

9 comunitania

REVISTA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES
INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL WORK AND SOCIAL SCIENCES

ENERO / 2015

ISSN: 2173-0512 / www.comunitania.com



LUIS MANUEL RODRÍGUEZ OTERO | EVARISTO BARRERA ALGARÍN | JOSÉ LUIS MALAGÓN BERNAL
JOSÉ LUÍS SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO | JUANA ROS PIQUERAS | ALEJANDRA GIRALDO CHAPAPRIETA
ESTER MÉNDEZ PÉREZ | MERCÈ RIQUELME OLIVARES | XINGAN LI | PEDRO ISNARDO DE LA CRUZ LUGARDO

El turismo sanitario en España: mitos y realidades

Health tourism in Spain: myths and realities

Alejandra Giraldo Chapaprieta* y Ester Méndez Pérez**

* Colaboradora del departamento de Economía Aplicada e Historia económica. Facultad de CC. Económicas. UNED. alejandragiraldoch@hotmail.com, ** Profesora titular del departamento de Economía Aplicada e Historia Económica. Facultad de CC. Económicas. UNED. emendez@ccee.uned.es)

Abstract:

The aim of this study was to determine and quantify an aspect of our public health system that in recent years has received great interest from the government and institutions – health tourism. Importantly, this concept encompasses two distinct realities: the people who visit our country for surgery and / or receive health care in our public health centers and those who do it in private centers. In this article we present the first reality in quantitative terms. Can we really speak of a true medical tourism in the public health system? Does providing medical assistance to foreigners really affect our public expenditure? Are non-residents exploiting our public health resources? These and other questions arise in this context. This study will conclude that this foreign assistance is prevalent only in a few areas, those being where we border other countries, and where there is a large immigrant population.

Keywords: Health tourism, medical care to foreigners, border health cooperation.

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es conocer y cuantificar un aspecto de nuestro sistema público de salud que en los últimos años ha recibido un gran interés por parte del gobierno e instituciones, el turismo sanitario. Es importante resaltar que este concepto engloba dos realidades bien diferenciadas: la de aquellas personas que visitan nuestro país para operarse y/o recibir asistencia sanitaria en nuestros centros públicos sanitarios y aquellos que lo hacen en centros privados. Pues bien, en este artículo presentamos una aproximación analítica a la primera de las realidades ¿podemos hablar realmente de un verdadero turismo sanitario en centros públicos? ¿Supone una carga para nuestras arcas públicas esta asistencia médica a extranjeros? ¿Es preocupante el “aprovechamiento” de nuestros recursos públicos sanitarios por personas no residentes? Estas y otras preguntas surgen en este contexto. Del estudio realizado concluiremos que esta asistencia a extranjeros solo tiene una importancia cuantitativa cuando nos referimos a comunidades o regiones de carácter fronterizo o dónde la presencia de población inmigrante extranjera es resaltable.

Palabras clave: Turismo sanitario, asistencia médica a extranjeros, cooperación sanitaria transfronteriza.

Article info:

Received: 21/10/2014 / Received in revised form: 12/01/2015

Accepted: 20/01/2015 / Published online: 25/01/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.9.4>

1. Introducción

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, entendiéndolo 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 este artículo es analizar el hecho "turismo sanitario", si realmente se puede hablar de la existencia de un turismo sanitario en centros públicos de salud, si este absorbe un número elevado de nuestros recursos asistenciales, o/y si ha alcanzado unas cuotas alarmantes. Para ello en primer lugar será necesario definir con precisión qué entendemos por turismo sanitario de forma que sea posible cuantificar el fenómeno y en último término concluir o no si el turismo sanitario soportado con fondos públicos es un hecho preocupante para la economía española.

Definición del Turismo Sanitario:

Desde un punto de vista académico no está clara la definición de Turismo Sanitario. Algunos autores, como Helble, M. tienen una visión muy amplia de este fenómeno y lo describen como cualquier acto médico que se produce fuera del lugar de residencia sea intencionado o no. Para otros, como Lizarralde 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.

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.

A partir de esta definición nos encontramos con una dificultad añadida en los datos y estadísticas que están a nuestro alcance ya que en estos no se contempla en ningún caso la intencionalidad. Será por tanto a través del análisis del tipo de atención sanitaria recibida donde se pueda distinguir si la prestación recibida ha sido intencionada o no.

