

## 6.8 Cobertura sanitaria en la unión europea: aspectos jurídicos y económicos



Aunque el impacto económico de la asistencia sanitaria transfronteriza es actualmente muy pequeño, su regulación es fundamental para garantizar el derecho a la libre circulación de las personas y puede ser una herramienta clave en la cohesión europea

**Jorge Juan Relaño Toledano**

*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

**Pilar Remacha Roig**

*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Relaño Toledano J.J., Remacha Roig P. Cobertura sanitaria en la unión europea: aspectos jurídicos y económicos [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año].

Tema 6.8. Disponible en: [direccion url del pdf](#).



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

Los primeros Reglamentos europeos de coordinación de Seguridad Social entraron en vigor en los años 70, sustituyendo a más de 80 convenios bilaterales entre Estados miembros. El 1 de mayo de 2010 -aunque el Reglamento base es de 2004- entraron en vigor nuevos Reglamentos que tratan de adaptarse a la evolución de la realidad europea y de la doctrina del Tribunal de Justicia comunitario.

La convivencia entre la libre prestación de servicios y unos sistemas públicos de seguridad social ha venido configurando

una jurisprudencia “expansiva” sobre asistencia sanitaria transfronteriza con una doble base: Tratados y Reglamentos de Seguridad Social.

## *Introducción*

### *1.- Aproximación histórica*

### *2.- La regulación de la asistencia sanitaria por los Reglamentos de coordinación*

### *3.- La jurisprudencia del tribunal de justicia europeo y la libre prestación de servicios sanitarios transfronterizos*

### *4.- Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*

### *5.- Aspectos económicos de la movilidad de pacientes*

## *Referencias bibliográficas*

Como consecuencia, en julio de 2008, la Comisión Europea presentó una propuesta de Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que, tras más de dos años de debates entró en vigor el 24 de abril de 2011 y cuyo periodo de transposición finalizará el 25 de octubre de 2013.

Aunque se manejan estimaciones de en torno al 1% del gasto sanitario público, no existen, evidentemente, datos sobre el posible impacto económico de la Directiva, y los existentes sobre el de los Reglamentos no permiten un análisis económico - sanitario, sino solamente un análisis del volumen global y de los saldos deudores y acreedores de los Estados miembros

Tal análisis apunta a una distinción geográfica entre estados europeos del norte, con

escaso volumen de facturación; el centro, con mayor facturación derivada de los desplazamientos temporales, y el sur, donde los créditos derivan más de la residencia en ellos de pensionistas que generaron su derecho en otros estados europeos.

## **Introducción**

La tensión entre los modelos de protección social de la salud basados en los sistemas de seguridad social y en los sistemas nacionales de salud, entre su concepción como un derecho

laboral y un derecho ciudadano, entre la financiación mediante cotizaciones sociales y la financiación mediante impuestos, en resumen entre los paradigmas de Bismarck y Beveridge, ha marcado la evolución de la regulación europea en materia de prestaciones sociales en especie, por usar la terminología de los Reglamentos de coordinación de seguridad social, desde los Reglamentos elaborados en los años 70 del siglo pasado hasta los recientemente aprobados así como los nuevos desarrollos ligados al derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza.

En efecto, esa tensión es la que se ha manifestado principalmente en las numerosas sentencias del Tribunal de Justicia Europeo que ha producido una cierta extensión de derechos o del campo de aplicación de los Reglamentos de coordinación de Seguridad Social, tanto en lo que se refiere a las personas protegidas como a las contingencias cubiertas.

La búsqueda de codificación de la jurisprudencia acumulada en los casi 40 años de vigencia de los anteriores Reglamentos ha coincidido en el tiempo con la decisión de los órganos institucionales europeos de considerar la salud, o la sanidad, como una cuestión no puramente mercantil y por tanto, excluirla de la normativa reguladora del Mercado interno y encargar su coordinación a una Directiva particular que fue aprobada en 2011 y configura un marco complementario o alternativo los Reglamentos.

*Difícilmente se podía garantizar una libertad de circulación plena si la movilidad intracomunitaria de los trabajadores supusiese la pérdida de derechos y expectativas en materia social y prestaciones de seguridad social*

## 1. Aproximación histórica

Las normas europeas no contemplaron la salud como una de sus preocupaciones iniciales. Teniendo en cuenta que el origen de la Comunidad Europea tenía un carácter económico, las medidas sociales han sido instrumentales y secundarias, con el fin de ayudar en la consecución de uno de los pilares básicos sobre los que siempre se ha asentado la construcción de una Europa sin fronteras y con un mercado único, la libre circulación de personas. Pero difícilmente se podía garantizar una libertad de circulación plena si la movilidad intracomunitaria de los trabajadores suponía la pérdida de derechos y expectativas en materia social y prestaciones de seguridad social.

Entre los riesgos que cubría la protección social en la seguridad social de cada Estado se encontraba la enfermedad y la

maternidad, con el derecho a prestaciones de asistencia sanitaria en esos casos de necesidad. Por ello en la Unión Europea la política de reconocimiento de acceso a la asistencia sanitaria fuera del Estado de aseguramiento ha estado muy ligada a la libertad de movimiento de los trabajadores y el derecho a su desplazamiento más allá del país miembro.

Las previsiones comunitarias van a tener como objetivo por lo tanto que la diversidad de sistemas de seguridad social y las diferencias de técnicas, recursos y resultados de cada país no fueran un obstáculo para los ciudadanos europeos a la hora de ejercer sus derechos sociales en otros Estados miembros.

En los años 50, la movilidad de los trabajadores había llevado a los Estados a establecer convenios bilaterales que permitieran a éstos mantener sus derechos a las prestaciones sociales que les correspondían por estar afiliados a un sistema de seguridad social cuando se desplazaban a otro Estado miembro. Se dejaba pues a los Estados la posibilidad de concertar los arreglos necesarios para facilitar la movilidad.

A fin de que esa disparidad y amplitud de sistemas no implicara la limitación de la movilidad de mano de obra en Europa, el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea firmado en Roma el 25 de marzo de 1957 dispuso, en su artículo 51, que el Consejo adoptaría las medidas necesarias en materia de Seguridad Social para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores, que permitiese tanto la acumulación de periodos para tener, adquirir y conservar el derecho a las prestaciones como el pago de las distintas prestaciones en cualquier Estado.

Con el Convenio Europeo relativo a la seguridad social de los trabajadores migrantes, de 9-12-1957 se reguló originariamente la materia. Este dará paso a los Reglamentos nº 3, de 25 de septiembre de 1958, relativo a la Seguridad Social de los trabajadores migrantes, y el nº 4, de 3 de diciembre de 1958, de aplicación del anterior. Ambos se fundamentaban en el artículo 51 del Tratado constitutivo y vinieron a sustituir a los casi 80 Convenios bilaterales concertados hasta entonces entre los Estados miembros.

En el año 1964 se firma el Código Europeo de Seguridad Social con la intención de establecer una protección social más elevada y en

él se reiteraba de nuevo la inclusión en el ámbito de la seguridad social de la prestación en especie en caso de enfermedad.

En virtud de ello se aprobaron el Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio y el Reglamento (CEE) nº 574/72, de 21 de marzo de 1972, que vinieron a constituir los instrumentos normativos encargados de dar cuerpo al sistema de coordinación indicado en el artículo 51 del TCEE (artículo 42 de la versión de Ámsterdam).

*El Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad social, es aplicable desde el 1 de mayo de 2010*

Ambos textos sufrieron en su larga vigencia numerosas modificaciones. Algunas justificadas por la necesidad de cambios técnicos como consecuencia de las sucesivas adhesiones de nuevos Estados y la evolución de las legislaciones nacionales. Otras recogían las innovaciones de la doctrina del Tribunal de Justicia comunitario y otras reflejaban el carácter dinámico de la seguridad social que se ha ido adaptando a las necesidades de la sociedad y a los cambios en la política europea. Estas modificaciones contribuyeron a aumentar la complejidad de las normas.

La necesidad de simplificar la normativa, de perfeccionar los principios y técnicas de coordinación de los sistemas de seguridad social y de codificar la jurisprudencia del Tribunal de Justicia Europeo, han dado lugar a la aprobación de nuevos Reglamentos: El Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad social, que es aplicable desde el 1 de mayo de 2010, tras la entrada en vigor del nuevo Reglamento de aplicación, Reglamento (CE) nº 987/2009, de 16 de septiembre.

## **2.- LA REGULACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR LOS REGLAMENTOS DE COORDINACIÓN**

### **2.1- Ámbito de aplicación y principios generales de coordinación**

La normativa comunitaria de seguridad social es un sistema de coordinación. No se pretendía implantar un régimen común de seguridad social y por ello no se modifica el contenido de las



legislaciones nacionales. La decisión sobre quién debe estar asegurado con arreglo a su legislación, qué prestaciones se sirven y en qué condiciones, cómo se calculan dichas prestaciones y cuánto debe cotizarse es competencia de cada Estado miembro. La organización de la seguridad social, y dentro de ella los servicios sanitarios y la atención médica, seguirá siendo responsabilidad de los Estados así como el alcance de la protección pública. Lo que hacen las disposiciones comunitarias es establecer normas y principios comunes, que todos los Estados deben respetar, a fin de garantizar la protección de los ciudadanos europeos que trabajan, residen o permanecen en otro Estado miembro. Se trata de clarificar dónde y bajo qué condiciones esa asistencia a que se tiene derecho en el país de aseguramiento se puede tener en otro Estado, qué legislación determinará dicha extensión del derecho y quién cubrirá los costes.

### **A) Concepto de asistencia sanitaria.**

La dispensación de prestaciones en especie por enfermedad, maternidad o accidente en caso de residencia o estancia fuera del Estado miembro se ha regulado en los Reglamentos de coordinación al constituir la enfermedad o maternidad riesgos contemplados en el ámbito de la seguridad social.

No solo son las legislaciones nacionales quienes delimitan las prestaciones sino que las reglas de la Unión también delimitan y configuran dichas prestaciones en aras de la aplicación uniforme del derecho europeo, siendo necesario examinar su finalidad y sus condiciones de concesión. El Tribunal de Justicia entiende por prestaciones de enfermedad y maternidad todas las prestaciones concedidas ante esas situaciones, comprendiéndose entre ellas la asistencia sanitaria, cualquiera que fuese la legislación social en que las mismas estuviesen previstas, siempre que se trate de una legislación relativa a una rama de la Seguridad social.

