométrica al problema donde se plantea un modelo econométrico que predice los flujos de pacientes transfronterizos en función de la brecha sanitaria.

CAPÍTULO 1

Capítulo 1: El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada.

El sistema sanitario público español se ha configurado sobre tres pilares: calidad, gratuidad y universalidad, situándose como un sistema sanitario de referencia a nivel mundial (Freire, 2006). Estas características han actuado como un factor de reclamo para los ciudadanos residentes en el extranjero que acuden a España con el objetivo principal de recibir servicios médicos. El objeto de este capítulo es establecer cómo se han determinado dichas características. Para ello, el capítulo se estructura en tres partes. Primero se revisa el conjunto de leyes, que sucediéndose en el tiempo, han dado lugar las instituciones que determinan la estructura del sistema sanitario actual, a continuación se analiza la evolución del gasto sanitario público y de la población protegida. Y por último se realiza una aproximación en perspectiva comparada del sistema sanitario público español frente a otros sistemas sanitarios de países europeos y de otros países de nuestro entorno.

1.1 Sistema sanitario público español: una perspectiva histórica

El sistema sanitario español es un referente a nivel internacional por su universalidad y amplitud de cobertura a la población en comparación con otros países desarrollados. El conjunto de instituciones que lo forman son el resultado de una serie de hechos que podemos encuadrar en tres etapas:

1º Etapa: El establecimiento de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Desde 1900 hasta 1942

2º Etapa: La Seguridad Social. Desde 1942 hasta 1978

3º Etapa: El Sistema Nacional de Salud. Desde 1978 hasta nuestros días.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

1º Etapa: Desde 1900 hasta 1942

A comienzos del siglo XX la sanidad española se configura en torno a dos ejes: por un lado la asistencia médica privada utilizada por los más favorecidos económicamente y por otro lado una red asistencial de beneficencia utilizada por las clases más necesitadas. El derecho a la asistencia sanitaria no existía como tal. La red asistencial de beneficencia se regía por la Ley General de Beneficencia de 1849 que regulaba la provisión de servicios sanitarios en este ámbito. Su financiación provenía fundamentalmente de tres instituciones: el estado que canalizaba los recursos a través de las juntas municipales y provinciales, la iglesia católica y personas privadas que hacían aportaciones en forma de donaciones.

Los establecimientos de beneficencia más significativos de esta época son las casas de socorro donde se suministraban los servicios sanitarios en caso de accidente, las casas de maternidad y expósitos, los hospitales públicos y las casas para los inválidos del trabajo (García Murcia, 2007).

No obstante en el transcurso de esta primera etapa vamos a ver cómo se configura el derecho a la asistencia sanitaria, nacen los primeros seguros sociales en España en consonancia con lo que ocurre en el resto de Europa.

Los primeros pasos en la promoción de la salud en España se producen encaminados a garantizar cierta protección social a la clase trabajadora. Influenciados por la implantación de seguros sociales que está teniendo lugar en Alemania, en 1883 Moret crea la comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora y bienestar de las clases obreras (Martínez-Ramos, 2009).

Esta comisión se transforma en poco tiempo en el Instituto de Reformas Sociales. Pero antes, en 1900, la comisión da como fruto la Ley de Accidentes de Trabajo. Según la cual los patronos tenían la obligación de atender las necesidades médicas del obrero accidentado. La asistencia médica se instrumenta a través de un seguro que se podía

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

concertar con mutuas o con empresas privadas de seguros (Rubio Vila, 2011). Esta asistencia debe cubrir todas las necesidades médico-farmacéuticas derivadas del accidente acaecido durante la jornada laboral. Con esta ley aparece por primera vez el concepto de asistencia sanitaria como derecho.

El Instituto de Reformas Sociales sigue evolucionando y pocos años más tarde se convierte en el Instituto Nacional de Previsión por la ley del 27 de Febrero de 1908. El objetivo principal de esta transformación es dotar al sistema asistencial con una estructura única. Se refleja en esta ley la voluntad de los poderes públicos de intervenir en la política social y en la cobertura de los riesgos sociales (García Murcia, 2007). En sus primeros años de andadura logra desarrollar un sistema de pensiones para la clase trabajadora, la financiación de estas pensiones proviene de fondos del estado y aportaciones de los asegurados. Este sistema de pensiones constituye el comienzo de una batería de prestaciones que tienen como objeto garantizar un nivel aceptable de salud pública, concretamente en 1923 ve luz verde el Subsidio de Maternidad y en 1929 el Seguro Obligatorio de Maternidad que amplía y refuerza el primero. Este seguro garantizaba la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto.

Para atender las necesidades médicas que surgen de este compendio de seguros, el Instituto Nacional de Previsión establece los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas (Martínez-Ramos, 2009).

En esta línea se va consolidando la protección social con medidas adicionales como la ampliación de los beneficios de la Ley de Accidentes del Trabajo a los trabajadores agrícolas que posteriormente se extiende a los trabajadores de la industria y como culmine de este proceso se establece el Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, implantado el 1 de septiembre de 1944.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

2º Etapa: Desde 1942 hasta 1978

La asistencia sanitaria en España no se consolida como un derecho *de facto* hasta el establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SEO) está destinado inicialmente a la “población económicamente débil”. En su creación, su objetivo es atender las situaciones en las que se produce una pérdida de salud. Tal y como establece la Ley de 14 de diciembre de 1942, el Seguro Obligatorio de Enfermedad dota de «*protección frente a las situaciones de enfermedad que puedan presentarse a los trabajadores asegurados y a los familiares a su cargo*».

Este seguro ofrece a los asegurados así como a sus familiares (art.8, ley del 14 de Diciembre de 1942) asistencia sanitaria por enfermedad incluyendo también la asistencia por maternidad, pero no las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales que quedaron reguladas con anterioridad por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

Así mismo el SEO cubre a los asegurados y a sus familias las necesidades médico-farmacéuticas, indemniza al trabajador en caso de pérdida de capacidad para el trabajo y cubre los gastos del sepelio en caso de fallecimiento.

A partir del establecimiento del SOE se crea una red de asistencia pública, operada también por personal contratado por el sector público. Esta forma de organización determina la forma en la que se configura el sistema sanitario público español, donde tanto el personal como las infraestructuras son financiados y gestionados directamente por el sector público. Las infraestructuras se desarrollan en torno a dos ejes: los ambulatorios y los servicios hospitalarios que integran las consultas de medicina general y las especialidades respectivamente.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Inicialmente el SOE se crea solo para los trabajadores por cuenta ajena económicamente débiles (Rubio Vila, 2011). En 1953 cubría únicamente al 30% de la población pero progresivamente se va extendiendo al resto de los trabajadores, primero se incorporan en 1947 los trabajadores eventuales, para posteriormente incorporarse los trabajadores a domicilio en 1948, luego obreros de la industria resinera más tarde los trabajadores del mar y por último los trabajadores portuarios en 1949. No cabe duda de que esta norma constituye el punto de partida de la consolidación del actual sistema de salud público.

La financiación de este seguro médico se nutre principalmente de las cotizaciones obligatorias que realizaban a partes iguales trabajadores y empresarios, también el Estado contribuía con pequeñas aportaciones. La cantidad a percibir en caso de enfermedad era el 50% del salario y solo se percibía a partir de siete días de enfermedad, ya que se consideraba que menos no suponía un perjuicio económico importante.

Así se establece en España un sistema sanitario basado en seguros sociales. Este sistema se consolida con la Ley 193/1963, donde aparece la Seguridad Social como ente administrador de las coberturas asistenciales en España. Esta ley dice: *“conseguida ya la cobertura de los riesgos básicos comunes y profesionales parece llegado el momento de operar el tránsito de un conjunto de Seguros sociales a un sistema de seguridad social. El objetivo es poner término a la complejidad que adolece el sistema de Previsión Social, que se manifiesta en una incesante proliferación de disposiciones y la diversidad de organismos y entidades que se superponen, con la inevitable duplicidad y despilfarro de recursos.”*

Así esta ley tiene como objetivo la creación de un seguro único, en realidad, con esta ley se consigue simplificar y unificar la afiliación y cotización para los seguros de vejez, invalidez y enfermedad. Se crea así un sistema de seguridad social que desplaza el conjunto de seguros sociales (Castro Argüelles, 2007).

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Ya se contempla en esta ley el carácter redistributivo que juega la Seguridad Social *“Sabido es que la seguridad social puede contribuir eficazmente a una redistribución de la renta total de la comunidad política, según criterios de justicia y equidad, y puede, por tanto, considerarse uno de los instrumentos para reducir los desequilibrios en el tenor de vida entre los ciudadanos”*

En desarrollo de la nueva LSS el régimen de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y la organización de sus servicios asistenciales quedaron plasmados en el Decreto de 16 de noviembre de 1967. La mayor innovación sanitaria consistió en el reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica, lo que provocó la transformación de las instalaciones de la Seguridad Social, que pasaron a ser hospitales generales en lugar de centros meramente quirúrgicos (Rubio Vila, 2011).

Más adelante, en 1972, la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social eliminó los topes máximos salariales como requisito para acceder a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. A partir de su promulgación todos los trabajadores por cuenta ajena tuvieron acceso a la acción protectora de la Seguridad Social con independencia de sus niveles retributivos.

En 1978 alcanzaría ya al 81,76%, 30 millones de personas. Si a esas cifras se añaden los correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los funcionarios, los porcentajes se situaban aproximadamente en el 90% de la población española.

En esta época las cuotas de la seguridad social constituyen la única fuente de financiación de las prestaciones sanitarias. Estamos ante los que se conoce como sistema Bismarksiano.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

3º Etapa: Desde 1978 hasta nuestros días

El cambio fundamental se produce con la llegada de la democracia, la Constitución de 1978 en su artículo 43 enuncia "*Se reconoce el derecho a la protección de la salud*". En ese mismo artículo se dice que "*Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y obligaciones de todos al respecto*", esto supone un cambio de modelo, de un sistema de cuotas a un sistema universalista.

En diciembre de ese mismo año se publica el Real Decreto-Ley 36/1978, sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que el Instituto Nacional de Previsión se suprime y se escinde en tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el de Salud (INSALUD) quedando fuera las Mutualidades de funcionarios, así como la gestión de la asistencia a los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que recaería en las Mutuas Patronales. Con este real decreto será el INSALUD el que asume la gestión y administración de los servicios sanitarios.

A pesar de la nueva legislación, el funcionamiento del sistema sanitario se rige por los criterios anteriores a la constitución, es decir el sistema de cuotas prevalece. La asistencia sanitaria es un derecho que se adquiere cuando se abonan las cuotas a la Seguridad Social y no por el hecho de residir en España. Es con la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad cuando se produce un reordenamiento que busca adecuar los servicios sanitarios a la nueva situación.

En su art. 1 consagra el derecho a la salud y a la atención sanitaria en base al concepto de ciudadano y no de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social. Así establece *que "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional"*.

Desde el punto de vista jurídico, con la Ley General de Sanidad, la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para

convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España. Por tanto la pertenencia o no al sistema, el alta y afiliación al mismo, y por extensión, la figura de persona dependiente de afiliado desaparece. Se esté o no en alta en un régimen de Seguridad Social y se dependa o no económicamente de una persona en alta, se tiene derecho a la asistencia sanitaria y por tanto al reconocimiento administrativo de este derecho con carácter personal y propio.

Al mismo tiempo comienza a producirse un traspaso de competencias del Estado central a las Comunidades Autónomas. La organización sanitaria española queda definida bajo el criterio de territorialidad. Las autonomías disponen de un amplio margen de maniobra: tienen capacidad para organizar sus recursos, endeudarse, construir nuevos centros de salud, ampliar las prestaciones sanitarias básicas y subcontratar servicios con entidades privadas.

1.1.1. Transferencia de las competencias sanitaria a las Comunidades Autónomas

La descentralización de los servicios sanitarios ya queda establecida en la Constitución en su artículo 148.1 y la ley General de la Sanidad de 1986 vuelve a incidir sobre el tema. La cesión de las competencias de las prestaciones sanitarias a las comunidades autónomas se expone en el artículo 50: *En cada comunidad autónoma se establece un servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputación, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado,..., bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.*

Las transferencias de las competencias de los servicios sanitarios de salud comienzan en 1981 siendo Cataluña la primera en recibirlas pero el proceso es largo. Las transferencias concluyen en el 2002. La España de las autonomías se ha configurado como una España a varias velocidades impulsada casi siempre por los sectores más nacionalistas que demandan ampliar el número de competencias bajo su poder.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

En el año 2002, el Instituto Nacional de la Salud se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*, el nuevo Instituto se ocupa únicamente de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de la Ciudades de Ceuta y Melilla.

Las autonomías disponen de un amplio margen de maniobra, gestionan más del 50% del presupuesto público sanitario. Esta descentralización contribuye a un desarrollo desequilibrado de la calidad de los servicios sanitarios. En un intento garantizar unos servicios básicos comunes en todo el territorio español se aprueba en el año 2003 la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley se promueve para establecer cierto grado de cooperación y coordinación en materia de salud al mismo tiempo garantiza a los ciudadanos un estándar de calidad común. Cabe señalar que el Tribunal Constitucional a este respecto obliga a todas las Comunidades autónomas a garantizar un mínimo común de prestaciones pero no las obliga a ofrecer servicios homogéneos.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones Públicas sanitarias quedan definidas por esta Ley y quedan limitadas a: Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones farmacéuticas, la gestión y contratación de los profesionales sanitarios, la investigación médica, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario.

Así la organización del sistema público de salud queda establecida bajo el criterio de territorialidad. Son las comunidades autónomas las que gestionan los servicios sanitarios y dentro de cada comunidad autónoma estos servicios se organizan en áreas de salud. Estas áreas según la Ley General de Sanidad son la unidad básica de organización, abarcan poblaciones entre 200.000 y 250.000 personas y se establecen siguiendo criterios sociológicos, geográficos y de vías de comunicación.

Las prestaciones sanitarias se rigen por el Real decreto 1030/2006¹. Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios comunes o excluir los ya existentes es necesaria su evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las comunidades autónomas.

Las diferencias en prestaciones sanitarias en las distintas comunidades autónomas según el defensor del pueblo se producen sobre todo en: la prestación farmacéutica, nuevas terapias y medicamentos, calendario de vacunación, salud mental, enfermedades raras o poco frecuentes, tratamiento de la fibromialgia y fatiga crónica, diagnóstico genético preimplantatorio, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, aplicación de técnicas de reproducción humana asistida a personas con vih, catálogos de prestaciones ortoprotésicas, atención bucodental, cirugía de reasignación de sexo, daño cerebral sobrevenido, atención podológica a pacientes diabéticos, terapias contra el tabaco y ayudas económicas a personas celiacas.

Tras el proceso de descentralización que ha tenido lugar en el sector público español la mayor parte del gasto sanitario está controlado por las Comunidades Autónomas, el traspaso de la competencia sanitaria ha supuesto que las comunidades autónomas controlen un porcentaje creciente del gasto sanitario. En el cuadro se puede observar que, pese a que el proceso de traspaso de competencias ya estaba finalizado en el 2002 el porcentaje de gasto controlado por las Comunidades Autónomas no ha dejado de crecer.

¹ Real Decreto 1030/2006. BOE nº 222, pag 32650-32679

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Cuadro 1: Porcentaje del gasto sanitario controlado por las comunidades autónomas

Año	Porcentaje del gasto sanitario controlado por las comunidades autónomas
2002	89,60
2003	89,77
2004	90,06
2005	90,33
2006	90,40
2007	90,57
2008	91,01
2009	91,14
2010	91,80
2011	91,98
2012	92,11

Fuente: Elaboración propia. Estadística del Gasto Sanitario Público.2010

En este contexto las Comunidades Autónomas tienen capacidad para, partiendo de unos servicios sanitarios mínimos que establece el Ministerio de Sanidad, realizar una gestión autónoma de los servicios médicos donde cada una de ellas tendrán sus características particulares. Como consecuencia de todo lo anterior el gasto sanitario per cápita varía según la comunidad autónoma. Para poder observar las diferencias en términos cuantitativos se ha calculado el promedio de los últimos gastos corrientes presupuestados en el periodo 2007/2011 y se han ordenado las comunidades autónomas de mayor a menor gasto.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Cuadro 2: Gasto sanitario público per cápita medio periodo 2007/2011.

Comunidad Autónoma	Gasto sanitario público p.c
País Vasco	1.338,39
Extremadura	1.326,28
Navarra	1.287,73
Aragón	1.252,41
Asturias	1.236,27
Rioja (La)	1.219,07
Galicia	1.216,28
Cantabria	1.215,25
Canarias	1.203,05
Castilla y León	1.197,97
Cataluña	1.196,73
Murcia	1.125,53
Castilla-La Mancha	1.105,75
Andalucía	1.096,82
Madrid	1.084,18
Baleares	1.040,93
Comunidad Valenciana	1.032,99

Fuente: Elaboración propia. Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP).2011.

Atendiendo al cuadro 2 se observa que el País Vasco se encuentra a la cabeza en gasto medio sanitario público per cápita con 1.338,39€ y la última posición la detenta la Comunidad Valenciana con 1.032,99€, la diferencia observada es de 305,40€ por persona. Así mismo se puede observar que el mayor o menor gasto sanitario per cápita no se relaciona como podría esperarse con la renta per cápita media anual, la comunidad de Madrid con la mayor renta per cápita en este periodo se sitúa en los últimos puestos solo por delante de Baleares y Comunidad Valenciana, en el mismo sentido Extremadura con una renta per cápita por debajo de la media nacional se sitúa en segunda posición con 1.326,28€ per cápita.

1.2. Financiación y población protegida

El Sistema Nacional de Salud se transforma en un sistema universal con la Ley General de la Sanidad de 1986 sin embargo las prestaciones sanitarias siguen siendo financiadas con las cuotas de la seguridad social hasta 1999. Es en este año cuando según lo dispuesto en el Título I, Capítulo III, de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, donde finalmente se desvincula totalmente la sanidad de la Seguridad Social y esta última se destina íntegramente a financiar las prestaciones que se generan en por el trabajo realizado, esto son las prestaciones por desempleo, las bajas por enfermedad, las bajas por maternidad/paternidad, pensiones, etc.

Sin embargo, curiosamente aunque la asistencia sanitaria deja de financiarse con cargo a las cuotas de la Seguridad Social y son las Comunidades Autónomas las que gestionan la mayor parte del presupuesto, la Seguridad Social sigue manteniendo un papel protagonista, siendo esta institución quien reconoce el derecho a la asistencia sanitaria. A partir de este reconocimiento, es la comunidad autónoma de residencia la que emite la tarjeta sanitaria.

La asistencia sanitaria está transferida a las autonomías y como consecuencia la forma en la se financian los sistemas sanitarios se determina en cada Comunidad Autónoma. La financiación de las autonomías no es igual en todos los casos, Navarra y País Vasco presentan un modelo de financiación diferente del resto.

Existen dos regímenes de financiación en España para las autonomías: régimen foral rige únicamente en Navarra y País Vasco y el régimen general, en el resto de las autonomías. El primero tiene potestad para establecer y regular su régimen tributario, estas comunidades recaudan directamente todos sus impuestos, aportando un cupo al estado central de lo recaudado. Por otro lado en el régimen general las CCAA tienen una serie de impuestos cedidos sobre los que pueden decidir su gravamen y características, estos son: el impuesto de patrimonio, el impuesto de transmisiones

patrimoniales, impuesto de sucesiones y donaciones, impuestos del juego y el impuesto sobre la venta minorista de hidrocarburos. Y luego existen una serie de impuestos compartidos, lo que quiere decir que son impuestos gestionados y recaudados por el gobierno central pero una parte de ellos son cedidos a las comunidades autónomas, estos son:

El IRPF del que se transfiere un 33% a las CCAA, el IVA donde se transfiere el 35%, los impuestos especiales, son aquellos que afectan a las bebidas alcohólicas, al tabaco y a los hidrocarburos donde las CCAA gestionan el 40%. Sin embargo estos porcentajes se han visto alterados, en algunos casos, en los últimos años. El estatuto de autonomía de Cataluña aprobado en 2006, modifica el porcentaje de impuestos cedido a las comunidades autónomas pasando al 50% en el IRPF y el IVA e incrementando también hasta el 60%. En la cesión sobre los impuestos especiales también se incrementa la capacidad normativa sobre dichos impuestos.

Todos los acuerdos que se han producido en lo que respecta a la financiación de las comunidades autónomas adoptados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera han estado encaminados en la misma dirección dotar a las autonomías de mayor corresponsabilidad fiscal (Cabases Hita, 2010).

Para garantizar la igualdad del sistema se crea el Fondo de Suficiencia que tiene por objeto cubrir la diferencia entre las necesidades de gasto y la capacidad fiscal y garantizar que los servicios básicos del estado de bienestar puedan prestarse en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia.

1.2.1 Evolución del gasto sanitario

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, actualmente, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, viene elaborando, desde mediados de los años 90, en colaboración con las comunidades autónomas la Estadística de Gasto Sanitario Público,

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

operación incluida en el Plan Estadístico Nacional que permite efectuar el seguimiento del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El gasto total realizado en la sanidad pública en España expresado en miles de euros corrientes es el siguiente:

Cuadro 3: Gasto sanitario público en miles de euros

Año	Gasto sanitario público en miles de euros	Tasa de variación anual
2002	38.563.045	
2003	42.956.889	11,39
2004	46.348.681	7,89
2005	50.586.839	9,14
2006	55.683.290	10,07
2007	60.310.152	8,31
2008	66.857.644	10,86
2009	70.579.416	5,57
2010	69.417.368	-1,66
2011	68.049.972	-1,97
2012	64.150.289	-5,74

Fuente: Elaboración propia. Estadística del Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad y Consumo.2010

El gasto público ha aumentado a una tasa media de 8,98% hasta el 2010. Tomando todo el intervalo el gasto sanitario se ha incrementado desde el año 2002 hasta el año 2010 un 78,62%. En los años anteriores a la crisis el gasto sanitario real per cápita ha crecido como se puede observar en el gráfico muy por encima del PIB per cápita real.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Gráfico 1: Evolución del gasto sanitario público y PIB per cápita (1999/2009)



Fuente: INE. 2014

Este incremento se debe a diversos factores como:

- El incremento de la esperanza de vida.
- Continúa mejora en tratamientos e introducción de nuevas tecnologías en los procedimientos médicos así como mayor coste de mantenimiento de aparatos
- Mayor cualificación del personal sanitario. La formación del personal sanitario exige hoy en día una formación continua.
- Mayor demanda de servicios médicos de una población cada vez más informada y más exigente en lo que se refiere al uso de servicios públicos.
- Bajos incentivos a realizar un uso eficiente de los recursos disponibles.
- Incremento de la población inmigrante.

A partir del 2010, la tendencia al incremento en el gasto público disminuye con la crisis económica se impone la racionalización del gasto público y se produce una reducción del presupuesto sanitario. La falta de crecimiento de la renta y la consecuente disminución de ingresos fiscales han hecho que las cotas de servicios ya consolidadas,

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

así como las nuevas prestaciones que se consideraban merecidas, no sean financieramente sostenibles (López Casanovas, 2015)

En el cuadro 4 se puede observar el porcentaje del PIB que se destina a la asistencia sanitaria pública, así como su evolución en los últimos años.

Cuadro 4: Gasto sanitario público nominal sobre el PIB. Datos expresados en miles de euros corrientes.

Años	Gasto sanitario público	gasto sanitario público/PIB
2.002	38.563.045	5,29
2.003	42.956.889	5,49
2.004	46.348.681	5,51
2.005	50.586.839	5,56
2.006	55.683.290	5,65
2.007	60.226.561	5,72
2.008	66.625.885	6,12
2.009	70.327.614	6,71
2.010	68.881.348	6,57
2.011	68.050.000	6,11
2012	64.150.289	7,01

Fuente: Elaboración propia. INE. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

El gasto sanitario sobre el PIB ha experimentado una tendencia creciente hasta la llegada de la crisis en el año 2008 a partir de este momento el objetivo es reducir el gasto público para garantizar la consolidación fiscal. En los años 2010 y 2011 se consigue reducir el peso del gasto sanitario sobre el PIB a pesar de la caída que se produce en la producción durante estos años. En el cuadro a continuación se muestra la evolución del gasto público sanitario y la tasa de variación del PIB.

Cuadro 5: Tasa de variación del PIB y del gasto público sanitario

	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
Tasa anual Gasto Público Sanitario	5,5	-1,7	-1,9	-5,7
Tasa de variación PIB	-3,8	-0,1	0,1	-1,7

Fuente: Elaboración propia. INE. Estadística del Gasto Sanitario Público.2011

Tomando todo el periodo la tasa de variación media anual del gasto sanitario se cifra en 1,1% mientras que la tasa de variación anual media del PIB se sitúa en el -1,4%, esto se debe al efecto retardo que tiene el sector público para reducir el gasto sanitario, es decir, cuando se desata la crisis económica en España en el 2008 la tasa de crecimiento del gasto público se incrementa un 5,5% al tiempo que la producción se reduce un 3,8%. Si se realiza un análisis temporal se observa como la caída del PIB es más acentuada al comienzo del periodo y sin embargo la disminución del gasto público se concentra al final del periodo. En este año se ponen en práctica medidas de racionalización del gasto público como incremento en el copago de fármacos por parte del usuario, frenazo en el desarrollo de infraestructuras, reducción de la contratación de personal sanitario etc.

A este respecto cabe reseñar como algunos profesionales médicos más críticos con estas medidas señalan otras formas de reducir el gasto público sanitario. En España a

diferencia de otros países como Suecia o Gran Bretaña, la gestión de los servicios públicos de salud se integra dentro del conjunto de las administraciones públicas lo que produce una ralentización de la toma de decisiones y genera ineficiencias. Los sistemas de contratación y gestión del personal sanitario se rigen por la misma normativa que el resto de los cuerpos de funcionarios y personal contratado que trabajan para el estado mientras que en otros países los profesionales de la sanidad se organizan al margen de las administraciones públicas con un alto grado de autonomía lo que les dota de la capacidad y flexibilidad para responder a las distintas necesidades (Freire 2006). Al mismo tiempo cabe señalar el enorme poder sindical que detentan estos colectivos frente a la clase política que condicionada por una visión cortoplacista y sin voluntad de cambio no acomete las reformas necesarias para agilizar y desburocratizar el sistema de salud. En esta línea gran parte de los puestos de dirección son nombramientos discrecionales condicionados por la ideología política donde no prima como único criterio el buen hacer de los profesionales. En definitiva el objetivo de la reducción del gasto sanitario podría acometerse sin perjuicios para los pacientes, sin reducir las prestaciones sí se realizase una reforma de calado en la organización y gestión sanitaria.

1.2.2. Evolución de la población protegida

La población en España se ha incrementado considerablemente en la última década. En el periodo de expansión económico que tiene lugar entre 1998 y el 2008 se absorbe un importante volumen mano de obra, por término medio anual la población se incrementa en 600.000 personas, con el consiguiente efecto sobre el gasto público sanitario. Tal y como consagra la constitución en su artículo 43, todos los ciudadanos que residen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria.

En esta línea, en lo que a los extranjeros se refiere, la ley orgánica 4/2000², establece en su artículo once el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria en los mismos términos que los españoles. Los extranjeros que residen en España obtienen el

² Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social BOE» núm. 10, de 12 de enero de 2000, páginas 1139 a 1150 (12 págs.)

derecho a recibir asistencia sanitaria por el hecho de residir en España, hecho que acreditan con el certificado de empadronamiento y con una declaración jurada de persona *sin recursos económicos suficientes*.

A este respecto el tribunal de cuentas, en su informe de Fiscalización de las Prestaciones Sanitarias realizadas a extranjeros³ señala la facilidad para ser calificado como *persona sin ingresos* para los extranjeros, que solo necesitan de una declaración jurada frente a los nacionales que deben presentar la declaración de la renta o similar.

Esta forma de acceso será modificada por la ley de Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de Abril 2012⁴ que restringe el acceso a los servicios médicos a algunos colectivos como son los inmigrantes sin permiso de residencia en vigor, dejando el acceso por urgencias como la única vía para la asistencia sanitaria.

