

III. OTRAS DISPOSICIONES

CORTES GENERALES

3242 *Resolución de 18 de diciembre de 2012, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas en relación con el 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.*

La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en su sesión del día 18 de diciembre de 2012, a la vista del Informe remitido por ese Alto Tribunal acerca del 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, acuerda:

1. Se insta al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas a que velen por la adecuada actualización e intercambio de información de las bases de datos para que las personas aseguradas en otros Estados Miembros y que residan en España con derecho a la asistencia sanitaria pública estén correctamente identificadas y registradas en las mismas, para que la expedición de la Tarjeta Sanitaria Individual se realice por las administraciones sanitarias competentes adecuadamente.

2. Se insta al Instituto Nacional de la Seguridad Social y al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a que mantengan una estrecha colaboración en el intercambio de información, que permita detectar cuanto antes las situaciones irregulares y errores que se puedan producir en los datos contenidos en las correspondientes bases de datos.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de diciembre de 2012.—El Presidente de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, Ricardo Tarno Blanco.—La Secretaria Primera de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, Celia Alberto Pérez.

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

El Pleno del Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y a tenor de lo previsto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado, en su sesión de 29 de marzo de 2012, el 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, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, según lo prevenido en el art. 28.4 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

SECCIÓN I. CONSIDERACIONES GENERALES.

1. Iniciativa del procedimiento.
2. Prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios internacionales de la seguridad social.
 - 2.1 Introducción.
 - 2.2 Régimen jurídico.
 - 2.3 Órganos competentes.
3. Normativa aplicable.

SECCIÓN II. NATURALEZA DEL EXAMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Objetivos y alcance.
2. Tratamiento de alegaciones.
3. Conclusiones.
 - 3.1 Conclusiones sobre la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios.
 - 3.2 Conclusiones sobre los formularios de derecho emitidos por el instituto nacional de la seguridad social.
 - 3.3 Conclusiones sobre la metodología del cálculo del importe de las cuotas globales.
 - 3.4 Conclusiones sobre la asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes.
 - 3.5 Conclusiones sobre los Convenios Bilaterales de seguridad social suscritos por España que contemplan las prestaciones de asistencia sanitaria.
 - 3.6 Conclusiones sobre la gestión efectuada por el instituto social de la marina.
 - 3.7 Conclusiones sobre la compensación a las comunidades autónomas por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a personas protegidas por la seguridad social de otros estados.
 - 3.8 Conclusiones sobre la gestión realizada por los servicios de salud de las comunidades autónomas y por el instituto nacional de gestión sanitaria.
4. Recomendaciones.
 - 4.1 Dirigidas al ministerio de empleo y seguridad social.
 - 4.2 Dirigidas al ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.
 - 4.3 Dirigidas al instituto nacional de la seguridad social.
 - 4.4 Dirigidas a los servicios de salud de las comunidades autónomas.

SECCIÓN III. RESULTADOS DEL TRABAJO.

1. Procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios.
 - 1.1 Consideraciones generales.
 - 1.1.1 Reconocimiento del derecho a recibir prestaciones de asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios.
 - 1.1.2 Liquidación y reembolso de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria.
 - 1.2 Análisis del procedimiento de gestión de los formularios de derecho en el instituto nacional de la seguridad social.
 - 1.2.1 Emisión y gestión de formularios de derecho para estancias temporales expedidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

- 1.2.2 Emisión y gestión de formularios de derecho de residencia expedidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- 1.2.3 Recepción y gestión de los formularios de derecho de residencia emitidos por las instituciones competentes de otros Estados.
- 1.3 Análisis del procedimiento de facturación y de gestión de los formularios de liquidación en el instituto nacional de la seguridad social.
 - 1.3.1 España acreedora por gasto real.
 - 1.3.2 España deudora por gasto real.
 - 1.3.3 España acreedora por cuotas globales.
 - 1.3.4 España deudora por cuotas globales.
 - 1.3.5 Cobros y pagos.
2. Metodología de cálculo del importe de las cuotas globales.
 - 2.1 Antecedentes.
 - 2.2 Cálculo de la cuota global española.
3. Asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes.
 - 3.1 Antecedentes.
 - 3.2 El derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes.
4. Convenios bilaterales.
 - 4.1 Características de los Convenios Bilaterales en materia de asistencia sanitaria.
 - 4.2 Gestión y facturación derivada de los Convenios Bilaterales.
 - 4.2.1 Procedimiento de gestión de los formularios de derecho.
 - 4.2.2 Procedimiento de facturación y de gestión de los formularios de liquidación.
 - 4.2.3 Facturación derivada de los Convenios Bilaterales.
5. Gestión efectuada por el Instituto Social de la Marina.
 - 5.1 Antecedentes.
 - 5.2 Facturación gestionada por el Instituto Social de la Marina.
6. Compensación a las Comunidades Autónomas por las prestaciones de asistencia sanitaria a personas protegidas por la seguridad social de otros Países.
 - 6.1 Compensación por las prestaciones de asistencia sanitaria facturadas mediante el sistema de gasto real.
 - 6.2 Compensación por las prestaciones de asistencia sanitaria facturadas mediante el sistema de cuotas globales.
7. Gestión realizada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA.
 - 7.1 Introducción.
 - 7.2 Personas extranjeras con derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes clasificadas por comunidades autónomas.
 - 7.3 Deficiencias en la emisión y control de tarjetas sanitarias individuales por los servicios de salud de las comunidades autónomas.

- 7.4 Facturación en los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los servicios de salud de las comunidades autónomas visitadas.
 - 7.4.1 Prestaciones sanitarias servidas a titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por otros Estados no necesarias desde un punto de vista médico.
 - 7.4.2 Existencia de titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas que residen habitualmente en España.
 - 7.4.3 Facturación de las prestaciones farmacéuticas.
 - 7.4.4 Facturación de los servicios de emergencias.
- 7.5 Análisis de los precios de servicios sanitarios aplicados por las comunidades autónomas.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AGE	Administración General del Estado.
ASIA	Asistencia Sanitaria Internacional Automatizada.
CACSSS	Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social.
CAISS	Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.
CASSTM	Comisión Administrativa de la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes.
CPS	Certificado Provisional Sustitutorio.
DD.PP.	Direcciones Provinciales.
DGOSS	Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea.
EEE	Espacio Económico Europeo.
FISS-WEB	Facturación Internacional de Servicios de Salud vía Internet.
IGAE	Intervención General de la Administración del Estado.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
ISM	Instituto Social de la Marina.
MTIN	Ministerio de Trabajo e Inmigración.
OMT	Organización Mundial del Turismo.
SPEE	Servicio Público de Empleo Estatal.
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social.
TSE	Tarjeta Sanitaria Europea.
UE	Unión Europea.

SECCIÓN I. CONSIDERACIONES GENERALES.

1. Iniciativa del procedimiento.

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones fiscalizadoras que tiene atribuidas por la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y en virtud de los Acuerdos de su Pleno de 28 de enero y de 27 de mayo de 2010, mediante los que se aprobó y modificó, respectivamente, el «Programa de fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2010» remitido a las Cortes Generales, ha realizado, a iniciativa propia, una «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».

2. Prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Internacionales de la seguridad social.

2.1 Introducción.

En el actual mundo globalizado e interconectado, los desplazamientos de personas entre países, ya sean éstos puntuales, temporales, prolongados o habituales, por motivos laborales, de ocio, o por otras razones, constituyen una realidad en permanente expansión, que inexorablemente hacen que el riesgo de enfermedad de quienes tienen cubierta esta contingencia en su país de procedencia, pueda tener que ser hecha efectiva en otro país en el que se encuentre desplazado.

El presente Informe aborda el análisis de la gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria prestadas por el Sistema Nacional de Salud español, a personas extranjeras, y su cobro o compensación por la Seguridad Social española a los sistemas de Seguridad Social de los Estados de origen de estas personas, así como, recíprocamente, los pagos derivados de la atención a personas protegidas por la Seguridad Social española que han recibido asistencia sanitaria en el extranjero; en el marco todo ello de los Reglamentos Comunitarios y convenios internacionales de aplicación, que contemplan, lo que se conoce como «la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria».

En este contexto, cuando el presente Informe hace mención a «personas aseguradas», o a «asegurados», se refiere, a las personas con derecho a la prestación de asistencia sanitaria, cubierta por el sistema de Seguridad Social o equivalentes.

2.2 Régimen jurídico.

Las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales de Seguridad Social son aquellas prestaciones en especie que la Seguridad Social de un país dispensa a los asegurados de la Seguridad Social de otro país desplazados a su territorio, en las mismas condiciones que a sus propios asegurados, siempre que ambos países pertenezcan al ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios vigentes en esta materia o tengan, entre sí, suscrito un Convenio Bilateral que cubra dicha prestación.

En el ámbito de la Unión Europea (UE), la regulación de estas prestaciones en especie se incluye en la normativa comunitaria de Seguridad Social, integrada principalmente por los siguientes Reglamentos comunitarios⁽¹⁾:

⁽¹⁾ Con fecha 4 de abril de 2011 se ha publicado en el DOUE la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, que establece las normas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza y promueve la cooperación en la asistencia sanitaria entre Estados miembros, con pleno respeto a las competencias nacionales en la organización. Los Estados miembros pondrán en vigor las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en la presente Directiva antes del 25 de octubre de 2013.

– Reglamento (CEE) número 1408/71, de 14 de junio de 1971, del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

– Reglamento (CEE) número 574/72, de 21 de marzo de 1972, del Consejo, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento 1408/71.

Los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72 son de aplicación exclusivamente en el territorio de los 27 países de la Unión Europea y además, son también de aplicación a Islandia, Liechtenstein y Noruega, en virtud del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Acuerdo EEE), de 2 de mayo de 1992.

Asimismo, son de aplicación en Suiza como consecuencia de la entrada en vigor el 1 de junio de 2002 del acuerdo suscrito entre la UE y la Confederación Suiza sobre la libre circulación de personas, cuyo Anexo II prevé expresamente la aplicación de dichos Reglamentos en sus relaciones en materia de Seguridad Social⁽²⁾.