Sin embargo la duda surge ante prestaciones limítrofes, que dependen de lo que se considere asistencia sanitaria, o ante nuevas formas de protección que no encajan en ninguna rama de seguridad social. En algunos casos, que pueden ser de carácter económico como reembolsos de gastos, u otros como las medidas de carácter preventivo, los aspectos de trato preferencial en materia de salud pública o el nuevo seguro de dependencia que incluye los cuidados de larga duración, son los

*La normativa comunitaria de seguridad social es un sistema de coordinación. No se pretendía implantar un régimen común de seguridad social y por ello no se modifica el contenido de las legislaciones nacionales*

*Se trata de clarificar dónde y bajo qué condiciones esa asistencia a que se tiene derecho en el país de aseguramiento se puede tener en otro Estado, qué legislación determinará dicha extensión del derecho y quién cubrirá los costes.*

*La dispensación de prestaciones en especie por enfermedad, maternidad o accidente en caso de residencia o estancia fuera del Estado miembro se ha regulado en los Reglamentos de coordinación al constituir la enfermedad o maternidad riesgos contemplados en el ámbito de la seguridad social.*

pronunciamientos del Tribunal de Justicia Europeo los que han ido dando respuesta a las dudas, incorporando dichas situaciones dentro de las prestaciones de asistencia sanitaria de la seguridad social.

### **B) Beneficiarios.**

La cobertura de la asistencia sanitaria dentro de la Unión Europea tiene unos destinatarios concretos. Los beneficiarios serán:

- Las personas que están o han estado asegurados con arreglo a la legislación de uno de dichos Estados miembros y que tienen la nacionalidad de un país de la Unión Europea y los miembros de las familias y los supervivientes de estas personas independientemente de su nacionalidad (es decir, normalmente aquéllos que viven o vivieron bajo el mismo techo o están a su cargo). Por lo tanto también los titulares de una pensión, así como los miembros de la familia y sus supervivientes.
- Los supervivientes de personas que han estado sujetas a la legislación de algún Estado miembro (que no cumplen la condición de nacionalidad o de residencia), a condición de que tengan la nacionalidad de un estado de la Unión Europea.
- Los apátridas y los refugiados (y sus familias) residentes en uno de los Estados miembros.
- Además el Reglamento (UE) 1231/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de noviembre de 2010, amplía la aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004 y el Reglamento (CE) nº 987/2009 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos

### **C) Principios de coordinación.**

Las normas de coordinación de seguridad social se basan en unos principios generales que tratan de garantizar que la diversidad de legislaciones nacionales no obstaculicen la movilidad y el derecho a las prestaciones:

- Principio de igualdad de trato o no discriminación: las personas residentes en cualquier Estado miembro estarán sujetas a las obligaciones y podrán acogerse al beneficio de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de éste.
- Principio de territorialidad en la determinación de la legislación aplicable: la legislación de seguridad social aplicable será la

del lugar donde se desempeñe la actividad profesional con independencia del lugar de residencia.

- Principio de conservación de derechos adquiridos o exportabilidad de las prestaciones en metálico: permite la conservación de las prestaciones ya concedidas en aquellos supuestos en que el asegurado traslade la residencia a un país distinto al que se la ha concedido.
- Principio de totalización de periodos de seguro: permite la acumulación de periodos tomados en consideración por las distintas legislaciones nacionales para adquirir las prestaciones

Estos principios se aplicarán también en prestaciones de asistencia sanitaria que cubren el riesgo de enfermedad aunque, debido a su naturaleza, con particularidades que son especificadas en los Reglamentos, especialmente en cuanto a la fijación de la legislación aplicable y a las condiciones que han de concurrir en la exportabilidad de las prestaciones.

## 2.2- Las prestaciones de asistencia sanitaria

En los Reglamentos vigentes las prestaciones de asistencia sanitaria están recogidas en el Capítulo 1 del Título III bajo el título de "prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas" y son denominadas prestaciones en especie.

Se aplicará la norma de totalización de tal forma que los periodos de aseguramiento, empleo o residencia en otro estado miembro se tiene en cuenta para la adquisición del derecho a prestaciones. Pero en cuanto a la regla de exportabilidad que es sencilla para las prestaciones en metálico, es difícil de cumplir en el caso de las prestaciones en especie que, por su naturaleza, son inexportables (se exporta el derecho a la prestación), por lo que se han previsto soluciones específicas para los distintos supuestos en los que el beneficiario no se encuentra en el Estado competente, es decir en el Estado de aseguramiento.

Con carácter general, las prestaciones de enfermedad y maternidad en especie son proporcionadas por los servicios

*Las normas de coordinación de seguridad social se basan en unos principios generales que tratan de garantizar que la diversidad de legislaciones nacionales no obstaculicen la movilidad y el derecho a las prestaciones*



*Son dos los tipos de asistencia principales que cubren los Reglamentos: el desplazamiento temporal por razones turísticas o particulares que origina una necesidad sobrevenida de asistencia sanitaria y el desplazamiento permanente o al menos indefinido por pasar a residir en un estado distinto del competente.*

del Estado donde se reside o se desplaza, según su propia legislación. Pero siempre será a cargo del sistema de Seguridad Social del Estado competente, es decir, aquel en el que está o ha estado afiliado y ha otorgado el derecho a las prestaciones, el cual reembolsará los gastos. Son varios los supuestos que conviene diferenciar en este punto:

### **A) Residencia en otro Estado**

La asistencia sanitaria garantizada a quienes (persona asegurada o pensionista y familiares de ambos) residen en un Estado que no es el competente, se identifica con la prestada en el lugar donde residen del mismo modo que los nacionales del mismo (principio de igualdad de trato) y según las normas de ese Estado pero a cargo del Estado competente.

Reglas muy concretas permiten al asegurado que reside en Estado distinto del competente recibir prestaciones no sólo en el Estado de residencia sino también en el Estado competente y entonces se otorgan según las disposiciones que éste último aplique como si residieran en él.

### **B) Estancia temporal en otro Estado**

Se reconoce derecho a la asistencia sanitaria a quien se encuentre en un Estado distinto del obligado a prestarla (por razones de vacaciones, estudios, trabajo, tránsito...) cuando su estado de salud «requiera prestaciones en especie que sean necesarias desde un punto de vista médico», teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. Se proporcionará de acuerdo con la legislación de dicho Estado de estancia que la aplicará como si la persona estuviera asegurada allí.

El Reglamento exige la presentación en la institución del lugar de estancia de una certificación que acredite que tiene derecho a las prestaciones en especie.

Esta certificación la extiende la institución competente a petición del interesado a ser posible antes de que deje el territorio del Estado miembro en que reside. El derecho de los ciudadanos europeos a recibir asistencia sanitaria durante sus desplazamientos por Europa debe acreditarse documentalmente y la creación de una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) sirve a

esa exigencia. Esta tarjeta, nominativa e individual, certifica el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias. La "atención necesaria" implica algo más que un tratamiento de urgencia pues se trata de un concepto médico que debe de interpretarse con arreglo a las circunstancias y la duración de la estancia.

### **C) Asistencia internacional concertada previa autorización.**

En ocasiones el beneficiario puede ser autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado a fin de recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado de salud. Cuando la asistencia solicitada figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado de residencia y la misma, habida cuenta de su estado de salud y evolución probable de su enfermedad, no pueda serle dispensada en un plazo justificado desde el punto de vista médico, el paciente tiene derecho a obtener la autorización pedida para desplazarse y recibir el tratamiento en otro Estado.

Cuando la institución competente deniegue una solicitud de autorización y posteriormente se declare infundada, el interesado puede obtener directamente de la institución del Estado competente el reembolso de un importe equivalente a aquel que habría asumido la institución del lugar de estancia conforme a las normas previstas por la legislación que ésta aplique, si se hubiera concedido debidamente la autorización desde el principio.

### **D) Prestaciones en especie de gran importancia**

Especial contemplación merece el supuesto de la persona asegurada a la que le sea reconocido el derecho u otra prestación en especie de gran importancia, para sí mismo o para algún miembro de su familia, antes de su traslado a otro Estado miembro. En este caso disfrutará de esas prestaciones con cargo a la institución del primer Estado, el que reconoce y concede la prestación, incluso si en el momento de hacer efectiva la concesión, el trabajador ya se encontrara afiliado en el otro Estado.

*El derecho de los ciudadanos europeos a recibir asistencia sanitaria durante sus desplazamientos por Europa debe acreditarse documentalmente y la creación de una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) sirve a esa exigencia*

### 2.3 Principio de colaboración administrativa. Procedimiento de reembolso de gastos y órganos de coordinación.

Dentro de los principios de coordinación que contemplan los Reglamentos hay que tener en cuenta asimismo el principio de colaboración. Este se lleva a cabo entre las Administraciones Públicas encargadas de la gestión de la Seguridad Social (instituciones competentes), y comprende la ayuda recíproca entre los Estados, el intercambio de información, la colaboración técnica o la coordinación financiera.

Para facilitar la coordinación y la colaboración entre los Estados existen diferentes órganos entre los que hay que resaltar la **Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social**, compuesta por un representante de cada Estado Miembro asistido por expertos. Asume los asuntos administrativos y de interpretación en la aplicación de las normas europeas y fomenta la cooperación de los Estados en asuntos de seguridad social.

La implementación real de los mecanismos de coordinación descansa en las instituciones nacionales responsables del aseguramiento sanitario público, instituciones competentes que emiten y trabajan con formularios vigentes para todos los Estados y que son los que permiten dar forma a los procedimientos.

Existen los formularios de Derecho, que se utilizan para acreditar el derecho de los asegurados ante las instituciones competentes de los distintos países a recibir asistencia sanitaria y los formularios de Liquidación, que son facturas normalizadas referidas al cargo o abono de la asistencia sanitaria prestada. Estas facturas se pueden referir a la facturación de gastos efectivos o a la facturación mediante cuotas globales a los beneficiarios que residen en otro país, distinto del competente, en concepto del pago del seguro de la Asistencia Sanitaria Internacional.