En este sentido, respecto a la utilización de los recursos médicos disponibles para los extranjeros cabe señalar que es relativamente fácil acceder a la atención sanitaria bien a través de urgencias (para los extranjeros no residentes) o bien mediante la obtención de una tarjeta sanitaria.

En España la asistencia sanitaria universal se ha consolidado como un derecho fundamental para todos los ciudadanos, contribuyendo a forjar un estado de bienestar más justo donde cada uno contribuye al sistema público de salud través de su capacidad de pago, impuestos y recibe de él según sus necesidades. Cualquier detrimento en la calidad o cobertura de los servicios sanitarios produce considerable malestar entre la población que lo percibe como un recorte de sus derechos básicos.

³Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social. (B.O.E. NUM. 72, de 25 de Marzo de 2013) Pág. 23184

⁴ Real Decreto ley R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («B.O.E.» 24 abril 2012)

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Cuadro 6: Evolución de la población protegida por el SNS

Año	Población protegida	Tasa de variación
2000	40.264.162	
2001	40.721.447	1,13
2002	41.314.019	1,45
2003	42.004.575	1,67
2004	42.691.751	1,63
2005	43.398.190	1,65
2006	44.068.244	1,54
2007	44.873.567	1,83
2008	45.593.385	1,60
2009	45.929.432	0,74
2010	46.072.841	0,31
2011	46.125.144	0,11
2012	46.163.124	0,08
2013	46.591.834	0,93

Fuente: Elaboración propia. Instituto de información sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010

La población protegida en la última década se ha incrementado a una tasa media del 1,13% en el periodo que abarca desde el 2002 hasta el 2012, en términos acumulativos ha crecido un 15,61%. Así la población protegida a crecido a un ritmo mucho menor que el gasto sanitario produciéndose un incremento del gasto sanitario público per cápita.

1.3 Análisis comparado de los sistemas sanitarios públicos dentro de la UE

El análisis comparado de los sistemas sanitarios es una excelente fuente de información para detectar como aplicar, en nuestro país, medidas que hayan funcionado en otros países y descartar aquellas que hayan sido un fracaso. No obstante para poder realizar comparativas es necesario tener en cuenta que dentro de la UE se pueden distinguir dos modelos prototipo que dan forma a la estructura de los sistemas sanitarios públicos: **los sistemas tipo seguridad social y los sistemas tipo servicio nacional de salud.**

Los sistemas tipo seguridad social están financiados por cuotas obligatorias que aportan los trabajadores afiliados. Este tipo de modelo es el más común dentro de la UE. Su origen se remonta a 1881 cuando Bismark establece en Alemania el seguro obligatorio de enfermedad para todos los trabajadores de la industria, que será dos años más tarde extendido a los trabajadores agrícolas y del comercio, para afectar en 1892 a todos los trabajadores alemanes asalariados. Este tipo de modelo impera en Francia, Alemania, Bélgica y Austria.

Por otro lado, los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud tienen como referente el Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña, que se desarrolla a partir del informe Beveridge en 1942 y es acogido por la sociedad inglesa como el principio de un nuevo orden social tras la II Guerra Mundial. Este tipo de modelo es el que está vigente en los países del sur de Europa, España, Italia, Grecia y del Norte de Europa, Suecia, Finlandia, Noruega.

Los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud se establecen según un modelo de territorialidad donde cada región conforma un área de salud que atiende a un conjunto de población. Los servicios sanitarios se estructuran en niveles: en un primer nivel está la atención primaria y en un segundo nivel las especialidades médicas y los servicios de hospitalización. Este tipo de sistemas nace con vocación universal, el

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

objetivo es cubrir las necesidades sanitarias de toda la población con cargo a los impuestos generales.

En el modelo de seguridad social, el caso de Francia y Alemania, el estado actúa como proveedor-financiador, compra servicios sanitarios que necesita la población asegurada a entidades privadas que compiten entre ellas. Por el contrario en el modelo de sistema nacional de salud, el estado provee directamente la asistencia médica, los profesionales sanitarios son empleados públicos y los servicios sanitarios se enmarcan dentro del sector público.

No obstante, tanto en unos como otros, el sector público es el principal suministrador y la cobertura se extiende a la mayor parte de la población, característica común a los sistemas sanitarios de la mayoría de los países de la OCDE.

Si se establece una comparativa entre los sistemas sanitarios modelo seguridad social y modelo sistema nacional de salud se pueden observar las siguientes diferencias (Freire 2006). Mientras que en el sistema de Seguridad Social el estado actúa únicamente como proveedor-financiador manteniéndose al margen de la gestión en los servicios médicos, en el tipo SNS el estado es el organizador-gestor de toda la asistencia sanitaria. Esto da lugar a que en el primero de los modelos la organización de los servicios médicos sea más difusa y no esté estructurada, por lo que no se produce la coordinación entre los diferentes niveles. En este modelo tipo seguridad social la demanda sanitaria prima sobre la oferta, las prestaciones sanitarias se cubren a partir de las necesidades percibidas por los usuarios.

Contrariamente en el modelo tipo SNS la organización está claramente determinada. Se estructura en torno al concepto de territorialidad y en dos niveles: el de asistencia primaria, puerta de acceso al sistema y un segundo nivel compuesto por los médicos especialistas al que los pacientes solo se pueden acceder tras la aprobación del médico de familia. Esta forma de acceso permite racionalizar el gasto público puesto que será

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

un profesional sanitario el que determine la idoneidad del tratamiento y la necesidad de derivarlo o no a otro especialista. Por otro lado la expansión de la atención primaria se señala como uno de los determinantes del éxito de SNS español (Rico, 2007) ya que una extensa red asistencial acerca los servicios de salud a los ciudadanos y garantiza la cobertura de facto. Respecto al coste de los servicios sanitarios, se puede observar el menor porcentaje del PIB que destinan los países con sistemas sanitarios modelo SNS y frente a los sistemas tipo Seguridad Social.

Cuadro 7: Gasto sanitario sobre el PIB según el tipo de modelo sanitario

Países con sistema de salud tipo SNS	% gasto sanitario/PIB	%gasto sanitario público/ PIB	Países con sistema de salud tipo Seg.Social	% gasto sanitario/PIB	%gasto sanitario público/ PIB
España	9,29	6,66	Bélgica	10,9	8,19
Grecia	9,26	6,22	Francia	11,61	8,98
Suecia	9,5	7,78	Alemania	11,26	8,64
Reino Unido	9,2	7,78	Dinamarca	10,98	9,4
Italia	9,2	7,1			

Fuente: Elaboración propia. OCDE. 2012.

<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>

No obstante en lo que a la satisfacción de usuarios se refiere, se observa que el sistema tipo seguridad social presenta unos niveles de satisfacción del usuario más elevados debido fundamentalmente a dos motivos: por un lado la mayor libertad en la elección de especialista médico y por otro lado a las menores listas de espera que se manejan en este tipo de sistemas, los profesionales médicos que prestan los servicios no están directamente gestionados por el sector público por lo que la oferta es mayor.

La Comisión Europea elabora lo que se conoce como el Index Health Consumer (Índice de consumo de salud). Este índice evalúa cinco aspectos de los sistemas sanitarios: los tiempos de espera, el acceso a información, la accesibilidad a los servicios médicos, los

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

derechos de los pacientes y los resultados obtenidos en la práctica clínica. Con las puntuaciones que obtienen los distintos sistemas sanitarios se elabora un ranking, el país que obtiene mayor puntuación obtiene la primera posición. En el año 2013 el país que mayor puntuación obtuvo fue Holanda seguido de Suiza y Islandia, si se comparan las posiciones de los países según el tipo de sistema sanitario (Cuadro 8) se observa que en todos los casos los sistemas sanitarios tipo seguridad social se sitúan por encima de los sistemas tipo sistema nacional de salud.

Cuadro 8: Posición en el Index Health Consumer según el tipo de sistema sanitario.

Países con sistema de salud tipo SNS	Posición en el ranking	Países con sistema de salud tipo Seg. Social	Posición en el ranking
España	18	Bélgica	6
Grecia	25	Francia	9
Suecia	11	Alemania	7
Reino Unido	13	Dinamarca	4
Italia	20		

Fuente: Elaboración propia. Eurohealth Consumer Index. 2013

Teniendo en cuenta únicamente los tiempos de espera, la puntuación obtenida es la que queda reflejada en el cuadro 10, mayor puntuación refleja menores tiempos de espera.

El sistema público de salud español desde una perspectiva histórica y comparada

Cuadro 9: Índice de tiempos de espera en los sistemas sanitarios por países.

País	Euro Health Consumer Index
Alemania	200
Francia	188
Italia	138
Reino Unido	125
Portugal	113
España	113

Fuente: Elaboración propia. Eurohealth Consumer Index. 2013

Para elaborar este indicador los tiempos de espera que se utilizan son: el tiempo de acceso al médico de familia, acceso directo al especialista, menos de 90 días para acceder a cirugía, acceso a tratamiento contra el cáncer en menos de 21 días, acceso a escáner en menos de 7 días. Se observa como el sistema sanitario español se encuentra en las últimas posiciones, es decir en España los tiempos de espera son, por término medio, superiores a nuestros vecinos.

Adelantándonos al tema que se va a tratar, la asistencia médica transfronteriza, con los datos analizados no se observa ningún valor que sitúe a España como destino de los ciudadanos europeos para recibir tratamiento médico.

Como conclusión la situación del sistema sanitario público español, en relación a los países europeos, presenta menores niveles de satisfacción de los usuarios pero alcanza niveles adecuados de cobertura a la población garantizando el acceso a los servicios médicos a un menor coste.

Veamos cual es la situación del sistema sanitario español tomando a sus vecinos europeos pero también a los países fronterizos del sur.

1.3.2. Situación del sistema sanitario público español en perspectiva comparada con los países de nuestro entorno

En este trabajo se busca analizar la importancia y la incidencia que tiene la asistencia transfronteriza en España. Resulta interesante conocer la situación de los sistemas sanitarios del entorno para contrastar de qué forma esta situación condiciona los flujos de pacientes que acuden a España para ser atendidos. Para valorar los sistemas se ha realizado una selección de indicadores que evalúan dos realidades diferenciadas, por un lado analizan recursos, es decir miden la dotación de infraestructuras de los sistemas sanitarios: *equipos de radioterapia, médicos por habitante y gasto sanitario público per cápita*. Y por otro lado analizan resultados, indican el éxito de los procesos médicos llevados a cabo: *mortalidad materna y muertes por cáncer por debajo de los 70 años*. Los países que aparecen reflejados en la tabla son los países del entorno

Tabla 10: Indicadores sanitarios por países.

	Gasto público p.c medio en \$ (2009,2010,2011)	Médico por 10.000 habitantes	Equipos de radioterapia por millón de habitantes	Muerte en el parto cada 100.000	Muertes de cancer cada 100.000, por debajo de 70 años
Reino Unido	3.378,50	27,43	5,48	12	144
Alemania	4.334,40	36,01	6,43	7	150
Francia	3.673,60	34,4	6,78	8	169
Italia	3.026,50	34,8	6,54	4	132
Marruecos	288,7	No disp.	0,41	100	127
Camerun	90	No disp.	0,15	640	122
Portugal	1.757,00	38,68	4,03	11	161
España	2.218,30	39,57	4,23	6	140

Fuente: Elaboración propia.OMS.2010. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-PRT>

Analizando estos datos se observa que el sistema de salud español en calidad de práctica clínica está a un nivel muy similar al de nuestros vecinos europeos. En lo que se refiere a los indicadores de recursos, *gasto público sanitario per cápita*, *médicos por 10.000 habitantes* y *equipos de radioterapia por millón de habitantes*, los valores hallados en España son algo inferiores a los de nuestros vecinos europeos. Más concretamente respecto al *gasto sanitario público per cápita en términos de poder adquisitivo* solo Portugal tiene un *gasto p.c* inferior al español. Respecto a los *equipos de radioterapia por cada millón de habitantes*, Reino Unido, Alemania, Francia e Italia, están mejor dotados que España, de nuevo solo Portugal presenta unos valores inferiores a los españoles. A tenor de los datos cabe concluir que España posee menores dotaciones en infraestructuras médicas que nuestros vecinos europeos sin embargo en resultados de práctica clínica obtiene mejores resultados: tanto en *mortalidad materna* como en *número de muertes por cáncer por debajo de los 70 años* solo es superado por Italia.

Respecto a la comparación de los indicadores de salud de los países del Norte de África frente a los países europeos se pueden apreciar enormes diferencias tanto en indicadores de recursos como de resultados. Esta brecha provoca, como veremos más adelante, movimientos de pacientes desde el Norte de África hacia Europa o más concretamente hacia España.

En este sentido y anticipando lo que a continuación vamos a analizar sobre movimientos de pacientes transfronterizos se observan dos zonas muy diferenciadas. El área que forman los países europeos donde, de forma generalizada, la legislación sanitaria vigente garantiza la accesibilidad, calidad y universalidad de los servicios sanitarios provistos por el sector público. Y el área que forman los países del norte de África con un sistema sanitario precario que no alcanza niveles aceptables en los indicadores más básicos. Como se analiza en los siguientes capítulos esta brecha sanitaria da lugar a flujos de pacientes transfronterizos provenientes del norte de África que buscan asistencia en España. Al mismo tiempo no existe ningún dato o hecho que indique que ciudadanos procedentes de Francia, Gran Bretaña, Alemania o Italia tengan incentivos para acudir a España con el único objetivo de recibir tratamiento médico. La única excepción es Portugal donde sí se observan algunas diferencias que podrían impulsar el turismo sanitario transfronterizo.

CAPÍTULO 2

Capítulo 2: UNA APROXIMACIÓN AL TURISMO SANITARIO

2.1 Conceptualización del turismo sanitario y la asistencia sanitaria transfronteriza

Desde un punto de vista académico no existe una definición universalmente aceptada de Turismo Sanitario. Ahora bien todas las definiciones tienen en común dos conceptos fundamentales: desplazamiento y servicios médicos. Helble (2007) lo describe como cualquier acto médico que se produce fuera del lugar de residencia sea intencionado o no. No obstante esta concepción del turismo médico es minoritaria ya que para la mayoría de los autores el concepto es mucho más restrictivo y afectaría solamente a aquellos actos recibidos intencionadamente por el paciente-turista, de manera que para que podamos hablar de turismo sanitario es condición necesaria que exista una voluntad a priori de viajar para recibir tratamiento médico. Carrera (2006) lo define como *“el viaje organizado fuera de su entorno habitual para el mantenimiento, mejora o restauración del bienestar del cuerpo o la mente de un individuo.”*

La Organización Mundial de Turismo define al turista como: *un visitante que viaja a un destino principal distinto al de su entorno habitual por una duración inferior a un año, con cualquier finalidad principal, ocio, negocios u otro motivo personal, que no sea la de ser empleado por una entidad residente en el país o lugar visitados. Un visitante (interno, receptor o emisor) se clasifica como turista (o visitante que pernocta), si su viaje incluye una pernoctación, o como visitante del día (o excursionista) en caso contrario.*

Siguiendo todo lo anterior, definimos al *turista sanitario* como aquella persona que cumpliendo las características anteriores, tiene como finalidad principal de su viaje recibir un tratamiento médico. Es importante resaltar, por tanto, que han de darse dos condiciones de manera simultánea: la intencionalidad en la recepción del servicio y el desplazamiento y pernoctación fuera del lugar de origen.

Ahora bien para denominar la asistencia sanitaria que se produce fuera del país de residencia no solo se habla de *turismo médico* también se utiliza el término *asistencia sanitaria transfronteriza*, Mainil (2012:38) señala las distintas connotaciones de ambos términos. Mientras el *turismo médico* lo asocia con las condiciones propias del turista, ocio y disfrute, el segundo se limita a la asistencia sanitaria fuera del país de origen. Como consecuencia él entiende como *turismo sanitario* los tratamientos médicos menores y las cuestiones estéticas. Por el contrario, la asistencia médica transfronteriza engloba aquellos tratamientos médicos de mayor envergadura que requieren de importantes procesos médicos. Al mismo tiempo el *turismo sanitario* se caracteriza dentro de los mecanismos de mercado mientras que la asistencia sanitaria transfronteriza puede producirse tanto en ámbito público como en el privado. En la misma línea otros autores como Heble consideran más apropiado utilizar el término *viajero médico*, ya que en la considera inapropiado el término turismo para alguien que se enfrenta a un tratamiento médico.

En este trabajo se utilizarán indistintamente los términos turismo sanitario y asistencia sanitaria transfronteriza ya que para poder diferenciar entre un vocablo y otro es necesario conocer los detalles de cada caso. En este trabajo se busca realizar una aproximación global a ambas realidades: el *turismo sanitario* y la *asistencia médica transfronteriza*. Se utilizarán, por lo tanto, como conceptos sinónimos aunque se puedan apreciar connotaciones distintas.

2.2 El *turismo sanitario* en cifras

El número de personas que viajan con la intención de recibir tratamiento médico fuera de sus fronteras se ha incrementado considerablemente pese a que es difícil estimarlo con precisión por la falta de estadísticas oficiales. La primera dificultad, en lo que a contabilidad se refiere, reside en la inexistencia de una definición unívoca de *turista sanitario*. Algunos países tienen en cuenta la nacionalidad del paciente mientras que en otros casos se contabiliza el lugar de residencia. También se producen diferencias ya que en algunos casos solo se contabiliza los procesos hospitalarios mientras que en otros se tienen en cuenta todos los procesos ambulatorios (Heble, 2011). En cualquier

Una aproximación al turismo sanitario

caso las estimaciones realizadas indican que se trata de un fenómeno de creciente importancia. Las tasas de crecimiento mundial se aproximan al 15% anual y se sitúan por encima en algunas áreas como en Norteamérica y el sudeste Asiático.

Dentro del turismo sanitario encontramos dos ámbitos bien diferenciados: por un lado los servicios médicos sostenidos con fondos públicos y por otro lado los suministrados desde instituciones privadas. Los datos que a continuación se exponen hacen referencia al ámbito privado, donde a pesar de la falta de estadísticas oficiales existe un mayor registro debido a que se realizan estudios de mercado con el objetivo de rentabilizar esta demanda.

Se estima que once millones de personas se desplazan fuera de sus países para obtener tratamiento médico con un gasto medio per cápita entre 3.500 y 5.000 dólares por visita (<http://www.patientsbeyondborders.com/2014>). Este importe incluiría todos los gastos: alojamiento, transporte, medicamentos y servicios sanitarios. El volumen del mercado mundial se cifra así entre los 38,5 y los 55 billones de dólares. Los principales actores dentro de esta nueva industria son las agencias especializadas. Este tipo de agencias facilitan el servicio y la información de la atención sanitaria en países extranjeros. Tres son los factores que impulsan la utilización de este tipo de agencias: el diferencial de precios, la calidad percibida y el acceso a tratamientos que no están disponibles en el lugar de origen. *"Patients beyond borders"* es la agencia líder que opera en Estados Unidos donde el turismo sanitario está alcanzando más importancia. La cobertura sanitaria precaria *"underinsurance"*, que tienen 10 millones de personas, deja determinados tratamientos fuera de la cobertura de las pólizas de los seguros médicos lo que impulsa a muchos pacientes a viajar al extranjero para ahorrar en estos desembolsos. Deloitte estimó que, en el 2007, 750.000 estadounidenses viajaron fuera de su país para recibir servicios de salud y que este número aumentó hasta 1,2 millones en 2014.

Una aproximación al turismo sanitario

En Tailandia, el número de pacientes extranjeros que han recibido algún tipo de tratamiento médico se ha incrementado en más del doble en cinco años, pasando de 630.000 en 2002 a 1.373.000 en 2007.

Así mismo, en Oriente Medio también se ha registrado un incremento notable del turismo sanitario. Los principales destinos son Jordania, Emiratos Árabes Unidos y Turquía. Jordania se ha posicionado como el país líder en la esta industria alcanzando 200.000 pacientes en el 2010 que han generado unos ingresos de 1.000 millones de dólares.

En el Reino Unido se estima que en torno a 50.000 personas en 2008 realizaron desplazamientos fuera de su país para obtener servicios médicos. El 40% recibió tratamientos dentales, 14.500 pacientes recibieron tratamientos estéticos, 9.000 algún tipo de cirugía y 5.000 tratamientos de fertilidad. (Carrera & Luung, 2010: 469)

Latinoamérica es otro de los destinos que más turistas médicos recibe. Los países que más peso tienen son Méjico, por su cercanía a Estados Unidos, y Brasil y Colombia que se han consolidado como destinos especializados en cirugía estética (Beladi et al. 2015)

Las proyecciones indican que los viajes asociados a procesos médicos seguirán aumentado ya que la población mundial envejece al tiempo que incrementa su poder adquisitivo. Sin duda este desarrollo no se produce por igual en todas las áreas del planeta siendo en Norteamérica y el sudeste asiático donde el fenómeno es más relevante (Heble, 2010).

2.3 Factores que impulsan el *turismo sanitario*

La importancia creciente del turismo sanitario se debe a varios factores que, en parte, son comunes al desarrollo del turismo en general. Siguiendo a Iranzo (2003) podemos señalar:

1. El desarrollo de las comunicaciones y concretamente la facilidad para acceder a internet han puesto al alcance de los potenciales pacientes toda la información

necesaria para planificar su viaje. Con las nuevas tecnologías han surgido numerosas empresas que operan a escala internacional y ofrecen sus servicios a través de internet. En la página web de *International Medical Travel Journal* se pueden consultar muchas de las agencias que operan por países. En la actualidad es sencillo comparar los distintos servicios que proveen los centros médicos, contrastar distintas opiniones médicas y en consecuencia reducir de forma significativa los riesgos inherentes al viaje.

2. En segundo lugar el progresivo abaratamiento que se ha producido en los medios de transporte, el desarrollo de las aerolíneas de bajo coste, el incremento del turismo y el aumento de los flujos migratorios han permitido intensificar el conocimiento de otras culturas, realidades, etc. englobando dentro de estas todo lo que se refiere a los sistemas sanitarios. La movilidad de personas acerca culturas y formas de vidas promoviendo la asistencia sanitaria fuera del país de origen.
3. Otro de los factores que puede señalarse como impulsor del turismo sanitario es: el desarrollo del comercio internacional, la intensificación de las relaciones internacionales y la liberalización de barreras al movimiento de personas, capitales y bienes. Todo ello ha dado como fruto un incremento del número de convenios de cooperación que facilitan la asistencia sanitaria transfronteriza en cualquiera de sus formas, pública o privada. Un ejemplo es la Unión Europea donde se ha desarrollado una legislación que permite, tras la expedición de la tarjeta sanitaria europea, recibir tratamiento médico en cualquiera de los 28 países miembros.
4. Por último, también se puede incluir el envejecimiento de la población así como el incremento de la esperanza de vida que junto con una población cada vez más formada e informada demanda de servicios médicos de calidad.

Las direcciones que toman los flujos de pacientes transfronterizos están determinadas por factores de empuje y factores de atracción que vemos a continuación.

Factores de atracción y expulsión que determinan los movimientos transnacionales de pacientes

Un análisis más exhaustivo de los factores del turismo sanitario nos llevan a un planteamiento que se asienta sobre dos ejes, la necesidad sanitaria y la oferta sanitaria en un contexto multinacional. Las fuerzas se producen en ambos sentidos, por un lado los factores de expulsión en el lugar de origen y por otro los de atracción que se generan en el país receptor. Entre los posibles factores de expulsión que se pueden encontrar cabe destacar:

1. Barreras en el acceso efectivo a los servicios sanitarios

A pesar de que la sanidad se presenta como un derecho de la ciudadanía en la mayoría de los países desarrollados cuando se trata de llevar a la práctica este concepto aparecen barreras de acceso. El acceso a la sanidad se define por la OMS como “*una medida del porcentaje de población que accede a servicios sanitarios adecuados*”. Las barreras de acceso pueden tomar varias formas (Busse et Al., 2006):

a. **La cobertura sanitaria.** Aunque en la mayoría de los países occidentales la sanidad es universal, *de iure*, hay colectivos que no están cubiertos y que quedan fuera del sistema de salud como inmigrantes, solicitantes de asilo, etc.

Por otro lado, en países como EEUU los servicios médicos son en su totalidad de provisión privada. Esto tiene dos vertientes: Por un lado se deja a elección de los pacientes el tipo de seguro médico y la cobertura de las prestaciones sanitarias, lo que en un mercado cada vez más global fomenta la atención sanitaria a escala internacional.

Y por otro lado ciertos sectores de la población contratan seguros sanitarios precarios “*underinsurance*” los que les deja en una posición de vulnerabilidad, por lo que en caso de necesidad tendrán más incentivos para desplazarse en busca de tratamiento médico.

- b. **El copago sanitario.** El copago sanitario se produce cuando el usuario debe financiar parte del servicio médico. La gran mayoría de los países de la Unión Europea funcionan con sistemas de financiación de copago. El objetivo de este mecanismo es doble. En primer lugar generar un efecto disuasorio y evitar el uso abusivo de los servicios médicos y en segundo lugar reducir el coste sanitario para las arcas del estado. Este sistema puede generar puede perjudicar a los colectivos más desfavorecidos que deben financiar parte de su tratamiento médico.

La tarjeta sanitaria europea permite la asistencia sanitaria transfronteriza en cualquier país que pertenezca a la Unión Europea al tiempo que los sistemas sanitarios ofrecen carteras de prestaciones diversas. Los mismos tratamientos pueden requerir de copago en un determinado país mientras que en otros están totalmente cubiertos por fondos públicos. Esto puede impulsar el movimiento de pacientes que buscan evitar el copago.

- c. **Existencia de listas de espera.** Otra barrera de entrada puede darse por la existencia de largas listas de espera para acceder a determinados tratamientos. Aunque teóricamente los servicios médicos estén disponibles en algunos casos la saturación dificulta el acceso real.
- d. **Barreras geográficas.** Por último haremos referencia a las barreras geográficas de acceso. La distancia que hay que recorrer para acceder a un centro médico puede presentarse como un problema. El tiempo requerido para recorrer la distancia al centro médico más próximo puede suponer una dificultad especialmente en países poco desarrollados donde las comunicaciones son precarias. En algunas regiones fronterizas los servicios médicos más cercanos se encuentran en otro país distinto al de residencia, es el caso de localidades situadas en zonas fronterizas como la región de Cerdeña en los Pirineos.

2. La diferencia percibida en la calidad de los sistemas sanitarios. Este factor es difícil de cuantificar ya que no estamos hablando de la diferencia real sino percibida. La percepción es algo subjetivo que está determinada por un conjunto de factores como pueden ser los mensajes que se transmiten desde los medios de comunicación, las creencias predeterminadas que se concretan en estereotipos, las experiencias pasadas, etc.
3. El tipo de necesidad médica. Si las dolencias que padece el enfermo son de tipo crónico, la asistencia médica puntual no resolverá su enfermedad puesto que necesita un tratamiento continuado en el tiempo. Si por el contrario el tratamiento o atención médica responde a algo puntual como un tratamiento de fertilidad o una operación de cataratas los incentivos a realizar el viaje son mayores.

En el país receptor actúan como factores de atracción:

1. La facilidad en el acceso a la atención sanitaria. Determinada al mismo tiempo por la facilidad para entrar y residir en el país, es decir por la política migratoria. La conjunción de la política migratoria y la oferta de los servicios médicos determinarán los incentivos para acudir a ese país a recibir tratamiento médico.
2. La cartera de prestaciones de servicios. La cobertura de los tratamientos difiere según los países impulsando el movimiento de un país a otro. Especialmente las legislaciones nacionales difieren en asuntos de Bioética. Son aquellos aspectos donde la ética y la medicina se mezclan dando lugar a debates que abarcan ámbitos jurídicos, médicos, éticos y biológicos. Generalmente los temas más polémicos se centran en las siguientes áreas:
 - a) La fertilidad asistida, que abarca procesos como esterilización, procesos abortivos, intervenciones con embriones, etc.

- b) La manipulación genética, clonación, células madre, etc.
- c) La vida en fase terminal: eutanasia, cuidados paliativos, muerte encefálica.