⁽²⁾ En el territorio de los Estados miembros de la Unión Europea, los Reglamentos (CEE) 1408/1971 y 574/1972 han quedado derogados por la entrada en vigor y aplicación efectiva, con fecha 1 de mayo de 2010, de dos nuevos Reglamentos, el Reglamento (CE) número 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, publicado en el DOUE el 30 de abril de 2004, y el Reglamento (CE) 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) 883/04, publicado con fecha 30 de octubre de 2009.

Sin embargo, en los otros países del Espacio Económico Europeo no pertenecientes a la Unión Europea (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y en Suiza, siguen siendo de aplicación los Reglamentos (CEE) 1408/1971 y 574/1972, en tanto no finalice el procedimiento formal para la ratificación de los nuevos Reglamentos.

Además de a los Reglamentos comunitarios (CEE) 1408/71 y 574/72, en materia de prestaciones de asistencia sanitaria internacional, también es necesario hacer referencia al Reglamento (CE) 859/2003, del Consejo, de 14 de mayo de 2003, por el que se amplían las disposiciones de los precitados Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72 a los nacionales de terceros países que residen legalmente en la Comunidad. Desde la entrada en vigor el 1 de junio de 2003, de dicho Reglamento (CE) 859/2003, del Consejo, los asegurados nacionales de terceros países pueden exportar el derecho a recibir la asistencia sanitaria,

en igualdad de condiciones que las personas nacionales de Estados miembros de la Unión Europea (es decir, tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en otro país perteneciente a la UE) «siempre que se encuentren en situación de residencia legal en el territorio de un Estado miembro».

Este Reglamento (CE) 859/2003, del Consejo no es de aplicación en Dinamarca, de conformidad con los artículos 1 y 2 del Protocolo sobre la posición de Dinamarca anejo al Tratado de la Unión Europea y al Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, ni tampoco en Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

Fuera de los territorios de los Estados miembros de la Unión Europea, así como de Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza, las prestaciones en materia de Seguridad Social de los Estados miembros con terceros países se regulan en virtud de convenios internacionales, que pueden incluir, o no, la prestación en especie de asistencia sanitaria.

En nuestro caso, España tiene suscritos en la actualidad 20 Convenios internacionales de Seguridad Social con terceros países (en adelante Convenios Bilaterales), si bien en sólo siete de ellos (Andorra, Brasil, Chile, Ecuador⁽³⁾, Marruecos, Perú y Túnez) se prevé la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria.

⁽³⁾ Con fecha 1 de enero de 2011 ha entrado en vigor un nuevo Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República del Ecuador, suscrito en Madrid el 4 de diciembre de 2009 (BOE núm. 32, de 7 de febrero de 2011), que no contempla la prestación de asistencia sanitaria.

Además, España firmó acuerdos administrativos que desarrollan estos Convenios Bilaterales.

Los Convenios Bilaterales suscritos por España que incluyen la prestación de asistencia sanitaria y los acuerdos administrativos para su aplicación se señalan en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 1

Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplan la prestación de asistencia sanitaria suscritos por España con otros países

Países	Convenios bilaterales de Seguridad Social y acuerdos administrativos para su aplicación suscritos por España con otros países	Fecha de entrada en vigor
ANDORRA	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y el Principado de Andorra, de 9 de noviembre de 2001 (BOE núm. 290, de 4 de diciembre de 2002) Acuerdo Administrativo para la aplicación del Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y el Principado de Andorra, de 9 de noviembre de 2001 (BOE núm. 290, de 4 de diciembre de 2002)	01.01.2003
BRASIL	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República Federativa de Brasil, de 16 de mayo de 1991 (BOE núm. 13, de 15 de enero de 1996)	01.12.1995
CHILE	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República de Chile, de 28 de enero de 1997 (BOE núm. 72, de 25 de marzo de 1998) Acuerdo Administrativo para la aplicación del Convenio Hispano-Chileno de Seguridad Social, de 28 de enero de 1997 (BOE núm. 141, de 14 de marzo de 1998)	13.03.1998
ECUADOR	Convenio General sobre Seguridad Social entre España y Ecuador, de 1 de abril de 1960 (BOE núm. 254, de 23 de octubre de 1962) Convenio de 8 de mayo de 1974, adicional al Convenio de Seguridad Social Hispano Ecuatoriano (BOE núm. 180, de 29 de julio de 1975) Acuerdo Administrativo de 5 de diciembre de 1986 para la aplicación del Convenio Hispano-Ecuatoriano de Seguridad Social de 1 de abril de 1960 y del Convenio Adicional de 8 de mayo de 1974	01.11.1962 01.07.1975 05.12.1986
MARRUECOS	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y el Reino de Marruecos, de 8 de noviembre de 1979 (BOE núm. 245, de 13 de octubre de 1982), modificado por el Protocolo Adicional al Convenio de 27 de enero de 1998 (BOE núm. 282, de 24 de noviembre de 2001) Acuerdo Administrativo de 8 de febrero de 1984 para la aplicación del Convenio sobre Seguridad Social entre España y el Reino de Marruecos (BOE núm. 138, de 10 de junio de 1985)	01.10.1982

Países	Convenios bilaterales de Seguridad Social y acuerdos administrativos para su aplicación suscritos por España con otros países	Fecha de entrada en vigor
PERÚ	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República del Perú de 16 de junio de 2003 (BOE núm. 31, de 5 de febrero de 2005)	01.02.2005
	Acuerdo Administrativo de 18 de abril de 2007 para la aplicación del Convenio de Seguridad Social entre la República de Perú y el Reino de España	01.07.2008
TÚNEZ	Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República de Túnez, de 26 de febrero de 2001 (BOE núm. 309, de 26 de diciembre de 2001) Acuerdo Administrativo de 9 de septiembre de 2004, para la aplicación del Convenio de Seguridad Social entre el Reino de España y la República de Túnez (BOE núm. 24, de 28 de enero de 2005)	01.01.2002

Con carácter general, el ámbito objetivo y subjetivo de aplicación de estos Convenios Bilaterales es mucho más reducido que el de los Reglamentos comunitarios, ya que prevén menos situaciones protegidas que los Reglamentos comunitarios, el colectivo de personas que puede exportar el derecho a recibir la asistencia sanitaria es más limitado que el de los Reglamentos, la normativa de gestión está menos desarrollada, etc., si bien, como su contenido difiere entre sí, hay que atender a los términos previstos en cada uno de ellos para conocer específicamente el alcance de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que contemplan.

No obstante, es importante precisar que sólo los Convenios Bilaterales suscritos con Andorra y con Brasil son aplicables a asegurados de cualquier nacionalidad que estén protegidos por la Seguridad Social de estos países, quedando restringido el ámbito de aplicación de los otros cinco convenios anteriores a los nacionales de los países que suscriben el convenio (v.gr.: el convenio suscrito entre España y Chile sólo es aplicable a nacionales españoles y chilenos y no a personas de otras nacionalidades aseguradas en España o Chile).

2.3 Órganos competentes.

Con carácter general, los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72 regulan el derecho de las personas aseguradas en uno de los Estados miembros de la UE a recibir asistencia sanitaria en otro Estado perteneciente a la UE, con ocasión de un desplazamiento temporal o de residencia habitual en este último.

Los asegurados de un país desplazados temporal o permanentemente en otro que requieren asistencia sanitaria reciben las prestaciones en especie en las mismas condiciones que los asegurados del país de destino. Esto es, el desplazamiento de un asegurado a otro país de la Unión Europea no conlleva el derecho a recibir la misma asistencia sanitaria que tenía en su país de origen, sino la que disponga el país de destino.

Para la liquidación de los gastos sanitarios derivados de la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria, la normativa comunitaria prevé un sistema de reembolso entre instituciones de Seguridad Social, en virtud del cual los distintos países se sitúan en posición deudora o acreedora, según les corresponda reintegrar el importe de la asistencia sanitaria prestada por otros Estados a los asegurados a su cargo o recuperar el importe de los gastos sanitarios ocasionados por los asegurados a cargo de otro Estado desplazados en su territorio.

En su labor de coordinación de las legislaciones en materia de Seguridad Social de los distintos Estados miembros, los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72 definen expresamente tanto los órganos que intervienen en el proceso de gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria como sus funciones.

A estos efectos, la normativa comunitaria distingue entre «autoridad competente», «institución competente», «Estado competente», «organismo de enlace», «institución del lugar de residencia» e «institución del lugar de estancia»:

– De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1.1) del Reglamento (CEE) 1408/71, se entiende por autoridad competente, para cada Estado miembro, al ministro, a los ministros o a cualquier otra autoridad correspondiente de la cual dependan, para el conjunto o parte del territorio del Estado de que se trate, los regímenes de Seguridad Social.

– La institución competente es la institución de la cual el interesado tiene derecho a prestaciones o tendría derecho a prestaciones si residiera, o si el miembro o los miembros de su familia residieran en el territorio del Estado miembro donde se encuentra esta institución [artículo 1.o.ii) del Reglamento (CEE) 1408/71]. Con carácter general, la institución competente es la que emite el formulario de derecho a favor del interesado que le permite exportar el derecho a recibir asistencia sanitaria en sus desplazamientos.

– Estado competente: es el Estado miembro en cuyo territorio se encuentra la institución competente [artículo 1.q) del Reglamento (CEE) 1408/71].

– El organismo de enlace, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 del Reglamento (CEE) 574/72, es el órgano designado por la autoridad competente de un Estado miembro facultado para comunicarse directamente entre sí con los organismos de enlace designados en los otros Estados miembros de la UE. En materia de asistencia sanitaria, los organismos de enlace se envían entre sí los formularios de liquidación de los gastos de las prestaciones servidas en sus respectivos territorios.

– La institución del lugar de residencia es la institución habilitada para servir las prestaciones en el lugar en que reside el interesado y la institución del lugar de estancia, la institución habilitada para abonar las prestaciones en el lugar donde se encuentra el interesado.

Tanto las autoridades competentes como las instituciones competentes y el o los organismos de enlace de cada uno de los Estados miembros están especificados en el Reglamento (CEE) número 574/72, en los Anexos 2, 3 y 4, respectivamente.

Dentro del ámbito de coordinación de los sistemas de Seguridad Social comunitarios, debe hacerse referencia a la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes (en adelante, CASSTM ⁽⁴⁾).