En España, la principal institución competente para la emisión o recepción de estos formularios y para su gestión y control, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (Ministerio de Empleo y Seguridad Social). En su ámbito personal de competencia, también tienen tal carácter las Mutualidades de funcionarios del Estado

*Para facilitar la coordinación y la colaboración entre los Estados existen diferentes órganos entre los que hay que resaltar la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social, compuesta por un representante de cada Estado Miembro asistido por expertos.*

En lo que se refiere al aspecto económico, las transacciones y reembolsos que son consecuencia de la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza se realizan entre los Estados. Se utiliza un sistema de compensación entre las instituciones competentes de cada Estado, aunque se prevé un sistema de reembolso al beneficiario de la prestación en el caso de que haya sufragado efectivamente los costes de la asistencia.

Existen dos modalidades de reembolso de gastos entre los Estados:

1º) Fijación de una cantidad a tanto alzado: el Estado que presta la asistencia a los residentes en su territorio que dependen de otro Estado, le cobra (a éste) una cantidad pactada (cuota global), con independencia de la utilización, o no, o de la frecuencia de los servicios, que deberá ser lo más próxima posible a los gastos reales, en términos de costes medios del Estado de residencia<sup>1</sup>

2º) Pago por el coste real de la asistencia prestada.

### 3.- LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA EUROPEO Y LA LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS TRANSFRONTERIZOS

Las normas de coordinación de los Reglamentos comunitarios regulan las prestaciones en especie de enfermedad, maternidad y accidente en caso de residencia o estancia en Estado distinto del competente. Es decir, sus disposiciones prevén la movilidad de unos ciudadanos que pueden transformarse imprevistamente en pacientes.

Consecuentemente, puede afirmarse que las disposiciones comunitarias sobre Seguridad Social no se oponen a la

<b>CUOTA GLOBAL ESPAÑOLA - Evolución</b>									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Coste medio y cuota mensual por pensionistas</b>									
Coste medio	2.036,50	2.416,73	2.615,55	3.016,22	3.362,07	3.081,00	3.242,51	3.491,45	3.987,94

<sup>1</sup>  
 La cuota mensual es igual al coste medio dividido por 12 meses menos un 20 %, o el coste medio dividido por 15.  
 A partir de 2006, se aplica un nuevo método de cálculo, aprobado en la sesión 108 de la Comisión de Cuentas, en mayo de 2007.

exportabilidad de la asistencia sanitaria, ya sea por cambio de residencia, o en el caso de estancia temporal en otro Estado. Ahora bien, sí acotan, condicionan y contemplan de manera muy restringida los desplazamientos intencionados cuyo propósito es recibir asistencia sanitaria fuera del Estado competente con el reembolso de los gastos soportados.

Esta limitación de los Reglamentos en relación con la asistencia sanitaria constituye la materia que más pronunciamientos ha merecido del Tribunal de Justicia Europeo desde los años 90. El Tribunal de Justicia ha tenido siempre un papel importante a la hora de definir y ampliar el derecho de los ciudadanos a tener cobertura sanitaria fuera de su Estado de aseguramiento. Así, en estos casos ha venido cuestionando si tal regulación es acorde o no con los derechos y libertades fundamentales proclamados en los Tratados de la Unión, especialmente con la libre prestación de servicios y la libre circulación de mercancías, y cuales tendrían que ser los criterios que habrían de regir la discrecionalidad administrativa para la concesión o denegación de la autorización previa requerida.

Las sentencias *Kohll*<sup>2</sup> y *Decker*<sup>3</sup> ponen por primera vez en relación las libertades fundamentales de circulación de servicios y mercancías, con las nociones de servicio público y territorialidad de las prestaciones a cargo de los regímenes de seguridad social de los Estados miembros, los cuales tienen competencia en éste ámbito. En ambos casos el Tribunal se pronunciaba sobre la cuestión del reembolso de gastos médicos por la prestación de asistencia sanitaria recibida en el territorio de otro Estado miembro distinto del competente sin autorización previa de éste. Da la razón a los demandantes y se funda, en el primer caso, en los artículos del Tratado sobre prestación de servicios y en el

2 STJCE de 28 de abril de 1998, asunto C-158/95, *Kohll*: El señor Kholll, nacional luxemburgués, solicitó a la Unión de Cajas de Enfermedad, a la cual se encontraba afiliado, autorización, suscrita por un médico establecido en Luxemburgo, para que su hija menor siguiese un tratamiento aplicado por un ortodoncista establecido en Alemania. Dicha solicitud fue denegada, por un lado, porque el tratamiento previsto no era urgente, y por otro, porque éste podía dispensarse en el territorio del Estado de afiliación, Luxemburgo. No obstante la hija del señor Kholll se benefició del tratamiento en Alemania y éste reclamó a su Estado de afiliación el reembolso de los gastos.

3 STJCE de 28 de abril de 1998, Asunto C-120/95, *Decker*: El señor Decker, nacional luxemburgués, solicitó el reembolso de un par de gafas con lentes correctoras compradas en una óptica de Bélgica, presentando una receta médica extendida por un oftalmólogo establecido en Luxemburgo. El organismo de la institución competente denegó el reembolso del importe de dichas gafas por haber sido compradas en el extranjero sin previa autorización.



segundo caso en los artículos del Tratado sobre libre circulación de mercancías.

Aunque los Estados alegaban que cierta limitación es necesaria para el control del gasto sanitario y el equilibrio presupuestario o para asegurar el derecho al acceso a una asistencia de calidad o por razones de salud pública, el Tribunal señalaba que los objetivos de carácter meramente económico no pueden justificar un obstáculo a la libre circulación. En sus pronunciamientos se consagra pues el principio de la libre circulación de los pacientes ya que éstos podrían ser atendidos de sus dolencias en cualquier Estado de la Unión sin necesidad de autorización previa y sin que tuvieran que ser de carácter urgente o necesidad médica y podrían reclamar después el reembolso de los gastos.

Tras estas sentencias, referidas al ámbito ambulatorio, en el asunto *Vanbraekel*<sup>4</sup> se plantea si, por extensión y a pesar de su naturaleza particular, los cuidados hospitalarios también quedaban sometidos a las reglas del Tratado sobre prestación de servicios. El Tribunal, en su línea de liberalización económica, se pronuncia en este sentido contemplándolos dentro de una actividad económica.

En los asuntos *Smits y Peerboons*<sup>5</sup> el Tribunal va más allá matizando los fallos anteriores. Entiende que el tratamiento hospitalario es una modalidad de servicios al considerar que los pagos efectuados por las cajas de enfermedad a los

<sup>4</sup> STJCE de 12 de julio de 2001, Asunto C-368/98, *Vanbraekel y otros*: La señora Descamps, nacional belga con residencia en Bélgica, solicitó autorización para someterse a una intervención quirúrgica de ortopedia en Francia con cargo a la institución de su lugar de afiliación. La caja de enfermedad belga denegó la autorización al considerarla insuficientemente motivada.

<sup>5</sup> STJCE de 12 de julio de 2001, Asunto C-157/99, *Smits y Peerbooms*: En ambos casos los pacientes son nacionales de los Países Bajos, bajo cuyo sistema nacional público, denominado concertado, los asegurados tienen derecho a la asistencia en sí misma la cual es gratuita siempre y cuando se acceda a los profesionales y hospitales concertados. Se da la posibilidad de acudir a un prestador de servicios en otro Estado pero el reembolso se sujeta a la autorización que se concederá en el caso de que el tratamiento se considere habitual y sea imposible dispensarlo adecuadamente en tiempo oportuno por un prestador de asistencia concertada. La señora Smits, que padecía la enfermedad de Parkinson, solicitó el reintegro de los gastos ocasionados por determinado tratamiento recibido en Alemania. La institución competente rechazó la solicitud por considerar que en Holanda se disponía de un tratamiento satisfactorio y adecuado para su enfermedad sin que el tratamiento en Alemania supusiera una ventaja adicional. En el segundo caso, el señor Peerbooms, en estado de coma vegetativo por accidente de tráfico, es trasladado a una clínica experimental en Austria donde recibe tratamiento. Una vez que salió del coma vuelve a su país para proseguir su rehabilitación, solicitando el reintegro de los gastos que se deniega alegando, aparte de que el tratamiento era experimental, que el paciente habría podido beneficiarse en tiempo oportuno de un tratamiento satisfactorio en su país en un establecimiento concertado.

establecimientos concertados constituyen una contrapartida económica de la prestación servida y presentan por lo tanto un carácter retributivo.

Sin embargo, en relación con la autorización previa mantiene una posición más conciliadora con la de los Estados al aceptar que el riesgo de un perjuicio grave para el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social puede constituir una razón imperiosa de interés general para justificar unos límites a la libre prestación de servicios, aceptando la autorización en estos casos.

Además declara la necesidad del carácter habitual del tratamiento previsto, por lo que no se puede obligar a un estado miembro, en virtud de la libertad de servicios, a ampliar su lista de prestaciones porque en otro Estado se contemplen.

De estas sentencias y otras posteriores<sup>6</sup> que van analizando diferentes cuestiones planteadas se pueden resumir ciertos **criterios del tribunal:**

- El ciudadano puede desplazarse a cualquier Estado miembro, sin autorización previa y recabar asistencia sanitaria no hospitalaria, debiendo ser reembolsados sus gastos si ha debido adelantarlos. Un servicio médico no deja de estar amparado por el derecho a la libre prestación de servicios sólo porque deba ser reembolsado el coste por la legislación nacional de seguros de enfermedad
- Para la asistencia sanitaria hospitalaria, se acepta la autorización previa al considerarla razonable y necesaria para la planificación de los servicios hospitalarios y para controlar costes y prevenir el despilfarro de recursos financieros, técnicos y humanos.
- Esta autorización previa no puede ser usada arbitrariamente y debe basarse en criterios objetivos y no discriminatorios, y debe concederse siempre que no sea posible prestar la asistencia en el propio país dentro de plazo razonable. La denegación de una autorización previa no puede basarse

<sup>6</sup> STJCE de 13 de mayo de 2003, Asunto C-385/99, Muller\_Fauré y Van Riet ; STJCE de 23 de octubre de 2003, Asunto C-56/01, Inizan ; STJCE de 18 de marzo de 2004, Asunto C-8/02, Leichtle; STJCE de 12 de abril de 2005, Asunto C-145/03, Keller ; STJCE de 16 de mayo de 2006, Asunto C-372/04, Watts.