Un ejemplo del turismo sanitario que genera este *factor atracción* se produce en España. La legislación española en lo que concierne a la reproducción asistida es más abierta y permisiva que en el resto de los países de su entorno aupándola como uno de los principales destinos para recibir tratamientos de fertilidad. Anualmente, más de 8.000 pacientes extranjeros acuden a España para recibir algún tratamiento de fertilidad en alguna de las 200 clínicas que operan en esta especialidad. La legislación vigente en esta materia, que se concreta en la ley 14/2006, permite frente a otras legislaciones: la donación anónima de gametos con un máximo de seis donaciones por individuo, el acceso a los tratamientos de reproducción por igual a todos los ciudadanos con independencia de su estado civil(soltero/casado) o sus preferencias sexuales (homosexuales / heterosexuales), la utilización de esperma después de la muerte y las transferencia de hasta tres embriones en cada tratamiento de fertilidad.

3. El coste de la asistencia médica. El coste de la asistencia médica actúa como factor atracción. Los precios de los tratamientos médicos difieren sustancialmente de un país a otro, se estima el ahorro medio en cada tratamiento es de 6.000\$.
4. La información disponible. Cuanto mayor sea la información disponible sobre la forma y manera de acceso a los servicios médicos para extranjeros así como una mayor cartera de prestaciones disponibles, mayor será la probabilidad de que se produzcan movimientos de pacientes.

Los canales de información pueden tomar varias formas:

La información puede generarse desde las instituciones públicas como sucede en el caso de la UE. O puede ser proporcionada por otros compatriotas que

recibieron servicios médicos en el extranjero, como sucede con los ciudadanos de países situados en el norte de África que fueron atendidos en Europa. Adicionalmente las nuevas tecnologías están incrementado la información disponible y permiten acceder a mercados internacionales y ampliar el público objetivo.

Lógicamente no todos los factores anteriormente señalados tienen la misma importancia. En cada caso tendrán más o menos importancia en función del tipo de asistencia sanitaria que busque el paciente. Sí esta se enmarca dentro del sector privado serán más relevantes la calidad, el precio, el tipo de tratamiento, sí por el contrario se financia con cargo a los fondos públicos ganará peso la facilidad para ser atendido o la existencia o no del copago sanitario.

2.4 Orígenes del *turismo sanitario*

En este punto se establece que formas ha tomado el *turismo sanitario* a lo largo del tiempo en Europa occidental y más concretamente en España y cuando se produce.

A pesar de que el turismo sanitario, tal y como lo conocemos hoy, es un hecho relativamente reciente no es posible marcar una fecha que determine su nacimiento. Siguiendo estrictamente la definición de turismo sanitario; *desplazamiento que se realiza para recibir un tratamiento médico*, el hecho "*turismo sanitario*" sería tan antiguo como la medicina y en consecuencia como la misma humanidad. En las primeras civilizaciones la medicina está envuelta en magia y las prácticas médicas están vinculadas al culto a los dioses. Los primeros registros de desplazamientos con fines curativos se producen a lugares sagrados. Como consecuencia la primera expresión de *turismo sanitario* está asociada al culto a los dioses y a las peregrinaciones.

A continuación se señalan algunas épocas a lo largo del tiempo en los que el *turismo sanitario* ha tenido especial relevancia:

En la civilización Griega la medicina alcanza un carácter más científico aunque no se desvincula totalmente de la religión. En el s.II a.C. el Santuario de Asclepio, dios de la medicina, en Epidauro, llegó a ser el centro terapéutico más grande de la antigüedad y en él se desarrolló una verdadera escuela de medicina. Se cifran en miles los pacientes que acudían para recibir un tratamiento médico. El santuario comprendía salas de ejercicios físicos y estancias especiales para los enfermos. Éstos pasaban primero por ritos solemnes de purificación y después eran conducidos a un edificio especial llamado *Enkoimeterion* donde se le aparecía el dios durante el sueño y le indicaba el tratamiento a seguir. Se daban muchas curaciones pero sobre todo en los enfermos psicósomáticos los resultados eran impresionantes y favorables. El tratamiento no era gratuito pero las donaciones eran asequibles (Sigerist, H.E, 1961)

Paralelamente a los lugares sagrados, las aguas termales, manantiales, fuentes y ríos fueron siempre objeto de peregrinación puesto que se relacionaban con poderes curativos. Los desplazamientos que se producen para acceder a termas pueden considerarse también como una de las primeras expresiones del *turismo sanitario*.

En el siglo XIX el turismo de salud asociado a los balnearios adquiere mucha importancia. En consonancia con lo que ocurre en otros países europeos, en España se desarrolla una red de balnearios impulsada por la consolidación de la burguesía, el desarrollo industrial y el avance en los medios de transporte. La Isabela, en 1817, Hervideros de Fuensanta 1819, Gran Hotel de Cestona, 1842 o Las Caldas revelan la importancia que tuvieron este tipo de establecimientos en esta época. Se estima que en torno a 60.000 enfermos y más 30.000 acompañantes pasaban anualmente por los 85 balnearios que existían entonces distribuidos por la geografía española. El gasto anual total generado por este tipo de turismo médico se cifra en 9,33 millones de reales lo que supone un gasto nada despreciable para la España de la época (Quiros Linares, 2006). Tal es la importancia de este fenómeno que desde el Ministerio de la Gobernación en 1816 se regula este tipo de medicina termal creándose una institución específica para el control estos centros: el Cuerpo Balneario. Nace al mismo tiempo la

figura del Médico-director, quién se erige como el máximo responsable de las actividades del balneario quedando obligado a presentar una memoria anual de las actividades que se desarrollan en los centros (Perex Agorreta, 1997).

Otras formas de turismo sanitario tuvieron lugar para obtener tratamientos que no estaban disponibles en el lugar de origen, bien porque no se había alcanzado el grado de desarrollo necesario para proveer ese tratamiento bien porque la legislación vigente en ese momento no lo permitía. Un ejemplo de este tipo de turismo sanitario se produce en España en la década de los años ochenta. Mujeres que viajaban al extranjero para poder acceder a tratamientos abortivos. Es difícil cuantificar esta realidad, pero se cifra en torno a 30.000 las mujeres españolas que viajaban al extranjero anualmente para recibir este tipo de tratamientos médicos. Los principales países receptores eran Francia, Holanda e Inglaterra. El coste total del viaje más la intervención médica se estima en torno a 100.000 pesetas en el año 1985, lo que restringía este tipo de prácticas a las clases mejor situadas (Cifrián, 1986).

Posteriormente el turismo sanitario se desarrolla asociado a otro tipo de tratamientos médicos mayormente cuestiones estéticas como ortodoncias y operaciones de cirugía estética. No obstante en la actualidad los procesos médicos que se engloban dentro del turismo sanitario son muy variados. Estos tratamientos han ido ganando en complejidad y dentro de este fenómeno podemos encontrar cualquier tipo de proceso médico.

2.5 Clasificación de los tipos de turismo sanitario

El *turismo sanitario* es una realidad compleja que requiere de una ordenación para ser estudiada. Las parcelas en las que se puede clasificar el *turismo sanitario* son múltiples y variadas. T. Mainil et al. (2012: 4) distingue hasta doce clasificaciones en relación a tres criterios: *la distancia recorrida, las fuentes de financiación y los costes de búsqueda*. En este trabajo, en una primera aproximación vamos a conceptualizar el turismo sanitario en torno a los dos primeros criterios por considerar que *los costes de búsqueda* son más difíciles de cuantificar. La distancia recorrida y el tipo de

financiación son aquellos que delimitan más claramente las formas que toma el turismo sanitario:

1. La distancia recorrida: En función de la distancia recorrida podemos diferenciar entre asistencia sanitaria transfronteriza y asistencia sanitaria transnacional.
2. El tipo de financiación: En función del tipo de financiación podemos diferenciar entre asistencia sanitaria sostenida con fondos públicos y asistencia sanitaria privada.

1. Asistencia sanitaria transfronteriza y asistencia sanitaria transnacional.

El concepto de **asistencia sanitaria transnacional** se adapta mejor a lo que tradicionalmente se conoce como *turismo sanitario*. Estos servicios se encuadran generalmente dentro del sector privado de la economía y tanto el desplazamiento como el alojamiento y los servicios médicos son financiados directamente por el paciente. Los objetivos son diversos: acceder a determinados tratamientos que no están disponibles en el lugar de origen, reducir el coste del tratamiento, obtener prácticas clínicas de mayor calidad u obtener tratamientos pioneros que constituyen la última esperanza para la curación. Este tipo de práctica tiene asociados elevados costes de viaje e información por parte del paciente o de la aseguradora. En este tipo de viajes se produce una planificación anterior y se contratan los servicios médicos con antelación.

Este tipo de turismo se produce en dos direcciones (Heble, 2010):

Pacientes de países en vías de desarrollo a países desarrollados: Los pacientes de mayor poder adquisitivo de los países en vías de desarrollo se desplazan a determinados centros médicos con el objetivo de obtener cuidados o tratamientos médicos que no están disponibles en sus países de origen en la forma y manera en que ellos los desean bien sea por la escasez de recursos económicos o a la falta de innovación.

Una aproximación al turismo sanitario

Existen centros de referencia a nivel mundial, como es el caso de Andersen Medical Center en Houston, donde se desarrollan tratamientos oncológicos pioneros que se presentan como el último recurso para algunos enfermos. Suiza es otro país tradicionalmente receptor de esta clase de turismo, sin embargo a escala internacional han aparecido otros actores como India que se ha posicionado como el principal destino del turismo médico para los ciudadanos de mayor poder adquisitivo de sus países vecinos menos desarrollados: Bangladesh, Sri Lanka, etc.

Pacientes de países desarrollados a países en vías de desarrollo:

El crecimiento de la demanda de servicios sanitarios y el envejecimiento de la población en los países occidentales ha impulsado el mercado sanitario internacional. Los ciudadanos de países desarrollados, en busca de una mejor relación calidad-precio, se desplazan a países en vías de desarrollo, donde el diferencial de nivel de precios les permite acceder a unos tratamientos médicos que en su lugar de origen resultarían mucho más caros. Un ejemplo de este tipo de turismo se produce en Norteamérica donde la asistencia sanitaria transnacional crece por encima de la media mundial. El concepto de *paciente-consumidor* arraigado en la cultura estadounidense lleva a sus ciudadanos a comparar las prestaciones y los precios de los tratamientos médicos a escala mundial.

Esto supone una oportunidad para aquellos países que se ha posicionado como los principales receptores de flujos de pacientes, el volumen de facturación crece anualmente con un gasto medio por turista de 4.500 euros. Adicionalmente el hecho de recibir pacientes extranjeros y competir en el mercado internacional repercute positivamente en los servicios médicos que reciben los pacientes locales.

España es consciente de la excelente oportunidad que supone este tipo de turismo, pues junto con nuestras condiciones innatas de atracción turística; climatología, estabilidad política, situación geográfica, patrimonio histórico cultural, disponemos de servicios sanitarios de reconocido prestigio. El Plan Nacional Integral de Turismo (2012-

2015), contempla las estrategias y políticas públicas en este aspecto, incluye el *producto salud* como un recurso aprovechable dentro del territorio que puede contribuir al impulso y mejora del turismo en España, sobre todo el turismo internacional (Lizarralde, 2013)

Por el contrario la **asistencia sanitaria transfronteriza** es la que se produce entre países fronterizos. Este tipo de asistencia sanitaria se caracteriza por la proximidad física lo que implica menores costes de información y de viaje, se produce tanto en sector público como en el sector privado. Esta forma de asistencia toma cierta relevancia en la Unión Europea. Rosenmölle et al. (2006) describen algunas regiones fronterizas europeas donde se producen este fenómeno: Estonia-Finlandia-Suecia y Eslovenia-Austria-Italia.

a) Estonia-Finlandia-Suecia

Estonia ha sido un país fuertemente vinculado a Finlandia tanto por el lenguaje similar como por la proximidad geográfica. Los flujos de pacientes que tienen lugar en esta región no tienen una dirección unívoca sino que se producen en ambas direcciones. En Estonia el sistema público de Salud da servicio a una población que asciende tan solo a 1,3 millones de personas. En consecuencia, las especialidades médicas no tienen suficientes recursos para poder atender de forma eficiente los casos de enfermedades raras. Con la autorización del sistema público de salud y bajo el paraguas de la UE los estonios, que padecen este tipo de enfermedades, viajan a países vecinos para poder recibir servicios médicos. Los costes son reembolsados por su país de origen. En términos cuantitativos estos pacientes apenas han llegado a alcanzar un 2% anualmente. Sí es relevante señalar que estos pacientes han resultado ser, en su mayoría, personas con alta cualificación y recursos económicos. Los destinos preferidos por los estonios, a la hora de ser tratados fuera de su lugar de residencia, son mayoritariamente Finlandia y Suecia, países con los que comparten patrones culturales.

Por otro lado cabe señalar que el sector sanitario privado de Estonia recibe pacientes de Suecia en las especialidades médicas que no están cubiertas por el servicio nacional de salud buscando beneficiarse del diferencial de precios. Los tratamientos más comunes principalmente, cirugía estética, tratamiento dental y tratamientos de belleza.

b) Eslovenia-Austria-Italia

En este caso la asistencia médica sanitaria está enmarcada dentro de una fuerte cooperación en otros aspectos políticos, económicos y sociales. Eslovenia es un territorio de paso para Italia y Austria e históricamente ha estado fuertemente influenciado por ellos.

En el ámbito del sector privado Eslovenia ofrece unos precios sustancialmente menores que sus vecinos, especialmente en tratamientos dentales y cirugía plástica. La concentración de clínicas dentales en la frontera refleja la importancia que tiene este servicio médico en la economía fronteriza. Eslovenia fue también durante una época el destino de mujeres italianas que buscaban abortar cuando no era legal en Italia.

Por otro lado, desde Austria se produce un flujo de pacientes hacia Eslovenia en lo relativo a tratamientos de rehabilitación que es reembolsado por el sistema sanitario austriaco. También se produce aunque de forma más minoritaria el turismo médico de pacientes desde Eslovenia a hospitales públicos de Austria. Así mismo este tipo de asistencia transfronteriza es la que se describe en el capítulo 4 de este trabajo, las atenciones médicas que reciben las pacientes en los servicios de Obstetricia de las provincias fronterizas de España.

2. Fuentes de financiación: Asistencia sanitaria transfronteriza pública o privada.

Un segundo criterio para clasificar el turismo sanitario es la fuente de financiación que costea el servicio, este se puede enmarcar dentro del sector privado de la economía o estar cubierto por fondos públicos.

Una aproximación al turismo sanitario

En el primer caso el financiador del servicio es una aseguradora o directamente el paciente. El diferencial de precios de los procesos médicos y la proximidad física explican este tipo de servicios. Un ejemplo es la cantidad de clínicas dentales situadas en la frontera húngaro-alemana. Los alemanes se desplazan a Hungría para ahorrar en sus tratamientos dentales.

Por otro lado en el sector público, el país de origen del paciente es el que asume el coste. En términos generales la asistencia sanitaria transfronteriza se produce en el sector privado de la economía a excepción de los países de la Unión Europea donde las directivas europeas impulsan mecanismos de coordinación que contemplan la asistencia médica a cualquier ciudadano residente. Especialmente en países de pequeñas dimensiones que no pueden alcanzar en todas las áreas de la medicina suficiente grado de especialización y desvían a algunos pacientes a otros hospitales dentro de la Unión Europea. Los mecanismos de liquidación de la Seguridad Social permiten que los costes de los procesos médicos sean reembolsados por el país de origen del paciente. Así mismo en estos países la asistencia médica es contemplada como un derecho de los ciudadanos lo que lleva a personas de terceros países a buscar asistencia médica dentro de los países que conforman la UE.

En el sector público no existen más datos oficiales que los publicados por el Eurobarómetro relacionados con la asistencia sanitaria transfronteriza. En el 2007 estimó que el 4% de los ciudadanos europeos habían recibido algún tipo de servicio médico fuera de su país de residencia y en el 2014 este porcentaje se había incrementado hasta alcanzar el 5%. Sin embargo estos porcentajes no son constantes en todos los países de la UE, sino que varían en función del país. Mientras en Luxemburgo este porcentaje alcanza al 20% de los pacientes en Reino Unido no alcanza el 3%.

2.6 Implicaciones del movimiento de pacientes

¿Qué consecuencias tienen los movimientos de pacientes a escala internacional?

¿Cómo se verán afectados los sistemas sanitarios?

Las consecuencias del turismo sanitario en los países de destino son múltiples y en varios sentidos. Por un lado Alsharif (2010) indica que aquellos pacientes con menos recursos económicos se ven perjudicados con el aumento del turismo sanitario ya que los recursos financieros son absorbidos por la sanidad privada relegando la sanidad pública a un servicio para los colectivos menos favorecidos repercutiendo negativamente en la calidad ofrecida. Es decir se produce lo que se conoce como efecto *desplazamiento* (crowding out). El mismo fenómeno tiene lugar en el mercado de trabajo. Beladi observa un incremento salarial de la mano de obra más cualificada del sector sanitario como consecuencia del desarrollo del turismo médico. Este incremento tiene un doble efecto. Por un lado actúa como un freno a la emigración de los trabajadores más formados generando externalidades positivas en el país. Pero por otro lado relega a los trabajadores menos formados al sector público. Estos efectos que se han observado en los países del sudeste asiático; la India, Malasia, Tailandia y Singapur.

Por otro lado, al margen de la dualización del sector sanitario, el turismo médico potencia la apertura de nuevos centros, impulsa la competencia y como consecuencia reduce los precios, lo que beneficia en último término a los seguros médicos y a los pacientes.

Al mismo tiempo para que se produzca el desarrollo de la industria médica es necesario contar con profesionales cualificados y altas tecnologías aplicadas a los procesos médicos. Como consecuencia si se produce el desarrollo de esta industria se produce un efecto externo positivo sobre el resto de la economía. Tanto es así que varios países, entre ellos España, están desarrollando estrategias para posicionarse en este sector.

Una aproximación al turismo sanitario

En Europa, en el ámbito público se está impulsando el movimiento de pacientes dentro de la Unión Europea. El objetivo es mejorar la práctica clínica creando centros de excelencia especializados en distintas áreas de la medicina que ofrezcan mejores prestaciones y logren altos grados de especialización que permitan afrontar con éxito el tratamiento de enfermedades raras. Aunar esfuerzos en materia de cooperación sanitaria para aprovechar las sinergias que se desarrollan de operar a gran escala. Sin embargo aunque la directiva ya está en vigor, en la práctica todavía falta implementar los mecanismos necesarios que permitan hacer fácilmente accesibles centros médicos y especialistas situados fuera del lugar de origen.

Capítulo 3

Capítulo 3. Análisis descriptivo de pacientes residentes en el extranjero que son hospitalizados en centros sostenidos con fondos públicos.

En España se ha dado por hecho la existencia de cierto volumen de turismo sanitario, es decir extranjeros que aprovechando la universalidad y gratuidad del sistema nacional de salud han hecho o hacen uso de los servicios sanitarios públicos. Pues bien el objetivo de este capítulo es analizar esta realidad para poder concluir cómo son los extranjeros a los que se presta asistencia sanitaria y que volumen representan tanto en términos relativos como absolutos.

3.1 Asistencia sanitaria de provisión pública a extranjeros

Para estudiar, cuantificar y analizar las prestaciones sanitarias a extranjeros vamos a abarcar el tiempo comprendido entre el año 2000 hasta el 2011. Periodo en el que se produce un incremento significativo de las prestaciones sanitarias a extranjeros, para un análisis más pormenorizado se tomarán los últimos años de dicho periodo, 2009, 2010 y 2011.

Los datos que se van a tratar han sido suministrados por el Instituto de Información Sanitaria, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad. Dicho Instituto maneja una base de datos conocida como CMDB (Conjunto Mínimo de Datos Básicos) que se configura a partir de la información que suministran todos los hospitales públicos españoles, donde se recoge el número de pacientes atendidos así como las características de todos ellos, edad, sexo, diagnóstico, residencia etc. Por lo tanto, la asistencia médica que aquí se analiza será, hospitalaria no ambulatoria. A este respecto cabe señalar que el 60% del gasto sanitario es absorbido por la asistencia hospitalaria, así analizando este tipo de prestaciones estamos cubriendo la mayor parte del gasto público sanitario.

Por la forma y la manera en la que se recoge la información hospitalaria el único parámetro que se puede utilizar para diferenciar a los pacientes extranjeros del resto

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

de pacientes, será el de residencia. Así el objeto de estudio del presente trabajo será analizar la utilización que hacen los pacientes residentes en el extranjero de los recursos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para facilitar la lectura, en lo sucesivo, a este colectivo lo denominaremos PREH.

Es conveniente reseñar que aquellos extranjeros que, justificando su residencia en España, hacen uso del sistema público de salud a través de una tarjeta sanitaria no serán contemplados en nuestro estudio puesto que al tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por la Seguridad Social⁵ son contabilizados, a efectos estadísticos, como ciudadanos residentes.

Cuadro 11: PREH en centros públicos

Año	Nº de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados)
2000	9.415
2001	10.584
2002	10.945
2003	12.044
2004	12.799
2005	14.272
2006	17.925
2007	15.485
2008	14.343
2009	15.367
2010	12.153
2011	17.480

⁵ La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social contempla en su artículo once que los extranjeros residentes en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en los mismos términos que los españoles.

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información sanitaria. Ministerio de Sanidad.2010

Los PREH que han sido atendidos en centros públicos españoles han podido acceder a la asistencia médica hospitalaria por tres vías:

- Con la tarjeta sanitaria europea (E111).
- A través de convenios de colaboración, España tiene convenios de colaboración firmados con varios países.
- Sin tarjeta sanitaria.

La tabla 11 permite apreciar claramente la tendencia creciente en el número de PREH en centros públicos, se observa un crecimiento medio anual del 7,11%.

No obstante los datos que aquí figuran pueden suponerse infravalorados por dos razones:

En primer lugar cabe destacar que, además de PREH en la base de datos del Instituto de Información Sanitaria se registra también un número importante de pacientes con residencia desconocida hospitalizados en centros públicos (tabla 12). Bajo esta denominación se contempla tanto a los residentes en el extranjero como a los residentes de otras comunidades autónomas que han sido hospitalizados fuera de su comunidad autónoma de residencia. Por lo tanto el número de PREH sería superior al que está reflejado en las estadísticas (tabla 11), ya que parte de los Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados son, en realidad PREH.

En segundo lugar, se dan casos de personas que aún residiendo en el extranjero, se empadronan en España y junto con una declaración jurada de *personas sin ingresos* obtienen una tarjeta sanitaria, estas personas tampoco aparecen en nuestras estadísticas, puesto que a efectos contables son residentes.

La tabla 2 refleja el número de Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados en el periodo 2001-2011, estos pacientes superan todos los años el número de PREH aunque se puede observar cómo van disminuyendo a lo largo del tiempo debido a un

mayor rigor en la recogida de datos, con estas cifras se pone de manifiesto la necesidad de afinar las estadísticas para poder avanzar en el conocimiento de la realidad.

Tabla 12: Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados en centros públicos

Año	Nº de Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados
2001	53.577
2002	78.392
2003	45.982
2004	18.224
2005	31.751
2006	28.109
2007	30.448
2008	32.004
2009	17.172
2010	14.012
2011	18.974

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.2010

No obstante, en el presente trabajo para contrastar el uso que hacen los extranjeros del SNS se analizan los PREH y no se tienen en cuenta los Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados, sólo se hará referencia a ellos cuando se considere que permite una aproximación más ajustada a la realidad.

3.2 Factores determinantes en el incremento de las prestaciones públicas sanitarias a ciudadanos no residentes

Los tres factores que se señalan a continuación han sido determinantes en el incremento del número de prestaciones médicas que han recibido los extranjeros en España. Dicho aumento ha originado la creencia generalizada de que se ha utilizado el

sistema público de salud de manera fraudulenta, hecho que busca contrastar el presente trabajo.

1. El primero de ellos es la posición que tiene España en el mundo como país receptor de turistas. El turismo es, desde los años 60, uno de los pilares básicos de nuestra economía. En los últimos años nuestro país se sitúa en las primeras posiciones en los rankings de recepción de turistas, ocupando el segundo, tercer o cuarto puesto según el año que analicemos. Según la Organización Mundial del Turismo, en el año 2013 ocupó el tercer lugar después de Francia y Estados Unidos, con 60,6 millones de turistas que visitaron nuestro país. La importancia y la aportación de este sector a la economía es tal, que el Instituto Nacional de Estadística elabora unas Cuentas Satélite que nos proporcionan información sobre el impacto que tiene esta actividad en la economía nacional. De ellas se desprende que en el año 2012 el turismo alcanzó el 10,9% del PIB y el 11,9% del empleo. En los últimos diez años el número de turistas se ha incrementado a una tasa media anual del 2%. Los principales emisores de turistas son países vecinos. Alemania, Gran Bretaña, Francia, Italia y Países Bajos, representan aproximadamente el 70% de los turistas recibidos.
2. A partir de los años 90 España comienza también a recibir inmigrantes, el periodo de expansión económico que tiene lugar en España absorbe gran cantidad de mano de obra, entre 1998 y 2008 el flujo de inmigrantes que se recibe al año, por término medio, es de 600.000 personas. El porcentaje de población extranjera residente se ha venido incrementando hasta situarse en torno al 10% de la población (INE 2013).
3. La consolidación del estado de bienestar en los años 80, configura un Sistema Nacional de Salud universal, fácilmente accesible para todos los ciudadanos.

En 1986, con la Ley General de la Sanidad cambia la forma de acceder a las prestaciones sanitarias, la sanidad se reconoce como un derecho de todos los ciudadanos. El Sistema Nacional de Salud se transforma en un sistema universal. El derecho a la asistencia sanitaria se genera por el hecho de residir en España y no por contribuir a él con unas cuotas específicas.

Por otro lado, en lo que a los extranjeros se refiere la ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece en su artículo once el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria en los mismos términos que los españoles. Los extranjeros que residen en España obtienen el derecho a recibir asistencia sanitaria por el hecho de residir en España, hecho que acreditan con el certificado de empadronamiento y con una declaración jurada de persona *sin recursos económicos suficientes*.

A este respecto el Tribunal de Cuentas, en su informe de Fiscalización de las Prestaciones Sanitarias realizadas a extranjeros señala la facilidad para ser calificado como *persona sin ingresos* para los extranjeros, ya que solo necesitan de una declaración jurada frente a los nacionales que deben presentar la declaración de la renta o similar.

Esta forma de acceso se ha modificado por la ley de Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de Abril 2012 que restringe el acceso a los servicios médicos los inmigrantes sin permiso de residencia en vigor, dejando el acceso por urgencias como la única vía para la asistencia sanitaria.

Sin embargo, en términos globales cabe señalar que es muy fácil acceder a la atención sanitaria para los extranjeros no residentes a través de urgencias.

3.3 PREH atendidos en términos relativos

Para poder cuantificar la importancia de los PREH atendidos en centros públicos vamos a valorarlos en términos relativos, en primer lugar los relacionamos con el número total de turistas que visitan España.

3.3.1 PREH sobre el total de turistas recibidos

Tabla 13: Porcentaje de PREH sobre el total de turistas recibidos

Años	Nº de turistas recibidos	PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) sobre el total de turistas en tantos por 100.000
2001	48.565.344	19,39
2002	50.330.623	21,03
2003	50.853.815	21,52
2004	52.429.832	22,97
2005	55.913.778	22,89
2006	58.004.462	24,61
2007	58.665.504	30,55
2008	57.192.013	27,08
2009	52.177.640	27,49
2010	52.677.187	29,17
2011	56.694.298	21,44
2012	57.700.713	30,29

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Frontur.2013

Como se puede observar en la segunda columna de la tabla el número de turistas que recibe España, a lo largo del periodo estudiado es creciente, con un incremento medio anual de 830.438 personas, únicamente disminuye el número de turistas en los años 2008 y 2009 como consecuencia de la crisis internacional. Paralelamente el número de PREH también es creciente con un incremento medio anual de 733 pacientes.

El número de PREH sobre el total de turistas recibidos es, en términos relativos, pequeño, con una tasa de hospitalización media de 24,86 PREH por cada 100.000 turistas recibidos, si tomásemos además de los PREH, los pacientes con residencia desconocida hospitalizados la tasa de hospitalización media se incrementaría hasta 46

pacientes por cada 100.000 turistas recibidos, manteniéndose igualmente en un porcentaje poco significativo. Resulta evidente que la hospitalización de PREH no es en términos cuantitativos relevante.