⁽⁴⁾ Desde la entrada en vigor, con fecha 1 de mayo de 2010, de los Reglamentos (CE) 883/2004 y (CE) 987/2009, la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes (CASSTM) ha pasado a denominarse Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social (CACSSS). La actual Comisión, regulada en los artículos 71 y 72 del Reglamento (CE) 883/2004, mantiene la composición y las principales funciones de la anterior CASSTM, y está asistida, en materia financiera, por una Comisión de Cuentas (artículo 74), y en el aspecto técnico, por la nueva Comisión Técnica de Tratamiento de la Información, creada primordialmente para la gestión de los servicios de tratamiento de la información, sobre todo en materia de seguridad y de uso de normas (artículo 73).

La CASSTM, adscrita a la Comisión Europea, está integrada por un representante del Gobierno de cada Estado miembro, asistido, en su caso, por consejeros técnicos (con un máximo de 4 personas por delegación). Toman decisiones por unanimidad o con el voto afirmativo de al menos veintiún miembros.

De acuerdo con el artículo 81 del Reglamento (CEE) 1408/71, sus funciones son principalmente las siguientes: resolver cuestiones administrativas o de interpretación derivadas de las disposiciones de los Reglamentos aplicables en materia de Seguridad Social; promover y desarrollar la colaboración entre los Estados miembros en dicha materia; favorecer el intercambio telemático de la información entre instituciones; determinar los elementos necesarios para definir las cuentas relativas a las cargas que han de asumir los Estados miembros, etc.

La CASSTM está asistida en los aspectos financieros por la Comisión de Cuentas, entre cuyas funciones destaca la de determinar y validar el método y el cálculo de los costes medios anuales presentados por los Estados miembros [artículo 102 del Reglamento (CEE) 1972/574].

Por lo que se refiere a España, los distintos órganos que intervienen en el proceso de gestión financiera de las prestaciones se resumen en el esquema siguiente:

GRÁFICO N.º 1

Órganos de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria internacional⁽⁵⁾

⁽⁵⁾ Todas las referencias realizadas en este Informe al Ministerio de Trabajo e Inmigración han sido efectuadas por ser dicho Ministerio el competente durante el período fiscalizado (ejercicio 2009). Únicamente quedan exceptuadas de lo anterior las Recomendaciones contenidas en el apartado 4 del Informe, que por su propia naturaleza de futuro quedan referidas al actual Ministerio de Empleo y Seguridad Social, creado en virtud del Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.

Lo anterior también debe aplicarse en las referencias realizadas al Ministerio de Sanidad y Política Social, actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, también creado mediante el Real Decreto 1823/2011.

La autoridad competente española en materia de prestaciones sanitarias derivadas de la aplicación de los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72 es el Ministro de Trabajo e Inmigración, al ser la autoridad de la que dependen los distintos regímenes de Seguridad Social.

Las instituciones competentes en España son de dos tipos:

– Las Direcciones Provinciales (DD.PP) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS), encargadas, en primer lugar, de la emisión de los formularios de derecho (documentos que acreditan el derecho a recibir asistencia sanitaria en caso de desplazamiento temporal o permanente al territorio de otro Estado) a favor de las personas afiliadas a la Seguridad Social (excepto el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar) que la normativa comunitaria exige para poder exportar el derecho de asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales o permanentes al exterior; y, en segundo lugar de la recepción de los formularios de derecho emitidos por las instituciones competentes de los demás Estados miembros de la Unión Europea, así como de Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza, en virtud de cuyos formularios los asegurados de dichos países tienen derecho a recibir la asistencia sanitaria en España.

Las Direcciones Provinciales del INSS operan a través de sus propios medios y de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), unidades adscritas a cada una de dichas Direcciones Provinciales.

– Las Direcciones Provinciales del Instituto Social de la Marina (ISM), con las mismas funciones que las del INSS, pero referidas exclusivamente a personas afiliadas al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar. Desempeñan sus funciones a través de sus propios medios y de las Direcciones Locales que el ISM que tiene ubicadas en distintas poblaciones españolas.

En lo que se refiere a los organismos de enlace previstos para su comunicación con el resto de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, España tiene designados dos organismos de enlace:

1. El INSS que, a través de sus Servicios Centrales, en concreto, a través del Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones de su Dirección General, lleva a cabo todas las funciones relacionadas con la gestión y reembolso de créditos recíprocos derivados de la aplicación de la normativa comunitaria en materia de prestaciones de asistencia sanitaria, tanto las referidas a la facturación emitida por España como consecuencia de las prestaciones servidas a los afiliados a cargo de otros Estados miembros y asimilados, como las funciones inherentes a la recepción y revisión de la facturación recibida por España por la asistencia sanitaria prestada por dichos Estados a personas afiliadas a cargo de España, es decir, las pertenecientes al Régimen General de la Seguridad Social y a los Regímenes Especiales distintos del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

2. El ISM que, a través del Servicio de Prestaciones Económicas de sus Servicios Centrales, ejerce las funciones relacionadas con la gestión de la facturación recibida de los organismos de enlace de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, derivada de las prestaciones de asistencia sanitaria recibidas en sus desplazamientos al exterior exclusivamente por los asegurados a su cargo, es decir, por las personas afiliadas al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar⁽⁶⁾. A diferencia del INSS, el ISM no emite facturación alguna; en esta materia es siempre un organismo deudor.

⁽⁶⁾ Como consecuencia de la entrada en vigor de los nuevos Reglamentos (CE) número 883/2004 y (CE) 987/2009, el INSS se configura como el único organismo de enlace español a efectos de la gestión de los reembolsos. Es decir, desde el 1 de mayo de 2010 el ISM ha dejado de ser organismo de enlace en relación con las prestaciones de asistencia sanitaria servidas en el exterior a trabajadores del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

Respecto a los siete Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España que prevén la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria, en todos ellos se designa como autoridad competente al Ministerio de Trabajo e Inmigración y en su aplicación actúan como órganos competentes y organismos de enlace españoles los mismos órganos designados por los Reglamentos comunitarios.

Como una primera aproximación al volumen económico y administrativo que supone la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y de los siete Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España, se recoge en el cuadro siguiente (Cuadro n.º 2), de una parte, la facturación emitida por el INSS durante el ejercicio 2009 (entendida como número e importe de formularios de liquidación emitidos) así como la facturación recibida; y de otra, los importes cobrados y pagados por el INSS en el mismo periodo:

CUADRO N.º 2

Facturación emitida y recibida e importes cobrados y pagados por el INSS en el ejercicio 2009 (euros)

Países	Facturación emitida por el INSS		Facturación recibida en el INSS		Importes cobrados por el INSS	Importes pagados por el INSS
	N.º	Importe	N.º	Importe		
Reglamentos comunitarios	439.993	441.181.488,22	74.446	46.185.639,91	369.106.506,98	36.452.880,07
Convenios bilaterales	3.021	4.953.259,36	10.964	15.175.892,22	–	2.328.647,31
TOTAL	443.014	446.134.747,58	85.410	61.361.532,13	369.106.506,98	38.781.527,38

Como se expone en el capítulo V, el ISM sólo gestiona la facturación recibida de los organismos de enlace extranjeros (401.464 euros, en el año 2009) y efectúa los pagos correspondientes (492.180 euros, en el año 2009) por las personas pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

Como puede observarse, el importe facturado por el INSS por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a cargo de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y a cargo de los siete países con los que España tenía suscrito Convenios Bilaterales en el ejercicio 2009 ascendió a un total de 446.134.747,58 euros, un 627,06% superior al importe de la facturación recibida por la asistencia prestada en dichos países a asegurados a cargo de España, que ascendió a 61.361.532,13 euros. La diferencia entre ambas magnitudes (entendidas, en términos de gestión, como «España Acreedora» y «España Deudora») se debe a que España es un país eminentemente receptor de turistas y residentes extranjeros, por lo que la eficacia y eficiencia interna en la gestión de la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria que efectúan es especialmente relevante.

A su vez, los cobros recibidos por el INSS (369.106.506,98 euros) superaron en un 851,76% a los pagos efectuados en el ejercicio 2009 por el INSS, que fueron de 38.781.527,38 euros; en uno y otro caso, referidos a facturas de ejercicios anteriores. Como se señala a lo largo de este Informe, el saldo neto positivo resultante, en su caso, de la diferencia entre los importes cobrados y pagados en cada ejercicio se utiliza por el Estado para compensar a las distintas Comunidades Autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) por la asistencia sanitaria prestada en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de ellos dependientes a asegurados a cargo de otros Estados, si bien el cálculo del saldo neto se efectúa diferenciando los importes que proceden de la asistencia sanitaria prestada a asegurados en estancia temporal de los correspondientes a las prestaciones sanitarias servidas a asegurados en residencia habitual.

3. Normativa aplicable.

El marco normativo regulador de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España es el siguiente:

A) Normativa internacional:

I. Ámbito comunitario:

– Reglamento (CEE) número 1408/71, de 14 de junio, del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

– Reglamento (CEE) número 574/72, de 21 de marzo, del Consejo, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) 1408/71.

– Reglamento (CE) número 2223/96 del Consejo, de 25 de junio de 1996, relativo al sistema europeo de cuentas nacionales y regionales de la Comunidad.

– Reglamento (CE) número 859/2003, de 14 de mayo, que amplía las disposiciones de los Reglamentos (CEE) número 1408/71, de 14 de junio, y (CEE) número 574/72, de 21 de marzo, a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas.

– Reglamento (CE) número 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social.

– Reglamento (CE) 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) 883/04.

– Reglamento (CE) 988/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se modifica el Reglamento (CE) 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social y se determina el contenido de sus anexos.

– Decisión número 89, de 20 de marzo de 1973, relativa a la interpretación de los apartados 1 y 2 del artículo 16 del Reglamento (CEE) número 1408/71 del Consejo, referente a los miembros del personal de servicio de las Misiones Diplomáticas u Oficinas Consulares.

– Decisión número 181, de 13 de diciembre de 2000, de la Comisión Administrativa, relativa a la interpretación del apartado 1 del artículo 14, del apartado 1 del artículo 14bis y de los apartados 1 y 2 del artículo 14ter del Reglamento (CEE) número 1408/71.

