

## **El envejecimiento como ejemplo de bienestar social y oportunidad para el desarrollo económico:**

### **Servicios sanitarios para personas mayores, turistas/residentes no permanentes**

---

#### **Introducción**

El rol de los servicios sanitarios enfocado a pacientes extranjeros tiene una doble vertiente. Por un lado, pueden ser un polo de atracción de pacientes extranjeros de otros países que buscan una solución médica a buen precio y de buena calidad en otro país. En tal caso, el resultado final del desplazamiento se valora principalmente en términos médicos. A este tipo de desplazamiento se le denomina en ocasiones “turismo sanitario”.

Por otro lado, los servicios sanitarios pueden considerarse una infraestructura (un input intermedio) para mejorar la competitividad del sector turístico de un país, o su reclamo como posible destino, de residencia no permanente de ciudadanos extranjeros. El objetivo final del desplazado/turista, no es la asistencia sanitaria, pero, sin haberlo planificado, el turista o residente no permanente puede requerir de dichos servicios. Éstos, devienen un input indispensable para aumentar el turismo y la residencia de extranjeros en nuestros países. Forma parte de las infraestructuras propias del llamado capital social (Putnam) con el que las sociedades construyen un entorno amable y seguro en sus relaciones cotidianas y se hacen atractivas a los visitantes. Un factor de crecimiento económico que muchos autores ya detectan como de mayor relevancia que el capital físico e incluso tecnológico, al ser más idiosincrático y menos ‘comerciable’ e importable entre fronteras, acompañando ciertamente las condiciones geofísicas y climáticas.

#### **Servicio asistenciales para turistas/residentes no permanentes**

La gama de servicios sanitarios puede ser muy diferente según se esté captando pacientes de otros países (turismo sanitario) o se esté proporcionando un servicio básico a turistas y/o residentes no permanentes.

- **Turismo sanitario**

El turismo sanitario lleva implícita cierta planificación y, por lo tanto, un tipo de patología o necesidad asistencial no urgente, relativas a contingencias que no suelen cubrir los seguros sanitarios públicos del Sur de Europa (como terapias en balnearios, tratamientos estéticos, *wellness*, medicina del deporte, cirugía plástica, cirugía electiva, rehabilitación post traumática o reproducción asistida, por ejemplo).

Para este tipo de servicios, la provisión por parte del sector privado es la más frecuente. Se estima que en 2014 se desplazaron unos 25.000 turistas a tratarse en

hospitales a España, sin contar con el tratamiento a balnearios. Gastaron en torno a 500 millones de euros en asistencia sanitaria, sin contar otros gastos relacionados con la estancia (hoteles, desplazamientos, etc.). Este tipo de turista, gasta en torno a 8 y 10 veces más que un turista medio. Sobre el turismo de *Wellness*, puede encontrarse información reciente, con enfoque europeo e información específica de Portugal y España, en M.Peris-Ortiz y J. Álvarez-García (eds.) 2015. *Health and Wellness Tourism Emergence of a New Market Segment*. Springer.

- **Turistas/residentes no permanentes**

Los servicios sanitarios requeridos por turistas o residentes, tienen más que ver con contingencias comunes (derivadas de enfermedades nuevas o preexistentes) y accidentes sobrevenidos. Suelen cubrirse por seguros médicos específicos para desplazados (seguro de viaje), o por el seguro público del país de origen, mediante el cumplimiento de acuerdos bilaterales entre Estados, o mediante la normativa europea existente (para originarios europeos).

Al margen de lo que ocurre entre pacientes de países europeos, la asistencia a extranjeros suele requerir una certificación específica de los hospitales que proveen servicios asistenciales (como la acreditación de la *Joint Commission*).

### **El caso especial de Europa**

En Europa, es de aplicación la Directiva 2011/24/EU para la atención sanitaria transfronteriza. Según ésta, cualquier desplazado tiene los mismos derechos de cobertura (aseguramiento) que tiene en su país de origen. Es decir, si es alemán, en cuyo caso puede que tenga cobertura para asistencia en balnearios, podrá optar a este tipo de servicio en España/Portugal.

Independientemente de qué cobertura tenga el Europeo en su país de origen, el sistema público de España/Portugal no tiene porqué variar su organización, ni filtros de acceso, ni gama de servicios, ni guías clínicas, a ningún extranjero. Siguiendo con el ejemplo anterior, un alemán tendrá cubierto el servicio de balneario, pero si el SNS de España/Portugal no lo provee (no lo cubre) no tiene obligación de proporcionárselo a un turista/residente europeo.

El mecanismo de financiación consiste en que al paciente europeo se le cobra por el servicio en el momento de la prestación, de acuerdo con las tarifas del proveedor. El paciente debe tramitar su reembolso en el país de origen, en el que normalmente se le

aplican las reglas de cobertura del mismo país. En algunos casos, el país de origen puede solicitar una autorización previa de cobertura en el extranjero<sup>1</sup>.

En resumen, en líneas generales, la Directiva 2011/24/EU establece que, a efectos de financiación (cobertura), prevalece la que exista en el país de origen del extranjero. A efectos de provisión, prevalece la provisión existente en España y Portugal, a nivel público y privado.