únicamente en la existencia de listas de espera destinadas a planificar y gestionar la asistencia hospitalaria. Se ha de acreditar que ese plazo no sobrepasa el considerado como aceptable, con arreglo a una evaluación médica objetiva de las necesidades clínicas del interesado que tenga en cuenta todos los parámetros que caracterizan su estado patológico en el momento.

- En estos casos, y si se hubiera realizado por el paciente el pago en efectivo, se le reembolsarán los gastos como mínimo, al nivel previsto en su propio país y con el límite del pago efectivamente realizado.

- Las instituciones sanitarias deben de facilitar información sobre la posibilidad de autorizaciones, procedimientos y reembolsos.

---

#### **4.- DIRECTIVA 2011/24/UE RELATIVA A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.**

---

##### **4.1- Propuestas de nueva regulación**

---

La necesidad de una convivencia entre la libre prestación de servicios y la administración de unos sistemas públicos de seguridad social provocó decisiones por parte del Tribunal de Justicia con un enfoque expansivo que terminaron dando origen a un sistema de asistencia transfronteriza doble, al establecer procedimientos basados en los Tratados y mantener por otra parte el procedimiento de coordinación existente a través de los Reglamentos de Seguridad Social.

Ello propició que se requiriera una intervención normativa con la intención, por una parte, de mejorar la seguridad jurídica relativa a las reglas de aplicación de la libre movilidad en servicios sanitarios y, por otra parte, de apoyar a los Estados miembros a fomentar la cooperación entre ellos en algunos campos como la calidad, la seguridad y la información.

El primer intento de codificar la jurisprudencia establecida y regular un nuevo modelo de organización ajeno a los Reglamentos

de coordinación se realizó con la propuesta de Directiva relativa a los servicios en el mercado interior, que en su borrador inicial incluía los servicios sanitarios, recogiendo la jurisprudencia sobre la asunción de costes de la asistencia prestada en otros Estados y lo relativo a la autorización previa.

Sin embargo, el Parlamento europeo desaprobó este enfoque por la naturaleza especial de los servicios sanitarios y finalmente no se incluyó en la Directiva 2006/123/CE de 12 de diciembre.

Como consecuencia, en julio de 2008, la Comisión Europea presentó una iniciativa legal separada para los servicios sanitarios, la propuesta de Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Mas de dos años de debates intensos y deliberaciones muestran la complejidad de la materia y las diferentes posiciones expresadas: la de los Estados miembros, que siguen siendo competentes para la organización y gestión de los sistemas sanitarios públicos y la de los ciudadanos y profesionales que se mueven cada vez más por Europa. Finalmente se aprobó la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, que entró en vigor el 24 de abril de 2011. El periodo de transposición de la misma finalizará el 25 de octubre de 2013.

---

## **4.2- Contenido de la Directiva**

---

La Directiva trae a una norma positiva lo que hasta ahora han sido sentencias del Tribunal Europeo de Justicia y cubre situaciones y aspectos que no están contemplados o cubiertos por los Reglamentos. Se aplicará por lo tanto sin perjuicio del existente marco de coordinación de seguridad social establecido y no afectará a las prestaciones que los actuales Reglamentos relativos a la seguridad social ya ofrecen a los ciudadanos.

Los ciudadanos que necesiten asistencia al encontrarse temporalmente en el extranjero seguirán beneficiándose de la reglamentación existente y recibiendo los cuidados que precisen.

La Directiva intenta dar solución a la problemática de los pacientes que desean ser atendidos en un país diferente al de su residencia habitual y para ello establece procedimientos que operarán en función de la opción del paciente. Además clarifica qué derechos tienen los ciudadanos de la Unión al recibir asistencia sanitaria

en otro Estado miembro y refuerza la cooperación entre los Estados miembros en ámbitos como la información, las recetas de medicamentos o las tecnologías sanitarias.

### **A) Fundamentos Jurídicos.**

La Directiva parte de fundamentos jurídicos diferentes que los Reglamentos pues se apoya en una doble base jurídica: el artículo 114 del TFUE que tiene como objeto la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que tengan por objeto el establecimiento y el funcionamiento del mercado interior, es decir la libre circulación y el artículo 168, sobre salud pública.

### **B) Ámbito de aplicación**

Respecto a los *beneficiarios*, son aquellos ciudadanos incluidos dentro del ámbito de los Reglamentos. En relación con el *campo de aplicación material*, hay tres áreas excluidas del ámbito de la directiva: vacunación pública, acceso y asignación de órganos y cuidados de larga duración.

En lo que se refiere a los *proveedores de la asistencia*, la Directiva no hace diferencia entre proveedores vinculados y no vinculados a los sistemas de Seguridad Social y Sistemas Nacionales de Salud. Los pacientes pueden elegir a los prestadores de servicios tanto públicos como privados. La única exclusión de proveedores que se permite es porque no se cumplan por parte de éstos las normas de calidad y seguridad del estado de tratamiento.

### **C) Estado responsable del reembolso de los gastos al paciente**

El artículo 7.1 establece que será el Estado de Afiliación quien garantizará el reembolso de los gastos contraídos. Será éste por tanto quien asuma la financiación por la asistencia sanitaria prestada.

A efectos de la Directiva, el Estado de afiliación es "el Estado miembro que es competente para conceder al asegurado una autorización previa para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia de conformidad con el Reglamento (CE) nº 883/2004 y el Reglamento (CE) nº 987/2009". Por tanto

*Los ciudadanos que necesiten asistencia al encontrarse temporalmente en el extranjero seguirán beneficiándose de la reglamentación existente y recibiendo los cuidados que precisen.*



se aproxima esta definición al “Estado competente” que figura en los Reglamentos. Este Estado de afiliación coincide con el Estado que ha reconocido el derecho a la asistencia sanitaria excepto en los casos en que se haya fijado una cuota global por residentes extranjeros, en los que será el Estado de residencia quien se considere Estado competente para conceder la autorización y por lo tanto Estado de afiliación a efectos de la Directiva.

En la situación de residencia fuera del Estado que reconoció el derecho, se han incluido dos apartados que vienen a matizar la consideración de Estado financieramente responsable en algunos supuestos: Si el pensionista que reside en otro Estado miembro decide recibir tratamiento en su Estado de afiliación (país de origen) será éste el que correrá con los gastos y le reembolsará la cantidad adelantada. Si decide recibir el tratamiento en otro Estado miembro, será el país de residencia quien le reembolsará.

#### **D) Procedimiento de reembolso de gastos.**

El sistema general de reembolso establecido en los Reglamentos de coordinación de Seguridad Social, es la compensación de los gastos entre las instituciones competentes de cada Estado. En la Directiva, sin embargo, el pago de los costes de la asistencia se realizará por los pacientes y posteriormente se reembolsará a éstos por el Estado de afiliación.

*Aún siendo, con carácter general, más favorables los Reglamentos puesto que con ellos no se tiene que adelantar ninguna cantidad de dinero, el paciente puede optar por la aplicación de la Directiva, y si se autorizara la asistencia y se prestara en otro Estado, los gastos costeados por el paciente se reembolsarían según los términos de esta norma (Art. 7.4), por el Estado de afiliación “hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada”.* Los servicios cubiertos son los definidos en el país de afiliación y las tarifas que se reembolsarán serán las que se apliquen por éste.

#### **E) Autorización previa para asistencia concertada**

El sistema de autorización previa establecido en los Reglamentos comunitarios para los casos de asistencia concertada en otro Estado es común a todos los Estados miembros. El sistema

establecido en la Directiva varía en cuanto que corresponderá a los Estados miembros decidir si es necesario introducir un sistema de autorización previa y qué tipo de asistencia la requiere en el contexto de su sistema.

Las autoridades nacionales pueden introducir un sistema de autorización previa en tres casos:

- 1) cuando la asistencia requiere una hospitalización de, al menos, una noche;
- 2) en casos muy especializados y muy caros;
- 3) en caso de dudas relevantes en relación con la calidad o la seguridad de la asistencia en el extranjero.

Las autoridades sanitarias nacionales pueden denegar la autorización si el tratamiento representa un riesgo para el paciente o la salud pública o el prestador de servicios no reúne las condiciones de seguridad y calidad, lo que puede representar asimismo un riesgo. También puede denegarse la autorización si en el propio país se ofrece una asistencia sanitaria apropiada en un plazo razonable. En todos los casos los Estados miembros han de justificar el porqué de la decisión.

### **F) Garantía de derechos de los ciudadanos**

Las novedades de la Directiva no se detienen solamente en los aspectos financieros de la asistencia sanitaria fuera del Estado de afiliación sino que intenta crear un marco para garantizar a los pacientes que esa prestación de servicios sanitarios se otorgue en condiciones de calidad, transparencia y seguridad. Para lograrlo se establecen una serie de medidas e instrumentos.

Con el fin de permitir que los pacientes puedan ejercer su derecho a la asistencia sanitaria en la práctica es necesaria una información adecuada sobre todos los aspectos de la misma. Uno de los mecanismos para facilitarla consiste en la creación de puntos nacionales de contacto. Estos puntos de contacto intercambiarán información entre ellos y podrán ofrecer a los pacientes información práctica sobre las condiciones y los porcentajes de reembolso, los tratamientos posibles, los prestadores de la asistencia, los procedimientos de reclamación, etc., lo que les permitirá decidir con mayor conocimiento de causa.

La garantía de unos procedimientos de reclamación es también fundamental para otorgar confianza en la asistencia sanitaria transfronteriza. Por este motivo, los Estados deben disponer de mecanismos a través de los cuales los pacientes puedan exigir reparación e indemnización en los casos en que se deriven daños de los tratamientos prestados.

Además, para una mejor asistencia y seguridad, el prestador de servicios del país de tratamiento tendrá que tener acceso a la historia clínica del paciente, en papel o formato electrónico, transferida por el país de origen de conformidad con las Directivas sobre protección de los datos personales.