– Decisión número 175, de la Comisión Administrativa de las Comunidades Europeas para la Seguridad de los Trabajadores Migrantes (actual Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social), de 23 de junio de 1999, para la interpretación del concepto de «prestaciones en especie».

– Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

II. Convenios y Acuerdos Bilaterales suscritos por España.

– Convenios Bilaterales de Seguridad Social y Acuerdos Administrativos para su aplicación suscritos con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez (detallados en el cuadro n.º 1 de este Informe).

Acuerdos de agilización de créditos derivados de la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria:

– Acuerdo entre las Autoridades Competentes italianas y españolas sobre la definición de los créditos recíprocos preexistentes y fijación de un nuevo procedimiento para la simplificación y aceleración de los reembolsos de los gastos reales y a tanto alzado, hecho en Madrid y Roma el 13 de octubre y el 21 de noviembre de 1997 (BOE núm. 93, de 18 de abril de 2001).

– Acuerdo entre las Autoridades Competentes de España y Bélgica sobre reembolso de los gastos por prestaciones en especie servidas con arreglo a las disposiciones de los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72, hecho en Madrid y Bruselas el 25 de mayo de 1999 (BOE núm. 93, de 18 de abril de 2001).

– Acuerdo entre las Autoridades Competentes del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la Autoridad Competente del Reino de España sobre el reembolso de los gastos por prestaciones en especie servidas con arreglo a las disposiciones de los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72, hecho el 18 de junio de 1999 (BOE núm. 93, de 18 de abril de 2001).

– Acuerdo entre las Autoridades Competentes de España y de los Países Bajos para facilitar la liquidación de los créditos recíprocos en concepto de prestaciones de enfermedad-maternidad servidas con arreglo a las disposiciones de los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72, hecho en Madrid y La Haya el 21 de febrero de 2000 (BOE núm. 93, de 18 de abril de 2001).

– Acuerdo hispano-portugués por el que se establecen las modalidades particulares de gestión y pago de los créditos recíprocos de asistencia sanitaria en aplicación de las disposiciones de los Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72, hecho en Valencia el 2 de octubre de 2002 (BOE núm. 6, de 7 de enero de 2003).

– Acuerdo entre la Autoridad Competente del Reino de España y la Junta Nacional del Seguro Social del Reino de Suecia sobre el reembolso de gastos de prestaciones en especie servidas con arreglo a las disposiciones de los Reglamentos (CEE) número 1408/71 y 574/72, hecho en Madrid el 1 de diciembre de 2004 (BOE n.º 248, de 17 de octubre de 2005).

– Acuerdo hispano-francés estableciendo las modalidades específicas de gestión y de liquidación de los créditos recíprocos por concepto de prestaciones de asistencia sanitaria en aplicación de los Reglamentos (CEE) número 1408/71 y 574/72 (Pendiente de publicación en el BOE).

B) Normativa española.

I. Normativa general.

– Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

– Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (vigente hasta el 1 de enero de 2009. Creó el Fondo de Cohesión Sanitaria).

– Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

– Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

– Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal.

– Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

– Disposición adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.

– Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

– Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

– Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

– Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

– Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

– Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

– Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

– Real Decreto 504/2011, de 8 de abril, de estructura orgánica y funciones del Instituto Social de la Marina.

II. Normativa de desarrollo.

– Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por la que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes (BOE núm. 273, de 14 de noviembre de 1989).

– Resolución de 29 de diciembre de 1989, de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, por la que se establece el procedimiento de tramitación de expedientes de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes en el ámbito de gestión del Instituto Nacional de la Salud (BOE núm. 16, de 18 de enero de 1990).

– Orden TAS/1464/2005, de 20 de mayo, mediante la que se regula el procedimiento para la emisión y circulación de formularios de liquidación de gastos derivados de la aplicación de la reglamentación comunitaria de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, en materia de prestaciones en especie de asistencia sanitaria (BOE núm. 124, de 25 de mayo de 2005).

– Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, en relación con la transferencia a las Comunidades Autónomas del importe correspondiente a la prestación de asistencia sanitaria al amparo de la normativa internacional y el pago a los Servicios Públicos de Salud del coste de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales (BOE núm. 27, de 1 de febrero de 2006).

– Resolución de 25 de febrero de 2008, conjunta de la Dirección General de Emigración y de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se regula el procedimiento para acceder a la asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y para pensionistas y trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en el exterior que se desplacen temporalmente al territorio nacional

– Orden PRE 1797/2008, de 18 de junio, sobre acreditación de la condición de pensionista de la Seguridad Social a efectos del reconocimiento del derecho a la prestación farmacéutica.

SECCIÓN II. NATURALEZA DEL EXAMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Objetivos y alcance.

De acuerdo con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en su sesión celebrada el 24 de junio de 2010, para la realización de la «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», han sido objeto de revisión y análisis, por parte de este Tribunal de Cuentas, los procedimientos de gestión efectuados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y por el Instituto Social de la Marina para la liquidación de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de la Seguridad Social en el ejercicio 2009.

En particular, los objetivos de esta fiscalización han sido los siguientes:

– El análisis del procedimiento seguido por el INSS y por el ISM para la gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de la Seguridad Social, desde la perspectiva de los principios de legalidad, eficacia, eficiencia y economía.

– El análisis, desde la perspectiva de los principios de legalidad y buena gestión financiera, las actuaciones realizadas por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS) en relación con la gestión financiera de las prestaciones sanitarias derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de la Seguridad Social.

– El análisis de la correspondencia entre la facturación presentada por el INSS, para su cobro a los países correspondientes, y la facturación emitida por los Servicios de Salud

de las Comunidades Autónomas y por el INGESA en las Ciudades con Estatuto de Autonomía.

– La verificación de los retornos efectuados a las Comunidades Autónomas y al INGESA, como consecuencia de los cobros y pagos gestionados por el INSS, derivados de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de la Seguridad Social.

– Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Para el análisis del cumplimiento de estos objetivos se han utilizado procedimientos habituales de auditoría en el análisis de las diferentes áreas establecidas, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo, dirigidos a la obtención de evidencia de la existencia y aplicación de controles en la gestión, y a la comprobación de la realidad, exactitud y conformidad de las liquidaciones efectuadas, así como de los importes abonados y recibidos.

La obtención de los datos, comprobaciones y verificaciones se ha realizado en los organismos, órganos o unidades que intervienen en los procedimientos señalados, a través de la revisión de toda documentación de utilidad (bases de datos, estados, registros, informes, expedientes, actas, etc.) y de entrevistas con los responsables del desarrollo de las principales funciones relativas a la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales de la Seguridad Social, así como de la gestión económica y de la contabilidad.

Los órganos y entidades que intervinieron en los procedimientos objeto de fiscalización fueron los siguientes:

- Los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Las Palmas y Valencia.
- Los Servicios Centrales del Instituto Social de la Marina.
- La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- La Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, la Consejería de Salud y Consumo del Govern de las Illes Balears, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.
- Asimismo, se han realizado actuaciones fiscalizadoras en centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de Andalucía, de Canarias, de las Illes Balears, de Madrid, de la Región de Murcia y de la Comunidad Valenciana.

2. Tratamiento de alegaciones.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Anteproyecto de Informe de esta Fiscalización fue remitido el 9 de enero de 2012, por este Tribunal de Cuentas, a los titulares del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social del Gobierno de las Illes Balears, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Por otra parte, también se dio traslado del Anteproyecto de Informe a los anteriores titulares del Ministerio de Trabajo e Inmigración, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, del Ministerio de Sanidad y Política Social, de la Secretaría General de Sanidad, de la Consejería de

Sanidad del Gobierno de Canarias, de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, que ejercieron estos cargos durante el periodo al que se refiere el Anteproyecto de Informe.

Dentro del plazo legal fueron recibidas en este Tribunal de Cuentas las alegaciones formuladas por la titular de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la titular de la Intervención General de la Seguridad Social, por la titular del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por el titular del Instituto Social de la Marina, por la titular del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por el ex-Ministro de Trabajo e Inmigración, por la ex-Ministra de Sanidad y Política Social, por la titular de la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por la titular de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, por el ex-Consejero de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, por la titular de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y por el titular de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

El resto de destinatarios del Anteproyecto de Informe no formularon alegaciones.

Por otra parte, tras el análisis de las alegaciones presentadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con fecha 14 de febrero de 2012, se dio nuevo plazo a esta Entidad Gestora para que aclarase algunos aspectos de esas alegaciones, que fueron remitidas el 21 de febrero de 2012.

La mayoría de estas alegaciones coinciden con las conclusiones y recomendaciones recogidas en el Anteproyecto de Informe. No obstante, en los casos que el Tribunal de Cuentas lo ha considerado necesario se han introducido algunas modificaciones en el Informe, bien directamente en el texto, bien mediante notas a pie de página. En todo caso, la totalidad de las alegaciones formuladas se adjuntan al Informe de Fiscalización.

3. Conclusiones.

Se exponen a continuación las conclusiones más significativas que ha constatado el Tribunal de Cuentas en la realización de esta Fiscalización, todas ellas referidas a los correspondientes apartados de la Sección III de este Informe, en la que aparecen desarrolladas detalladamente.

3.1 Conclusiones sobre la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios.

Las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios son aquellas prestaciones en especie que la Seguridad Social de un Estado miembro dispensa a los asegurados de la Seguridad Social de otro Estado miembro desplazados a su territorio, en las mismas condiciones que a sus propios asegurados. Por la asistencia prestada a sus asegurados desplazados temporal o permanentemente en el territorio de otro Estado, el Estado de origen de los desplazados debe reembolsar el importe correspondiente, al que ha efectuado las prestaciones.

Los reembolsos derivados de las prestaciones sanitarias efectuadas a asegurados en estancia temporal en España se calculan mediante un sistema de justificación de los costes efectivos o gasto real (calculados en función de los precios públicos aprobados por cada Comunidad Autónoma y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en función del tipo de prestación de asistencia sanitaria). Por su parte, los reembolsos derivados de la asistencia sanitaria prestada a asegurados que residen habitualmente en España, se calculan mediante un sistema de costes medios o cuota global, devengados por cada mes de residencia efectiva (esta cuota global es elaborada, anualmente, por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y aprobada por la Comisión de Cuentas de la Comisión Europea, en función de los gastos sanitarios totales de España, ponderados entre el número de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud).