3.3.2 PREH sobre el total de hospitalizaciones

La Tabla refleja el número total de PREH sobre el total de casos de hospitalización, el porcentaje de PREH se sitúa por término medio en 38 por cada 10.000 hospitalizaciones, quedando manifiesta de nuevo la poca importancia que tienen estos pacientes en términos relativos.

Si observamos el total de pacientes hospitalizados se constata un continuo incremento hasta el año 2009, debido fundamentalmente a dos factores, por un lado al incremento de la población en España, y por otro lado envejecimiento de la misma.

Paralelamente también se incrementa el porcentaje de PREH sobre el total de hospitalizaciones, debido a un incremento del número de turistas que visitan España y a un aumento de la población extranjera que viene a establecerse en España.

Tabla 14: PREH sobre el total de hospitalizaciones.

Años	Nº de hospitalizaciones totales	Porcentaje de PREH(Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) en tantos por 10.000 sobre el total de hospitalizaciones	Población extranjera residente en España
2000	3.238.022	29,08	923.879
2001	3.297.074	32,1	1.370.657
2002	3.343.711	32,73	1.977.946
2003	3.444.541	34,97	2.664.168
2004	3.496.238	36,61	3.034.326
2005	3.541.107	40,3	3.730.610
2006	3.589.728	49,93	4.144.166
2007	3.686.655	42	4.519.554

2008	3.735.945	38,39	5.220.600
2009	3.742.850	41,06	5.598.691
2010	3.675.430	33,07	5.747.734
2011	3.640.064	48,02	5.730.667

Fuente: Elaboración propia.<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas.2012>

3.4 Análisis por Comunidades Autónomas

En una primera aproximación a la forma en la que los PREH utilizan los servicios médicos, se observan los datos por comunidades autónomas. Dado que los flujos de turistas que visitan España no se distribuyen por igual en las distintas comunidades autónomas cabría esperar que la distribución de los PREH fuese similar a la de los turistas. Si los turistas que utilizan el sistema público de salud lo hacen de forma accidental y no de forma intencionada, debería existir una similitud en la distribución entre el porcentaje de turistas recibidos y el porcentaje de PREH a lo largo del territorio. Para realizar el análisis se acota el periodo a los años 2009, 2010 y 2011. Se observa primero la distribución de turistas para después relacionarla con la distribución de PREH a lo largo de las Comunidades Autónomas.

Tabla 15: Distribución de turistas por CCAA en los años 2009, 2010, 2011

	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Nº turistas	Porcentaje	Nº Turistas	Porcentaje	Nº turistas	Porcentaje
Cataluña	12.704.584	24,35%	13.154.528	24,97%	13.143.168	23,40%
Islas Baleares	9.024.439	17,30%	9.201.823	17,47%	10.111.332	17,99%
Islas Canarias	8.207.486	15,73%	8.611.805	16,35%	10.211.080	18,18%
Andalucía	7.465.415	14,31%	7.440.994	14,13%	7.764.948	13,82%
Comunidad Valenciana	5.096.340	9,77%	5.021.392	9,53%	5.337.584	9,50%

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Comunidad de Madrid	4.819.356	9,24%	4.632.253	8,79%	4.478.060	7,97%
---------------------	-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------

Fuente: Elaboración propia. Tourspain. 2013

Respecto a la forma en la que se distribuyen los turistas entre las distintas comunidades autónomas se observa (tabla 5) que seis comunidades autónomas: Canarias, Baleares, Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana y Madrid acogen al 90% de los turistas en el 2009, al 91% en el 2010 y al 90,8% en el 2011. Sin embargo como se puede observar en la tabla 6, la distribución de los PREH no sigue los mismos parámetros.

Si atendemos al lugar donde se presta asistencia médica a los extranjeros no residentes, se observa que en el 2009 en la Comunidad Valenciana, Cataluña, y Andalucía asisten a un 59% de los PREH, concentrando así la mayor parte de las asistencias a este colectivo. En el año 2010 el porcentaje de PREH atendidos en Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía se mantiene elevado con una tasa incluso mayor que la que se obtiene para el año 2009, alcanzando el 72%. En el año 2011, los datos analizados no hacen sino confirmar la tendencia, Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana atienden al 70,1% de los PREH.

Por otro lado, llama también la atención el elevado porcentaje de PREH atendidos en Ceuta y Melilla, en el 2009 un 14,9% sobre el total, en el 2010 un 17,86% y un 12% en el 2011. Ceuta y Melilla tienen un porcentaje importante de población extranjera flotante, trabajadores transfronterizos e inmigrantes que encuentran en estas ciudades la puerta a Europa y que, como ponen de manifiesto los datos, hacen uso del sistema público de salud.

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Tabla 16: PREH por Comunidades Autónomas. 2009, 2010 y 2011.

	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Pacientes hospitalizad.	Porcent.	Pacientes hospitaliz.	Porcent.	Pacientes hospitalizado	Porcentaje
Comunidad Valenciana	4.127	26,86%	4.076	33,54%	5.851	33,47%
Cataluña	2.775	18,06%	2.497	20,55%	4.192	23,98%
Andalucía	2.229	14,51%	2.230	18,35%	2.218	12,69%
Melilla	1.388	9,03%	1.115	9,17%	1.274	7,29%
Ceuta	903	5,88%	1.056	8,69%	941	5,38%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2013

Como síntesis, para extraer una conclusión sobre la forma en la que se distribuyen los turistas y los PREH se realiza una media de los porcentajes obtenidos para los años 2009, 2010 y 2011.

Tabla 17: Distribución media de turistas y de PREH. Años 2009, 2010 y 2011

Comunidades autónomas	Distribución media de turistas recibidos 2009/10/11	Distribución media de los PREH 2009/10/11
Cataluña	24,24%	20,86%
Islas Baleares	17,59%	1,47%
Islas Canarias	16,75%	0,76%
Andalucía	14,09%	15,18%
Comunidad Valenciana	9,6%	33,49%
Comunidad de Madrid	8,67%	4,12%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2013

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

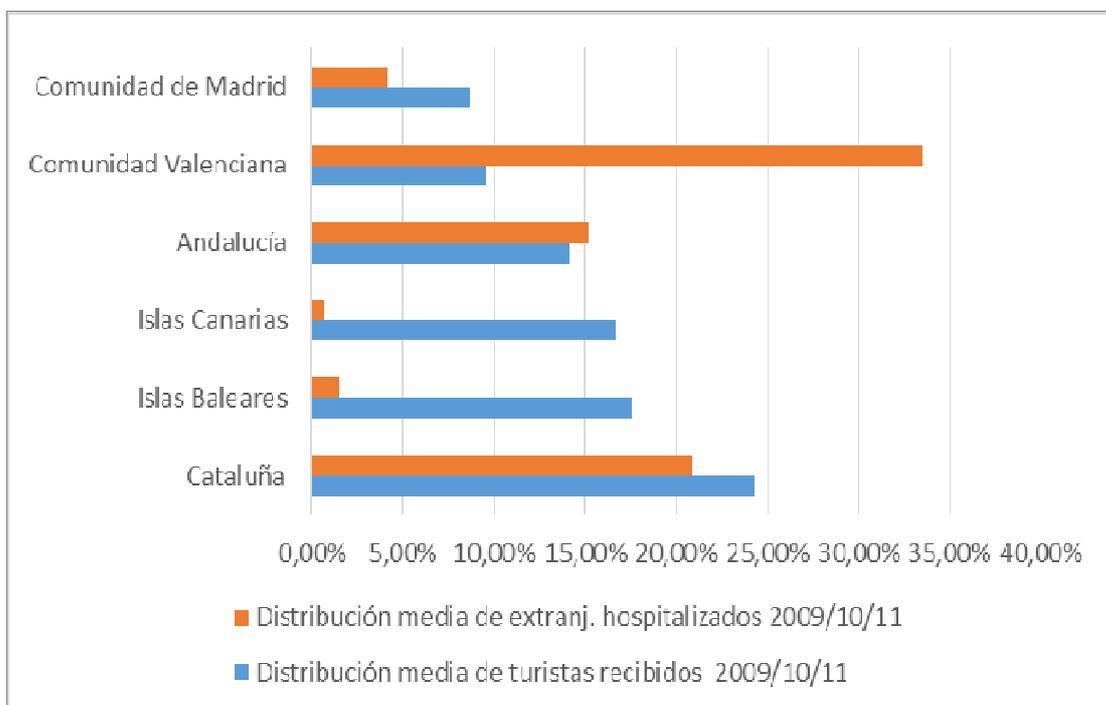
Partiendo de la premisa inicial de que un porcentaje de los turistas extranjeros que nos visitan necesitará de forma fortuita atención médica durante su estancia, cabría esperar que la distribución de los PREH siguiera la misma distribución que la de los turistas en las distintas comunidades autónomas, no obstante los datos analizados, como se puede observar en la tabla 7 y el gráfico 1 no corroboran dicha coincidencia.

En Canarias y Baleares el porcentaje de PREH es muy pequeño en relación al número de turistas recibidos, los turistas que reciben las islas apenas hacen uso de la asistencia sanitaria hospitalaria.

Por otro lado, en la Comunidad Valencia el porcentaje de PREH es significativamente superior al de turistas recibidos. La Comunidad Valenciana recibe por término medio al 9% de los turistas que vienen a España pero atiende al 33% de los PREH.

Únicamente en lo que se refiere a Cataluña, Andalucía y Madrid sí existe homogeneidad en la distribución entre el número de turistas recibidos y el número de extranjeros hospitalizados, los porcentajes son similares.

Gráfico 2: Distribución media de turistas y de PREH. Años 2009, 2010 y 2011



Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

A partir de lo anteriormente expuesto se observa que la distribución de los PREH a lo largo de las comunidades autónomas no sigue la misma distribución que la de los turistas extranjeros. Los datos indican que aquellas comunidades autónomas donde más extranjeros residen Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía, son precisamente las comunidades donde más extranjeros reciben asistencia hospitalaria. Por lo tanto, cabe concluir que una parte importante de la demanda sanitaria extranjera proviene de aquellas personas que vienen a España para establecerse o de familiares de extranjeros ya establecidos que todavía no disponen de una tarjeta sanitaria en vigor, no de turistas.

3.5. Caracterización de los Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

El Instituto de Información Sanitaria elabora un Informe de Hospitalización del Sistema Nacional de Salud para conocer de qué forma se prestan y a quien se suministran los servicios médicos hospitalarios en España. A continuación se realiza una caracterización de los PREH tomando como referencia las mismas variables que analiza el Informe de Hospitalización. Estas son:

- Distribución de pacientes por edad y sexo
- Forma de acceso a la asistencia sanitaria: urgencias o programada
- Tipo de financiación
- Causas y coste de los servicios de hospitalización
- Nacionalidad

Al llevar a cabo este análisis de la caracterización de los PREH en España, se observa que los son atendidos en Ceuta y Melilla tienen un comportamiento diferente al resto. Teniendo en cuenta que de cada 100 PREH en España 20 reciben servicios médicos en Ceuta y en Melilla, y dadas las peculiaridades que presentan los servicios de hospitalización a extranjeros en estas ciudades, se realiza un análisis separado de las

distintas regiones, por un lado las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y por otro lado el resto de España.

3.5.1 PREH por sexo

El Informe de Hospitalización del Sistema Nacional de Salud (2010) indica que para el conjunto de pacientes hospitalizados en territorio nacional se atiende un total de 53,3% mujeres por cada 100 hospitalizados. Este predominio del sexo femenino se debe los procesos relacionados con la atención al parto, estos son la causa de hospitalización más común entre los residentes y como veremos más adelante, también entre los PREH.

3.5.1.1 Distribución por sexo de los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) en Ceuta y Melilla

Como se puede observar en la tabla 8 en Ceuta y Melilla el porcentaje de mujeres hospitalizadas es significativamente superior al de hombres, en el 2009, 2010 y 2011 los datos arrojan resultados similares. En los tres años el porcentaje se sitúa en torno al 79% de mujeres frente a un 21% de hombres, esto se debe al elevado número de procesos relacionados con el parto que se atienden.

Tabla 18: Distribución por sexo de los pacientes atendidos en Ceuta y Melilla

Sexo	2009		2010		2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Mujeres	1.815	79,22	1.708	78,67	1.775	80,14
Hombres	476	20,78	463	21,33	440	19,86
Total	2.291	100	2.171	100	2215	100

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2013

Analizando el parámetro del sexo en los PREH encontramos que la superioridad del sexo femenino indica la existencia de turismo sanitario en Ceuta y en Melilla, los datos señalan como las extranjeras no residentes en estado de gestación buscan intencionadamente recibir atención médica en España.

3.5.1.2. Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el resto de España

En el resto de España el porcentaje de mujeres PREH se mantiene por debajo, aunque muy cerca del 50%, en los tres años analizados, como se puede observar en la tabla 9. Son hospitalizados por igual hombres y mujeres. Dicha distribución encajaría con la proporción de hombres y de mujeres que visitan España, no aporta por tanto información relevante.

Tabla 19: Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el resto de España

Sexo	2009		2010		2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Mujeres	7.118	48,73	6.250	49,64	7.217	47,29
Hombres	7.488	51,27	6.341	50,36	8.043	52,71
Total	14.606	100	12.591	100	15.260	100

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.2013

3.5.2 Distribución de PREH por edad

Se analiza en este epígrafe la distribución de los PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados) por edad y a continuación se compara con la distribución por edad de los turistas recibidos. Este análisis se hace además de forma diferenciada, por un lado Ceuta y Melilla y por otro lado el resto de España.

3.5.2.1 Distribución por edades de los PREH atendidos en Ceuta y Melilla

La distribución por edades de los pacientes extranjeros hospitalizados en Ceuta y en Melilla, es menos homogénea que en el resto de España. En las ciudades autónomas el 71% de los PREH tienen entre 15 y 44 años, en la península este porcentaje cae al 36%, esto se debe a que la mayoría de las atenciones hospitalarias realizadas en Ceuta y Melilla son procesos relacionados con la atención al parto, por lo tanto la mayoría de los pacientes son mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años.

Tabla 20: Distribución por edades de los pacientes atendidos en Ceuta y Melilla

Edad pacientes	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Menores de 1 año	234	10,21%	174	7,99%	184	8,31%
1-14 años	120	5,24%	128	5,88%	105	4,74%
15-44	1.627	71,02%	1.566	71,93%	1.627	73,45%
45-64	144	6,29%	157	7,21%	136	6,14%
65-74	101	4,41%	93	4,27%	84	3,79%
74 en adelante	65	2,84%	59	2,71%	79	3,57%
Total		100%		100%		100%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

2013

Como se puede observar los datos mantienen una distribución homogénea en los tres años analizados, no se producen variaciones significativas en lo que se refiere a las edades. El proceso de atención al parto en Ceuta y Melilla determina todas las variables de la caracterización de los PREH.

3.5.2.2. Distribución por edades de los PREH atendidos en el resto de España

Tabla 21: Distribución por edades de los PREH atendidos en el resto de España

Edad pacientes	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Paciente	Porcent	Paciente	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Menores de 1	315	2,18%	228	2,28%	315	2,06%
1-14 años	897	6,21%	709	7,10%	903	5,92%
15-44 años	5.235	36,27%	3.471	34,77%	5.332	34,93%
45-64 años	3.803	26,35%	2.455	24,59%	3.928	25,73%
65-74 años	2.304	15,96%	1.738	17,41%	2.725	17,85%
74 en adelante	1.880	13,02%	1.381	13,83%	2.062	13,51%
	14.434	100%	9.982	100%	15.265	100%

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.
2013

Como se puede observar en la tabla 11, en el resto de España el grupo de edad que más hospitalizaciones presenta es de 15 a 44 años, que representa un 32% del total, seguido del grupo de 45 a 65 años, que supone un 25%. Los grupos de menos edad y los de más edad son los que representan un porcentaje menor, ambos colectivos suman el 14%. Si lo comparamos con las edades de los turistas encontramos que sí existe cierta correlación.

Si tomamos la distribución por edades de los turistas que vienen a España, encontramos que más del 50% tiene entre 15 y 44 años, el segundo grupo más numeroso está entre 45 y 64 años.

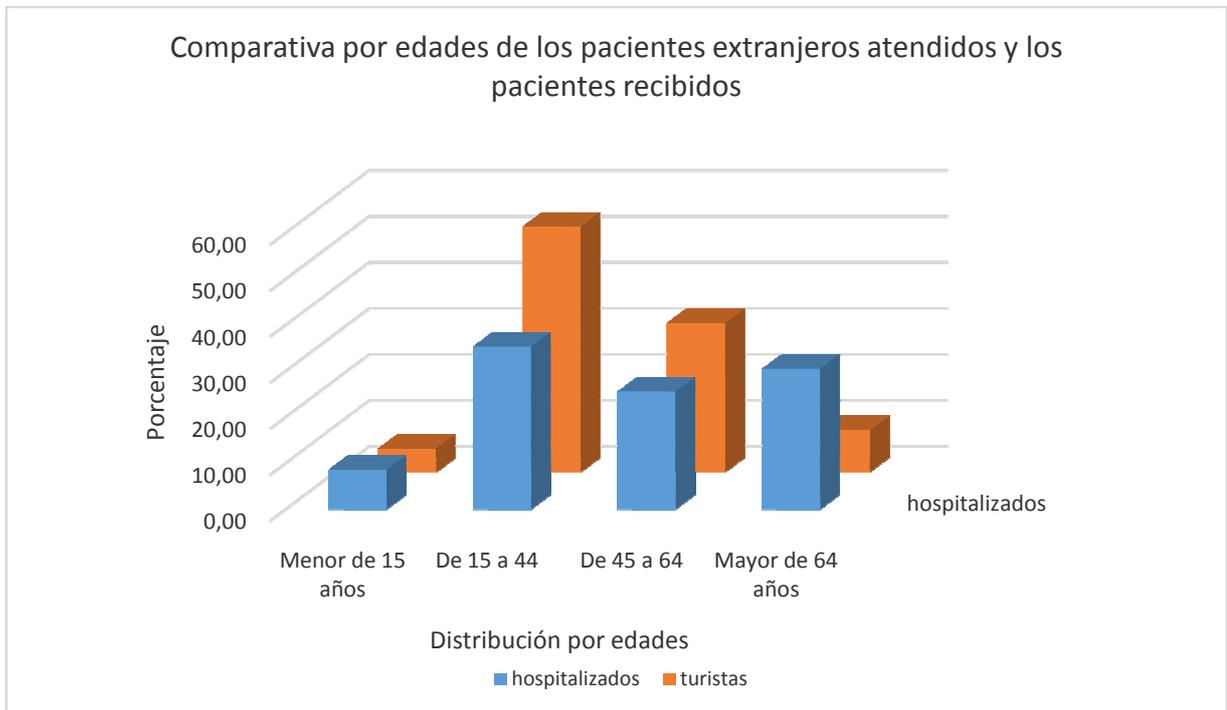
Para comparar la distribución por edades de los PREH atendidos con la distribución por edades de turistas recibidos haremos una media aritmética de los últimos datos disponibles, años 2009, 2010 y 2011.

Tabla 22: Comparativa por edades de los pacientes extranjeros atendidos y los turistas recibidos en España (excepto Ceuta y Melilla)

Edades	Distribución de los turistas por edades	Distribución de los PREH por edades
Menor de 15 años	5,10%	8,58%
De 15 a 44	53,30%	35,32%
De 45 a 64	32,40%	25,56%
Mayor de 64 años	9,10%	30,53%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.
2010

Gráfico 3: Comparativa por edades de los pacientes extranjeros atendidos y los turistas recibidos.



Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad

Comparando la distribución porcentual por grupos de edades, se puede observar que existe cierta correlación entre los turistas y los PREH, no obstante en el grupo de edad entre los 15 a 44 años, el porcentaje de PREH es menor que el porcentaje de turistas. Por otro lado, en los mayores de 64 años el porcentaje de PREH es relativamente mayor que el porcentaje de turistas, esto se debe a que a más edad mayor es la probabilidad de padecer problemas de salud y por lo tanto de necesitar asistencia médica. Se puede concluir que sí existe correlación entre las edades de los turistas y las edades de los PREH aunque se pueden apreciar diferencias debido a la mayor probabilidad de necesitar asistencia médica a más edad.

En base a los datos analizados hasta ahora se deduce la existencia de turismo sanitario en procesos relacionados con la gestación y el alumbramiento en Ceuta y en Melilla pero en el resto de España no se observan indicios de turismo sanitario.

3.5.3 Distribución de los PREH según el tipo de acceso a los servicios hospitalarios

Según el tipo de acceso al ingreso hospitalario el Instituto de Información Sanitaria contempla dos posibles formas: el acceso programado o el acceso por urgencias. El porcentaje de PREH que accede a los hospitales por urgencias es relativamente alto, como se puede observar en la tabla 13, el 86.64% de los PREH accedieron a los servicios hospitalarios por urgencias en el 2009, el 91.23% en el 2010 y el 78.12% en el 2011. Estos porcentajes son en todos los casos superiores a la media nacional, que se encuentra en torno al 69% (Ministerio de Sanidad, 2010).

Tabla 23: Distribución según acceso, urgencias o programado, de los PREH.

Tipo de ingreso	2009		2010		2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Urgencias	13.305	86,64%	11.083	91,23%	13.652	78,12%
Programado	2.051	12,14%	1.065	7,21%	3.824	21,88%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2012

El acceso por urgencias es la puerta natural al sistema público de salud para los extranjeros. En situación de emergencia cualquier persona debería ser atendida por el sistema público de salud, es además actualmente la única puerta que ha quedado abierta a los inmigrantes sin permiso de residencia en España tras la ley 2012.⁶

Por otro lado, cabe señalar que los extranjeros no utilizan injustificadamente los servicios médicos de urgencias, ya que el 98,5% de los pacientes que accedió al hospital por esta vía fue ingresado durante al menos 24 horas.

⁶ Real Decreto ley R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («B.O.E.» 24 abril 2012) contempla que la única vía para acceder al sistema de salud para las personas extranjeras que no posean permiso de residencia en vigor son las urgencias.

3.5.4 Financiación de la asistencia sanitaria a los PREH

Los datos que se están analizando en el presente trabajo sólo tienen en cuenta la asistencia hospitalaria prestada por la red de hospitales soportada con fondos públicos. Sin embargo, eso no significa necesariamente, que la prestación sanitaria no sea pagada o reembolsada por los pacientes que son atendidos. Entre las distintas formas de financiación que contempla el Instituto de Información Sanitaria señalamos las más significativas:

Financiación pública: se produce cuando el coste del servicio prestado se sufraga con fondos públicos, aunque en el caso de la asistencia prestada a los PREH, parte o la totalidad, de ese coste pueda ser reclamado al país de origen del beneficiario, a través los sistemas de liquidación que realiza la Seguridad Social con los países de la UE y con terceros países con los que mantiene convenios de colaboración en materia sanitaria.

Financiación privada: cuando es el paciente, directamente, quién abona el coste del servicio sanitario prestado aunque sea en hospitales públicos, bien de su propio bolsillo o bien a través de un seguro previamente contratado por el paciente.

Accidentes de tráfico y de trabajo: Las prestaciones sanitarias que necesitan las víctimas de accidentes de tráfico y de trabajo son financiadas por los seguros que cubren este tipo de contingencias.

Tabla 24: Fuentes de financiación de la asistencia sanitaria a los PREH

	2009	2010	2011
	58,80%	48,76%	44%
Mutuas de Asistencia Sanitaria	1,57%	2,34%	2%
Accidentes de trabajo y tráfico	1,67%	8,98%	3%
Privado	30,51%	20,46%	37%
Otros	4,65%	12,05%	10%
Desconocido	2,80%	7,42%	4%

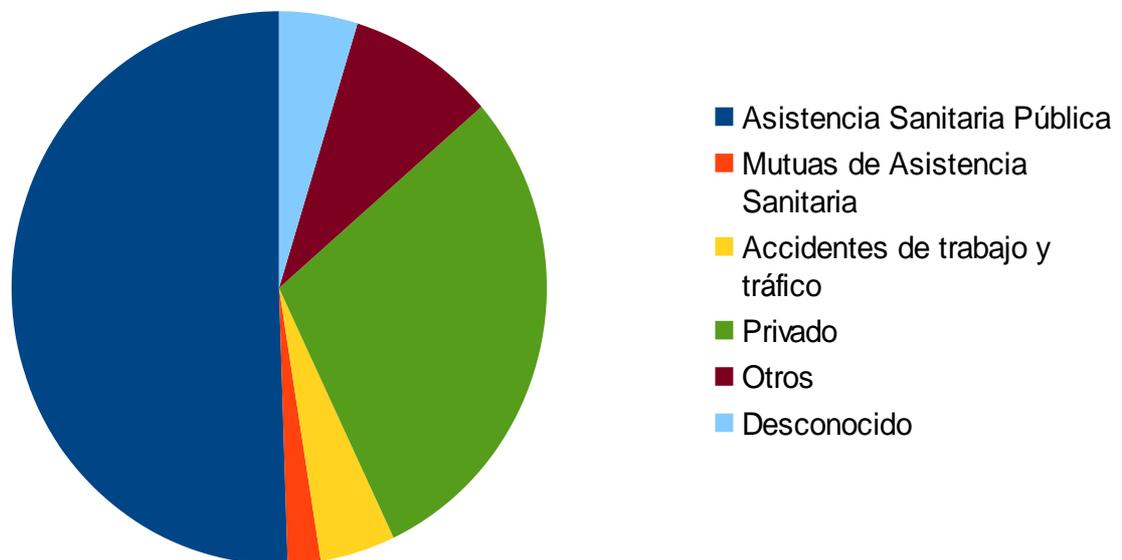
Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2010.

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Como se puede observar en la tabla 14 durante los años 2009, 2010 y 2011 en torno al 50% de las hospitalizaciones se financia con fondos públicos, aproximadamente el 31% es financiado con fondos privados, ya sea por los propios pacientes o por entidades privadas. Se observa como disminuye el porcentaje de PREH financiado por la asistencia sanitaria pública, esto puede deberse a la presión por parte de la administración de racionalizar el coste de los servicios médicos requiriendo la tarjeta sanitaria. El porcentaje de pacientes que abona el coste del servicio es significativo, alcanzando por término medio el 30% del total.

Tomando las medias de los años analizados, gráficamente la financiación de los PREH queda reflejada en el gráfico.

Gráfico 4: Distribución de las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria a los PREH



Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2010.

Cabe concluir que, el hecho de que los PREH sean atendidos por el sistema público de salud no significa que estos servicios sean necesariamente financiados por el estado,

ya que un porcentaje nada despreciable abonó el coste del servicio de su propio bolsillo o bien a través de un seguro médico de reembolso.

3.5.5 Causas de hospitalización de los PREH

Las causas de hospitalización de los PREH serán una variable fundamental para determinar si la atención médica que reciben ha sido buscada intencionadamente o por el contrario se trata de dolencias o enfermedades que necesitan atención médica de manera fortuita como la fractura de un hueso.

Continuamos realizando dos análisis diferenciados, por un lado tomaremos los casos que se han producido en Ceuta y Melilla y por otro las causas de hospitalización que han tenido lugar en el resto de la España.

3.5.6 Causas de hospitalización de los PREH en Ceuta y en Melilla.

Si se analizan las principales causas de hospitalización en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla encontramos que los procesos relacionados con el embarazo y el parto son las causas más comunes de ingreso hospitalario entre los PREH. Tomando las seis primeras causas de hospitalización más frecuentes, se observa que cinco pertenecen al servicio de obstetricia, acumulando así un 72,26 % del total de los procesos atendidos. Desde otra perspectiva, del total de este tipo de procesos que tienen lugar en España dirigidos a los PREH el 53,3% se produce en las ciudades autónomas. En términos absolutos, esto significa que 4.291 PREH mujeres fueron atendidas en el periodo 2009-2011 en Ceuta o Melilla en procesos relacionados con el parto y/o el embarazo.