También se trata de garantizar la continuidad de la atención. El país que dispensa el tratamiento velará por que los pacientes tengan acceso a su historia clínica, en cuanto al tratamiento que han recibido. El país de residencia velará por un seguimiento médico de calidad equivalente, independientemente de en qué lugar de la UE se dispensó el tratamiento.

### **G) Cooperación entre Estados miembros**

A fin de garantizar una actuación coordinada entre todos los Estados que pueda aportar un valor añadido a los sistemas nacionales de salud, se fomenta la cooperación en lo que respecta a normas y directrices de calidad y seguridad y el intercambio de información, especialmente entre los puntos de contacto, incluida la del derecho a ejercer de los profesionales sanitarios de otros Estados.

Otro objetivo es la cooperación en el campo de la "salud electrónica", mediante el aprovechamiento de las tecnologías de la información y comunicación aplicadas a una mejor información, continuidad asistencial o acceso a la historia clínica electrónica y a la asistencia sanitaria a distancia o telemedicina, ya que actualmente, la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza no exige necesariamente que el paciente o el profesional se desplacen físicamente de un país a otro.

En todos estos terrenos se presentan retos específicos a la hora de procurar que los sistemas de tecnologías de la información y la comunicación de los sistemas de salud de los Estados miembros sean compatibles entre sí, reconociéndose la importancia de

trabajar a favor de la interoperabilidad pero respetando las competencias de los Estados.

Otro ámbito en el que se exige la colaboración es el de las recetas médicas. El fin es que las recetas extendidas en otro país de la Unión Europea sean reconocidas en el país de residencia del paciente y viceversa, para garantizar así el adecuado seguimiento de la asistencia recibida en otro Estado. Se trata de facilitar la correcta comprensión de las recetas por parte de los establecimientos farmacéuticos en diferentes estados, intentando que queden mejor identificados los medicamentos, los facultativos y los pacientes, asegurando así la continuidad de los tratamientos en los desplazamientos de pacientes.

Otro propósito es disponer de información objetiva y fiable sobre la eficacia y efectividad de las tecnologías sanitarias y que las autoridades sanitarias puedan tomar decisiones adecuadas, también en lo que se refiere a inversiones y gastos en este ámbito. Por eso se apoya la cooperación y el intercambio de información entre los Estados dentro de una red que conecta a las autoridades u organismos nacionales responsables de la evaluación de las tecnologías sanitarias.

Los mismos objetivos de calidad y eficacia asistencial llevan a regular el desarrollo de redes europeas de referencia entre prestadores de asistencia sanitaria y centros de referencia de los Estados miembros. Se pretende mejorar el acceso al diagnóstico y la prestación de una asistencia de calidad a todos los pacientes cuyas dolencias requieran una especial concentración de recursos o conocimientos, por ejemplo las enfermedades raras. Cada Estado velará para que sus centros de referencia participen en estas redes.

---

## **5.- ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA MOVILIDAD DE PACIENTES**

---

Es difícil hacer aseveraciones concluyentes sobre el volumen y los flujos de fondos implicados en la gestión de la movilidad de pacientes en Europa y sobre sus distintas causas y tipologías.

Aunque se manejan estimaciones de en torno al 1% de los presupuestos sanitarios públicos, no existen, evidentemente, datos sobre el posible impacto económico de la Directiva, y los existentes sobre el de los Reglamentos son fragmentarios y

parecen reflejar más bien una mentalidad ejecutiva o contable, que no permite un análisis integrado al nivel europeo, con un enfoque económico o de economía de la salud.

En efecto, la única integración existente es la de los saldos pendientes de pago a 31 de diciembre de cada año, pero ello no permite cuantificar el volumen de los flujos económicos registrados que quedan en la sombra y solo pueden ser conocidos, en su doble curso de pagos y cobros, por cada Estado Miembro en particular.

### 5.1 Créditos presentados, volumen global y gasto sanitario público

En la práctica, la presentación de los créditos puede durar varios años. En efecto, la presentación de los establecidos sobre una base a tanto alzado (cuota global) depende sobre todo de la fecha de aprobación de los costes medios que sirven para su cálculo, pero también de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Unión Europea.

El plazo de presentación de los créditos establecidos sobre facturas (gasto real) es más corto y depende del tiempo necesario para poner en práctica los procedimientos nacionales pertinentes para su establecimiento y transmisión. En consecuencia, depende de la mayor o menor descentralización de los organismos del seguro de enfermedad.

Existen unas definiciones aceptadas para el "ejercicio de referencia": **Los créditos calculados sobre una base a tanto alzado se recogen en el año al que corresponden (año en que se han generado); sin embargo, los créditos que son objeto de facturas se recogen en el año durante el cual la institución acreedora los haya presentado a la institución deudora (año de presentación).** No obstante, las Notas del Ponente sobre Situación de los créditos entre instituciones, presentadas en las reuniones correspondientes de la Comisión Administrativa, señalan repetidamente que varios Estados "se alejan" de esas definiciones básicas.

Por tanto, es difícil obtener datos homogéneos de todos los estados involucrados. En la siguiente tabla se presentan datos de 18 Estados miembros de la UE. Estos datos provienen de



las notas anuales de la Comisión Administrativa y de la base de datos Health-Data de OCDE por lo que respecta al gasto sanitario global. En algunos estados este gasto corresponde a 2008. Estos 18 Estados abarcan el 90 % de la población europea y el 96% de los créditos presentados en 2010, por lo que las cifras son muy representativas de la UE y las características detectadas pueden ser aplicadas a ella.

En primer lugar, se constata que el gasto sanitario originado por ciudadanos europeos en Estados distintos del suyo de

<b>Gasto Sanitario Público y reclamaciones por Asistencia Sanitaria Transfronteriza</b>					
<b>(Millones de euros y %)</b>					
	<b>Gasto Sanitario Público (2008-2009)</b>	<b>Gasto AST (producido por otros EEMM)</b>		<b>Porcentaje AST/GSP</b>	
		<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
		Dinamarca	19.825,5	2,6	2,8
Holanda	44.258,0	6,3	119,6	0,01	0,27
Finlandia	11.474,0	6,6	3,3	0,06	0,03
Polonia	15.793,0	10,5	18,3	0,07	0,12
Reino Unido	111.592,8	82,5	36,2	0,07	0,03
Suecia	22.342,1	17,7	23,3	0,08	0,10
Italia	109.565,0	190,8	106,3	0,17	0,10
Hungría	5.162,9	9,2	8,0	0,18	0,16
Republica Checa	8.225,5	15,2	18,3	0,18	0,22
Alemania	202.038,0	378,7	477,7	0,19	0,24
Portugal	11.363,0	41,0	61,9	0,36	0,54
Republica Eslovaca	3.633,0	14,1	17,3	0,39	0,47
Francia	169.061,0	961,7	373,7	0,57	0,22
Grecia	14.346,7	81,8	55,9	0,57	0,39
España	70.799,0	441,2	480,0	0,62	0,68
Bélgica	25.593,0	165,8	205,3	0,65	0,80
Austria	22.724,0	148,5	165,8	0,65	0,73
Luxemburgo	2.511,0	21,9	20,4	0,87	0,81
<b>TOTAL 18</b>	<b>882.535,6</b>	<b>2.596,2</b>	<b>2.194,0</b>	<b>0,29</b>	<b>0,25</b>

aseguramiento, es de escaso volumen, alcanza apenas el 0,3 % del total del gasto sanitario público de estos Estados, aunque se da una gran dispersión de las cifras.

Se puede hablar de una cierta división entre Estados del Norte, con

pequeña incidencia del gasto originado por europeos desplazados y Estados del Sur donde esta incidencia es más fuerte con la excepción de Italia. El centro de Europa se diferencia entre los integrados desde hace tiempo, con un volumen relativamente alto de incidencia, y los recientemente incorporados, aun con escasa facturación o reclamación de cobros por este tipo de gasto.

Estas cifras representan el volumen absoluto de los flujos monetarios implicados, puesto que lo que unos estados reclaman es pagado por otros con un resultado teórico de saldo cero, pero solo refleja el lado acreedor de los flujos, es decir el dinero que los Estados reclaman como pago por la asistencia prestada a asegurados en otros Estados. Indica por tanto a donde se mueven los ciudadanos europeos pero no desde donde se mueven, para lo que sería necesario un análisis desde la perspectiva de los Estados deudores.

Un análisis que contemple los flujos económicos del saldo por asistencia sanitaria internacional en su globalidad y su relación con el gasto sanitario desde ambos aspectos acreedor y deudor, solo puede hacerse Estado por Estado y se realizó para España en el artículo publicado en la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, en Octubre-Diciembre 2009<sup>7</sup>. Las cifras solo llegan 2008, pero la descripción de la situación y de sus implicaciones para el Sistema Nacional de Salud del marco europeo de asistencia sanitaria transfronteriza es plenamente vigente. En el anexo 1 se presenta la tabla de pagos y cobros de España respecto al resto de estados europeos en 2009.

En los nuevos reglamentos, se prevé que cada país facilite su situación acreedora y deudora y se adopten sistemas normalizados para la presentación de los datos y la conciliación de saldos.

---

## **5.2- Composición de los créditos presentados por tipo de facturación**

---

Se señaló con anterioridad que son dos los tipos de asistencia principales que cubren los Reglamentos: el desplazamiento temporal por razones turísticas o particulares que origina una

<sup>7</sup> J. Relaño Toledano y A. Infante Campos. Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de salud. Tipos y repercusión económica. Rev Adm Sanit 2009;7(4):537-731 .

necesidad sobrevenida de asistencia sanitaria y el desplazamiento permanente o al menos indefinido por pasar a residir en un estado distinto del competente.

El primer supuesto, el derecho a cuya asunción de costes por el estado competente se acredita con la Tarjeta Sanitaria Europea, da lugar al flujo de facturas y fondos entre Estados, con base en el gasto real originado por el ciudadano desplazado en el Estado de estancia que corre a cargo de aquel que reconoció el derecho y emitió la TSE. Incluye también los casos en que la asistencia es buscada por el paciente mediante solicitud de autorización, por no estar esa asistencia disponible en el estado competente, en plazos justificables desde un punto de vista médico, pero no existen datos publicados sobre la composición sobrevenida / buscada de la asistencia cubierta por esta vía.