Esta directiva entró en vigor el 24 de abril de 2013 y debía ser incorporada por los Estados miembros el 25 de octubre de 2013, y previó un informe (en su artículo 20) publicado el 4 de septiembre de 2015, incluyendo el estado de la transposición, la movilidad de pacientes, las prácticas de reembolso, la información a los pacientes y la cooperación en el marco de la Directiva.

En relación a la transposición de la Directiva, el informe destaca el elevado número de incidencias y dificultades de implantación. Los flujos de pacientes que son atendidos en el extranjero en virtud de la Directiva son bajos, según dicho informe, El informe sólo recoge informes de solicitud de autorización previa de 17 de los 21 Estados miembros, con un total de 560 solicitudes de autorización (360 de las cuales fueron concedidas). Además, Francia declaró haber concedido 57.000 autorizaciones (incluyendo autorizaciones relativas a Reglamentos sobre Seguridad Social).

En relación a los tratamientos sin autorización, Finlandia reembolsó 17.142, Francia notificó 422.680 y Luxemburgo 117.962 (incluyendo autorizaciones relativas a Reglamentos sobre Seguridad Social).

Una de las dificultades de cumplimiento efectivo de la disposición, que se agrava para las personas mayores, es el relativo al principio de reconocimiento mutuo de las recetas médicas entre los Estados miembros. La Directiva de Ejecución 2012/52/EU establece la lista de elementos que deben figurar en las recetas transfronterizas, como es el caso de la exigencia del uso de la “denominación común” del producto (que corresponde, en la práctica, a la denominación común internacional en el caso de la gran mayoría de productos).

En conclusión, el nivel de movilidad de los pacientes que viajan al extranjero para recibir asistencia programada (tanto con arreglo a la Directiva como en virtud de los Reglamentos sobre Seguridad Social), sigue siendo bajo (excepto en Francia,

---

<sup>1</sup> El Artículo 8, apartado 2, letra a), de la Directiva autoriza a los Estados miembros a hacer uso de un sistema de autorización previa para la asistencia sanitaria que está sujeto a imperativos de planificación cuando suponga pernoctar al menos una noche en un hospital o que exija el uso de infraestructuras o equipos médicos especializados y costosos. El artículo 8 también, apartado 2, letras b) y c), los autoriza a exigir una autorización previa para tratamientos que exponen al paciente o a la población a un riesgo particular, o para cuidados dispensados por un prestador de asistencia sanitaria que suscite dudas graves relacionadas con la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, en la práctica, los sistemas de autorización previa se basan casi enteramente en el artículo 8, apartado 2, letra a).

Luxemburgo, Finlandia y Dinamarca). Aunque parece ser mucho más alto cuando se trata de asistencia sanitaria no programada. Según el informe de la Comisión, parte de estas cifras tan bajas se podría explicar por la tardanza en aplicar la Directiva, o en la falta de información de los pacientes sobre capacidad de reembolso. Puede también que la demanda natural de asistencia sanitaria transfronteriza sea relativamente baja por varias razones: los pacientes son poco propensos a viajar (por ejemplo, para no alejarse de las familias en procesos asistenciales), por barreras lingüísticas; diferencias de precio entre Estados miembros (baremos de reembolso inferiores a los aplicados en el Estado de procedencia), requisitos administrativos y procesos de autorización engorrosos, y plazos de espera en los países de destino.

### **Retos a tener en cuenta para fomentar los servicios sanitarios para personas mayores**

- Las personas mayores tienen un tipo de patología más crónica y pluripatológica. Esto implica una mayor relevancia, para una asistencia efectiva, de la transversalidad de los servicios: buena coordinación entre especialidades y niveles asistenciales, y entre servicios sociales y sanitarios. Es importante implantar estas características en España y Portugal para poder ser competitivos en la atracción de este tipo de población, pues no es una reorganización que se pueda implantar de forma ad-hoc para pacientes extranjeros;
- La dependencia física de este grupo poblacional para la realización de parte de sus actividades diarias y para desplazarse debe contemplarse (incapacidad para conducir, por ejemplo). Requiere de una red extra-sanitaria organizada.
- Los progresos de la tecnología pueden proporcionar una mayor implantación de la telemedicina (incluidas las farmacias en línea) y de integración de la historia clínica (electrónica). No hay una normativa sobre este intercambio de información y es por lo tanto una asignatura pendiente. En todo caso, adecuadamente legislada, puede brindar una oportunidad a los desplazamientos al hacer la asistencia mucho más eficiente.
- Los hospitales y resto de proveedores deben pasar las acreditaciones y controles de calidad conocidos (como el de la *Joint Commission*). Los protocolos en relación a prótesis y otros dispositivos es igualmente importante que vean sus normativas homogeneizarse.
- Los dispositivos tienen que ser más flexibles en respuesta a las demandas estacionales, contraviniendo en su caso los períodos de vacaciones convencionales de sus profesionales

- Es importante resolver problemas de barreras lingüísticas, especialmente entre una población mayor, con menor conocimientos en lenguas que generación es más jóvenes.
- La calidad hotelera de algunos hospitales en el Sur de Europa deben mejorarse para ser competitivos
- Los proveedores deben asegurar una capacidad de facturación, o de respaldo de la administración sanitaria, de manera que la asistencia a extranjeros en ningún caso suponga un coste para el hospital.
- La adaptación de las carteras de servicios en España y Portugal debe ser competitiva respecto a la del resto de países que buscan atracción de pacientes extranjeros.