A tenor de los datos obtenidos puede afirmarse que existe una voluntad clara por parte de las mujeres residentes en el norte de África de ser atendidas en hospitales españoles, estaríamos pues ante un fenómeno que podemos calificar de “turismo sanitario”, mujeres que se trasladan con el principal objetivo de recibir asistencia médica.

Análisis descriptivo de Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados

Tabla 25: Causas de hospitalización PREH de los procesos atendidos en Ceuta y en Melilla (año 2009, 2010 y 2011).

Sección	Casos	Porcentaje
Parto normal, trabajo de parto y parto	2.159	32,33%
Complicaciones durante parto	1.411	21,13%
Complicaciones del embarazo	760	11,38%
Enfermedades con origen perinatal	353	5,29%
Otras formas de enfermedad cardiaca	123	1,84%
Otro embarazo con resultado abortivo	142	2,13%
Enfermedades de la sangre	98	1,47%
Enfermedades del aparato respiratorio	100	1,50%
Anomalías congénitas	85	1,27%
Fractura miembro inferior	91	1,36%
Enfermedades del aparato digestivo	72	1,08%
Cardiopatía isquémica	77	1,15%
Embarazo ectópico y molar	81	1,21%
Enfermedad cerebrovascular	81	1,21%
Suma:	5.633	84,36%
Suma resto:	1.044	15,64%
Suma total:	6.677	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. 2013.

Respecto al resto de casos de hospitalización en Ceuta y Melilla son las enfermedades cardiacas (123 casos) y las enfermedades de la sangre (98 casos) las que ocupan el segundo y tercer lugar, la suma de ambas tipologías no alcanza ni el 4% de los casos, siendo, por lo tanto muy poco significativa.

3.5.6.1 Causas de hospitalización de los PREH en España excepto Ceuta y Melilla.

Tabla 26: Causas de hospitalización de los PREH en España excepto Ceuta y Melilla. Años 2009, 2010, 2011.

Sección	Casos	Porcentaje
Fractura miembro inferior	2.295	5,99%
Cardiopatía isquémica	2.148	5,60%
Parto normal, trabajo de parto	2.034	5,31%
Complicaciones del embarazo	1.581	4,13%
Enfermedad cerebrovascular	1.667	4,35%
Enfermedades del aparato digestivo	1.635	4,27%
Enfermedad cardíaca	1.531	3,99%
Síntomas	1.715	4,48%
Fractura miembro superior	1.177	3,07%
Neumonía y gripe	1.051	2,74%
Trastornos del ojo	1.093	2,85%
Apendicitis	1.012	2,64%
Suma	18.939	49,42%
Resto	19.384	50,58%
Total	38.323	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

2010

Como se puede observar en la tabla 16, en el resto de España el diagnóstico más común entre los PREH es la fractura por miembro inferior (5,99%), seguido por la cardiopatía (5,6%), en ninguna de las dos causas se observa intencionalidad, tanto las fracturas como las cardiopatías son generalmente atendidas en el momento en el que se producen por lo tanto debe descartarse que en estos casos se pueda hablar de turismo sanitario. Sin embargo en tercer y cuarto lugar aparece el proceso de parto y los problemas relacionados con el embarazo, sumando estas dos últimas causas alcanzamos el 9,44% de los pacientes atendidos, siendo de nuevo, las atenciones

debidas al embarazo, parto y postparto, la causa de hospitalización más común entre los PREH, en estos casos si es necesario que exista intencionalidad.

En España (exceptuando Ceuta y Melilla) en el 2009, se registran 1.585 casos de PREH en el servicio de obstetricia. La mayoría de ellos tienen lugar en provincias limítrofes con Francia y con Portugal. En Badajoz fueron atendidos 104 procesos relacionados el parto, embarazo y postparto, en Huelva se registraron 516 casos, en Valladolid 278 casos atendidos en el servicio de obstetricia, aunque Valladolid no limita con Portugal, está bien comunicado con la zona norte de Portugal y tiene dos hospitales de referencia en la zona, el Hospital Universitario de Valladolid y el hospital de Medina del Campo. También en Gerona se atendieron 63 casos en el servicio de obstetricia (en toda Cataluña 152)

Tomando los datos obtenidos podemos afirmar que en las regiones fronterizas de España se produce también turismo sanitario. No obstante estos servicios médicos se enmarcan dentro del acuerdo de cooperación transfronteriza que firmaron España y Francia en el 2008 y un año más tarde España y Portugal en el 2009. Ambos acuerdos tienen los mismos objetivos en las respectivas áreas de actuación: promover la integración económica social a través del uso conjunto de infraestructuras educativas y sanitarias⁷, con el fin último de mejorar la atención a los pacientes que viven en regiones limítrofes. Portugueses y franceses con la tarjeta sanitaria europea acceden a los servicios médicos españoles, el organismo de la seguridad social competente debe facturar este servicio al estado de origen del paciente atendido. Esta forma de facturación es la misma que la que se lleva a cabo cuando se atiende a un ciudadano extranjero procedente de un país miembro de la UE, pero además en el caso de Portugal y Francia para paliar los costes administrativos generados se otorgaron unos fondos de desarrollo regionales específicos de la UE (FEDER) que conceden financiación adicional para potenciar dicha cooperación. Los países que integran la UE son llamados a favorecer la asistencia sanitaria transfronteriza con el objetivo de

mejorar los servicios sanitarios. En este último sentido, la Comisión Europea reconoce que el hospital más próximo puede estar localizado en el estado colindante (Oliveras González y Trillo Santamaría, 2014)

En el año 2010, los casos atendidos, siguen las mismas pautas que en el 2009, en España (exceptuando Ceuta y Melilla) se registraron 1.164 casos relacionados con la atención al parto y al embarazo, la mayor parte de estos casos se atienden en provincias limítrofes. Destaca Huelva, donde se atienden 544 casos y Gerona con 76.

En lo que al 2011 se refiere, en el territorio español, exceptuando Ceuta y Melilla el servicio de obstetricia atiende a 923 casos lo que supone una disminución respecto a los años anteriores. Pero de nuevo siguiendo las pautas de años anteriores la mayoría de los casos se atienden en provincias limítrofes, en Huelva, en el 2011, se registran 630 casos, en Cataluña 57, 169 casos en Comunidad Valenciana, en Galicia 9 casos, 28 en Madrid, 19 en el país Vasco.

En definitiva, dada la tipología de las causas de hospitalización, se puede concluir que los procesos atendidos se pueden clasificar en dos tipos. Por un lado, aquellos que carecen de intencionalidad como son la fractura de miembro inferior o superior, cardiopatía, apendicitis, etc. y por otro lado aquellos servicios médicos que han sido buscados intencionadamente, todos aquellos que se producen debido a la gestación y al alumbramiento que suponen un 10% de los PREH. Si bien cabe señalar que parte de estos servicios médicos no pueden calificarse de fraudulentos ya que se engloban dentro de acuerdos de cooperación con países vecinos.

3.5.7 Coste de los servicios médicos a PREH

En el contexto actual de crisis económica donde la racionalización del coste está en el punto de mira es necesario conocer cuál es el coste que genera la atención médica a los PREH. Para estimarlo se utilizarán los costes medios que realiza el Ministerio de Sanidad junto con las Comunidades Autónomas (Instituto de información sanitaria, 1997) los costes estimados varían cada año y se calculan en función de la tipología del proceso atendido.

Tabla 27: Coste de los servicios médicos a PREH. Años 2009, 2010, 2011.

Años	Coste
2009	67.633.902 €
2010	55.199.123 €
2011	88.527.191 €

Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Sanidad.2013

Tomando el total de los procesos atendidos a los PREH se puede observar (tabla 17) que en el 2009 el coste de la atención sanitaria a los PREH fue de 67.633.902,1 euros, en el 2010 fue de 55.199.123,3€ y en el 2011 de 88.527.190,82€.

Con el objetivo de contrastar los importes obtenidos consultamos los datos que facilita la Seguridad Social en los informes estadísticos anuales. Para el año 2009 los cargos que figuran para liquidar la asistencia sanitaria prestada a extranjeros no residentes ascienden a 90.153.957,19€ en el 2009, a 87.834.208,15€ en el 2010 y a 142.766.040,51€ en el 2011 quedando esta facturación, en todos los casos, por encima de lo que se estima a partir de los datos del CMBD. Esto se debe a dos motivos fundamentalmente, por un lado los servicios médicos que se contemplan en nuestra base de datos se refieren únicamente a atención hospitalaria mientras que la Seguridad Social también incluye los servicios ambulatorios y por otro lado, como señalamos al comienzo del artículo, parte de los pacientes residentes en el extranjero se contabilizan como pacientes de residencia desconocida y por lo tanto tampoco están reflejados en este estudio.

A tenor de los datos obtenidos cabe afirmar que la Seguridad Social registra adecuadamente el coste de la atención hospitalaria y tiene por tanto la información necesaria para cobrarla. Sin embargo estos importes a los que se hace referencia reflejan la atención facturada pero no la efectivamente abonada, es decir que se emita la factura correspondiente a un acto médico no garantiza que finalmente dicho importe sea abonado por el Estado de origen de ese paciente, a este respecto cabe señalar que el Tribunal de Cuentas indica que existe deficiencia en la gestión y el cobro

de las facturas e insta a los organismos competentes a agilizar e informatizar los procesos con el fin de facturar y cobrar adecuadamente la asistencia sanitaria a las personas residentes en el extranjero, sí así fuese las prestaciones médicas a extranjeros no tendrían por qué suponer un coste adicional para las arcas públicas.

3.5.7 Nacionalidad de los extranjeros atendidos

El Instituto de Información Sanitaria contempla el registro de pacientes extranjeros codificando el país de procedencia. Este código permite obtener algunas conclusiones. Tomando conjuntamente los datos del año 2009 y 2010, encontramos que un porcentaje significativo de los extranjeros atendidos son de nacionalidad marroquí, en segundo lugar estarían aquellos españoles que residen en el extranjero, destacan también los extranjeros procedentes de Perú y Camerún, que en ambos casos, superan en número a los extranjeros procedentes de los países europeos. Los datos indican que los PREH proceden principalmente de países emisores de inmigrantes.

El porcentaje de extranjeros que provienen de la UE, que reciben asistencia hospitalaria, es pequeño teniendo en cuenta que estos son los principales países emisores de turistas. Concretamente en el periodo estudiado 2009-2011 los turistas procedentes de Reino Unido, Alemania, Francia e Italia fueron más del 60% del total mientras que en lo que a PREH se refiere el porcentaje se sitúa en el 4%.

3.6 Determinación del tipo de pacientes residentes en el extranjero que son hospitalizados en centros públicos

A tenor de los datos analizados, no cabe concluir que exista un nivel de turismo sanitario en centros públicos alarmante, no obstante podemos distinguir tres tipos de asistencias médicas a extranjeros:

1. Turistas que visitan nuestro país que de manera fortuita requieren tratamiento médico. Esta asistencia no tiene por qué suponer un coste adicional si los servicios que se prestan, se contabilizan y facturan adecuadamente⁸. Este tipo de paciente-

⁸ En este sentido el Tribunal de Cuentas en su Informe sobre la fiscalización de prestaciones médicas a extranjeros señala algunas recomendaciones

turista accede al servicio médico a través de la tarjeta sanitaria europea o con algún tipo de seguro médico. Más del 60% de los turistas que vienen a España procede de Gran Bretaña, Alemania, Francia, Italia o Países Bajos donde los sistemas sanitarios tienen unos niveles de calidad similares a los españoles o en algunos casos mejores, no se ha encontrado ningún factor que empuje a los turistas europeos a buscar tratamiento médico en España. Sin embargo, que el Sistema Nacional de Salud español tenga unos niveles de calidad asistencial elevados puede ser o es una ventaja competitiva frente a otros destinos turísticos ya que permite recibir un tratamiento médico adecuado en caso de necesidad.

2. Personas que viven en zonas fronterizas que nos visitan con el propósito de hacer uso del Sistema Nacional de Salud. Este fenómeno sí se englobaría dentro del concepto de turismo sanitario. Sin duda el hecho más relevante es el uso intensivo de los recursos médicos que hacen los extranjeros en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En Ceuta en torno a un 15% de los pacientes hospitalizados son extranjeros no residentes, llegando al 20% en Melilla, un porcentaje 100 veces superior al que encontramos en el resto de España. La gran mayoría de los pacientes atendidos son mujeres marroquíes en procesos relacionados con el parto, postparto y embarazo. Las diferencias en la calidad de la asistencia sanitaria entre Marruecos y España amén de otras razones están en la base de este hecho.

Así mismo, encontramos este tipo de turismo sanitario en regiones fronterizas entre España y Portugal, y también, aunque en menor medida, entre España y Francia. Ahora bien es importante señalar que esta asistencia sanitaria, a diferencia de la que se produce en Ceuta y en Melilla, se enmarca dentro de los acuerdos de cooperación transfronteriza que ambos países firmaron con España promovidos por la Unión Europea, que incluye la asistencia médica a pacientes de países colindantes que pertenezcan a la UE. El objetivo de este acuerdo es compartir recursos sanitarios con el fin de mejorar la atención médica.

3. Inmigrantes que vienen a establecerse. Tras el análisis efectuado estamos en condiciones de afirmar que la asistencia médica a extranjeros se concentra en las

comunidades autónomas donde residen de forma permanente los extranjeros y no en los lugares donde se reciben mayor porcentaje de turistas. Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía atienden al 74% de los extranjeros hospitalizados, mientras que Canarias y Baleares, Comunidades que lideran los rankings de turistas recibidos solo atienden al 2% de PREH. Por lo tanto el crecimiento de la asistencia sanitaria a extranjeros se debe relacionar con la inmigración y no con el turismo. Aquellas regiones donde residen un mayor número de extranjeros son aquellas donde más pacientes extranjeros se atienden.

Como conclusión, se puede establecer que dada la definición elaborada de turismo sanitario y atendiendo únicamente a los servicios sanitarios que se prestan desde el sector público solo los PREH que son atendidos en la frontera pueden ser calificados como turistas sanitarios. En el siguiente capítulo se analiza pormenorizadamente este tipo de pacientes y cuáles son los factores que impulsan estos movimientos.

CAPÍTULO 4

Capítulo 4. Atención sanitaria transfronteriza a extranjeros en los procesos del parto y el embarazo en zonas fronterizas.

Tal y como se ha podido contrastar en el capítulo anterior, existen ciertas formas de turismo sanitario en zonas fronterizas en los servicios de Ginecología y Obstetricia. Lo resaltable de esta atención a diferencia de otras que se puedan producir es que, en este caso, la atención médica que reciben las mujeres extranjeras en el proceso del parto debe ser necesariamente intencionada, ya que en un estado de gestación avanzado el desplazamiento y la búsqueda de tratamiento médico no puede ser fruto del azar. No cabe duda de que también se producirá “turismo sanitario” en la atención de otras patologías y tratamientos médicos pero dados los datos disponibles es imposible cuantificarlo o analizarlo. La dificultad para distinguirlos de atenciones médicas que tienen lugar sin intencionalidad nos conduce a centrarnos únicamente en aquellos pacientes que reciben tratamiento en los servicios de ginecología y obstetricia. Se analiza por tanto una parcela muy concreta de este fenómeno las atenciones hospitalizarias en el servicio de obstetricia a pacientes residentes en el extranjero.

Para simplificar la lectura de aquí en adelante se denotará como PREH a los Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados en España.

Los objetivos de este capítulo son tres. En primer lugar cuantificar el volumen de turismo médico transfronterizo en los procesos ginecológicos, a continuación determinar qué factores impulsan a estos pacientes extranjeros a demandar este tipo de asistencia sanitaria en nuestro país y por último establecer un modelo econométrico que permita predecir estos flujos de pacientes transfronterizos.

4.1 Cuantificación del volumen de PREH en Obstetricia en zonas fronterizas

Para conocer la importancia de este fenómeno se observa el siguiente dato: anualmente se atienden de media a 3.710 pacientes en los servicios médicos de

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

ginecología y obstetricia, lo que supone un promedio del 23% de los casos del total de pacientes hospitalizados con residencia en el extranjero. La mayor parte de estas atenciones tiene lugar en las provincias fronterizas con terceros países.

El cuadro 28 refleja los datos de los pacientes residentes en el extranjero hospitalizados en los servicios de Ginecología y Obstetricia en las provincias fronterizas con Francia, Portugal y Marruecos.

Cuadro 28: PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia en procesos relacionados con el embarazo y el parto en provincias fronterizas

Año	Ceuta	Melilla	Huelva	Badajoz	Salamanca Valladolid	Pontevedra	Gerona	Guipúzcoa	Total
2000	160	172	252	0	6	0	58	12	660
2001	162	434	104	1	10	0	62	10	783
2002	188	301	137	44	9	6	69	14	768
2003	266	544	253	42	4	8	84	16	1217
2004	419	473	347	35	3	5	143	16	1441
2005	450	660	506	39	8	9	131	19	1822
2006	615	617	733	207	9	8	130	18	2337
2007	508	664	653	241	6	9	105	16	2202
2008	536	819	630	303	4	9	138	14	2453
2009	602	1003	579	110	1	5	100	7	2407
2010	646	859	580	0	8	2	101	0	2196
2011	646	1005	548	0	10	7	65	35	2316
2012	524	651	47	17	23	4	24	31	1321
2013	339	706	1	27	8	4	89	30	1174
	6061	8908	5370	1066	109	76	1299	208	

Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información sanitaria. 2013

En términos generales se observa que las provincias situadas más al sur dispensan más atenciones hospitalarias que las provincias situadas más al norte. El mayor número de PREH se produce en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En segundo lugar están las provincias limítrofes con Portugal; Huelva, Badajoz, Salamanca y Pontevedra.

Aunque se aprecian diferencias significativas entre ellas, de nuevo las situadas más al sur son las más concurridas. En la frontera con Francia también se observan diferencias entre las dos provincias analizadas, presentando Gerona un número considerablemente mayor de casos.

Al observar estos datos hay que tener en cuenta que las hospitalizaciones de los pacientes residentes en el extranjero, no son únicamente asistencias sanitarias transfronterizas, se deben también a otros dos factores. En primer lugar a la población extranjera residente y en segundo lugar al número de turistas que visitan la provincia. Por lo tanto los PREH pueden ser de tres tipos: asistencias hospitalarias transfronterizas, asistencias hospitalarias a turistas que están visitando la zona o asistencias a población extranjera residente que todavía no ha tramitado su tarjeta sanitaria. Esto explica el mayor número de casos de PREH en Gerona frente a Guipúzcoa. La población extranjera residente en Gerona asciende a 146.377 personas suponiendo un 19,75% del total, mientras en Guipúzcoa este colectivo solo representa el 7%⁹. Algo similar ocurre en el caso de las provincias fronterizas con Portugal, mientras en Huelva el porcentaje de población extranjera asciende a 9% en Badajoz no llega al 4%.

Otro factor a tener en cuenta para explicar las diferencias en el número de PREH es el grado de desarrollo de las comunicaciones que unen las fronteras así como la densidad de población de estas provincias. Así al analizar el volumen de pacientes transfronterizos en Zamora, Orense, Huesca o Navarra, encontramos que los PREH en estas regiones no alcanzan un volumen relevante, situándose en valores próximos a cero. El escaso desarrollo de las comunicaciones así como la baja densidad de población en estas áreas determina la no existencia de pacientes transfronterizos.

Respecto a la evolución a lo largo del tiempo de los PREH se observa un crecimiento en el número de casos atendidos sin embargo esta tendencia creciente alcanza su máximo en el 2008, el mismo año en el que se desencadena la crisis económica actual.

⁹ INE. 2014.

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

A partir de este año la tendencia se invierte, en paralelo a la evolución de PIB, produciéndose un progresivo descenso.

A continuación se realiza un análisis porcentual, se toma el porcentaje de PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia sobre el total de atendidos en cada provincia. Si agrupamos las provincias por regiones fronterizas se pueden observar importantes diferencias.

Cuadro 29: Porcentaje de PREH atendidos los servicios de Ginecología y Obstetricia en procesos relacionados con el embarazo y el parto sobre el total. Agrupando las provincias por fronteras.

Año	Portugal	Marruecos	Francia
2000	19,37	24,92	5,26
2001	7,21	37,37	4,51
2002	10,98	27,39	4,65
2003	11,42	30,13	3,72
2004	13,43	30,72	5,48
2005	18,15	35,85	4,84
2006	21,71	27,94	3,36
2007	27,27	35,16	3,63
2008	28,44	40,74	4,57
2009	20,23	46,72	3,11
2010	21,00	53,56	3,59
2011	21,25	62,09	3,76
2012	15,00	62,94	2,95
2013	12,25	63,80	3,01

Fuente: Elaboración propia. 2014

En el cuadro se puede observar que, mientras en las provincias fronterizas con Francia el porcentaje de PREH atendidas en procesos relacionados con el parto y el embarazo

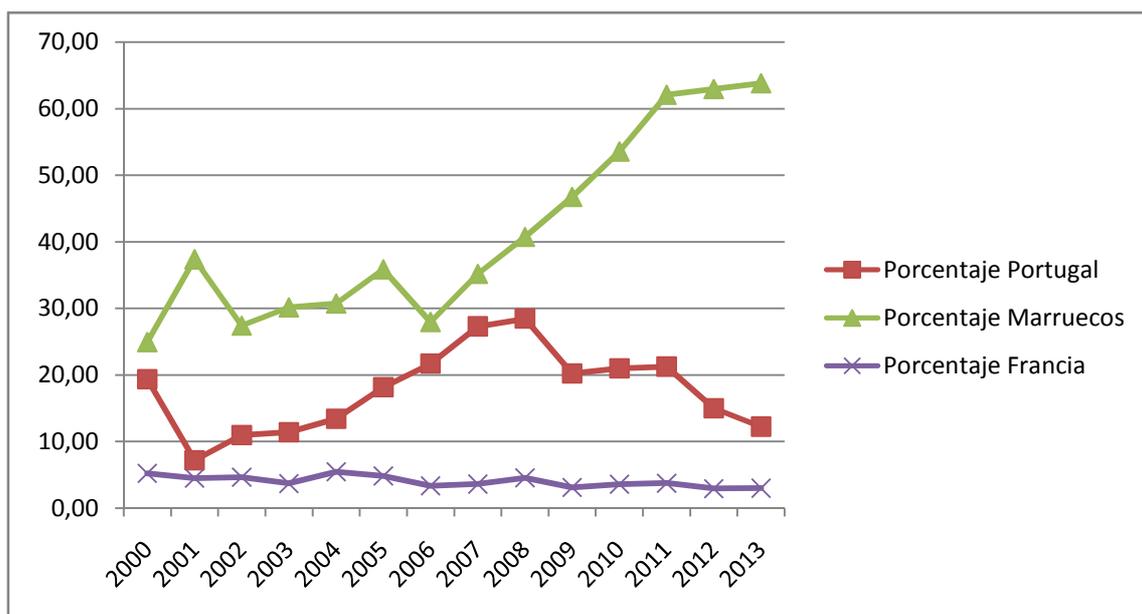
Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

no supera el 5% en ningún año y se mantiene constante durante todo el periodo, en las provincias limítrofes con Marruecos los porcentajes son crecientes llegando en los últimos años a sobrepasar el 60%.

En lo que respecta a Portugal el porcentaje oscila entre el 7 y el 28%, siendo esta serie la más variable de las tres fronteras. A pesar de las oscilaciones se pueden observar dos periodos diferenciados. Un primer periodo de crecimiento desde el año 2001 hasta el 2008 y un periodo de decrecimiento desde el 2008 al 2013. ¿Qué factores explican el retroceso de esta variable?

Pues bien, el periodo coincide con la recesión económica donde se observa una reducción de la natalidad del 9,9 al 7,9 por mil habitantes en Portugal. Así mismo tanto el PIB nominal español como el portugués registran tasas negativas de crecimiento en todos estos años excepto en el 2010. Esta caída de la producción impulsa a los gobiernos a políticas de austeridad que reducen las prestaciones médicas a extranjeros e incrementa el nivel de exigencia con la normativa vigente para atender a ciudadanos sin tarjeta sanitaria en vigor.

Gráfico 5: Porcentaje de PREH atendidos los servicios de Ginecología y Obstetricia en las provincias fronterizas colindantes con Francia, Portugal y Marruecos



Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. 2014

4.2 La brecha sanitaria como impulsora de la asistencia sanitaria transfronteriza

En este contexto nos planteamos las siguientes preguntas. ¿Por qué las extranjeras eligen los hospitales españoles para dar a luz? ¿Qué factores empujan a estas personas a venir a España a recibir servicios sanitarios? ¿Qué impulsa a estas mujeres a cruzar la frontera?

En este estudio se busca contrastar la hipótesis de que cuanto mayor es la asimetría entre los sistemas sanitarios mayor es el flujo de pacientes que se desplazan de un país a otro para recibir asistencia médica.

Definimos brecha sanitaria como el diferencial observado en los recursos disponibles en un entorno sanitario nacional y la disponibilidad de tales recursos en otros sistemas sanitarios alternativos.

En el caso de España donde los límites fronterizos están establecidos con tres países bien diferenciados, se puede advertir que el mayor flujo de pacientes transfronterizo tiene lugar donde la brecha entre los sistemas sanitarios es mayor, es decir en las regiones limítrofes con Marruecos. Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla son las regiones de España donde mayor es la presión que soportan los servicios médicos en lo que a la atención a pacientes extranjeros no residentes se refiere.

A partir de esta evidencia se busca contrastar la relación que existe entre la capacidad de los sistemas sanitarios de cada país para satisfacer las necesidades de su población y los flujos de pacientes transfronterizos que buscan asistencia médica en España. Asumimos que las regiones limítrofes con Francia: Gerona, Lleida, Navarra, Huesca y País Vasco, reciben pacientes provenientes de Francia. Así, si el sistema francés no garantiza determinados estándares de calidad, sus ciudadanos buscarán asistencia sanitaria fuera de su país de origen. Paralelamente se asume que las provincias

límites con Portugal recibirán pacientes de Portugal y que los PREH en Ceuta y Melilla proceden de Marruecos.

Para calibrar la capacidad de los sistemas sanitarios de responder a las necesidades de salud de su población y para medir la brecha sanitaria se analizan dos indicadores sanitarios: la mortalidad materna y el gasto sanitario público per cápita.

- La mortalidad materna. La escogencia de este indicador se debe a la importancia que tiene como señal del grado de desarrollo del sistema sanitario y al mismo tiempo a su relevancia como indicador de la calidad de los servicios médicos en los procesos relativos al embarazo y al parto. Los resultados esperados establecen una relación entre el número de PREH y el diferencial de la mortalidad materna entre países. Mayor mortalidad materna en el país de origen, mayor flujo de pacientes que demandan asistencia sanitaria en el extranjero. Así por ejemplo en el caso que nos ocupa, se observa un mayor flujo de pacientes en la frontera hispano-marroquí, donde el diferencial en la mortalidad materna es mayor, que en el resto de fronteras.
- El gasto sanitario per cápita en términos de poder adquisitivo. Es un indicador de recursos que indica la capacidad del sistema sanitario para garantizar un nivel aceptable de salud para toda su población.

Se espera que cuanto mayor sea el gasto sanitario en el país de origen menor será el número de pacientes que buscan asistencia sanitaria fuera de su país. Concretamente, Francia con un gasto sanitario per cápita mayor que el español emite, en términos porcentuales, menos pacientes transfronterizos que el resto de países fronterizos con España.

En definitiva se confirma la hipótesis de que cuanto mayor es la brecha sanitaria entre dos países mayor es el flujo de pacientes que se desplazan de un país a otro buscando asistencia sanitaria.

Mortalidad materna

Las complicaciones durante el parto y el nacimiento son unas de las principales causas de fallecimiento en los países en vías de desarrollo. La probabilidad de morir por una causa relacionada con el embarazo en estos países es 25 veces mayor que en un país desarrollado.

Este indicador representa el riesgo asociado con el desarrollo del embarazo, parto y postparto. Su importancia queda plasmada cuando se incluye como uno de los ocho objetivos del milenio (OMS, 2000). Refleja la capacidad del sistema sanitario de prevenir de forma efectiva las posibles complicaciones derivadas del embarazo y el parto.

Según la OMS se define como la mortalidad ocurrida en el "embarazo, parto y puerperio hasta 6 semanas postparto", se contabiliza como un ratio por cada 100.000 nacidos. Los valores absolutos que toma este indicador son:

Cuadro 30: Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos por países.