En el ejercicio 2009, el importe facturado por España por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a cargo de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios (26 Estados de la Unión Europea, así como Islandia,

Liechtenstein, Noruega y Suiza) ascendió a un total de 441.181.488,22 euros (89.635.825,27 euros por gasto real y 351.545.662,95 euros por cuotas globales). A su vez, el importe de la facturación recibida en dicho ejercicio por España derivada de la asistencia prestada en el territorio de dichos Estados a asegurados a cargo de la Seguridad Social española ascendió a un total de 46.185.639,91 euros (40.863.960,82 euros por gasto real y sólo 5.321.679,09 euros por cuotas globales).

La considerable diferencia apreciada entre ambas magnitudes (entendidas, en términos de gestión, como España Acreedora y España Deudora) no es sino una consecuencia de que España es un país eminentemente receptor de turistas y residentes extranjeros.

La gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria internacional, que lleva a cabo el Instituto Nacional de la Seguridad Social, se realiza mediante una aplicación informática denominada «ASIA» (Asistencia Sanitaria Internacional Automatizada) cuyo mantenimiento y explotación se efectúa desde los Servicios Centrales de la citada Entidad Gestora.

A) Facturación emitida por España a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

1. El procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria servidas por España (España Acreedora) viene condicionado, fundamentalmente, por la intervención de distintas Administraciones Públicas en las distintas fases que se suceden desde que un asegurado a cargo de otro Estado miembro demanda asistencia sanitaria en un centro, servicio o establecimiento sanitario del Sistema Nacional de Salud, hasta que se remite la facturación por dicha asistencia al Estado que debe pagar. Posteriormente, el pago de esa facturación es percibido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y el importe es distribuido entre las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En particular, son los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (respecto de las Ciudades de Ceuta y Melilla), a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que tienen adscritos, los que prestan la asistencia sanitaria a las personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados, y los que determinan el coste efectivo de las prestaciones sanitarias que por ello se deben reembolsar. Por su parte, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, como organismo de enlace español, remite la facturación al organismo de enlace extranjero correspondiente, facturación elaborada con los datos recibidos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (respecto de las Ciudades de Ceuta y Melilla), y gestiona los rechazos (devolución de facturas) que se produzcan.

En relación a las personas aseguradas por los Estados del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y que residen habitualmente en España, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social calcula el coste medio por persona que debe reembolsar el Estado de origen al Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la totalidad de las prestaciones de asistencia sanitaria que reciben de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Este Tribunal de Cuentas ha detectado diversas deficiencias en el intercambio de información que se produce entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (este último, respecto de las Ciudades de Ceuta y Melilla), así como en otros aspectos del procedimiento que inciden negativamente en la eficacia y eficiencia derivada de la gestión de la facturación emitida por España.

Para exponer estas deficiencias, se distinguirá entre la facturación derivada del sistema de gasto real o costes efectivos y la derivada del sistema de cuota global o de costes medios.

1.1 Las deficiencias en relación a la facturación emitida por el sistema de costes efectivos o gasto real fueron las siguientes:

– Este Tribunal ha verificado que, hasta el 31 de diciembre de 2008, las prestaciones sanitarias proporcionadas a las personas protegidas por la Seguridad Social del Reino Unido durante su estancia temporal en España, por la utilización de Tarjetas Sanitarias Europeas, fueron facturadas a la Seguridad Social del Reino Unido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, mediante estimaciones basadas en el número de turistas recibidos en España, a diferencia de las facturaciones emitidas al resto de Estados, para los que se emitieron facturaciones en función del coste efectivo de las prestaciones sanitarias servidas por cada centro, servicio y establecimiento sanitario del Sistema Nacional de Salud (costes efectivos o gasto real).

Este Tribunal de Cuentas verificó, mediante la comparación de los dos sistemas de facturación (estimaciones basadas en el número de turistas y el estimado en función de los costes efectivos de los servicios sanitarios prestados o gasto real), que la diferencia entre la facturación mediante el sistema de estimaciones y lo que hubiera obtenido España de haber facturado las prestaciones por sus costes efectivos o gasto real, supuso una pérdida estimada anualmente en, al menos, 20 millones de euros, en los ejercicios 2007 y 2008.

A partir del 1 de enero de 2009, España dejó de aplicar el sistema de estimaciones y comenzó a facturar al Reino Unido por el sistema de costes efectivos o gasto real.

Así, la facturación mediante costes efectivos o gasto real por utilización de las Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por el Reino Unido en el año 2009 ascendió a 39.155.240,11 euros, importe muy superior a la facturación correspondiente a los dos ejercicios anteriores (17.133.350 euros en 2007 y 18.381.860 euros en 2008), a pesar de que en el ejercicio 2009 la cifra de turistas procedentes del Reino Unido fue la más baja del periodo 2007 a 2009 (13.324.626 turistas en 2009, frente a 16.296.132 en 2007 y 15.775.243 en 2008), lo que evidencia que el sistema basado en estimaciones fue perjudicial para España.

A juicio de este Tribunal, aunque esta situación ha sido ya solventada en 2009, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería haber promovido el cambio de sistema de facturación con mayor antelación, dada la elevada cifra de turistas procedentes del Reino Unido que recibe anualmente España, que en el ejercicio 2008 representó el 27,58% del total turistas internacionales recibidos (subepígrafe III.1.3.1).

– El Tribunal de Cuentas ha detectado que el número medio de facturas por gasto real emitidas por España por cada 10.000 turistas, por las prestaciones sanitarias servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de Francia y de Portugal, durante su estancia temporal en España, fueron 69 y 60,7, respectivamente, lo que supera significativamente el promedio de facturas por gasto real emitidas por el resto de Estados (55,1). Puede apreciarse, por tanto, que los índices de facturación de Francia y Portugal, que son los dos Estados fronterizos con España, son bastante superiores a la media del resto de Estados, concentrándose, mayoritariamente las prestaciones sanitarias a los ciudadanos de estos Estados, en las provincias españolas limítrofes con ellos.

En concreto, las provincias españolas de Badajoz y de Pontevedra fueron las que más facturación emitieron en el ejercicio 2009 por prestaciones sanitarias servidas a titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por Portugal. En este sentido, el 70,7% de las facturas emitidas por asistencias sanitarias prestadas en Badajoz (1.056 facturas por importe de 616.967,88 euros), correspondían al Hospital Materno-Infantil de dicha provincia a asegurados procedentes de Portugal, lo que permite concluir a este Tribunal de Cuentas que, en estos casos, el desplazamiento a España de mujeres embarazadas procedentes de Portugal podría haber tenido como fin el procurar ser atendidas en hospitales españoles en el momento del parto, por lo que parece razonable considerar que estas personas no recibieron asistencia sanitaria materno-infantil por encontrarse en estancia temporal en España y necesitar eventualmente dicha asistencia sino, como acto deliberado, por la proximidad geográfica de su residencia.

Por tanto, existe el riesgo de que, dada la cercanía territorial, España sirva prestaciones de asistencia sanitaria a las personas protegidas por la Seguridad Social de Portugal y Francia que se trasladan a España para acceder a los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles, lo que desnaturaliza el objetivo que se persigue con el uso de la Tarjeta Sanitaria Europea, que debe tener sólo una utilización coyuntural (subepígrafe III.1.3.1).

– La facturación por costes efectivos o gasto real remitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a los países deudores se traduce en la emisión de una factura (formulario de liquidación E-125) por cada acto médico prestado a asegurados a cargo de otros Estados miembros, a partir de los datos aportados por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (excepto, en el caso del Reino Unido, hasta el ejercicio 2009, como se ha indicado).

Con el fin de agilizar y facilitar el procedimiento de transmisión de dicha información, el Instituto Nacional de la Seguridad Social creó, en la aplicación informática ASIA, el módulo de facturación FISS-WEB «Facturación Internacional de Servicios Públicos de Salud», mediante el cual las distintas unidades de facturación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, a través del portal de Internet de la Seguridad Social, pueden introducir directamente los datos de facturación necesarios para la confección por el INSS, de forma automatizada, de los formularios de liquidación E-125, referentes a las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países en centros, servicios y establecimientos sanitarios de la red pública ubicados en su respectivo ámbito territorial.

En relación con la efectividad del uso de esta aplicación informática, el Tribunal ha detectado las siguientes incidencias:

– Las Comunidades Autónomas de Aragón, Navarra y País Vasco, así como las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, no utilizaban, ni en atención primaria, ni en atención especializada, ni hospitalaria, el módulo de facturación FISS-WEB, por lo que en estas Comunidades y Ciudades con Estatuto de Autonomía la documentación requerida para la facturación correspondiente al ejercicio 2009 fue remitida en soporte papel a las respectivas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo que provocó retrasos en la facturación, al aumentar la complejidad en el procedimiento, dado que estas Direcciones Provinciales son meras intermediarias que deben grabar los datos en la aplicación ASIA, e incrementó la dificultad para establecer un adecuado control en la facturación, así como el riesgo de errores⁽⁷⁾.

⁽⁷⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que desde el 1 de julio de 2011 la Comunidad Autónoma de Aragón utiliza el módulo de facturación FISS-WEB, habiéndose suprimido por tanto el soporte papel. Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad señala que «se adoptarán las medidas precisas al objeto de promover la utilización del módulo de facturación FISS-WEB».

– Los centros de atención primaria dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas fiscalizadas por el Tribunal (Andalucía, Canarias, Illes Balears, Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana) tampoco disponían del módulo de facturación FISS-WEB, por lo que la introducción de los datos de facturación en FISS-WEB se efectuaba por los centros de grabación designados por los Servicios de Salud de estas Comunidades Autónomas (normalmente las gerencias de atención primaria), situación que también produjo retrasos en la facturación por la intervención de estas unidades intermedias e incremento del riesgo de errores.

Esta deficiencia se puede subsanar fácilmente mediante el acceso de los centros de atención primaria al módulo de facturación FISS-WEB, lo que dinamizaría el procedimiento de facturación y posibilitaría la introducción de controles adecuados en la facturación.