El segundo supone un pago del Estado competente al de residencia por asumir la asistencia de los pensionistas que han cambiado su residencia o de los familiares de trabajadores que residen en Estado distinto de aquel en que el trabajador está asegurado y generando el derecho.

Este pago asumía la forma de una cuota global pero está evolucionando hacia un predominio de la compensación por acto médico o gasto real, derivada de la preponderancia de los sistemas de reembolso en la Unión Europea. De hecho, actualmente y con los nuevos Reglamentos, solo 9 Estados miembros (España, Finlandia, Irlanda, Italia, Malta, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia) mantienen el cobro por cuotas globales para este tipo de prestación.

La composición de los créditos añade alguna información sobre el tipo de asistencia cubierta por cada Estado y la demanda sanitaria transfronteriza a que se enfrentan.

*En los nuevos reglamentos, se prevé que cada país facilite su situación acreedora y deudora y se adopten sistemas normalizados para la presentación de los datos y la conciliación de saldos.*

<b>Porcentajes sobre el total de créditos presentados</b>		
	<b>Gasto real</b>	<b>Cuota global</b>
Dinamarca	100,0	0,0
Suecia	100,0	0,0
Holanda*	99,6	0,4
Polonia*	98,6	1,4
Suiza*	89,3	10,7
Republica Checa	88,6	11,4
Austria	82,8	17,2
Alemania	82,4	17,7
Finlandia*	78,0	22,0
Hungría	66,8	32,0
Luxemburgo*	66,7	33,3
Reino Unido	63,1	36,7
Bélgica	60,3	39,7
Francia	46,5	53,5
Grecia*	32,7	67,3
Italia	29,3	70,7
España	20,4	79,6
Portugal	14,4	85,6
<b>Total</b>	<b>50,1</b>	<b>49,9</b>

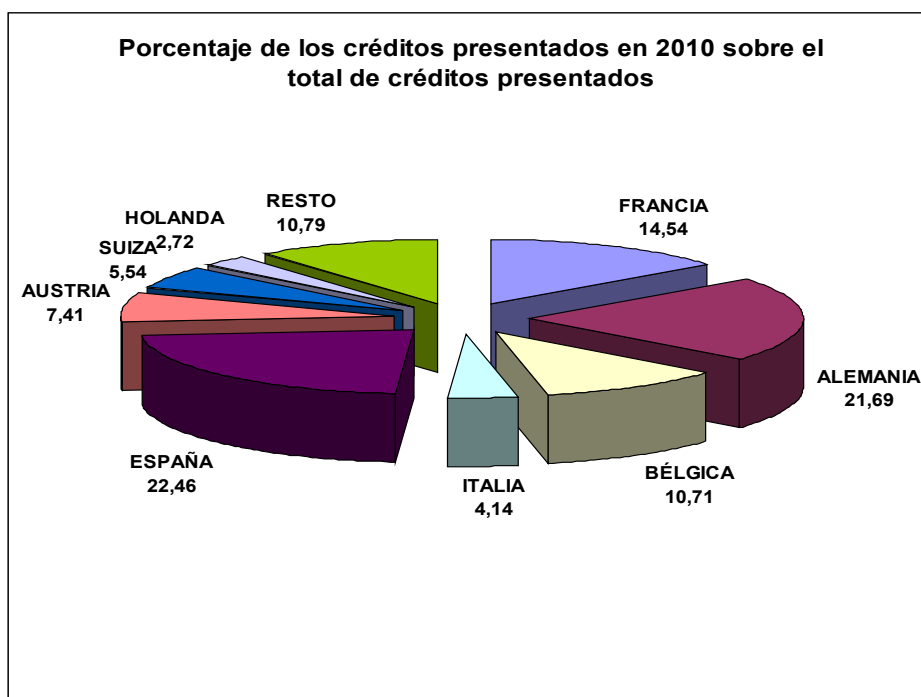
(\*) 2010

Estos datos vienen a complementar la explicación sobre la división Norte-Sur ya apuntada por el volumen del gasto, puesto que los Estados en los cuales la proporción de créditos exigidos por residencia continuada –cuota global- supera a las reclamaciones por asistencia en desplazamiento temporal, son precisamente los del sur. Esto señala la existencia de una proporción significativa de ciudadanos europeos –fundamentalmente pensionistas- que trasladan su residencia permanente o por largas temporadas al Sur por razones de climatología y de nivel de vida.

### 5.3- Composición de los créditos presentados por Estados de estancia y residencia

En el anexo 2 se ofrece la evolución de los créditos presentados (depurando las anulaciones) y los saldos pendientes de cobro por los Estados.

La "clasificación" por volumen de créditos presentados en 2010, fue encabezada por España, lo que apunala las consideraciones anteriores. En efecto, España se presenta como un destino de indudable atractivo tanto para desplazamientos cortos – turísticos- como de larga duración –cambio de residencia. Los grandes estados de la UE aparecen entre los que más facturación presentan pero hay presencias y ausencias en los primeros puestos que apuntan a que el tamaño del Estado es un factor importante de su peso en la facturación por asistencia sanitaria transfronteriza, pero también, o más, su situación geográfica. Son claros los casos de Suiza, sexto Estado por volumen de facturación y el Reino Unido, undécimo en esta magnitud. Otros estados de no gran tamaño o población pero situación central en Europa ocupan los primeros lugares; Bélgica, Austria y Holanda acompañan a Alemania y Francia y entre estos ocho estados facturan el 88 % del crédito presentado.





En el Anexo 3 se analiza el saldo de los créditos a 31 de diciembre en 2009 y 2010

### 5.4 El caso de España. Antigüedad de la deuda y saldo acreedor/deudor.

Se presenta en la siguiente tabla la antigüedad de los créditos pendientes de pago a España. Este tipo de análisis es relevante sobre todo con un enfoque Estado por Estado.

Créditos españoles pendientes de cobro a 31 de diciembre por años							
Miles euros							
	2009			2010			Evolución Total CRÉDITOS en 2010
	Cuota global	Gasto real	Total	Cuota global	Gasto real	Total	
<= 1999	367,7	-3,9	363,8	327,9	0,8	328,6	-35,2
2000	7,6	4,1	11,7	-88,3	4,1	-84,2	-95,9
2001	120,2	1,2	121,4	-241,7	1,1	-240,6	-362,0
2002	735,5	134,8	870,2	440,6	22,6	463,1	-407,1
2003	2.188,1	283,5	2.471,7	1.775,9	147,0	1.923,0	-548,7
2004	3.556,6	1.066,8	4.623,4	2.686,7	359,1	3.045,8	-1.577,6
2005	16.628,9	2.371,5	19.000,4	15.223,7	1.692,0	16.915,8	-2.084,6
2006	23.718,7	3.569,6	27.288,3	16.955,7	2.407,1	19.362,8	-7.925,5
2007	27.681,0	5.505,6	33.186,6	19.796,3	3.874,8	23.671,1	-9.515,6
2008	0,0	10.474,5	10.474,5	35.697,9	4.828,3	40.526,2	30.051,7
2009	0,0	40.268,6	40.268,6	0,0	11.164,1	11.164,1	-29.104,5
2010	0,0	0,0	0,0	0,0	22.258,5	22.258,5	22.258,5
<b>TOTAL</b>	<b>75.004,4</b>	<b>63.676,3</b>	<b>138.680,6</b>	<b>92.574,6</b>	<b>46.759,5</b>	<b>139.334,1</b>	<b>653,5</b>

Lógicamente el grueso de lo adeudado corresponde a los últimos ejercicios, el 53 % entre los años 2008 y 2010 y el 96% acumulado desde 2005. Se aprecia el desfase de la presentación de créditos por cuota Global ya que no existía deuda del ejercicio 2008 por este concepto al final de 2009 y aparece en 2010 por un importe que representa el 25 % del total de los pagos pendientes de percibir al final de este año.

Pero en este análisis global sigue faltando el lado de la deuda. En efecto, hasta aquí hemos considerado a los Estados como acreedores y todos son acreedores, pero todos son también deudores.

Este análisis solo puede hacerse para el conjunto del espacio europeo respecto a los saldos a 31 de diciembre, para los que los anexos de la nota correspondiente de la Comisión Administrativa presentan tablas cruzadas, pero no tablas que reflejen los créditos presentados que sería la magnitud más aproximada a los flujos de gasto derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa.

En el Anexo 4 se presentan las tablas extraídas de esas tablas cruzadas con los datos referidos a España tanto en su posición acreedora, como deudora y a continuación el resumen de las mismas.

Posición global española							Miles euros
Créditos pendientes de cobro y pago a 31 de diciembre							
	2009			2010			Evolución 2010
	Cuota global	Gasto real	Total	Cuota global	Gasto real	Total	
Acreedora	75.004	63.678	138.682	92.573	46.758	139.331	649
Deudora	8.494	62.009	70.503	6.197	67.968	74.165	3.662
<b>Saldo acreedor</b>	<b>66.510</b>	<b>1.669</b>	<b>68.179</b>	<b>86.376</b>	<b>-21.210</b>	<b>65.166</b>	<b>-3.013</b>

La situación a 31 de diciembre es claramente acreedora en lo que se refiere a cuota global, y deudora, al final de 2010, por lo referido a gasto real.

El 91,6 % de la posición deudora española es por créditos exigidos mediante facturas de gasto real y más del 50 % de la misma está concentrado en dos Estados: Alemania (35,5 %) y Francia (20,4 %) En cuanto a los pagos adeudados a España, el 66,4 % se refieren a créditos de cuota global y su reparto está menos concentrado. El máximo deudor es Noruega con un 16,7 % el Reino Unido con un 15,7 %; sumando lo adeudado por Francia (12,2%) y Alemania (9,4 %) ya se supera el 50% de la posición acreedora española.

Pero no se puede olvidar que estamos hablando de saldos pendientes de pago, no de gasto facturado a los estados europeos responsables de su cobertura. Por tanto, argumentos como que hay muchos más pensionistas –cuota global- europeos en España que españoles en Europa o que existe un margen de facturación –gasto real- a los turistas atendidos sanitariamente en España, no pueden basarse en estos datos, sino en los ofrecidos en el anexo 1 que recogen pagos y cobros efectivamente realizados.