	Francia	Marruecos	España	Portugal
1990	12	310	7	15
1995	11	240	4	10
2000	10	200	5	11
2005	9	160	6	11
2010	12	130	6	11
2013	9	120	4	8

Fuente: OMS. Indicadores de salud. 2014

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MATMORT?lang=en>

En el cuadro se puede observar claramente la brecha existente entre Marruecos y los países europeos. Si tomamos este indicador para otros países africanos colindantes

con Marruecos como Mauritania, Senegal o Mali, encontramos que la mortalidad materna se sitúa en valores incluso más elevados. En el 2013 por término medio en estos países se producen 320 muertes cada 100.000 partos estableciéndose una clara diferencia entre los países al sur y al norte del Mediterráneo. Se dibuja así un mapa caracterizado por la desigualdad donde la probabilidad de morir el parto es 30 veces mayor en el sur que en el norte del Mediterráneo. No obstante si se observa la mortalidad materna en la primera década del siglo XXI, en Marruecos (Cuadro 30) vemos como se ha reducido considerablemente, un 40% pasando de 200 a 120 muertes por cada 100.000 partos. Paralelamente en España este indicador se sitúa en todo el periodo en cotas muy bajas alcanzando valores óptimos superando incluso a Francia, país tradicionalmente más avanzado. En el 2013, la mortalidad materna española marca mínimos mundiales. Por otro lado la mortalidad materna en Portugal, aunque no es elevada, registra valores que son aproximadamente el doble que en España. La fiabilidad de los procesos médicos en los servicios de Obstetricia y Ginecología españoles actuaría como impulso de los flujos sanitarios transfronterizos que se dirigen hacia España.

Mortalidad en términos relativos

Para poder comparar la mortalidad materna en términos relativos desde un punto de vista global, es decir en relación a los valores que toma el indicador a escala mundial, y para hacer coincidir ambas series la mortalidad materna y el número de PREH atendidos, se transforman todos los valores en un número índice.

En la construcción de este número índice se sigue la misma metodología que sigue el IDH (Índice de Desarrollo Humano) se toman los valores mínimos y los valores máximos que alcanza la variable a escala mundial.

$$\frac{\text{valor efectivo} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

La mortalidad materna alcanza su valor mínimo en 3 muertes por cada 100.000 nacimientos en países como Noruega u Holanda en el periodo estudiado. El valor máximo se alcanza en países menos desarrollados como Camerún o Lesoto y se sitúa alrededor de las 346 muertes por cada 100.000 nacimientos. Se incluye en el anexo una tabla de los valores de mortalidad materna a escala mundial. La variable se reduce a un valor entre 0 y 1, la mayor proximidad a 1 indica mejores resultados

Cuadro 31: Índice de mortalidad materna

Año	España	Francia	Marruecos	Portugal
2000	0,9884	0,9794	0,4306	0,9653
2001	0,9884	0,9794	0,4306	0,9653
2002	0,9884	0,9794	0,4306	0,9653
2003	0,9884	0,9794	0,4306	0,9653
2004	0,9884	0,9794	0,4306	0,9653
2005	0,9913	0,9827	0,5462	0,9769
2006	0,9913	0,9809	0,5601	0,9769
2007	0,9913	0,9792	0,5809	0,9769
2008	0,9913	0,9783	0,5896	0,9769
2009	0,9913	0,9757	0,6156	0,9769
2010	0,9913	0,9740	0,6329	0,9769
2011	0,9942	0,9783	0,6474	0,9812
2012	0,9971	0,9827	0,6618	0,9855

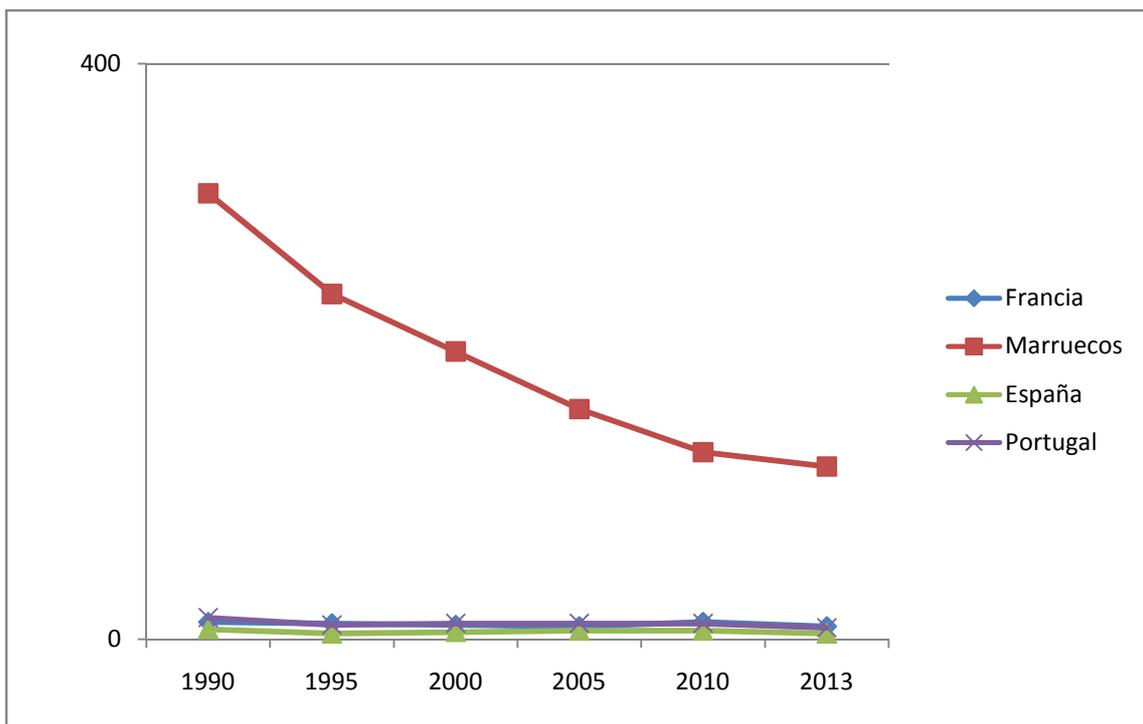
Fuente: Fuente: OMS. Indicadores de salud.2014

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MATMORT?lang=en>

Desde una perspectiva global y comparada se observa que en los países europeos apenas se producen cambios y que, desde una perspectiva comparada, alcanzan valores máximos. España se sitúa como cabeza de serie con los mejores resultados. Se pueden observar dos grupos diferenciados: Los países europeos con valores cercanos a 1, España, Francia y Portugal y alejado de ellos, Marruecos, que pese a la notable

mejoría que experimenta a lo largo de todo el periodo todavía queda lejos de converger con los países situados al norte del Mediterráneo.

Gráfico 6: Evolución de la mortalidad materna en tantos por 100.000, España, Francia, Marruecos y Portugal. Años 1990/2013



Fuente: Fuente: OMS. Indicadores de salud.

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MATMORT?lang=en>

Si se establece una comparación entre la mortalidad materna y el porcentaje de PREH atendidos en servicios de Ginecología por zonas fronterizas se observa que cuanto mayor es el diferencial en la mortalidad materna entre dos países, mayor es el porcentaje de PREH atendidos en los servicios de Ginecología y Obstetricia de las provincias fronterizas. Los residentes en zonas fronterizas que acuden a España a recibir servicios médicos lo hacen atraídos por el éxito del sistema español en estos procesos.

Si se realiza un examen por países vemos que en el caso de Francia se observa cierta similitud en la evolución que existe entre las dos variables estudiadas; el porcentaje de PREH atendidos y la brecha en la mortalidad materna.

Ambas variables se mantienen constantes durante el periodo analizado. No se observa en esta frontera un porcentaje creciente de PREH, ni existen factores que generen un efecto llamada más allá de la comodidad que puede suponer para ciudadanos franceses que el hospital más cercano se encuentre al otro lado de la frontera, en España. Entre estos dos países se produce una intensa cooperación sanitaria transfronteriza que queda reflejada en el Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Francesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, firmado en Zaragoza el 27 de junio de 2008. El grado de cooperación ha sido tan intenso que ha podido hacerse realidad el proyecto de construcción del primer hospital transfronterizo de Europa gestionado por las dos administraciones, el hospital transfronterizo de la Cerdanya que da servicio a la población española y francesa al mismo tiempo, unas 30.000 personas de forma permanente con picos de 150.000 personas. La financiación ha sido proporcionada en un 60% por la UE y el resto por los estados de Francia y España.

Por otro lado, en el caso de Marruecos se observa que a pesar de la mejora que experimenta la mortalidad materna, el número de hospitalizaciones a embarazadas no ha dejado de aumentar en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La brecha sanitaria sigue siendo lo suficientemente grande como para impulsar el movimiento de pacientes.

En este punto es necesario contemplar no solo la brecha sanitaria real sino también la brecha percibida, definimos esta última como la percepción, por parte de los agentes, de la diferencia entre los recursos efectivos marroquíes y las expectativas basadas en la información disponible sobre los recursos y la atención médica en el país de destino. Estas expectativas, sobre la atención médica en España, están moduladas por el aumento de información disponible y la población efectivamente migrante. Las nuevas tecnologías y los marroquíes residentes en España constituyen una fuente de

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

información para los potenciales pacientes marroquíes que consolida su importancia gracias a la creciente facilidad para comunicarse. Además se produce también un efecto de retroalimentación, es decir cuánto más extranjeros son atendidos más extranjeros demandan servicios sanitarios, la información sobre la facilidad de ser atendido fluye de unos usuarios a otros generando un efecto llamada.

Gasto sanitario público per cápita en dólares en Paridad de Poder Adquisitivo (PPA)

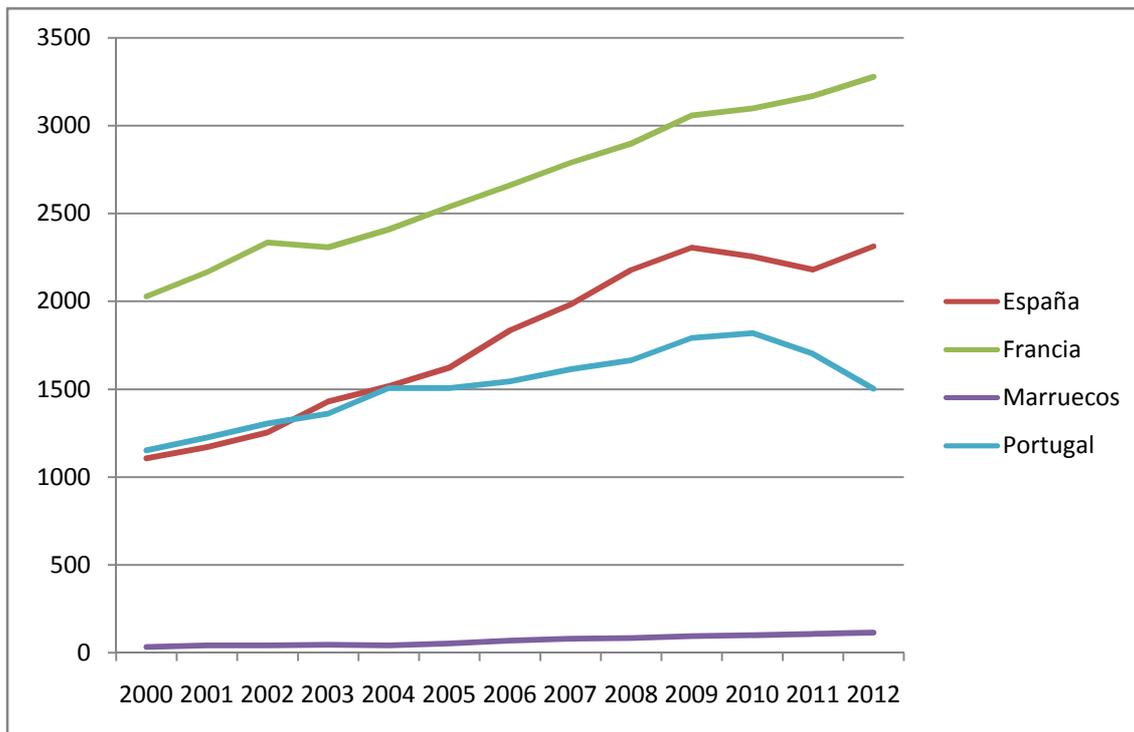
El gasto sanitario público per cápita en términos de PPA indica el gasto sanitario público total entre el número de personas que cubre el sistema sanitario. Se contabiliza en términos de PPA para contrarrestar el efecto precio de los distintos países, es decir los medicamentos y los servicios médicos se valoran a precios estadounidenses con el objetivo de que la comparativa sea más objetiva. El gasto sanitario tiene elasticidad superior a la unidad respecto a la renta per cápita del país lo que significa que cuanto más crezca la renta per cápita del país mayor será la proporción de gasto dedicado a salud.

Cuadro 32: Gasto público sanitario per cápita en \$ en términos de PPA.

Año	España	Francia	Marruecos	Portugal
2000	1107,1	2027,1	32,2	1152,6
2001	1171,5	2164,4	40,7	1224,6
2002	1254,7	2335,1	40,9	1305,6
2003	1430,5	2306,4	45	1361,8
2004	1516,9	2409,5	40,9	1506,5
2005	1623	2538	51,7	1506,5
2006	1836,3	2660,7	67,9	1544
2007	1983,1	2789,2	78,7	1613,2
2008	2178,1	2898,8	83,9	1665
2009	2305,6	3057,3	94,9	1791,6
2010	2254,9	3098,2	99,5	1818,8
2011	2180,2	3168,6	106,4	1700,1
2012	2313,3	3278	114	1503,2

Fuente: Elaboración propia. OMS. 2012

Gráfico 7: Gasto público sanitario per cápita en \$ en términos de PPA.



Fuente: Elaboración propia. OMS. 2012

En lo que respecta a la evolución del gasto sanitario per cápita se observa como en términos generales, en los cuatro países analizados, existe una tendencia de incremento del gasto. Gráficamente se observan tres grupos, en primer lugar Francia que partiendo de un gasto sanitario público p/c alto mantiene una tendencia creciente con una tasa de crecimiento media anual de 4,11%. En segundo lugar están España y Portugal que partiendo de una situación similar evolucionan de manera diferente. España experimenta un mayor crecimiento medio anual que se sitúa en el 6,4% frente al 2,4% de Portugal. En este último país se dejan notar más intensamente los efectos de la crisis. En el año 2010 el gasto per cápita sanitario se contrae un 6,5% y un 11% en el 2011. En España también se produce una contracción pero de menor intensidad, el gasto sanitario per cápita también se ve afectado, se reduce en los años 2010 y 2011 un 2% y un 3% respectivamente. El último grupo lo forma Marruecos que a pesar de la evolución positiva de gasto sanitario con un crecimiento medio anual del 11% se mantiene en una situación de pobreza sanitaria y distanciándose de sus vecinos del norte.

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

Gasto sanitario público per cápita en dólares en Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) en términos relativos

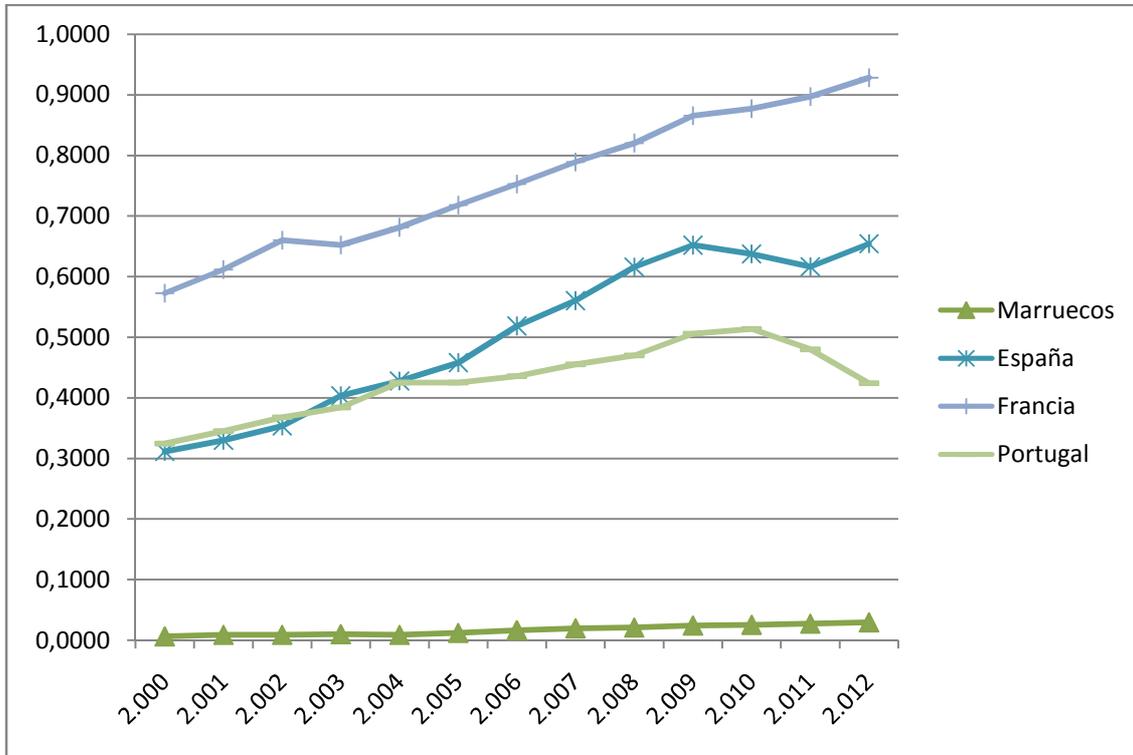
Si transformamos estos datos, tal y como se ha venido haciendo con los anteriores indicadores, en un índice que tome valores entre 0 y 1, se obtienen los resultados que refleja el cuadro. Para esta transformación se han tomado el valor 3.521 \$ p.c., que es el gasto que se produce en Alemania en 2011, como el valor máximo y 10,7\$ p.c. que es el valor mínimo que toma la variable en Afganistán en el 2010.

Cuadro 33: Índice evolución del gasto sanitario público en \$ en PPA

Año	Marruecos	España	Francia	Portugal
2000	0,0061	0,3114	0,5727	0,3243
2001	0,0085	0,3297	0,6117	0,3448
2002	0,0086	0,3533	0,6602	0,3678
2003	0,0096	0,4032	0,6520	0,3837
2004	0,0086	0,4278	0,6813	0,4248
2005	0,0117	0,4579	0,7178	0,4248
2006	0,0163	0,5184	0,7527	0,4355
2007	0,0194	0,5602	0,7891	0,4551
2008	0,0208	0,6155	0,8203	0,4698
2009	0,0239	0,6518	0,8653	0,5058
2010	0,0252	0,6374	0,8769	0,5135
2011	0,0272	0,6162	0,8969	0,4798
2012	0,0293	0,6540	0,9279	0,4239

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7: Evolución del gasto sanitario público en \$ en PPA



Fuente: Elaboración propia. OMS. 2012

Este gráfico permite observar la posición de los países desde un punto de vista global. La posición aventajada de Francia que se aproxima a los máximos valores que toma la variable a nivel mundial, las posiciones intermedias de España y Portugal aunque con diferente evolución y la pobreza sanitaria que sufre Marruecos.

En Portugal tras la contracción del gasto sanitario producido por la crisis económica alcanza en el 2012 el mismo valor que había alcanzado en el 2004. España también se ve afectada por la disminución del gasto sanitario aunque termina la serie con valores máximos.

4.3 Obtención de la expresión analítica

El modelo pretende explicar el comportamiento de los flujos transfronterizos de pacientes en las provincias españolas limítrofes con Francia, Portugal y Marruecos en los servicios de Ginecología y Obstetricia en función de la brecha sanitaria.

El concepto de brecha sanitaria representa el diferencial observado en los recursos disponibles en un entorno sanitario nacional y la disponibilidad de tales recursos en otros sistemas sanitarios alternativos. Para medir este concepto se seleccionan dos variables:

- La mortalidad materna que indica la capacidad del sistema sanitario de evitar la muerte en los procesos relacionados con el parto y es por lo tanto un indicador de resultado
- El gasto sanitario público per cápita medido en términos de poder adquisitivo que representan los recursos del sistema en materia de salud.

La expresión quedaría como sigue:

$$\text{Nº de PREH} = A + \beta_1 (\text{mortalidad materna}) + \beta_2 (\text{gasto sanitario per cápita en PPA})$$

La variable dependiente del modelo es el número de PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia en las regiones fronterizas de España y las variables independientes son la mortalidad materna y el gasto público per cápita PPA. Se espera que una mortalidad materna alta en el país de origen provoque un efecto expulsión. Simultáneamente cuanto mayor sea el gasto sanitario per cápita en el país de origen menor será el flujo de salida de pacientes transfronterizos. Si el sistema sanitario del país de origen posee suficientes recursos para afrontar con éxito los procesos médicos y hospitalarios de su población, los pacientes no tienen incentivos para acudir a un país extranjero en busca de asistencia sanitaria. Como consecuencia, según el planteamiento de nuestro modelo el signo esperado de estas variables es, positivo en el caso de la mortalidad materna y negativo en el caso del gasto per cápita.

Para estimar los coeficientes de correlación de la expresión analítica se toman los datos que ya se han expuesto anteriormente: las PREH atendidas en los servicios de Ginecología y Obstetricia agrupados por provincias (cuadro 28) los indicadores de mortalidad materna y gasto sanitario per cápita en términos de poder adquisitivo de Francia, Portugal y Marruecos (cuadros 30 y 32). Se constituye un panel de un total de 39 observaciones en 3 unidades de sección cruzada. La serie temporal abarca 13 años, desde el año 2000 al año 2012. Para estimar las relaciones se ha utilizado el método mínimos cuadrados ordinarios combinados.

Al estimar los coeficientes de correlación nos encontramos con un primer problema. Como se puede anticipar la mortalidad materna y el gasto sanitario per cápita están correlacionadas en ($r=-0,85$). Surge entonces un problema de colinealidad. Para subsanar este problema se consideran desviaciones típicas robustas en el modelo.

Tras analizar varios modelos se observa que se produce un mejor ajuste cuando se considera un retardo de la variable gasto público, lo que indica que los pacientes toman sus decisiones observando lo que ya ha ocurrido. Desde que se incrementa el gasto público per cápita hasta que dicho incremento se puede sentir en la calidad de los servicios sanitarios es necesario cierto tiempo. Se parte de la hipótesis de que mayor gasto público sanitario implica mayor calidad de los servicios públicos sanitarios y que una mayor calidad genera un efecto llamada de pacientes transfronterizos. Ahora bien esta sucesión de hechos no se produce de forma inmediata sino que necesita cierto tiempo, por esta razón se puede observar correlación con retardo entre las variables analizadas.

Inicialmente se estiman los coeficientes introduciendo un retardo en la variable exógena gasto sanitario per cápita. Los resultados de este primer- modelo son:

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

Modelo 1

	<i>Coefficiente</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>
Constante	1006.58	4.7955	<0.0001
Gasto sanitario público p.c en PPA	-0.329366	-3.6675	0.0008
Mortalidad materna	0.6390	0.4297	0.6700
Suma de cuadrados residuos		3557118	
Log-verosimilitud		-278.0461	
Criterio de Schwarz		567.0830	

Mínimos cuadrados ordinarios combinados. Desviaciones típicas robustas

A continuación, en un segundo modelo se consideran dos retardos en la variable gasto público sanitario per cápita, con la misma idea anteriormente expuesta. Los incrementos en el gasto sanitario per cápita actúan como un factor de contención de los movimientos de pacientes fuera de sus fronteras pero con un retraso de dos años. Esto se debe a que los movimientos de pacientes se deben a percepciones subjetivas sobre la calidad de los sistemas sanitarios y por lo tanto para que se dejen sentir los efectos de mejora de la calidad en el servicio es necesario que pase tiempo.

Modelo 2

	<i>Coefficiente</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>
Constante	1103.45	5.2252	<0.0001
Gasto sanitario público p.c. en PPA	-0.373259	-4.0838	0.0003
Mortalidad materna	0.379408	0.2480	0.8057
Suma de cuadrados de los Residuos		2804144	
Log-verosimilitud		-253.8174	
Criterio de Schwarz		518.3854	

Atención a PREH en procesos del parto en zonas fronterizas

MCO combinados, utilizando 36 observaciones. Se han incluido 3 unidades de sección cruzada

Largura de la serie temporal = 12. Variable dependiente: PREH atendidos en ginecología. Desviaciones típicas robustas

Tras realizar el test de White y detectar heterocedasticidad ($TR^2=11.584358$, $p=0.040949$) se procede a utilizar la técnica de los mínimos cuadrados ponderados)

Modelo 3: Mínimos cuadrados ponderados

	<i>Coefficiente</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>
Constante	658.527	3.9553	0.0003
gasto_publico_1	-0.207736	-3.4529	0.0014
Mortalidad	2.89789	2.2476	0.0308

Se utilizaron ponderaciones basadas en varianzas de los errores por unidad

Suma de cuad. Residuos	34.76462
Log-verosimilitud	-53.09685
Criterio de Schwarz	117.1844

Para comparar los modelos seleccionados y elegir el que mejor recoge la variación temporal de la varianza, se han utilizado los criterios siguientes: (i) Menor suma de los cuadrados de los residuos; (ii) menor valor del criterio de Schwarz; y (iii) mayor valor del logaritmo de la función de verosimilitud. Como se observa en las tablas, donde se muestran los valores obtenidos después de aplicar los criterios mencionados, el mejor modelo de acuerdo con todos los criterios, es el modelo 3.

Tabla 34. Resultados de los criterios de selección de modelos

Criterios	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Suma de cuadrados de los residuos	3557118	2804144	34,764620
Log-verosimilitud	-278.0461	-253.8174	-53.09685
Criterio de Schwarz	5.670.830	5.183.854	1.171.844

Tomando el modelo 3 la expresión algebraica estimada quedaría:

$$N^{\circ} \text{ de PREH} = 658,52 + 2,89 (\text{mortalidad materna}) - 0,207 (\text{gasto sanitario p.c. en PPA})$$

Esta expresión indica:

- Que un incremento en la mortalidad materna del país de origen genera un aumento de casi 3 pacientes residentes en el extranjero que buscan tratamiento en España en los servicios de Ginecología y Obstetricia.
- Que por cada euro adicional que aumenta el gasto sanitario per cápita en el país de origen los flujos de pacientes extranjeros retroceden un 0,2.
- Que existe un flujo de PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia que es independiente de las variables estudiadas.

Existen otras variables que son de difícil cuantificación y que no han sido recogidas en el modelo. Algunas de las más relevantes se presentan a continuación.

4.4. Otros determinantes de la asistencia sanitaria

transfronteriza: el coste del viaje y la información disponible

Como se ha podido comprobar los flujos de pacientes transfronterizos están determinados por la brecha sanitaria sin embargo, lógicamente está variable no es la única que explica la asistencia sanitaria transfronteriza. Existen otras variables que también son relevantes.

A continuación se analizan dos:

1. El coste del viaje
2. La información disponible sobre los procesos sanitarios y la facilidad/dificultad de ser atendido

El coste del viaje

Si se introduce el coste del viaje como factor determinante del volumen de los flujos de pacientes transfronterizos es necesario evaluar el coste del viaje en términos monetarios; el precio del billete de tren, o de avión o el coste de la gasolina. No obstante, existen también otros costes no monetarios derivados del viaje. Estos son: los procesos administrativos necesarios para cruzar la frontera, la amplitud o estrechez de la legislación vigente en materia de acuerdos sanitarios, la necesidad o no de expedir un visado para realizar el desplazamiento, la dificultad para cruzar la frontera, la calidad y velocidad de las vías de comunicación entre países y por último el desarrollo de los medios de transporte.

Lógicamente el coste del viaje será mayor cuanto mayor sea el tiempo y el dinero que requiera el desplazamiento amén de otros procesos administrativos.

En el caso que nos ocupa aparecen dos grupos bien diferenciados: los países que pertenecen a la UE y los países que quedan fuera de la UE.