Tampoco existía un procedimiento que regulase la remisión de la documentación desde los centros de atención primaria a los centros de grabación, lo que conlleva la

existencia de dos riesgos: 1) que los centros de atención primaria no cumplimenten, para todas las prestaciones sanitarias servidas, la documentación necesaria para su facturación; 2) que los centros de grabación de los Servicios de Salud y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria no facturen todas las prestaciones sanitarias de las que sí existe documentación cumplimentada por los centros de atención primaria.

– Por otra parte, este Tribunal ha constatado que, entre los ejercicios 2006 a 2010 existieron, al menos, 285 facturas grabadas en el módulo de facturación FISS-WEB por los centros, servicios y establecimientos sanitarios que contaban con esta aplicación, que no tenían toda la información necesaria para que el Instituto Nacional de la Seguridad Social pudiera emitir la facturación correspondiente a los órganos de enlace extranjeros, cuyo importe ascendía a 51.306 euros, destacando los centros de Andalucía (166 facturas), Cataluña (50 facturas) y Madrid (30 facturas). Por tanto, en estos casos, el Instituto Nacional de la Seguridad Social no emitió la pertinente facturación.

Esta situación pone de manifiesto que los controles establecidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para que las facturas introducidas en el módulo de facturación FISS-WEB por los centros de grabación de los distintos Servicios de Salud tuvieran la información necesaria para poder emitir la facturación correspondiente a los organismos de enlace extranjeros son insuficientes, por lo que esta Entidad Gestora debería establecer mecanismos informáticos que automáticamente impidan la grabación de datos, si no cuentan con todos los requisitos exigidos para su correcta facturación.

La falta de utilización del módulo de facturación FISS-WEB en todo el territorio nacional origina un retraso en la gestión de las facturas que el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe remitir a los organismos de enlace de los demás Estados miembros, ya que, a los tiempos de grabación de los datos necesarios para la facturación, se añade el tiempo que transcurre desde que los Servicios de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria recopilan la documentación procedente de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios que tienen adscritos y la remiten a la correspondiente Dirección Provincial, con el consiguiente coste financiero para España, como consecuencia del aumento de los plazos de facturación.

Por otra parte, el Tribunal de Cuentas ha comprobado que no se había establecido entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas un procedimiento que regulase la frecuencia de la remisión de la documentación a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social para aquellas Comunidad Autónoma que no utilizan el módulo FISS-WEB, lo que permite la existencia de retrasos en la revisión de la documentación (subepígrafe III.1.3.1)

1.2 Con relación a la facturación emitida a través del sistema de costes medios o cuota global este Tribunal de Cuentas detectó, una diferencia de, al menos, 127.692 personas entre el número de pensionistas extranjeros mayores de 65 años procedentes de Estados del Espacio Económico Europeo (Estados de la Unión Europea, Islandia, Liechtenstein y Noruega) y Suiza empadronados en España (231.364 personas), según los datos del Instituto Nacional de Estadística, y el número de pensionistas mayores de 65 años por los que España emite facturación a estos Estados (103.672 personas), derivada de la residencia de estas personas en España según los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, siendo significativamente mayor, por tanto, el número de personas empadronadas que el número de personas por las que España emite facturación por cuotas globales.

A pesar de que las cifras relativas al empadronamiento podrían no estar actualizadas, al existir personas que no cancelen su empadronamiento en España al regresar a sus países, esta desmesurada diferencia entraña el riesgo de que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria hayan emitido la tarjeta sanitaria individual a personas extranjeras empadronadas en España (estimadas en 127.692 personas), por las que el Instituto Nacional de la Seguridad Social no está percibiendo cuotas globales, lo que explicaría esa significativa diferencia.

Por tanto, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria deben adoptar las medidas oportunas para

depurar sus actuales registros, con objeto de detectar la existencia de personas residentes en España por las que el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe cobrar cuotas globales a otros Estados y no lo está haciendo (subepígrafe III.1.3.3).

2. El Instituto Nacional de la Seguridad Social tramita de forma no automatizada, es decir, en soporte papel, un porcentaje significativo de la facturación emitida. El porcentaje de facturas por gasto real que todavía son emitidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en soporte papel se sitúa en torno al 30% del total, lo que supuso un número aproximado de 80.000 facturas anuales, dado que España envía las facturas emitidas por gasto real de forma telemática, únicamente a siete de los 30 Estados del Espacio Económico Europeo y Suiza.

Aunque la remisión de la facturación en soporte papel deberá suprimirse por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, ineludiblemente, con fecha 1 de mayo de 2012 (de acuerdo con el artículo 95 del Reglamento (CE) 987/2009, del 16 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo), este Tribunal considera necesario que esta Entidad Gestora anticipe, en la medida de lo posible, la automatización en el envío de estos formularios, de forma que disminuyan los tiempos de gestión y los riesgos inherentes a su manipulación, máxime teniendo presente que España es un país eminentemente acreedor por la asistencia sanitaria prestada a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países⁽⁸⁾ (subepígrafe III.1.3.1).

⁽⁸⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social ha comunicado a este Tribunal que la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social ha acordado prorrogar el período transitorio para el pleno intercambio de datos por medios electrónicos entre los Estados miembros durante veinticuatro meses más, esto es, hasta el 1 de mayo de 2014 (Decisión E3 de 19 de octubre de 2011, publicada en el DOUE 12/6, de 14 de enero de 2012).

3. La facturación emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a los países deudores es revisada por estos países, que pueden aceptar o rechazar las facturas emitidas por España. En el análisis de los escritos de los organismos de enlace extranjeros enviados al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en los que comunican las facturas que, por diferentes razones, no son aceptadas, cabe destacar las siguientes incidencias:

– El Instituto Nacional de la Seguridad Social realiza la gestión de la facturación rechazada siempre en soporte papel, dado que las facturas devueltas por los organismos de enlace extranjeros son remitidas de esta forma, incluso en el caso de los países con los que existe intercambio telemático de facturación. Por ello, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debe promover la utilización de medios informáticos para la gestión de estas facturas, ya que ello redundaría significativamente en la mejora de la gestión de facturación.

– El Instituto Nacional de la Seguridad Social no realiza un seguimiento de la facturación emitida, dado que en la aplicación informática ASIA («Asistencia Sanitaria Internacional Automatizada», que utiliza el Instituto Nacional de la Seguridad Social para la gestión de la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria internacional) sólo queda constancia de la emisión de la facturación, pero no de la aceptación o rechazo por parte de los países deudores, ni tampoco de qué facturación fue anulada por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social al haber sido aceptados por estas Direcciones Provinciales los motivos de rechazo de las facturas. Por tanto, la aplicación ASIA no permite conocer actualmente el estado real de las facturas emitidas, por lo que parece razonable concluir que la grabación de los datos relativos a la aceptación o rechazo de cada factura en esta aplicación permitiría mejorar el control de estas facturas y agilizaría su tramitación.

– Este Tribunal considera excesivo, con carácter general, el tiempo que transcurre desde que el Instituto Nacional de la Seguridad Social recibe los escritos de rechazo de los organismos de enlace extranjeros, hasta que reenvía los correspondientes escritos a las Direcciones Provinciales competentes para que éstas resuelvan las incidencias (61

días en la muestra seleccionada por el Tribunal) debido, entre otros motivos, a que la gestión no está informatizada.

– Además, de la falta de procedimientos señalados anteriormente, las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y los distintos Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas tampoco habían aprobado un procedimiento que regulase la gestión de las facturas rechazadas. Este procedimiento debería establecer, entre otras cuestiones, la custodia de los formularios de derecho y la documentación en virtud de los cuales fue emitida la facturación, que corresponde a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ya que una de las principales causas por las que España deja de cobrar facturación emitida es la pérdida de los formularios de derecho, por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en virtud de los cuales se presta asistencia sanitaria en España a asegurados de otros Estados.

– Asimismo, este Tribunal verificó que otra de las causas por la que el procedimiento se dilata en el tiempo, es que sólo cuando todas las Direcciones Provinciales han resuelto todas las incidencias de las remesas de facturas emitidas, el Instituto Nacional de la Seguridad Social envía una respuesta a los organismos de enlace extranjeros. Este procedimiento supone que si una sola Dirección Provincial se retrasa en el envío de la resolución de sus incidencias, el Instituto Nacional de la Seguridad Social no responde al organismo de enlace correspondiente hasta que recibe respuesta de la citada Dirección Provincial, actuación que retrasa considerablemente la gestión de las facturas devueltas.

Esta misma incidencia también se produce en relación a la facturación recibida por España (subepígrafe III.1.3.1).

B) Facturación recibida por España a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social recibe facturación girada por otros Estados por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas en dichos Estados a asegurados a cargo de la Seguridad Social española, de acuerdo con los Reglamentos comunitarios, mediante: a) un sistema de costes efectivos o gasto real, para asegurados a cargo de la Seguridad Social española que se encuentran en estancia temporal en otros Estados; b) y a través de un sistema de costes medios o cuota global, en función del número de meses de residencia, para aquellos asegurados de la Seguridad Social española que residen habitualmente en otros Estados.

Como ya se ha señalado, en el ejercicio 2009, el importe facturado a España por el sistema de gasto real por otros Estados en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios ascendió a 40.863.960,82 euros. Por el sistema de cuota global ascendió a 5.321.679,09 euros.

Como se desprende de los datos anteriores, el importe correspondiente al sistema de cuota global en la facturación recibida por España fue residual (el 12% del total de la facturación recibida), a diferencia de la facturación emitida por España, en la que el importe facturado por el sistema de cuota global fue mucho más elevado que el facturado por gasto real (representó el 80% de la facturación emitida).

Este Tribunal ha detectado diversas deficiencias que se señalan a continuación, distinguiéndose tales deficiencias en función de la facturación derivada del sistema de gasto real y de la facturación derivada del sistema de cuota global.