## Referencia bibliográficas

1. *Cavas Martínez F. y Sánchez Triguero C. "La protección de la salud en la Constitución Europea". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales \_ Derecho Social y Comunitario\_ nº 57, 2005. [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/57/Est20.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/57/Est20.pdf)*
2. *European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. "The coordination of health-care in Europe. Rights of insured persons and their family members under Regulations (EC) N° 883/2004 and (EC) N° 987/2009" . Luxemburgo, febrero 2011. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=5942&type=2&furtherPubs=no>*
3. *García de Cortazar y Nebreda C. "¿Libre circulación de pacientes en la Unión Europea? La atención de los dependientes y la tarjeta sanitaria europea". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales \_Derecho Social y Comunitario\_ nº 47, 2003. [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/47/Est02.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/47/Est02.pdf)*
4. *García de Cortazar y Nebreda C. "El campo de aplicación del Reglamento 883/2004" . Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales \_Seguridad Social\_ nº 64, 2006. [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est3.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est3.pdf)*
5. *Hernández Bejarano, M. "El reintegro de los gastos sanitarios en el Derecho social comunitario y en la doctrina del T.J.C.E." Revista de Derecho Social, nº 26, 2004.*
6. *Hierro Hierro F .J. "Problemas de coordinación de la asistencia sanitaria en el Derecho Europeo". Ministerio de Trabajo e Inmigración, Colección Seguridad Social, nº33, 2009.*
7. *Marhold F. y Pieters D. "Asistencia sanitaria por enfermedad y por maternidad. El nuevo Reglamento de Coordinación de la Seguridad Social (UE) 883/2004". Revista del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales nº 64, 2006. [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est6.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est6.pdf)*

8. Sempere Navarro, A.V. "Coordenadas de Seguridad Social comunitaria: El Reglamento 883/2004" *Aranzadi Social* nº 9, 2004.
9. Varios Autores. *Ciudadanía sanitaria europea. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2009, vol.7, nº4. <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/volumen-07/numero-04>
10. World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies "Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies". *Observatory Studies Series 22*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf)



**ANEXO 1****Saldo de cobros y pagos de España. 2009**miles de  
euros

PAÍSES	GASTO REAL			CUOTA GLOBAL			SALDO TOTAL
	RECAUDADO DE	PAGADO A	SALDO	RECAUDADO DE	PAGADO A	SALDO	
ALEMANIA	16.075,87	3.862,22	12.213,66	39.477,15	1.362,60	38.114,54	50.328,20
ANDORRA	0,00	2.328,65	-2.328,65	0,00	0,00	0,00	-2.328,65
AUSTRIA	247,53	603,52	-355,99	687,24	88,01	599,23	243,24
BÉLGICA	3.797,74	4.994,43	-1.196,69	16.832,39	323,59	16.508,79	15.312,10
BULGARIA	11,69	2,04	9,65	0,00	0,00	0,00	9,65
DINAMARCA	226,30	23,28	203,03	7.692,02	0,00	7.692,02	7.895,04
ESLOVAQUIA	168,13	1,43	166,70	7,06	0,00	7,06	173,76
ESLOVENIA	17,22	17,55	-0,33	0,00	0,00	0,00	-0,33
ESTONIA	34,70	10,20	24,49	2,59	0,00	2,59	27,09
FINLANDIA	2.012,21	1.196,47	815,74	6.414,85	2,89	6.411,95	7.227,70
FRANCIA	11.812,24	13.937,21	-2.124,96	46.563,58	3.010,37	43.553,22	41.428,25
GRECIA	264,21	2,12	262,09	153,18	0,00	153,18	415,27
HUNGRÍA	86,24	0,19	86,05	0,00	0,00	0,00	86,05
IRLANDA	0,00	1,85	-1,85	0,00	0,00	0,00	-1,85
ISLANDIA	43,16	0,29	42,86	0,00	0,00	0,00	42,86
ITALIA	4.771,58	1.002,21	3.769,37	5.690,10	14,12	5.675,98	9.445,36
LETONIA	50,98	0,03	50,96	12,25	0,00	12,25	63,21
LIECHTENSTEIN	0,00	0,33	-0,33	0,00	0,00	0,00	-0,33
LITUANIA	63,26	0,00	63,26	14,70	0,00	14,70	77,96
LUXEMBURGO	68,69	140,90	-72,21	433,77	0,00	433,77	361,56
MALTA	10,51	23,78	-13,27	9,50	0,00	9,50	-3,77
NORUEGA	2.873,03	15,54	2.857,48	10.313,68	0,00	10.313,68	13.171,16
PAÍSES BAJOS	1.815,72	2.534,15	-718,43	23.042,11	231,17	22.810,94	22.092,51
POLONIA	637,66	101,31	536,34	0,00	0,00	0,00	536,34
PORTUGAL	3.951,96	84,29	3.867,67	18,51	0,00	18,51	3.886,18
REINO UNIDO	34.532,08	96,56	34.435,52	116.323,84	122,70	116.201,14	150.636,66
REP. CHECA	205,73	72,91	132,81	27,67	2,95	24,72	157,54
RUMANÍA	740,39	1,21	739,18	0,00	0,00	0,00	739,18
SUECIA	4.400,81	1.525,89	2.874,92	6.470,23	0,00	6.470,23	9.345,15
SUIZA	0,47	878,47	-878,00	0,00	164,12	-164,12	-1.042,12
<b>TOTAL</b>	<b>88.920,09</b>	<b>33.459,00</b>	<b>55.461,09</b>	<b>280.186,41</b>	<b>5.322,52</b>	<b>274.863,89</b>	<b>330.324,98</b>

## ANEXO 2

Créditos presentados y saldos acreedores						miles de euros		saldo acreedor s/ presentado		% EM s/ total presentado		% EM s/ total acreedor	
	Saldo acreedor 31/12/08	Créditos presentados 2009 (- anulados)	Saldo acreedor 31/12/09	Créditos presentados 2010 (- anulados)	Saldo acreedor 31/12/10	2009	2010	2009	2010	2009	2010		
ESPAÑA	136.098	421.371	138.681	472.920	139.335	32,91	29,46	17,83	22,46	6,04	5,64		
ALEMANIA	402.949	265.190	509.877	456.573	522.607	192,27	114,46	11,22	21,69	22,22	21,16		
FRANCIA	397.749	881.799	468.826	306.103	526.066	53,17	171,86	37,31	14,54	20,43	21,30		
BÉLGICA	84.732	292.863	319.314	225.443	297.445	109,03	131,94	12,39	10,71	13,91	12,05		
AUSTRIA	61.748	91.606	117.981	155.912	126.383	128,79	81,06	3,88	7,41	5,14	5,12		
SUIZA	97.837	90.747	119.132	116.634	125.680	131,28	107,76	3,84	5,54	5,19	5,09		
ITALIA	153.138	59.491	252.090	87.124	254.712	423,74	292,36	2,52	4,14	10,98	10,31		
HOLANDA	130.834	99.878	36.813	57.328	100.166	36,86	174,72	4,23	2,72	1,60	4,06		
GRECIA	36.045	26.690	87.719	49.233	85.737	328,66	174,15	1,13	2,34	3,82	3,47		
REINO UNIDO	9.179	38.690	51.723	48.427	37.567	133,69	77,57	1,64	2,30	2,25	1,52		
PORTUGAL	29.683	10.625	48.582	28.779	80.336	457,24	279,15	0,45	1,37	2,12	3,25		
SUECIA	23.385	23.351	17.548	19.059	21.684	75,15	113,77	0,99	0,91	0,76	0,88		
REP. CHECA	13.804	13.648	15.236	15.388	17.929	111,64	116,51	0,58	0,73	0,66	0,73		
LUXEMBURGO	35.931	10.954	46.863	14.484	52.712	427,82	363,93	0,46	0,69	2,04	2,13		
ESLOVAQUIA	8.084	10.056	11.406	13.445	14.833	113,42	110,32	0,43	0,64	0,50	0,60		
ESLOVENIA	10.994	5.554	16.155	9.998	12.522	290,87	125,25	0,24	0,47	0,70	0,51		
POLONIA	6.071	8.431	8.086	7.019	19.252	95,91	274,28	0,36	0,33	0,35	0,78		
CHIPRE	1.018	1.076	1.043	6.869	4.268	96,93	62,13	0,05	0,33	0,05	0,17		
HUNGRÍA	1.160	2.392	7.951	4.062	11.832	332,40	291,29	0,10	0,19	0,35	0,48		
FINLANDIA	4.218	3.758	7.056	3.614	6.730	187,76	186,22	0,16	0,17	0,31	0,27		
NORUEGA	5.523	980	7.082	3.246	3.840	722,65	118,30	0,04	0,15	0,31	0,16		
DINAMARCA	1.966	1.727	2.756	1.610	3.877	159,58	240,81	0,07	0,08	0,12	0,16		
ESTONIA	375	733	282	819	425	38,47	51,89	0,03	0,04	0,01	0,02		
LITUANIA	117	643	169	377	235	26,28	62,33	0,03	0,02	0,01	0,01		
ISLANDIA	436	123	716	253	682	582,11	269,57	0,01	0,01	0,03	0,03		
RUMANÍA	295	100	583	226	1.013	583,00	448,23	0,00	0,01	0,03	0,04		
LIECHESTEIN	46	167	52	164	94	31,14	57,32	0,01	0,01	0,00	0,00		
LETONIA	29	48	62	146	80	129,17	54,79	0,00	0,01	0,00	0,00		
BULGARIA	99	104	213	95	451	204,81	474,74	0,00	0,00	0,01	0,02		
IRLANDA	0	0	0	0	0			0,00	0,00	0,00	0,00		
MALTA	480	474	935	0	935	197,26		0,02	0,00	0,04	0,04		
<b>Total</b>	<b>1.654.023</b>	<b>2.363.269</b>	<b>2.294.932</b>	<b>2.105.350</b>	<b>2.469.428</b>	<b>97,11</b>	<b>117,29</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>		