Los países que pertenecen a la Unión Europea disfrutan de la libre circulación de personas, bienes y capitales que contempla el tratado de Maastrich (1992). Los costes administrativos de expedición de visados a los que se enfrentan los ciudadanos europeos son nulos. La libre circulación de personas se ha acompañado de un compendio de normativas que garantizan que cualquier ciudadano de un país miembro que se desplace a otro país miembro por cualquier motivo, pueda acceder a los servicios médicos en las mismas condiciones que los ciudadanos del país de acogida.

La más reciente directiva en esta materia es la directiva 2011/24/EU sobre *Los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza* que tiene como objetivos:

- Estrechar la cooperación entre los países miembros en atención sanitaria.
- Garantizar una asistencia de calidad para todos los ciudadanos de la UE.
- Aclarar las normas que rigen la asistencia sanitaria transfronteriza y facilitar la asistencia médica en otros países de la Unión Europea.

Sin embargo aunque la cooperación sanitaria entre los países miembros ha mejorado y ampliado, el último Eurobarómetro publicado en 2014 muestra que la implantación de dicha directiva no ha supuesto un incremento en el número de pacientes que ha optado por recibir tratamiento médico fuera de su país de origen. El porcentaje de pacientes transfronterizos dentro de la UE se ha mantenido constante desde el año 2007, en torno al 5%. De este 5%, más de la mitad realizó el viaje sin intención de recibir tratamiento médico es decir la atención sanitaria se debió a causas ajenas a su voluntad. Como conclusión, sólo un 2% de los ciudadanos de la Unión Europea buscaron tratamiento de forma intencionada.

No obstante si se realiza un análisis por países se observan diferencias. Encontramos que ocho países de la Unión tienen un porcentaje de pacientes transfronterizos que excede el 5%. El país, donde más pacientes reciben tratamientos fuera de sus

fronteras, es Luxemburgo con un 16% sobre el total, le siguen Italia y Hungría con un 10%, y Rumania y Portugal con un 8% y un 7% respectivamente.

Volviendo a la asistencia sanitaria a extranjeros en España, se observa que los costes del viaje son diferentes según el país de origen. Los flujos de pacientes que provienen de Portugal y Francia tienen más facilidades para acceder a los servicios sanitarios españoles que los marroquíes. Sin embargo la mayor presión sanitaria la sufren las provincias del sur de España debido a la brecha sanitaria.

Se analiza a continuación los costes de viaje en cada una de las tres fronteras: costes administrativos de expedición de visados, vías de comunicación, acuerdos de cooperación en asistencia sanitaria, dificultad para cruzar la frontera y medios de transporte.

Frontera francesa

La frontera con hispano-francesa se caracteriza por un intenso tráfico de personas y mercancías. Es la principal vía terrestre de comunicación de España con Europa. En el 2011, 113 millones de viajeros atravesaron la frontera entre España y Francia. Existen 27 enlaces por carretera y 6 enlaces ferroviarios que unen estos dos países, no obstante dos pasos fronterizos concentran la mayor parte del tráfico terrestre, estos son las dos autopistas costeras, una paralela al Mediterráneo y otra paralela al Atlántico.

Entre España y Francia se han suprimido los controles fronterizos gracias al Acuerdo de Schengen. No existen costes administrativos de visados ni permisos de residencia. Sin embargo es posible que los potenciales pacientes puedan encontrar otro tipo de barreras culturales como el idioma.

El área fronteriza que abarca las regiones de Francia y España se desarrolla bajo el paraguas de la UE. En esta línea cabe destacar que se han firmado distintos convenios de colaboración y cooperación en distintas materias tanto desde el ámbito de la UE como a nivel bilateral. Estos acuerdos en parte financiados por los FEDER y en parte

por fondos nacionales abarcan distintas áreas de actuación como son: Promoción de la innovación y establecimiento de redes sostenibles en el ámbito de la cooperación tecnológica, mejora de la sostenibilidad a fin de proteger y conservar el medio ambiente y el patrimonio natural de la zona suroccidental de Europa, integración armoniosa de la zona suroccidental de Europa y mejora de la accesibilidad a las redes de información, fomento del desarrollo urbano sostenible basado en la cooperación transnacional, etc. Todas estas iniciativas han recibido un presupuesto de 132 millones de euros en el periodo 2007/2013.

En el área sanitaria también se produce una intensa cooperación transfronteriza que queda reflejada en el Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Francesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, firmado en Zaragoza el 27 de junio de 2008, gracias este acuerdo ha visto la luz el primer hospital transfronterizo de la UE, ubicado en Puigcerdá, que da servicio a población española y población francesa simultáneamente.

Como conclusión se puede afirmar que los ciudadanos que buscan recibir asistencia sanitaria en España provenientes de Francia no asumen ningún coste de viaje. No obstante la calidad y similitud de los servicios sanitarios en ambos países actúa como freno a los movimientos de pacientes transfronterizos.

Frontera portuguesa

Por otro lado la frontera hispano-portuguesa es la más extensa de las tres con 1.214 km de longitud y un tráfico aproximado de 55 mill de viajeros al cabo del año. Los principales pasos fronterizos son: Tui/Valença de Minho, Badajoz/Caia, Ayamonte/Monte Francisco son los que concentran la mayor proporción del tráfico. Al igual que ocurre con Francia, entre España y Portugal existe un acuerdo de Cooperación Sanitaria Transfronteriza, firmado en Zamora el 22 de enero de 2009 que garantiza la cobertura sanitaria de las poblaciones transfronterizas por cualquiera de las dos administraciones.

Frontera marroquí

Por último la frontera hispano-marroquí es de las tres, la que menos tráfico de viajeros registra no obstante por circunstancias de desigualdad socioeconómica la más conflictiva. La OCDE la señala como una de las fronteras más desiguales del mundo. Esta desigualdad se pone de manifiesto en las diferencias de renta per cápita en paridad de poder adquisitivo, que es 5,5 mayor en España que en Marruecos superando la diferencia que se produce entre México y Estados Unidos considerada como un icono de desigualdad que se sitúa en 4. Esta situación de desigualdad se acentúa si tenemos en cuenta a los países fronterizos con Marruecos. Por ejemplo en Mali o Gambia las diferencias en términos de renta per cápita en PPA con España son 22 y 13 veces mayor respectivamente.

La frontera entre España y Marruecos se trata de una de las fronteras más pequeñas del mundo, donde la longitud de la frontera que suman Ceuta y Melilla no alcanza los 16 Km. En dichas fronteras hay instalada una triple valla fronteriza, dos propiedad de España de seis metros de altitud y una tercera propiedad de Marruecos de dos metros de altitud, el objetivo es impedir la inmigración ilegal y el contrabando comercial hacia España y la UE.

La concesión de un visado por parte de las autoridades españolas a un ciudadano marroquí se rige por la legislación europea ya que este tipo de visados posibilitan la plena libertad de movimiento dentro del territorio Schengen¹⁰. El coste monetario de un visado asciende a 80 euros y requiere además de información sobre la situación personal, laboral y económica del solicitante. Algunos de los datos son: estado civil, saldo de la cuenta corriente, seguro médico, certificado médico negativo de no padecer ninguna enfermedad para la salud pública, certificado negativo de

¹⁰ El **Acuerdo de Schengen** es un acuerdo por el que varios países de Europa han suprimido los controles en las fronteras interiores (entre esos países) y han trasladado estos controles a las fronteras exteriores (con países terceros). En total, los países que forman parte del espacio de Schengen son 26: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, Suecia y Suiza. 1985. Entra en vigor en 1995.

antecedentes penales, detalles del alojamiento y tipo de viaje que se va a realizar; trabajo, turismo, visita de un familiar, etc.

En definitiva, el coste del viaje para los individuos que acceden a España por las fronteras del sur son muy altos y en la mayoría de los casos tras realizar los trámites pertinentes los visados son denegados por lo que solo queda la vía de la clandestinidad.

Existe un tipo de visado ideado para los trabajadores transfronterizos que permite la estancia diaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, para este tipo de visados las condiciones son más laxas y no se requiere tanta documentación, este tipo de visado permitiría el acceso a la atención hospitalaria en caso de necesidad. . El análisis realizado hasta el momento todo parece indicar que es este tipo de visado es el que utilizan las mujeres embarazadas que acceden a los servicios de Obstetricia y Ginecología en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Información disponible

La información disponible que tienen los individuos sobre las posibilidades de ser atendido es un factor determinante a la hora de animarlos a realizar el viaje. La información puede ser accesible por varios canales formales o informales. Los canales de comunicación formales son los más predominantes en los países más desarrollados donde se produce una mayor comunicación formal por parte de las instituciones médicas sobre la posibilidad o no de recibir asistencia médica en otro país. Además internet ha posibilitado que esa información sea más accesible. En el caso de España, el Organismo de la Seguridad Social informa sobre los distintos convenios sanitarios de los que se pueden beneficiar los ciudadanos residentes al viajar al extranjero. Cabe señalar la importancia que concede la última directiva europea a la accesibilidad de la información para los potenciales pacientes. La directiva obliga a todos los países miembros a la creación de un organismo que tenga como principal función asesorar e informar a los ciudadanos de la posibilidad de recibir asistencia sanitaria en otro país y los trámites a realizar.

Por otro lado la información que se difunde en los países menos desarrollados fluye generalmente por canales informales. El flujo de información en este caso sigue la misma dinámica que en los procesos migratorios. Así el hecho de que algunos compatriotas hayan tenido éxito cuando buscaron asistencia sanitaria en España emerge como un factor de atracción. En esta línea Greenwood señala que existe mayor probabilidad de moverse cuando el individuo tiene al menos alguna información sobre el lugar de destino. Las migraciones pasadas son un factor determinante de las migraciones presentes y futuras. En la medida en que aumenta la distancia, se dispone de menos información sobre la región de destino y la incertidumbre también aumenta. En el caso que nos ocupa, el turismo sanitario, se produce un viaje de ida y vuelta con el objetivo de ser atendido por los servicios médicos. La brevedad del viaje constituye un acelerador de la información, es decir la información que reciben los compatriotas que encuentran en el país de origen se produce en un plazo muy breve de tiempo desde que ha tenido lugar el hecho médico. Los potenciales pacientes acceden a una información de primera mano que actúa como efecto catalizador. Los pacientes residentes en el extranjero atendidos en años anteriores marcarán y determinarán la llegada de nuevos paciente no residentes.

Esta línea de argumentación explica la dinámica creciente de los pacientes residentes en el extranjero que son atendidos en las provincias limítrofes con Marruecos. El hecho de que se atiende a los PRE produce un efecto llamada en los potenciales pacientes

CONCLUSIONES

Conclusiones

Tras el trabajo de investigación realizado se pueden alcanzar las siguientes conclusiones:

1. La conceptualización científica del turismo sanitario es un fenómeno complejo y heterogéneo que abarca cualquier proceso médico que se produce fuera del lugar de residencia de forma intencionada. Las proyecciones indican que el turismo sanitario aumentará de forma continuada, ya que la población mundial envejece al tiempo que incrementa su poder adquisitivo. Este incremento no se produce por igual en todas las áreas del planeta siendo en Norteamérica y en el sudeste asiático donde el fenómeno es más relevante.
2. La asistencia médica fuera del lugar de residencia merece más atención y sería necesaria una recogida de datos más exhaustiva y pormenorizada para futuras investigaciones.
3. Desde la óptica de la asistencia sanitaria privada, se puede afirmar que se presenta como una excelente oportunidad para el sector turístico español. El gasto medio diario del turista médico es cinco veces superior al del turista tradicional. Los poderes públicos, conscientes de este reto, han elaborado el Plan Nacional Integral de Turismo (2012-2015) que contempla el *producto salud* como un recurso aprovechable que puede contribuir al impulso y mejora del turismo en España. En la actualidad una parte importante de este turismo sanitario se debe a la legislación vigente en materia de fertilidad, recogida en la ley 14/2006. Esta ley es más abierta y permisiva que sus homólogas en los países de su entorno, lo que genera un flujo anual de más de 8.000 pacientes extranjeros que acuden a España para recibir tratamientos de fertilidad.
4. En lo que a asistencia sanitaria pública a extranjeros se refiere, se observa que es relativamente fácil acceder a la atención sanitaria bien a través de urgencias

(para los extranjeros no residentes) o bien mediante la obtención de una tarjeta sanitaria. Esta característica actúa como factor de reclamo para los ciudadanos residentes en el extranjero que acuden a España con el objetivo principal de recibir servicios médicos.

5. En lo que respecta a la **cuantificación** de los pacientes residentes en el extranjero hospitalizados, se observa que este tipo de paciente se incrementa, en la década 2001/2011, a un ritmo promedio del 7% anual. Este crecimiento se puede asociar a tres hechos: el incremento en el número de turistas que nos visitan, el incremento de la población inmigrante que recibe España y la consolidación de un Sistema Nacional de Salud universal fácilmente accesible para todos los ciudadanos. Sin embargo, si se realiza un análisis en términos relativos del número de PREH sobre el total de turistas recibidos se observa que estos suponen un porcentaje muy poco significativo con una tasa de hospitalización media de 24,86 PREH por cada 100.000 turistas recibidos. Si tomamos además de los PREH, los pacientes con residencia desconocida, asumiendo que muchos de estos serán extranjeros, la tasa de hospitalización media se incrementa hasta 46 pacientes por cada 100.000 turistas, manteniéndose igualmente en un porcentaje poco significativo.

6. En lo que respecta a la **caracterización** de los PREH se realiza tomando los parámetros de edad, sexo, provincia de hospitalización, tipo de acceso, tipo de financiación, causa de hospitalización y nacionalidad y como resultado de este análisis se distinguen tres tipos de asistencias médicas a extranjeros:

A) En primer lugar turistas que visitan nuestro país que de manera fortuita requieren tratamiento médico. Este tipo de paciente-turista accede al servicio médico a través de la tarjeta sanitaria europea o con algún tipo de seguro médico. Esta asistencia no tiene por qué suponer un coste adicional si los

servicios que se prestan, se contabilizan y facturan adecuadamente¹¹. Más del 60% de los turistas que vienen a España procede de Gran Bretaña, Alemania, Francia, Italia o Países Bajos donde los sistemas sanitarios tienen unos niveles de calidad similares a los españoles o en algunos casos mejores, no se ha encontrado ningún factor que empuje a los turistas europeos a buscar tratamiento médico en España.

B) En segundo lugar inmigrantes que vienen a establecerse. Tras el análisis efectuado estamos en condiciones de afirmar que la asistencia médica a extranjeros se concentra en las comunidades autónomas donde residen de forma permanente los extranjeros y no en los lugares donde se reciben mayor porcentaje de turistas. Aquellas regiones donde residen un mayor número de extranjeros son aquellas donde más pacientes extranjeros se atienden.

C) En tercer lugar personas que viven en zonas fronterizas que nos visitan con el propósito de hacer uso del Sistema Nacional de Salud. Muchos de estos casos son mujeres en procesos relacionados con el parto, postparto y embarazo. Anualmente se atienden de media a 3.710 PREH en los servicios médicos de ginecología y obstetricia, lo que supone un promedio del 23% de los casos del total de pacientes hospitalizados con residencia en el extranjero. Lo resaltable de esta atención a diferencia de otras que se puedan producir es que la atención médica que reciben las mujeres extranjeras en el proceso del parto debe ser necesariamente intencionada, ya que en un estado de gestación avanzado el desplazamiento y la búsqueda de tratamiento médico no puede ser fruto del azar. Si se toma el porcentaje de PREH en los servicios de Ginecología y Obstetricia sobre el total de atendidos en cada provincia y se agrupan las provincias por regiones fronterizas se pueden observar importantes diferencias. En las provincias fronterizas con Francia el porcentaje de PREH atendidas en

¹¹ En este sentido el Tribunal de Cuentas en su Informe sobre la fiscalización de prestaciones médicas a extranjeros señala algunas recomendaciones

procesos relacionados con el parto y el embarazo no supera el 5% en ningún año y se mantiene constante durante todo el periodo mientras que en las provincias limítrofes con Marruecos los porcentajes son crecientes llegando los últimos años a sobrepasar el 60%.

7. A partir de la evidencia empírica disponible se concluye que, para el caso particular de España y los países de su entorno, la asimetría en la calidad de los sistemas de salud, que se ha denominado a lo largo del trabajo, brecha sanitaria, genera un flujo de pacientes que se desplazan de un país a otro para recibir asistencia médica. Para calibrar esta brecha sanitaria en los procesos relacionados con el embarazo y el parto, se eligen dos indicadores: la mortalidad materna y el gasto sanitario público per cápita. El modelo económico que aquí se desarrolla estima coeficientes de correlación que indican:

- Que un incremento en la mortalidad materna del país de origen genera un aumento de casi 3 pacientes residentes en el extranjero que buscan tratamiento en España en los servicios de Ginecología y Obstetricia.
- Y que por cada euro adicional que aumenta el gasto sanitario per cápita en el país de origen los flujos de pacientes extranjeros retroceden un 0,2.

8. Son relevantes también, otros factores que no han podido cuantificarse como, el coste del viaje y la información disponible pero se han mostrado como factores explicativos. En este sentido se han podido extraer las siguientes conclusiones: La asistencia sanitaria a extranjeros en centros públicos se mueve entre dos realidades, como muchos otros ámbitos; la asistencia a ciudadanos de países de la UE y la asistencia a ciudadanos de países no pertenecientes a la UE. En Europa la asistencia sanitaria a ciudadanos de países miembros se enmarca dentro de la política sanitaria de la Unión Europea. Dicha política promueve la cooperación como una forma de hacer frente a los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios. La idea subyacente es utilizar las

economías de escala como forma de abordar de forma eficiente las necesidades sanitarias de la población europea. Como consecuencia la asistencia sanitaria transfronteriza, que aquí se ha tratado, emerge como una forma natural de satisfacer la demanda de servicios médicos. Existe un compendio de normativas, directivas y recomendaciones que estructuran esta política. Los ciudadanos de los países miembros de la UE, haciendo uso de la tarjeta sanitaria europea, pueden recibir servicios sanitarios sin ningún coste, que luego deben facturarse a su país de origen. Por lo tanto los PREH provenientes de Francia y Portugal no actúan de forma fraudulenta cuando cruzan la frontera y acuden a España a recibir servicios médicos, la legislación la Unión europea les ampara y se han dotado fondos europeos estructurales específicos para hacer frente a este tipo de contingencias. España tiene firmado un acuerdo de cooperación sanitaria transfronteriza tanto con Francia como con Portugal. No obstante, es en las provincias fronterizas con Marruecos donde los flujos de PREH son más significativos.

9. Los ciudadanos de países no pertenecientes a la UE tienen que asumir altos costes de viaje que incluyen los costes derivados de cruzar la frontera, desplazarse, etc. Sin embargo la pobreza sanitaria que sufren en sus países de origen impulsan estos flujos de pacientes transfronterizos. En cualquier caso, el coste de esta asistencia médica, en términos relativos, en España, es poco significativa aunque pueda ser importante si se considera localmente como ocurre en Ceuta y en Melilla.

Futuras líneas de investigación

Tras este trabajo se puede concluir que el tema *turismo sanitario* está todavía muy poco explorado y la investigación que aquí concluye podría continuarse por varios cauces. Una posible línea de investigación sería analizar la forma y manera en la que los extranjeros residentes en España hacen uso de la tarjeta sanitaria de la que son titulares. En este trabajo se ha analizado las prestaciones a los no residentes, quedando fuera del análisis la asistencia a residentes en España de nacionalidad extranjera, como ya se ha señalado, acceder a la tarjeta sanitaria es relativamente sencillo solo es necesario empadronarse y aportar una declaración jurada sobre ingresos. Bajo esta situación existe la creencia de que se realizan desplazamientos con el objetivo de obtener tarjetas sanitarias y recibir tratamientos. Para poder analizar estos casos sería necesario disponer de los datos de todas aquellas personas que obtienen la tarjeta sanitaria bajo la forma anteriormente señalada.

Otra posible línea de investigación sería continuar este trabajo para años posteriores al periodo 2001/2011 y así analizar los efectos de la crisis económica sobre el turismo sanitario sostenido con fondos públicos.

También resultaría interesante conocer las formas que toma el turismo sanitario en el ámbito privado de la economía española con el objetivo de clasificarlo y caracterizarlo. España, que actualmente está posicionada como una potencia turística mundial al mismo tiempo que goza de un sistema sanitario de prestigio con personal altamente cualificado, no debería dejar escapar la oportunidad de consolidarse como uno de los destinos de referencia en el turismo sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

A

ABEL-SMITH, B. et Al. 2005. Choices for Health Policy: An Agenda for the European Union, Dartmouth, Aldershot. Braithwaite, Jeffrey, 2005, —Axioms for governing health systems, *British Medical Journal*, nº 330. P. 1032-1045.

Acuerdo marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, hecho «ad referendum» en Zamora el 22 de enero de 2009 y su Acuerdo administrativo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Ministerio de Salud de Portugal relativo a las modalidades de aplicación de dicho Acuerdo marco (<http://www.poctep.eu/>)

Aguado, i. C., & Prado Pérez, R. 2014. Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: La crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado del bienestar. *Revista Vasca De Administración Pública*, P.99-100.

Alsharif, M., Labonté, R., & Lu, Z. 2010. Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 10(3). P. 315-335.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1468018110380003>

Aprell Lasagabaster, C. 2013. El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros: Los efectos del real decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. *Revista General De Derecho Administrativo*, (32). P. 1-8.

Arellano, A. B. R. d. 2007. Patients without borders: The emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1). P.193-198.

Arriaga Huerta, L. M. et Al. 2009. Área de competitividad: Turismo de salud internacional entre México y Estados Unidos de América. *TURyDES. Revista De Investigación En Turismo y Desarrollo Local*, 2(4)

Aulia, D., & Ayu S. F. 2013. The increasing trend of medical tourist from north Sumatera to Malaysia: Analysis on socio-economic factors. *International Journal of Economics and Finance Studies*, 5(1).P. 74-84.

B

Beladi, H., et Al. 2015. Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling*. num. 46, P. 391-396

Bell, D. et Al. 2015. Transnational healthcare, cross-border perspectives. *Social Science and Medicine*, num. 124, P. 284-289.

Bertran A. et Al. 2005 *Impulsar un cambio es posible en el sistema sanitario*. 2005. Documentos Fedea.
www.fedea.net/cambioposible/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf

Beynon, M., Jones, C., & Munday, M. 2009. The embeddedness of tourism-related activity: A regional analysis of sectoral linkages. *Urban Studies*, 46(10) P. 2123-2141.

Böcskei, E. 2007. Is health tourism fundable? *Development and Finance*, 3. P.63-70.

Borek, E. (2013). Medical tourism in Europe and in Poland - present status, development barriers, perspectives and recommendations concerning the development of medical tourism in Poland. *Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*, 11(4). P.333-348.

Brik, M. O. 2007. Turismo médico: Un mercado efervescente. *Dinero: Inteligencia Empresarial*, (968).P. 90-92.

Buchholz, M. 2009. Health tourism: Eastern Europe in the systemic change. *Osteuropa Wirtschaft*, 54(1-2). P.66-76.

Burkett, L.2007 . Medical tourism: Concerns, benefits, and the American legal perspective. *Journal of Legal Medicine*.

Buzinde, C. N., & Yarnal, C. 2012. Therapeutic landscapes and postcolonial theory: A theoretical approach to medical tourism. *Social Science and Medicine*, 74(5). P. 783-787.

Busse R., et Al. 2006 “*Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issue*” Healthaccess, 2006. Health & Consumer Protection Directorate General

C

Cabases Hita. 2010. *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*. 2010 Fundación BBVA.

Cagliero Brusasca, M. 2011. In Pagán Rodríguez, *Turismo médico*. Málaga.

Carrera, P., & Lunt, N. 2010. A European perspective on medical tourism: The need for a knowledge base. *International Journal of Health Services*, 40(3). P. 469-484.

Carruth, P. J., Carruth, A. K. 2010 . The financial and cost accounting implications of medical tourism. *International Business and Economics Research Journal*, 9(8). P. 135-140.

Casado Abarquero, M. 2008. Turismo sanitario: implicaciones de derecho transnacional. *Los avances del derecho ante los avances de la medicina*. Ed. Aranzadi. 1st ed., P. 341-352

Casilda Béjar, R. 2013. América latina, una potencia emergente en el siglo XXI. *Boletín Económico De ICE, Información Comercial Española*, (3039). P. 25-32.

- Cervell Hortal, M. J. 2011. Pacientes en la Unión Europea: Libertad restringida y vigilada. *Cuadernos De Derecho Transnacional*, 3(2) P. 51-70.
- Chambers, D., McIntosh, B. 2008. Using authenticity to achieve competitive advantage in medical tourism in the english-speaking Caribbean. *Third World Quarterly*, 29(5). P 919-937.
- Chuliá, E. y M. Asensio 2007 .Portugal: in search of a stable framework en: E. M. Immergut, K. M. Anderson e I. Schulze (Eds.), *The Handbook of West European Pension Politics*, Oxford, Oxford University Press. P. 605-659.
- Cifrián, Martínez-Ten y Serrano.1986. *La cuestión del aborto*. Editorial Icaria. Madrid.
- Cohen, G. 2014. Las fronteras del derecho sanitario: Globalización y turismo médico. *Anuario De La Facultad De Derecho De La Universidad Autónoma De Madrid*, (18). P. 21-44.
- Cohen, I. G. 2012. How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing World Bioethics*, 12(1).P. 9-20.
- Commonwealth Fund June 2010. International Profiles of Health Care Systems Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United State.
- Connell, J. 2015. From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science and Medicine*, 124, P. 398-401.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.015>
- Constitución. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424.

Connell, J. 2011. A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), P. 260-271.

Connell, J. 2015. From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science and Medicine*, 124, P. 398-401.

Cook, P., Kendall, G., Michael, M., & Brown, N. 2011. The textures of globalization: Biopolitics and the closure of xenotourism. *New Genetics and Society*, 30(1), P. 101-114.

Costa Font, J., & García Villar, J. 2002. Cautividad y demanda de seguros sanitarios privados. *Cuadernos Económicos De ICE*, (66), P. 71-88.

Crick, A. P. 2002. A competitive analytical approach to health tourism in Jamaica. *Social and Economic Studies*, 51(3), P. 131-149.

Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. 2011. Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science and Medicine*, 72(5), P. 726-732.

D

Díaz Pérez, C., Chamorro Rebollo, E., Álvarez López, Ó. 2014. Influencia del "turismo sanitario" en la sostenibilidad financiera del sistema público de salud. *Derecho y Salud*, 24(1), P. 193-199.

Directive 2011/24. EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

Domínguez Serrano, M. 2001 *Métodos Cuantitativos e Historia Económica*. Departamento de Economía. Universidad Pablo de Olavide

E

Edmonds, A. 2011. "Almost invisible scars": Medical tourism to Brazil. *Signs*, 36(2).P. 297-302.

Einsiedel, E. F., Adamson, H. 2012. Stem cell tourism and future stem cell tourists: Policy and ethical implications. *Developing World Bioethics*, 12(1). P. 35-44.

Emperador, J. I. 2011. Amenazas y oportunidades del turismo sanitario en España. *Derecho y Salud*, 21(1), P. 99-109.

Enderwick, P., & Nagar, S. 2011. The competitive challenge of emerging markets: The case of medical tourism. *International Journal of Emerging Markets*, 6(4). P. 329-350.