1.1 En relación a la facturación recibida por España (España deudora) por el sistema de costes efectivos o gasto real, este Tribunal ha detectado las siguientes incidencias:

– El número de facturas recibidas por España, durante el año 2009, procedentes de Alemania por costes efectivos o gasto real fue un 716% superior al número de facturas emitidas por España a este país, ponderando esta facturación entre las cifras de personas recibidas por cada uno de estos países que pernoctaron al menos una noche en el país

de destino (turistas), por lo que se desprende que Alemania expidió a España más de siete facturas por cada una que emitió España en dicho ejercicio.

Asimismo, el importe facturado por Alemania en relación a los españoles que visitaron Alemania fue un 477,2% superior a la facturación emitida por España en proporción a los alemanes que visitaron España (subepígrafe III.1.3.2).

Estos datos deben ser analizados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para que este Instituto determine las razones por las que se producen estas diferencias tan significativas y, en su caso, pueda instar a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y al INGESA a adoptar las medidas que correspondan en orden a procurar la facturación total de la asistencia que prestan a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de sus respectivos territorios.

– En el ejercicio 2009, España recibió, como mínimo, 3.148 facturas de otros Estados miembros por gasto real que sólo incluían prestaciones odontológicas, por importe de 276.999,12 euros, de las que el 99,65% (3.137) procedían exclusivamente de tres Estados: Alemania, Francia y Bélgica.

En estos Estados las prestaciones odontológicas están incluidas dentro de los Sistemas Nacionales de Salud, a diferencia de España, en que dichas prestaciones odontológicas, con carácter general, deben ser soportadas por el paciente.

Se pone así de manifiesto que asegurados a cargo de la Seguridad Social española se desplazan a otros Estados en los que las prestaciones odontológicas están cubiertas por sus respectivos Sistemas de Seguridad Social, con el fin de eludir la aplicación de la normativa española, al recibir prestaciones odontológicas no soportadas por nuestro sistema de Seguridad Social, sin el formulario de asistencia que exigen los Reglamentos comunitarios.

Por ello, el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe adoptar las medidas oportunas para limitar el riesgo de que, por esta vía, la Seguridad Social española, esté financiando indirectamente unas prestaciones odontológicas que nuestra legislación no contempla, a través del análisis individualizado de aquellas facturas que sólo incluyan asistencia odontológica o cuya cuantía, en el conjunto de la factura recibida, represente un porcentaje significativamente elevado y, en su caso, el Instituto Nacional de la Seguridad Social adoptará las medidas necesarias para conseguir el reintegro de estas cantidades (subepígrafe III.1.3.2).

– Al igual que sucede con la facturación emitida por España, la recepción de la facturación enviada por otros Estados a España también se efectúa, con carácter general, en soporte papel, excepto en los casos de Alemania, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Italia y Portugal, Estados con los que España tiene suscritos acuerdos de intercambio telemático de facturas. Por su parte, los formularios rechazados se intercambian, en todo caso, en soporte papel, dado que la devolución informatizada de estos formularios no está prevista en los respectivos acuerdos de intercambio telemático.

La facturación recibida de estos siete Estados por costes efectivos o gasto real, de forma telemática, también presentó incidencias. Así, el Instituto Nacional de la Seguridad Social aceptó de forma automática, sin realizar comprobaciones adicionales, facturas emitidas por organismos de enlace extranjeros por prestaciones sanitarias servidas en el extranjero a asegurados en estancia temporal a cargo de la Seguridad Social española (debido a errores en los controles establecidos por el citado Instituto en la aplicación ASIA o por ausencia de controles) en los siguientes supuestos:

– El Instituto Nacional de la Seguridad Social aceptó el pago de facturas que no contenían información básica esencial, como las fechas de inicio y fin de la prestación sanitaria, que es información imprescindible para comprobar que la prestación recibida estaba dentro del periodo de validez del formulario de derecho. Esta incidencia fue detectada por este Tribunal, como mínimo, en 13 facturas, por importe de 3.166,85 euros, facturas que deberían haber sido devueltas al país deudor para su subsanación o anulación.

– A pesar de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social tiene establecido un control en la aplicación ASIA por el que deben revisarse todas las facturas emitidas por hospitalizaciones con un importe superior a 2.000 euros. Sin embargo, este Tribunal ha

verificado que esta Entidad Gestora, a través de la aplicación ASIA, aceptó facturas que superaron este umbral y llegó, incluso, a aceptar automáticamente un formulario por importe de 31.174,58 euros.

– El Instituto Nacional de la Seguridad Social, según ha detectado este Tribunal, aceptó, como mínimo, 447 facturas por importe de 652.942,82 euros, en las que la fecha fin de la prestación era anterior a la fecha de inicio de la prestación, a pesar de que en la aplicación ASIA esta deficiencia debe ser motivo de rechazo automático.

– Este Tribunal detectó, asimismo, que, como mínimo, 93 facturas, por importe de 30.987,86 euros, fueron aceptadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a pesar de que no contenían información relativa al código de identificación del asegurado.

– A pesar de que también es causa de rechazo automático la falta de cumplimentación del código relativo al formulario de derecho (que identifica cada tipo formulario y que habilita para recibir un tipo de prestación u otro), el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de la aplicación ASIA, aceptó, como mínimo, 17 facturas en las que no constaba esa información.

En todos los supuestos anteriores, las facturas deberían haber sido rechazadas y, en su caso, devueltas. Por tanto, el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe introducir en la aplicación ASIA las modificaciones necesarias para asegurar la efectividad de los controles que la misma tiene establecidos y evitar que se acepten facturas que carecen de los requisitos exigidos para su pago (subepígrafe III.1.3.2).

– El Instituto Nacional de la Seguridad Social y sus Direcciones Provinciales aceptaron facturas emitidas por otros Estados sin realizar ninguna comprobación ante el asegurado que recibió la prestación sanitaria, tendente a verificar la realización del desplazamiento y la asistencia sanitaria recibida, ni la verificación del Estado miembro que emitió la factura.

A juicio de este Tribunal, tales comprobaciones debieron haber sido realizadas en los supuestos en que no constaba la fecha de inicio y fin de la prestación en las facturas, en aquellas facturas susceptibles de haber sido emitidas por duplicado, por corresponder a un mismo titular y tener idéntico importe, o en facturas aceptadas a pesar de superar importes elevados (v.gr.: las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Alicante, Barcelona, Guipúzcoa, Madrid y Murcia aceptaron facturas en las que se produjeron estas incidencias y facturas por importes superiores cada una a 20.000 euros) (subepígrafe III.1.3.2).

– Por otra parte, este Tribunal ha detectado diferencias de criterio en las revisiones efectuadas por las distintas Direcciones Provinciales, e incluso diferencias entre los centros de gestión de una misma Dirección Provincial. Todo ello hace necesario que el Instituto Nacional de la Seguridad Social establezca un procedimiento que contenga criterios claros y precisos para homogeneizar estas revisiones (subepígrafe III.1.3.2).

1.2 El Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de la aplicación ASIA, no tiene desarrollada la gestión de la facturación recibida por España de organismos de enlace extranjeros por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a asegurados a cargo de la Seguridad Social española que residen habitualmente en otros Estados (España deudora por cuota global), lo que dificulta el control y aumenta el riesgo de existencia de errores, ocasionados por el volumen de documentación que debe gestionar manualmente el Instituto Nacional de la Seguridad Social (subepígrafe III.1.3.4).

2. No existe un registro informático de los escritos recibidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social procedentes de los organismos de enlace extranjeros con las facturaciones correspondientes, lo que provoca retrasos en la gestión e incoherencias en la información existente en el Instituto Nacional de la Seguridad Social relativa a la facturación girada a España por otros Estados, en la modalidad de gasto real (subepígrafe III.1.3.4).

C) Cobros y pagos efectuados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social imputa, extrapresupuestariamente, los cobros recibidos de los organismos de enlace extranjeros por las prestaciones

sanitarias servidas en nuestro país, de acuerdo con un criterio de caja, por lo que la imputación contable se produce en el ejercicio en que España recibe los fondos, no en el ejercicio en que se emitió la facturación ni en el que los Servicios de Salud sirvieron la prestación sanitaria. De igual forma, el Instituto Nacional de la Seguridad Social imputa los pagos cuando se efectúa la salida material de fondos. Por tanto, no existe correlación entre la facturación emitida en un año y los reembolsos recibidos, que normalmente corresponden a ejercicios muy anteriores. Este sistema impide que los registros contables recojan las deudas pendientes de cobro y pago al cierre de cada ejercicio, criterio que es contrario al principio de devengo recogido en la Ley General Presupuestaria⁽⁹⁾.

⁽⁹⁾ En el trámite de alegaciones la Intervención General de la Seguridad Social indica expresamente: «A este respecto, esta Intervención General coincide con el Tribunal que en esta materia debe aplicarse el principio de devengo», y señala que procederá, en coordinación con el INSS, al estudio de todos los procedimientos utilizados en la tramitación de estos cobros y pagos al objeto de que se modifique la aplicación informática utilizada de forma que recoja todos los datos que posibiliten el seguimiento adecuado del proceso, con el fin de que «puedan obtenerse los datos necesarios para un control efectivo».

2. Por otra parte, la aplicación ASIA (a través de la que el Instituto Nacional de la Seguridad Social gestiona las prestaciones de asistencia sanitaria internacional) no permite conocer si una factura girada por España a otros países ha sido finalmente cobrada o no, ya que el Instituto Nacional de la Seguridad Social registra los cobros en esta aplicación de forma global, sin identificar el formulario de liquidación al que corresponde el cobro determinado, lo que constituye un grave defecto, a juicio de este Tribunal, que el citado Instituto debe solventar para conseguir una adecuada gestión de cobro de la facturación emitida y lograr saber, en todo momento, las facturas cobradas y las que están pendientes de cobro (subepígrafe III.1.3.5).

3. Asimismo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social desconoce si cada una de las facturas recibidas de otros Estados han sido pagadas o no por esta Entidad Gestora, ya que únicamente dispone de información sobre la deuda total pendiente de pago con cada Estado⁽¹⁰⁾ (subepígrafe III.1.3.5).