2. Asistencia médica a extranjeros

Cuando hablamos de Turismo Sanitario es necesario distinguir entre dos fenómenos: la asistencia médica a extranjeros suministrada por el sector privado y la asistencia médica suministrada por el sistema público de salud. La primera de ellas se percibe en el sector médico y turístico como una oportunidad. Se estima que en año 2013 el turismo de salud generó 75 billones de dólares y que este volumen se incrementará a tasas del 20% en los próximos años (OCDE, 2011) y España quiere ser partícipe. Este tipo de turismo es considerado como uno de los segmentos con mayor potencial de crecimiento en todo el planeta, y se prevé que para 2015 su dinámica económica concentre 128 mil millones de euros anuales.

Nuestro país 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. En este contexto se ha desarrollado un Plan Nacional Integral de Turismo (2012-2015), que 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 del turismo internacional (Lizarralde, 2013).

Por otro lado nos encontramos con el turismo sanitario de provisión pública, que es el que se analiza en este trabajo. Desde esta óptica el concepto de turista es más restrictivo pues la motivación principal del viaje es recibir un tratamiento médico, por lo tanto se excluye el turismo de salud y bienestar que se asocia con el ocio y disfrute propios de la condición de turista.

2.1. 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 CMBD (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 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados).

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 Social¹ son contabilizados, a efectos estadísticos, como ciudadanos residentes.

¹ 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.

TABLA 1. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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

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

Los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 1 permite apreciar claramente la tendencia creciente en el número de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 2). 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) sería superior al que está reflejado en las estadísticas (tabla 1), ya que parte de los Pacientes con Residencia Desconocida Hospitalizados son, en realidad PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados).

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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados), 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 2. 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

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.

2.2. 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 EEUU, 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.

2.3. PREH atendidos en términos relativos

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

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

TABLA 3. Porcentaje de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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.

Como se puede observar en la segunda columna de la tabla 3 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.

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

La Tabla 4 refleja el número total de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 4. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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>.

2.4. Análisis por Comunidades Autónomas

En una primera aproximación a la forma en la que los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 5. 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%
Comunidad de Madrid	4.819.356	9,24%	4.632.253	8,79%	4.478.060	7,97%

Fuente: Elaboración propia. Tourspain.

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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados), concentrando así la mayor parte de las asistencias a este colectivo. En el año 2010 el porcentaje de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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.

TABLA 6. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) por Comunidades Autónomas.2009 y 2010

	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.

Como síntesis, para extraer una conclusión sobre la forma en la que se distribuyen los turisats y los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) se realiza una media de los porcentajes obtenidos para los años 2009, 2010 y 2011.

TABLA 7. Distribución media de turistas y de PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados). 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 %

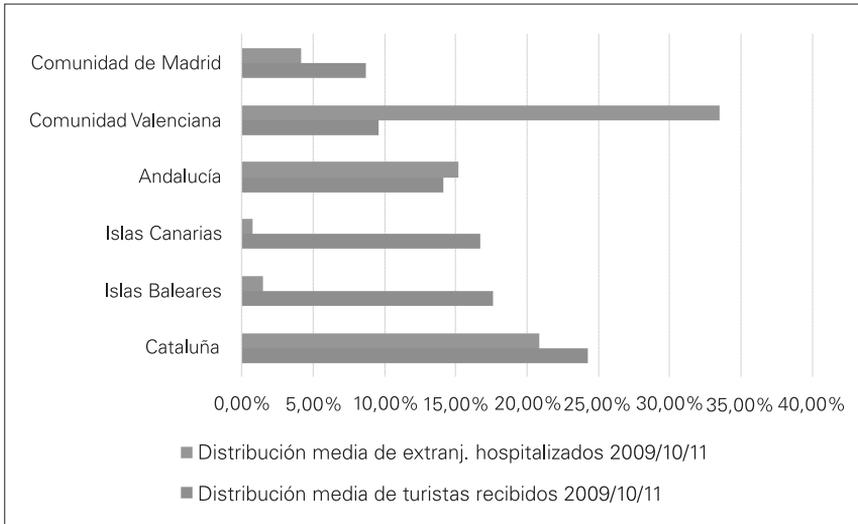
Fuente: Elaboración propia. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

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 1. 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. Caracterización de los PREH

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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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 (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) en España, se observa que los PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) que son atendidos en Ceuta y Melilla tienen un comportamiento diferente al resto. Teniendo en cuenta que de cada 100 PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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.