F

Flores Ruiz. Comportamiento del turismo internacional en tiempos de crisis económicas.
Universidad de Huelva. Facultad de C.C. Empresariales

Freire J.M, 2006. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. *Claridad*, nº7: P. 31-45. +

G

- García de Cortázar y Nebreda, C. 2003. ¿Libre circulación de pacientes en la unión europea?: La atención de los dependientes y la tarjeta sanitaria europea. *Revista Del Ministerio De Trabajo e Inmigración*, num.47. P. 49-97.
- García Murcia, Castro y Argüelles. 2007. *Previsión social en España: del instituto Nacional de previsión a Instituto Nacional de Seguridad Social*. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Gázquez Abad, C. I. et Al. 2011. La asistencia sanitaria al paciente turista en España: Una aproximación descriptiva. *Revista De Economía, Sociedad, Turismo y Medio Ambiente: RESTMA*, n. 12. P. 57-77.
- Gianotti, P. S., Gianotti, H. P., Wada, E. 2009. Globalización y servicios médicos: Impulsando el turismo de salud. *TUR y DES. Revista De Investigación En Turismo y Desarrollo Local*, 2(4)
- Gilmartin, M., White, A. 2011. Interrogating medical tourism: Ireland, abortion, and mobility rights. *Signs*, 36(2). P. 275-280.
- Glinos, I. A. et Al. 2010. A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), P. 1145-1155. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.001>
- González López-Valcárcel, Murillo Fort. 2000. *Modelos econométricos en el análisis económico de la salud y la gestión sanitaria*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Universidad Pompeu Fabra.
- González de las Heras, M^a Pilar. 2004 "El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes". *Noticias Jurídicas*. <http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho-Sanitario/200412-24559251010443290.html>

Greenwood, 1985. Human migration, theory, models and empirical studies. *Journal of Regional Science*, vol.26, nº4, P. 521-594

H

Hall, C. M. 2013. *Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility* Routledge.

Hazarika, I. 2010. Medical tourism: Its potential impact on the health workforce and health systems in India. *Health Policy and Planning*, 25(3). P. 248-251.
doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czp050>

Hernández Rodríguez, A. 2014. Determinación de la filiación de los nacidos en el extranjero mediante gestación por sustitución: ¿hacia una nueva regulación legal en España? *Cuadernos De Derecho Transnacional*, 6(2). P. 147-174.

Hodges, J. R., Turner, L., Kimball, A. M. 2012. *Risks and challenges in medical tourism: Understanding the global market for health services* Praeger.

Holliday, R. et Al. 2015. Beautiful face, beautiful place: Relational geographies and gender in cosmetic surgery tourism websites. *Gender, Place and Culture*, 22(1). P. 90-106.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/0966369X.2013.832655>

Huelin Martínez de Velasco, J. 2011. La libertad de circulación de los enfermos en la Unión Europea: Del turismo sanitario al reintegro de gastos. *DS : Derecho y Salud*, 21(1) P. 85-95.

Hunter, D., & Oultram, S. 2010. The ethical and policy implications of rogue medical tourism. *Global Social Policy*, 10(3). P. 297-299.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/14680181100100030204>

Helble, Matthias. 2010 "The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health". *World Trade Organization*- Publish on line: 26 November 2010) <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/>

Health Consumer Power House. Euro Health Consumer Index 2013.
www.healthpowerhouse.com

I

Informe del defensor del pueblo.2011. Contribución del Defensor del Pueblo Español para el examen del Quinto Informe periódico de España ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2011, P. 9 -10

Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social. (B.O.E. NUM. 72, de 25 de Marzo de 2013)

Instituto de Información Sanitaria. 2010. *La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD Registro de altas. Informe resumen 2010*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2011. Memoria 2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Iranzo, J. 2003. *La estructura de los mercados turísticos*. Instituto de Estudios Económicos. Madrid. Capítulo 1.

J

Jarman, H., Truby, K. 2013. Traveling for treatment: A comparative analysis of patient mobility debates in the European Union and United States. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 15(1). P. 37-53.

doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13876988.2012.742983>

Jiménez Lechuga, F. J. 2001. Avances jurisprudenciales en relación al principio de la libre prestación de servicios en el ámbito de la Unión Europea, especial referencia a los servicios sanitarios y al llamado "turismo sanitario europeo": La STJCE de 12 de julio de 2001. *Revista Aragonesa De Administración Pública*, (19). P. 329-348.

Jiménez-Martín S., Viola A., 2014. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad. Fedea

K

Kangas, B. 2011. Complicating common ideas about medical tourism: Gender, class, and globality in yemenis' international medical travel. *Signs*, 36(2). P. 327-332.

Kassim, P. 2009. Medicine beyond borders: The legal and ethical challenges. *Medicine and Law*, 28(3). P. 439-450.

Kolo, J., Madichie, N. O. 2013. Issues in adopting the marketing strategy for tourism development in Africa: The case study of Ghana. *African Journal of Business and Economic Research*, 8(1). P. 147-162.

Kumar, S., Breuing, R., Chahal, R. 2012. Globalization of health care delivery in the United States through medical tourism. *Journal of Health Communication*, 17(2). P. 177-198.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2011.585699>

Kołodziejski, M. 2012. *Políticas Estructurales y de Cohesión desarrollo regional situación económica, social y territorial de Francia*. Departamento Temático B: Políticas Estructurales y de Cohesión Parlamento Europeo.

L

Lizarralde, Eduardo y Auren. *Turismo de Salud* .2013. Fundación EOI, P.10-20
www.minetur.gob.es/turismo/es-ES/PNIT/Eje3/Documents/turismo_salud_espana.pdf

Leng, C. H. 2010. Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, 10(3). P. 336-357. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1468018110379978>

León Sarmiento, M. E. 2011. Turismo médico en Colombia: Hacia una economía más saludable. *Quinto congreso internacional sobre turismo y desarrollo. Con el primer simposio virtual "valor y sugestión del patrimonio artístico y cultural": Actas oficiales* (1st ed.) Grupo Eumed.net.

Ley 193/1963, de 28 de Diciembre, sobre las bases de la Seguridad Social. BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963. P. 18181 a 18190

Ley 24/1972, de 21 de Junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. BOE núm. 149, de 22 de junio de 1972, P. 11174 a 11177

Ley 14/1986, de 25 Abril 1986, General de Sanidad .B.O.E. nº. 102, de 29 de abril

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 10, de 12 de enero de 2000. P: 1139 a 1150

López- Casanovas, G. 2015, El Bienestar desigual.

Lunt, N. et Al. 2015. International patients within the NHS: A case of public sector entrepreneurialism. *Social Science and Medicine*, 124. P 338-345.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.027>

M

Mainil, T. et Al. 2012. Transnational health care: From a global terminology towards transnational health region development. *Health Policy*, 108(1). P: 33-44
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.002>

Martínez-Ramos. *El sistema Nacional de Salud*. 2009.
Historia de la salud pública en el entorno español y europeo. Cap. 1. P: 1-18.
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/pdf/2.1.pdf>

Meghani, Z. 2011. A robust, particularist ethical assessment of medical tourism. *Developing World Bioethics*, 11(1). P: 16-29. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-8847.2010.00282.x>

Meghani, Z. 2013. The ethics of medical tourism: From the United Kingdom to India seeking medical care. *International Journal of Health Services*, 43(4). P:779-800.
doi:<http://dx.doi.org/10.2190/HS.43.4.k>

Menvielle, L. 2012. Medical tourism : What role for developing countries ? *Mondes En Développement*, 157. P: 81-96. doi:<http://dx.doi.org/10.3917/med.157.0081>

Menvielle, L., Menvielle, W., Tournois, N. 2011. Medical tourism: A decision model in a service context. *Tourism*, 59(1). P: 47-62.

Michalowski, L., & Tobis, T. 2010. Sopot from elitary spa to bathing resort for masses. *Studia Socjologiczne*, 3(198). P: 163-178.

Milicevic, S. 2013. Health tourism - megatrend on the tourism market. *Megatrend Review*, 10(4). P: 163-176.

Mirrer-Singer, P. 2007. Medical malpractice overseas: The legal uncertainty surrounding medical tourism. *Law and Contemporary Problems*, 70(2). P: 211-232.

Moreno Garrido 2007. *Historia del turismo en España en el s. XX*. Ed. Síntesis, Madrid

N

Nascimento, R. C. d., Ribeiro, L. A. M. 2012. Turismo de salud: Una práctica de turismo médico y sus implicaciones en la ciudad de Sao Paulo. *TUR y DES. Revista De Investigación En Turismo y Desarrollo Local*, 5(13). P: 31-38.

O

Oliva, J. 2004. Turismo sanitario: Cuando el cuidado médico es el primer factor de elección. *Editur: El Semanario Profesional Del Turismo*, (2311). P: 20.

Oliva, J. 2007. Los nuevos escenarios del turismo médico. *Editur: El Semanario Profesional Del Turismo*, (2448). P:17-22.

Ormond, M. 2011. Shifting subjects of health-care: Placing 'medical tourism' in the context of Malaysian domestic health-care reform. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3).P: 247-259. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01457>.

Ormond, M. 2012. Medical tourism. *Australian Geographer*, 43(3). P: 327-329.

Ostojic, R., Bilas, V., Franc, S. 2012. Implications of the accession of the republic of Croatia to the European union for Croatian health care system. *Collegium Antropologicum*, 36(3), P.717-728.

Oliveras González, Xavier y Juan Manuel Trillo Santamaría. 2014. *Fronteras en el contexto español. ¿Barreras o puentes para la cooperación sanitaria?* Documents d'Anàlisi Geogràfica. Vol.60/1. P: 135-159
www.dag.revista.uab.es/article/view/v60-n1-oliveras-trillo/pdf-es

P

Palattiyil, G. et Al. 2010 . Globalization and cross-border reproductive services: Ethical implications of surrogacy in India for social work. *International Social Work*, 53(5). P: 686-700. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0020872810372157>

Pérez Requejo, J. L., Aznar Lucea, J. 2012. Turismo de células madre. *Medicina y Ética: Revista Internacional De Bioética, Deontología y Ética Médica*, 23(3). P: 369-396.

Pérez-Zabaleta, A. et Al. 2013. Economía de la Salud. *Revista de Economistas*. nº 136

Perex Agorreta 1997. Termalismo Antiguo. Casa de Velázquez. P. 56-89 UNED

Perfetto, R., & Dholakia, N. 2010. Exploring the cultural contradictions of medical tourism. *Consumption Markets Culture*, 13(4). P: 399-417.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10253866.2010.502417>

Percivil M. Carrera, John FP Bridge. 2006 *Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism*. 2006, Vol. 6, No. 4. P. 447-454

Piédrola de Angulo, G. 2006. *Turismo, salud y enfermedad : discurso leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 2006, celebrada el día 17 de enero*. Madrid : (sp): Real Academia Nacional de Medicina

Pinilla Domínguez, J. 2004. La economía de los servicios de atención bucodental en España. *Cuadernos Económicos De ICE*, (67). P: 135-160

Proposal for a Directive of the European parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare.2008 COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels.

Puente Aba, L. M. 2011. La protección frente al tráfico de órganos: Su reflejo en el código penal español. *Revista De Derecho y Proceso Penal*, (26). P: 135-151.

Q

Quiros Linares, F. 2006 *“Estudios de Geografía Histórica e Historia de la Geografía: Obra escogida”*. Universidad de Oviedo. P: 446

R

Ramírez de Arellano, A. B. 2011. Medical tourism in the Caribbean . *Signs*, 36(2). P: 289-297.

Real Decreto ley R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE 24 abril 2012)

Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE núm. 276, de 18 de noviembre de 1978. P: 26246 a 26249

Real Decreto ley R.D.-1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE 16 Septiembre 2006 nº222. P.32.650-32.680)

Reed, C. M. 2008. Turismo médico. *Clínicas Médicas De Norteamérica*, 92(6). P: 1433-1446.

Relaño Toledano, J., Infante Campos, A. 2009. Asistencia sanitaria transfronteriza del sistema nacional de salud. Tipos y repercusión económica. *Revista De Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(4). P: 619-630.

Rico, Freire y Gervás. 2007. *El sistema sanitario español en perspectiva comparada (1976/2006)*. Estado de bienestar y competitividad la experiencia Europea. Fundación Carolina

Rodríguez Cardo, I. A. 2010. El reembolso de gastos sanitarios en el derecho de la unión europea: El peligro de fomentar el turismo sanitario. In M. A. Presno Linera, & I. W. (Eds.), *Los derechos sociales como instrumento de emancipación* 1st Ed., P: 233-253 Thomson Aranzadi.

Rodríguez-Rico Roldán, V. 2012. Turismo sanitario tras la STJUE de 27 de octubre de 2011. *Aranzadi Social*, (8). P: 189-212.

Ron Latas, R. P. 2005. ¿Existe un turismo sanitario "a la carta"? *Aranzadi Social*, (5). P: 1639-1648.

Roson, R., Mensbrugge, D. V. d. 2011. Climate change and economic growth: Impacts and interactions. *International Journal of Sustainable Economy*, 4(3). P: 270-285.
doi:<http://dx.doi.org/10.1504/IJSE.2012.047933>

Rosenmöller M., Mckee M., Baeten R. 2006 "*Patient mobility in the European Union*" World Health Organization.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98420/Patient_Mobility.pdf

Ruiz Alvarez, J. L. 1986. La asistencia sanitaria y los servicios sociales de la seguridad social. *Información Comercial Española, ICE: Revista De Economía*, (630). P: 143-151.

Rubia Vila et al. *El libro Blanco sobre el sistema sanitario español*. 2011 Academia Europea de las Artes y de las Ciencias. P.5-105

S

Salcedo Beltrán, M., del Carmen. 2014. Incumplimientos de la carta social europea por España: Conclusiones XX-2 (2013). *Revista De Derecho Social*, (66). P: 217-243.

Saura Súcar, M. 2001. La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social al extranjero. *Scripta Nova: Revista Electrónica De Geografía y Ciencias Sociales*, (5)

Schalber, C., Peters, M. 2012. Determinants of health tourism competitiveness: An alpine case study. *Tourism*, 60(3). P: 307-324.

Sengupta, A. 2011. Medical tourism: Reverse subsidy for the elite. *Signs*, 36(2). P: 312-319.

Singh, G. Gautam, H. 2012. Medical tourism- unwrapping the gift of globalisation. *International Journal of Education Economics and Development*, 3(1). P: 19-32.

- Smith, K. 2012. The problematization of medical tourism: A critique of neoliberalism. *Developing World Bioethics*, 12(1), P: 1-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-8847.2012.00318.x>
- Smith, R. et Al. 2015. Why do medical tourists travel to where they do? the role of networks in determining medical travel. *Social Science and Medicine*, 124. P: 356-363. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.016>
- Smith, R., Martínez Álvarez, M., & Chanda, R. 2011. Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy*, 103(2-3). P:276-282. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.06.009>
- Snyder, J., Crooks, V. A., & Johnston, R. 2012. Perceptions of the ethics of medical tourism: Comparing patient and academic perspectives. *Public Health Ethics*, 5(1). P: 38-48. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/phe/phr034>
- Snyder, J. et Al. (2013). Beyond sun, sand, and stitches: Assigning responsibility for the harms of medical tourism. *Bioethics*, 27(5). P: 233-242. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01942.x>
- Solomon, H. (2011). Affective journeys: The emotional structuring of medical tourism in India. *Anthropology and Medicine*, 18(1). P: 105-118. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2010.525878>
- Sulyok, J. 2012. The role of the natural environment in waterside travel destinations. *Tér És Társadalom*, 26(4). P: 54-72.
- Sigerist, H.E 1961. A History of Medicine: Early Greek, Hindu and Persian Medicine, 1961, Oxford University Press. P.50-82
- Sanz Carnero. *Modelos econométricos con variables retardadas*. Econometría. Capítulo XI. Facultas de ciencias económicas y empresariales.

Sistema Nacional de Salud de España 2010 Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en:
<http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: www.msssi.gob.es.
Fecha de consulta: 16/04/2015.

T

Tormo MJ, et Al. 2013 La salud de los inmigrantes en la Región de Murcia. Estudio Salud y Culturas. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº65, 2013. Accesible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/275898-estudio.pdf>

V

Vargas-Hernández, J. G. 2005. El mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana, México y San diego, EE.UU. *Revista De Economía Mundial*, (13). P: 163-184.

Vegas R. 2010. Reagrupación familiar de los inmigrantes en España. Incidencia en los gastos de protección social. FEDEA. Colección Estudios Económicos.

Villalón S. 2012, Turismo sanitario, Cambio 16, ISSN 0211-285X, Nº. 2099, 2012, P. 70

Volgger et Al. 2015. Health region development from the perspective of system theory - an empirical cross-regional case study. *Social Science and Medicine*, 124. P: 321-330.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.004>

W

Wörz, Foubister and Buss. 2006. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies Access to health care in the EU. Volume 8, Number 2
Member States Contents Markus

ANEXO DOCUMENTAL

Mortalidad materna cada 100.000 nacimientos. Año 2010

Afghanistan	500
Alemania	7
Albania	21
Argelia	92
Angola	530
Argentina	76
Armenia	31
Australia	5
Austria	3
Azerbaijan	27
Bahamas	38
Bangladesh	200
Barbados	83
Belgium	7
Belize	60
Benin	370
Bhutan	140
Bolivia	230
Bosnia and Herzegovina	9
Botswana	210
Brazil	68
Brunei Darussalam	27
Bulgaria	8
Burkina Faso	440
Burundi	820
Cabo Verde	58
Cambodia	200
Cameroon	640
Canada	13
República Centro Africana	960
Chad	1100
Chile	24
China	36
Colombia	85
Congo	450
Costa Rica	33
Croatia	15
Cuba	80
Cyprus	10

República Checa	5
Korea	98
Djibouti	250
Dominicana Republica	130
Ecuador	90
EEUU	27
Egypto	50
El Salvador	71
Eritrea	450
Estonia	6
España	6
Ethiopia	500
Fiji	62
Finland	6
France	12
Gabon	260
Gambia	460
Ghana	410
Gran Bretaña	11
Grecia	5
Guatemala	140
Guinea	690
Guinea-Bissau	600
Guyana	230
Haití	420
Honduras	120
Hungría	21
Islandia	5
India	220
Indonesia	210
Iran	25
Iraq	73
Ireland	10
Israel	5
Italia	4
Jamaica	82
Japan	6
Jordan	53
Kazakhstan	40
Kenya	460
Kiribati	140
Kuwait	13

Kyrgyzstan	79
Letonia	29
Libano	18
Lesotho	540
Liberia	680
Libya	15
Lithuania	9
Luxemburgo	13
Madagascar	480
Malawi	540
Malaysia	31
Maldivas	38
Mali	600
Malta	8
Mauritania	360
Mexico	47
Mongolia	74
Montenegro	7
Marruecos	130
Mozambique	540
Myanmar	220
Nepal	220
Holanda	7
Nueva Zelanda	12
Nicaragua	110
Niger	690
Nigeria,	610
Noruega	5
Oman	12
Pakistan	190
Panama	82
Papua New Guinea	240
Paraguay	110
Peru	100
Filipinas	120
Polonia	4
Portugal	11
Qatar	7
Korea	21
Rumania	30
Rusia	31
Rwanda	390

Santa Lucia	35
Senegal	360
Serbia	14
Sierra Leona	1200
Singapor	4
Sudáfrica	140
Sudan	830
Slovakia	32
Sudan	390
Suriname	150
Suecia	5
Suiza	8
Siria	50
Tailandia	28
Tanzania	460
Tonga	120
Trinidad and Tobago	82
Turquia	22
Turkmenistan	65
Uganda	410
Ukrania	29
Uruguay	23
Uzbekistan	40
Venezuela	110
VietNam	51
Yemen	290
Zambia	320
Zimbabwe	610

Fuente: OMS. 2014

Gasto sanitario público per cápita en términos de PPA expresado en \$.

	Año 2013	Año 2000
Albania	261	90
Alemania	3696	2133
Angola	237	45
Argentina	1167	453
Armenia	147	26
Australia	2792	1509
Austria	3700	2179
Azerbaijan	199	30
Bahamas	743	511
Bahrain	1333	845
Bangladesh	34	12
Barbados	647	521
Belarus	707	268
Belgica	3431	1679
Belize	286	119
Benin	44	23
Bhutan	203	153
Bolivia	291	125
Bosnia and Herzegovina	650	178
Botswana	486	233
Brasil	701	252
Brunei Darussalam	1664	1536
Bulgaria	718	234
Burkina Faso	64	17
Burundi	34	9
Cabo Verde	206	105
Cambodia	47	14
Cameroon	48	17
Canada	3322	1783
Centro Africana	12	12
Chad	27	21
Chile	795	248
China	360	50
Colombia	641	313
Comoros	29	19
Congo	187	45
Costa Rica	1026	422
Croatia	1214	719
Cuba	1700	487
Chipre	1081	464

Checa, República	1651	887
Congo	14	0
Dinamarca	3886	2109
Dominica	421	207
Dominicana República	329	125
Ecuador	412	65
Egipto	219	136
El Salvador	360	180
Emiratos Árabes Unidos	1570	1444
España	2004	1108
Estados Unidos	4307	2074
Estonia	1131	395
Eslovaquia	1503	541
Eslovenia	1859	1076
Ethiopia	42	12
Finlandia	2713	1323
Francia	3360	2029
Gabon	399	160
Gambia	59	15
Georgia	150	29
Ghana	130	41
Grecia	1747	873
Guinea	21	10
Guinea Ecuatorial	910	202
Guinea-Bissau	16	6
Guyana	282	199
Haiti	12	23
Honduras	197	99
Hungary	1169	603
Islandia	2933	2241
India	69	24
Indonesia	114	31
Islas Salomón	100	59
Iran	577	162
Iraq	441	1
Irlanda	2617	1334
Israel	1393	1105
Italia	2439	186
Jamaica	293	186
Japon	3071	1610
Jordania	502	285
Kenya	42	31
Kiribati	154	109
Kuwait	1962	1286

Kyrgyzstan	130	34
Lao	47	22
Letonia	811	260
Líbano	554	314
Lesoto	235	45
Liberia	32	5
Libia	537	351
Lituania	1051	389
Luxemburgo	5454	3443
Madagascar	36	29
Macedonia	523	293
Malawi	45	14
Malaysia	514	211
Maldivas	725	158
Mali	49	23
Mauritania	67	48
México	549	237
Mónaco	5398	2693
Mongolia	341	119
Montenegro	531	340
Marruecos	149	44
Mozambique	33	19
Namibia	453	206
Nepal	58	17
Holanda	4472	1484
Nueva Zelanda	2826	1259
Nicaragua	205	79
Níger	22	9
Nigeria	49	34
Noruega	5391	2520
Omán	637	554
Pakistán	46	18
Panamá	544	417
Paraguay	279	155
Perú	368	141
Filipinas	91	51
Polonia	1079	409
Portugal	1622	1100
Reino Unido	2766	1450
Korea	1280	375
Rumania	788	201
Rusia	762	221
Ruanda	95	10
Santa Lucia	496	220

Samoa	340	142
San Marino	3258	2455
Arabia Saudí	1079	898
Senegal	50	29
Serbia	597	266
Seychelles	862	578
Sierra Leona	33	32
Sudáfrica	543	254
Sudan	18	-
Sri Lanka	134	72
Sudan	47	22
Suecia	3458	1946
Suiza	4083	1793
Siria	78	63
Tayikistán	52	9
Tailandia	527	135
Tanzania	46	12
Timor-Leste	88	30
Togo	62	16
Tonga	204	122
Trinidad and Tobago	799	258
Túnez	468	174
Turquía	815	275
Turkmenistán	181	136
Uganda	65	15
Ucrania	374	111
Uruguay	1203	613
Uzbekistan	168	49
Venezuela	178	271
Vietnam	129	31
Yemen	50	80
Zambia	112	57

Fuente: OMS. 2014

Nacionalidad de los extranjeros residentes en España en el 2009

Nacionalidad	Residentes extranjeros en España 2009
Rumania	865.707
Marruecos	773.995
Reino Unido	391.194
Ecuador	360.710
Colombia	273.176
Bolivia	199.080
Alemania	195.987
Italia	187.993
Bulgaria	172.926
China	167.132
Portugal	140.824
Perú	132.552
Francia	122.503
Argentina	120.738
Brasil	107.596
República Dominicana	91.148
Paraguay	87.906
Ucrania	86.316
Polonia	85.956
Pakistán	70.165
Senegal	63.601
Argelia	60.912
Venezuela	59.805
Cuba	54.680
Países Bajos	54.493
Rusia	53.166
Nigeria	45.132
Uruguay	42.828
Chile	41.939
Bélgica	35.892
India	34.130
Honduras	30.897
Filipinas	29.692
Resto	512.443
Total	5.753.214

**Movimientos turísticos por fronteras. Turistas por país de residencia.
Año 2009**

	Total	Porcentaje vertical	Tasa de variación
Alemania	8.935.147	17,12%	-11,2
Austria	506.161	1%	-7,3
Bélgica	1.599.004	3,06%	-2,3
Dinamarca	960.009	1,84%	0,4
Finlandia	517.203	1%	1,6
Francia	7.955.104	15,25%	-2,4
Irlanda	1.463.913	2,81%	-11,8
Italia	3.188.147	6,11%	-5,0
Noruega	886.830	1,7%	-6,9
Países Bajos	2.089.048	4%	-15,8
Portugal	2.061.516	4%	-7,3
Reino Unido	13.296.762	25,48%	-15,7
Suecia	969.949	1,86%	-17,5
Suiza	1.128.182	2,16%	-12,3
Rusia	421.993	0,81%	-17,1
Resto Europa	2.225.433	4,27%	-0,5
EE.UU.	1.133.711	2,17%	0,8
Argentina	257.463	0,49%	21,1
Brasil	227.731	0,44%	0,7
Canada	182.604	0,35%	20,6
Chile	24.222	0%	-65,2
Mexico	216.300	0,41%	34,5
Venezuela	27.050	0,05%	-76,2
Otros América	504.679	1%	48,9
Japón	229.856	0,44%	-3,2
Resto Mundo	1.169.623	2,24%	12,0
Total	52.177.640	100%	-8,8

Fuente: Frontur. 2014.

**Movimientos turísticos por fronteras. Turistas por país de residencia.
Año 2010**

	Total	% Vertical	Tasa de Variación Interanual
Total	52.676.973	100%	1,0
Alemania	8.814.070	16,73%	-1,4
Austria	561.190	1,07%	10,9
Bélgica	1.623.375	3,08%	1,5
Dinamarca	937.726	1,78%	-2,3
Finlandia	507.161	1%	-1,9
Francia	8.125.354	15,42%	2,1
Irlanda	1.177.253	2,23%	-19,6
Italia	3.490.352	6,63%	9,5
Noruega	1.016.339	1,93%	14,6
Países Bajos	2.276.393	4,32%	9,0
Portugal	1.895.574	3,6%	-8,0
Reino Unido	12.440.240	23,62%	-6,4
Suecia	1.112.935	2,11%	14,7
Suiza	1.157.485	2,2%	2,6
Rusia	605.276	1,15%	43,4
Resto Europa	2.549.740	4,84%	14,6
EE.UU.	1.134.027	2,15%	0,0
Argentina	276.408	0,52%	7,4
Brasil	241.214	0,46%	5,9
Canadá	189.452	0,36%	3,8
Chile	17.706	0%	-26,9
México	185.740	0,35%	-14,1
Venezuela	51.229	0,1%	89,4
Otros América	521.796	1%	3,4
Japón	332.930	0,63%	44,8
Resto Mundo	1.436.007	2,73%	22,8

Fuente: Frontur.2014.

**Movimientos turísticos por fronteras. Turistas por país de residencia.
Año 2011.**

	Total	% Vertical	Tasa de Variación Interanual
Total	56.176.884	100%	6,6
Alemania	8.975.236	16%	1,8
Austria	579.430	1%	3,3
Bélgica	1.756.695	3,13%	8,2
Dinamarca	909.515	1,62%	-3,0
Finlandia	574.039	1%	13,2
Francia	8.375.035	14,91%	3,1
Irlanda	1.284.168	2,29%	9,1
Italia	3.764.818	6,7%	7,9
Noruega	1.120.269	2%	10,2
Países Bajos	2.771.903	4,93%	21,8
Portugal	1.878.087	3,34%	-0,9
Reino Unido	13.615.385	24,24%	9,4
Suecia	1.294.206	2,3%	16,3
Suiza	1.366.663	2,43%	18,1
Rusia	862.841	1,54%	42,6
Resto Europa	2.291.711	4,08%	-10,1
EE.UU.	1.137.298	2%	0,3
Argentina	306.759	0,55%	11,0
Brasil	369.909	0,66%	53,4
Canadá	216.048	0,38%	14,0
Chile	37.671	0,07%	112,8
México	259.028	0,46%	39,5
Venezuela	109.360	0,19%	113,5
Otros América	450.720	0,8%	-13,6
Japón	342.979	0,61%	3,0
Resto Mundo	1.527.113	2,72%	6,3

Fuente: Frontur 2014