## ANEXO 3

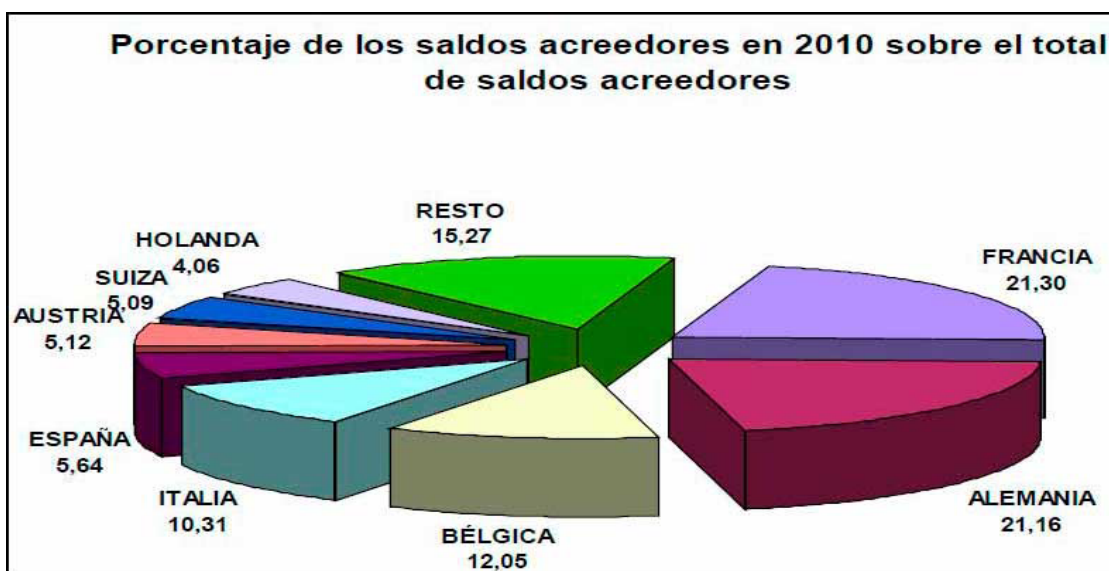
### Saldo de los créditos a 31 de diciembre. 2009 y 2010

Como se ha dicho la información suministrada a la Comisión Administrativa es más exhaustiva en cuanto a la situación de los créditos a fin de ejercicio. A este respecto cabe señalar la gran estabilidad de los créditos pendientes de pago a la mayoría de Estados y su nivel bastante elevado respecto a los nuevos créditos registrados anualmente.

En 2009 se presentaron al cobro créditos por un importe de 3.090,9 millones de euros y se anularon por valor de 86 millones; se pagaron 2.363 millones y, como consecuencia los créditos pendientes de pago pasaron de 1.654 a 2.300 millones de euros.

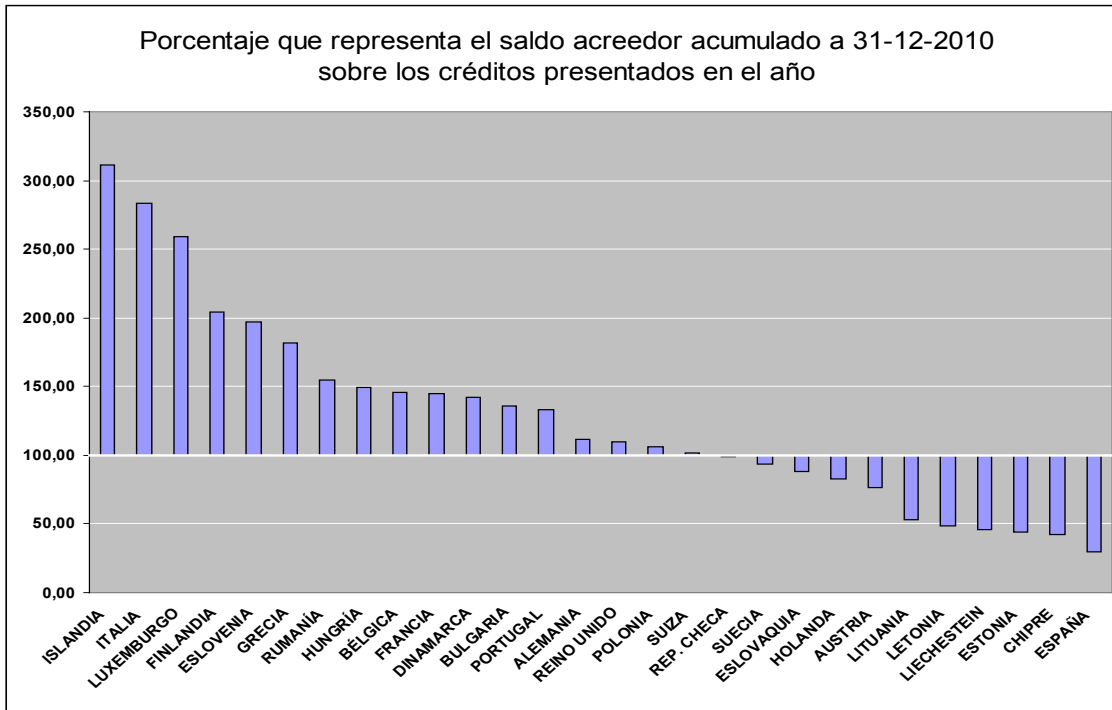
En 2010 descendió el total de créditos presentados a 2.337 millones y las anulaciones fueron por valor de 57 millones; se pagaron por un valor de 2.105 millones, ascendiendo el total pendiente de saldar a casi 2.500 millones de euros.

Si analizamos el volumen de saldos pendientes de pago a los diferentes estados, también el mayor volumen –un 85 %-corresponde a los 8 Estados que mayor volumen de créditos presentaron, pero hay algunos cambios significativos en la posición de los Estados. En el caso español, habiendo presentado más del 20 % de los créditos su volumen pendiente es solo el 5 % del total, sin embargo Italia que había presentado menos del 4 % del total de créditos, tiene pendiente de cobro un 10,3 % del total.



En general se aprecia una gran variabilidad del ratio entre créditos pendientes y créditos presentados. Para la mayoría de los estados el saldo acumulado es muy superior al volumen anual de gasto generado o, más bien, de créditos presentados pues ya vimos que no son conceptos completamente asimilables.

Hay al menos cuatro Estados en los que el saldo acumulado supera el doble del volumen anual de créditos y solo diez en los que ese saldo es inferior a los créditos anuales presentados.



## ANEXO 4

España acreedora								España deudora							
Créditos pendientes de cobro a 31 de diciembre por Países								Créditos pendientes de pago a 31 de Diciembre							
Miles euros								Miles euros							
	2009			2010			Evolución CRÉDITO en 2010		2009			2010			Evolución DEUDA en 2010
	Cuota global	Gasto real	Total	Cuota global	Gasto real	Total			Cuota global	Gasto real	Total	Cuota global	Gasto real	Total	
ALEMANIA	6.444	18.884	25.328	4.969	8.105	13.074	-12.254		4.968	21.858	26.826	3.672	22.660	26.332	-494
AUSTRIA	892	1.512	2.404	131	931	1.062	-1.342		197	1.268	1.465	223	1.401	1.624	159
BÉLGICA	4.798	2.533	7.331	4.931	559	5.490	-1.841		162	6.077	6.239	133	5.980	6.113	-126
BULGARIA	33	816	849	200	1.171	1.371	522		0	24	24	0	38	38	14
CHIPRE	2	18	20	5	16	21	1		0	14	14	0	15	15	1
DINAMARCA	1.216	465	1.681	2.798	298	3.096	1.415		0	713	713	0	764	764	51
ESTONIA	0	0	0	0	28	28	28		0	7	7	0	5	5	-2
FINLANDIA	-1	696	695	128	722	850	155		3	3.597	3.600	3	3.480	3.483	-117
FRANCIA	8.388	7.777	16.165	14.416	2.527	16.943	778		2.136	12.656	14.792	1.429	13.705	15.134	342
GRECIA	127	265	392	144	349	493	101		73	1	74	73	53	126	52
HUNGRÍA	34	3	37	53	3	56	19		12	8	20	17	12	29	9
IRLANDA	3.837	6.351	10.188	3.872	7.051	10.923	735		0	0	0	0	0	0	0
ISLANDIA	177	291	468	164	257	421	-47		0	43	43	0	54	54	11
ITALIA	6.924	6.089	13.013	8.849	4.162	13.011	-2		449	1.906	2.355	111	1.253	1.364	-991
LETONIA	0	2	2	0	3	3	1		0	1	1	0	3	3	2
LIECHESTEIN	20	36	56	33	20	53	-3		0	5	5	0	6	6	1
LITUANIA	6	1	7	1	1	2	-5		2	5	7	3	7	10	3
LUXEMBURGO	44	83	127	25	6	31	-96		155	300	455	106	393	499	44
MALTA	0	0	0	6	0	6	6		0	80	80	0	80	80	0
NORUEGA	20.554	3.620	24.174	20.432	2.784	23.216	-958		0	1.723	1.723	0	1.273	1.273	-450
HOLANDA	5.630	1.091	6.721	3.322	2.465	5.787	-934		28	298	326	29	1.614	1.643	1.317
POLONIA	155	806	961	141	417	558	-403		0	167	167	10	324	334	167
PORTUGAL	1.744	4.774	6.518	4.091	8.303	12.394	5.876		100	718	818	150	1.094	1.244	426
RUMANÍA	51	1.175	1.226	322	2.444	2.766	1.540		0	41	41	0	84	84	43
REINO UNIDO	10.858	2.105	12.963	19.708	2.212	21.920	8.957		0	1.846	1.846	0	3.189	3.189	1.343
ESLOVAQUIA	0	199	199	0	209	209	10		1	50	51	0	68	68	17
ESLOVENIA	0	21	21	0	81	81	60		0	44	44	0	56	56	12
SUECIA	1.823	779	2.602	3.046	-340	2.706	104		1	859	860	9	757	766	-94
SUIZA	1.248	3.022	4.270	786	1.570	2.356	-1.914		185	7.611	7.796	200	9.373	9.573	1.777
REP. CHECA	0	264	264	0	404	404	140		22	89	111	29	227	256	145
<b>Total</b>	<b>75.004</b>	<b>63.678</b>	<b>138.682</b>	<b>92.573</b>	<b>46.758</b>	<b>139.331</b>	<b>649</b>		<b>8.494</b>	<b>62.009</b>	<b>70.503</b>	<b>6.197</b>	<b>67.968</b>	<b>74.165</b>	<b>3.662</b>