3.1. PREH (Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados) 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.

3.1.1. 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 8. 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.

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.

3.1.2. 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 9. 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	15260	100

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

3.2. Distribución de PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados) 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.

3.2.1. Distribución por edades de los PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados) 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 10. 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.

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.

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

TABLA 11. Distribución por edades de los PREH atendidos en el resto de España

Edad pacientes	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Menores de 1 año	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%

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

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.

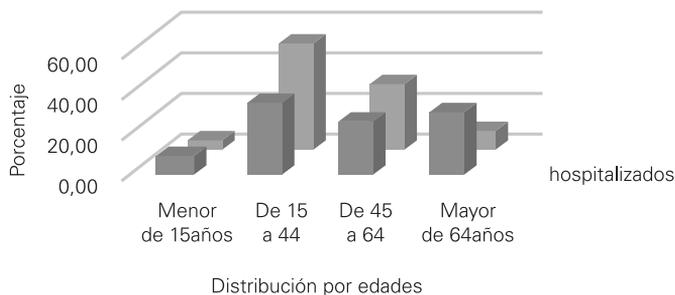
Para comparar la distribución por edades de los PREH atendidos con la distribución por edades de turistas recibidos haremos una media aritmética de los últimos datos disponibles, años 2009, 2010 y 2011.

TABLA 12. Comparativa por edades de los pacientes extranjeros atendidos y los turistas recibidos en España (excepto Ceuta y Melilla)

Edad pacientes	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Menores de 1 año	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%

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

GRÁFICO 2. 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.

3.3. 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 3. 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.

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 2012.²

² 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)

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.

3.5. *Causas y coste 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.

3.5.1. 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.

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.

TABLA 15. 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 cardíaca	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.

Respecto al resto de casos de hospitalización en Ceuta y Melilla son las enfermedades cardíacas (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.

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

TABLA 16. 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 cardiaca	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.

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

límites 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 sanitarias, 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.

3.6. *Coste de los servicios médicos a PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados)*

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 17. Coste de los servicios médicos a PREH (Pacientes residentes en el extranjero hospitalizados) años 2009, 2010, 2011

Años	Coste
2009	67.633.902 €
2010	55.199.123 €
2011	88.527.191 €

Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Sanidad.

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.

3.7. 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%.

4. Conclusiones

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 ser-

vicios que se prestan, se contabilizan y facturan adecuadamente³. Este tipo de paciente-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.
3. 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.
4. 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 cre-

³ En este sentido el Tribunal de Cuentas en su Informe sobre la fiscalización de prestaciones médicas a extranjeros señala algunas recomendaciones.

cimiento 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.

5. Referencias bibliográficas

Centro de Investigaciones Sociológicas. 2011. "Percepción de los principales problemas de España". Barómetros. Indicadores. Fecha de consulta: 22 de Marzo de 2013

http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Indicadores/documentos_html/Tres-Problemas.html

España. 2010. "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". BOE núm: 89. Páginas: 32900 a 32907. Fecha de consulta: 31 de Marzo 2014.

España. 2000. "Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social" BOE núm. 10: páginas 1139 a 1150. Fecha de consulta: 12 de Enero de 2013.

España.1986. "Ley 14/1986, de 25 Abril 1986, General de Sanidad" BOE núm.102 pág: 1207 a 1224. Fecha de consulta: 29 de abril de 2013.

España. 2012. "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. núm. 98 pág: 2010 a 5403. Fecha de consulta: 24 abril 2012.

Helble, M. 2010. "The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health". World Trade Organization– Publish on line: 26 November 2010. Consulta: 23 de Abril del 2014.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/>

Instituto Nacional de Estadística. 2010 "Encuesta Nacional de Migrantes 2007". INEbase / Demografía y población / **Migraciones. Fecha de consulta: 15 de Septiembre 2013.**

http://www.ine.es/inebmenu/mnu_migrac.htm

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. "La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD Registro de altas". Informe resumen 2010". Madrid. p.8.

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 1997 "Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. " Madrid. P.5.

Lizarralde, E. y Auren. 2013. "Turismo de Salud". Ed: Fundación EOI. Madrid: P.10-22. Fecha de consulta: 5 Febrero de 2014

http://www.minetur.gob.es/turismo/esES/PNIT/Eje3/Documents/turismo_salud_espana.pdf

Martínez, D. ABC, Sociedad. 13 Abril 2012. " Reino Unido alecciona a sus súbditos para aprovechar la sanidad española". Alicante. Fecha de consulta: 13 de Abril 2012.

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 2014. vol.60/1. Pag:135-159.Fecha de consulta: 26 de Junio 2014.

www.dag.revista.uab.es/article/view/v60-n1-oliveras-trillo/pdf-es

Rosenmöller, M., Mckee, M. y Baeten, R. 2006. "Patient mobility in the European Union": World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.P.81– 126. Fecha de consulta: 10 de Octubre 2012

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

Servet. 2008. "Turismo sanitario: vienen a tomar el sol, se operan gratis y desaparecen". El confidencial. 4 de Octubre del 2008. Fecha de consulta: 2 de Diciembre de 2013. http://www.elconfidencial.com/archivo/2008/10/04/salud_59_turismo_sanitario_vienen_to_mar_operan.html

Tribunal de Cuentas. 2013 "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. núm. 72. Pág. 23184-24598. Fecha de consulta 25 de Marzo de 2013.

ARTICULOS/ARTICLES

Dificultades de los programas de inclusión social en el rural gallego / Difficulties for the program of social inclusion in the rural Galicia Luis Manuel Rodríguez Otero	Págs 9-50
Trabajo Social, su contexto profesional y el Síndrome de Burnout / Social Work, professional context and Burnout Syndrome Evaristo Barrera Algarín, José Luis Malagón Bernal y José Luís Sarasola Sánchez-Serrano	Págs 51-71
Análisis longitudinal de los itinerarios de inserción ocupacional y laboral de jóvenes con discapacidad intelectual tras la escolaridad obligatoria / Longitudinal analysis of the occupational and labour integration pathways for young people with intellectual disabilities after compulsory schooling Enrique Pastor Seller y Juana Ros Piqueras	Págs 73-90
El turismo sanitario en España: mitos y realidades / Health tourism in Spain: myths and realities Alejandra Giraldo Chapaprieta y Ester Méndez Pérez	Págs 91-118
La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar / The representation of cancer in the ill person and their family. Their meanings involvement in family communication Merçè Riquelme Olivares	Págs 119-136
Some Ideas in Traditional Chinese Culture Related to Human Rights Conception: With Special Regard to the Works of Mencius / Algunas ideas en la cultura china tradicional relacionadas con la Concepción de los Derechos Humanos: con especial atención a las obras de Mencio Xingan Li	Págs 137-150
Prudencia Social y Trabajo Social. ¿Un nuevo enfoque para la práctica profesional y la intervención social compleja? El caso de la Ciudad de México / Social prudence and social work. A new theoretical approach for the professional practice and complex social intervention? The case of México DF. Pedro Isnardo De la Cruz Lugardo	Págs 151-165

RESEÑAS/REVIEWS

Luis Miguel Rondón y María Luisa Taboada (coords). Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos / Voices for social work ethics in tremulous times (por Javier Pacheco-Mangas)	Págs 167-169
C. Marcuello Servós, J.D. Gómez Quintero (eds.). Las políticas públicas y sociales en la encrucijada: incertidumbre, complejidad y cambio / Public and Social Policy at the Crossroads: uncertainty, complexity and change (por Bea Izuel Montañés)	Págs 171-175
Marta Gonzalo Quiroga y Francisco Javier Gorjón Gómez (et al). Métodos Alternos de Solución de Conflictos. Herramientas de paz y modernización de la justicia / Alternative Dispute Resolution. Peace tools and justice modernization (por Paris Alejandro Cabello Tijerina)	Págs 177-179
Marit Skivenes, Ravinder Barn, Katrin Kri, Tarja Pösö (eds.). Child Welfare Systems and Migrant Children. A Cross Country Study of Policies and Practices / Sistemas de Bienestar Infantil y menores inmigrantes. Un estudio internacional transversal a través de Políticas y Prácticas (por Gaetano Gucciardo)	Págs 181-187