⁽¹⁰⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social indica que con los países con los que se recibe la facturación automática, «se pueden obtener listados nominales de los formularios rechazados a cada país y por tanto no abonados, así como listados nominales de los formularios aceptados», y que lo mismo se puede hacer «manualmente» para los países que no están informatizados. Sin embargo, es necesario realizar tres consideraciones: en primer lugar, la imposibilidad de la aplicación ASIA de permitir un seguimiento puntual de las facturas recibidas y emitidas es un hecho cierto que ni siquiera cuestiona el citado Ministerio, en segundo lugar, en el caso de las facturas recibidas por medios electrónicos, el Ministerio equipara formularios aceptados con formularios pagados, lo que no responde a la realidad, y, por último, en cuanto a las facturas recibidas en soporte papel, la aceptación y el pago tampoco son simultáneos, al margen de que la comprobación de ambos extremos, al no estar informatizadas las facturas, se convierta en una tarea desmesurada.

4. Los organismos de enlace extranjeros incumplen, con carácter general, los plazos reflejados en los Reglamentos comunitarios, dado que realizan los pagos a España con retraso, ya que la mayor parte de los cobros recibidos por España en el ejercicio 2009 no correspondían a la facturación emitida en dicho ejercicio, sino que procedían, en su mayor parte, de liquidaciones de ejercicios anteriores, referidas a su vez a prestaciones sanitarias efectuadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria con anterioridad al ejercicio en que finalmente se liquidaron.

Los Reglamentos comunitarios, en su redacción inicial, fijaban un plazo para el cobro pero no determinaban la obligación de pagar intereses de demora, si bien esta circunstancia ha sido modificada en los nuevos Reglamentos que entraron en vigor el 1 de mayo de 2010, en los que se prevén plazos de presentación y pago de los créditos, la posibilidad de aplicar intereses de demora, y un plazo máximo para resolver las impugnaciones de créditos.

En este sentido, incluso Italia y Portugal, dos de los siete Estados miembros con los que España tiene suscritos acuerdos de agilización de créditos para esta materia, que prevén la realización de anticipos antes de la revisión de la facturación, efectuaron los anticipos de la facturación emitida por España por gasto real durante el ejercicio 2009 con un retraso considerable (a modo de ejemplo, el crédito por gasto real correspondiente al primer semestre de 2008, notificado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en septiembre de 2008, no fue satisfecho por Italia y Portugal hasta julio de 2009, es decir, con cuatro meses de retraso respecto a los seis meses en los que debieron efectuar el pago) (subepígrafe III.1.3.5).

5. España mantenía un importe de facturas emitidas pendiente de cobro a 31 de diciembre de 2009 que ascendía a 138.680.639,60 euros debido, en parte, al procedimiento actual para la gestión de cobros de las deudas, en el que las facturas no se tramitan de forma independiente, sino que el Instituto Nacional de la Seguridad Social, según el procedimiento que tiene establecido, espera a que se resuelvan todas las incidencias de una remesa de facturación enviada a un organismo de enlace de otro Estado para su cobro antes de reclamar su pago. Si las facturas rechazadas tuvieran una tramitación independiente, podrían cobrarse con mayor rapidez al remitir, a los organismos de enlace extranjero, las facturas que no presentan ningún problema para su cobro (subepígrafe III.1.3.5).

6. Del total del importe pendiente de cobro por España a 31 de diciembre de 2009, el 18% era adeudado por Alemania, y el 17% por Noruega. España no tiene suscrito convenio de agilización de créditos con ninguno de estos dos Estados, por lo que, a juicio de este Tribunal, el Gobierno debería impulsar la suscripción estos convenios, con el fin de minorar los plazos para el cobro de las deudas pendientes (subepígrafe III.1.3.5).

3.2 Conclusiones sobre los formularios de derecho emitidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

1. El Tribunal de Cuentas ha comprobado la existencia de 347 facturas recibidas en el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por importe de 714.025,17 euros, correspondientes al ejercicio 2009, por el uso de Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por España en las que la asistencia sanitaria fue prestada durante un período de tiempo superior a un año. A juicio del Tribunal, ello podría poner de manifiesto la utilización indebida de formularios de estancia temporal por asegurados a cargo de España que podrían estar residiendo en los Estados donde se les ha prestado asistencia sanitaria durante un tiempo tan prolongado, es decir, asegurados por los que deberían satisfacerse cuotas globales. Sin embargo, esta circunstancia no se tuvo en cuenta ni en el proceso de revisión automático de formularios, ni en proceso de revisión manual efectuado en las Direcciones Provinciales del INSS, por lo que este Instituto debe adoptar las medidas oportunas para verificar esta situación.

En este sentido, en los ejercicios 2008 y 2009 el Instituto Nacional de la Seguridad Social no realizó ninguna reclamación por utilización indebida de la Tarjeta Sanitaria Europea a sus titulares, a pesar de que España está obligada a pagar a los organismos de enlace extranjeros los gastos ocasionados por el uso de todas las Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por España, independientemente de su validez o no.

Por otra parte, a partir del 15 de abril de 2010 el plazo de validez de las Tarjetas Sanitarias Europeas es de dos años, lo que aumenta el riesgo de que durante el periodo de validez de las Tarjetas Sanitarias Europeas cambien las circunstancias que dieron lugar a su obtención y se utilicen de forma indebida. Asimismo, existe el riesgo de que la misma tarjeta sanitaria europea pueda ser utilizada por distintas personas, dado que los centros, servicios y establecimientos sanitarios habitualmente prestan la asistencia sanitaria con la presentación de la tarjeta sanitaria europea sin identificar al beneficiario (subepígrafe III.1.3.2).

2. Este Tribunal ha verificado que no existe una base de datos centralizada de beneficiarios vinculados a asegurados de titulares con derecho a la asistencia sanitaria a cargo de la Seguridad Social española, por lo que existe el riesgo de que trabajadores o

pensionistas extranjeros protegidos por la Seguridad Social española tengan beneficiarios a su cargo, indebidamente, por estar estos beneficiarios ya asegurados en sus Estados de origen, debido, entre otros motivos, a que ni el Instituto Nacional de la Seguridad Social ni los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas efectúan controles sobre este colectivo.

La causa de ello es la falta de informatización del documento «P-1», de beneficiarios de titulares a cargo de la Seguridad Social española, emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por lo que esta entidad debe adoptar las medidas oportunas para que estos beneficiarios consten en una base de datos centralizada (subepígrafe III.1.3.1).

3. El Tribunal ha verificado el uso de formularios de derecho E-106 (formulario de derecho de residencia habitual para trabajadores y sus familiares), que no estaban en vigor en el momento de su utilización. Esta situación se produce porque estos formularios de derecho E-106 fueron grabados en la aplicación informática ASIA y ésta no controla su plazo de vigencia, lo que pone de manifiesto, una vez más, las deficiencias de esta aplicación.

Consecuentemente, existe el riesgo de que las facturas emitidas por España en virtud de estos formularios sean devueltas, justificadamente, por los Estados de origen, por caducidad de los formularios de derecho E-106⁽¹¹⁾.

⁽¹¹⁾ En las alegaciones formuladas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social se señalan que el INSS decidió trasladar las facturas al país deudor para intentar recuperar el gasto originado, lo que no garantiza en absoluto su cobro.

La Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en la que más se produjo esta incidencia fue la correspondiente a la provincia de Cádiz a la que corresponde el 57% del total de las facturas grabadas sin un formulario de derecho E-106 en vigor (159 de un total de 277), debido a que es la provincia de España que más formularios E-106 recibe, de ellos el 98% fueron emitidos por el Reino Unido para asegurados de ese Estado que trabajaban en Gibraltar y residen en la provincia de Cádiz (subepígrafe III.1.3.1).

3.3 Conclusiones sobre la metodología del cálculo del importe de las cuotas globales.

1. De acuerdo con los Reglamentos comunitarios, España debe calcular el importe de dos tipos de cuotas globales, como compensación por las prestaciones sanitarias servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados que residen habitualmente en España: a) una para los miembros de familias de trabajadores que residen en un Estado miembro distinto al de la nacionalidad del trabajador y b) otra para titulares de pensiones y miembros de su familia.

De acuerdo con los Reglamentos comunitarios, el importe de estas cuotas, para cada ejercicio, será el cociente entre el importe de los gastos públicos sanitarios efectuado por España y el número de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud de cada colectivo.

Estas cuotas son calculadas por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo e Inmigración y, posteriormente, son aprobadas en cada ejercicio por la Comisión de Cuentas, órgano dependiente de la Comisión Europea.

Este Tribunal de Cuentas ha detectado las siguientes incidencias en el método de cálculo de las cuotas globales de España:

– Los datos utilizados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social relativos al gasto público sanitario total en España son elaborados por la Intervención General de la Administración del Estado con carácter provisional y, posteriormente son aprobados, con carácter definitivo, por la Comisión de Cuentas de la Comisión Europea. Habitualmente, existen diferencias entre los datos provisionales y los definitivos. Sin embargo, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sólo realiza ajustes en los datos provisionales presentados inicialmente a la Comisión de Cuentas cuando el ajuste supone un menor gasto, pero no cuando el gasto público sanitario total definitivo

en España es superior. Esta situación debe ser solventada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, puesto que, a juicio de este Tribunal de Cuentas, carece de toda lógica desde un punto de vista económico y técnico que no se ajusten las cifras cuando el gasto resulta ser más elevado (epígrafe III.2.2).

– Para calcular el importe de determinadas partidas del gasto público sanitario total en España, dentro del cálculo de las cuotas de los ejercicios 2006 a 2008, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social utilizó fuentes estadísticas con una antigüedad de al menos tres años (v.g.: para estimar los gastos de medicina ambulatoria la citada Dirección General tuvo en cuenta los datos correspondientes a la encuesta del año 2003), lo que da lugar a una injustificada infravaloración del gasto público sanitario total de las cuotas globales correspondientes al período 2006 a 2008 tenido en cuenta para el cálculo de las cuotas de cada ejercicio (epígrafe III.2.2).

– Por otra parte, para determinar el número de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social mantiene el criterio de incluir en ese momento a los españoles que habían cotizado a la Seguridad Social de otros Estados miembros. A juicio de este Tribunal de Cuentas, esta inclusión no es adecuada, puesto que los españoles que están protegidos por la Seguridad Social de otros Estados y que han cotizado en el extranjero, no tienen la consideración legal de personas protegidas por la Seguridad Social española y, por tanto, no deben figurar dentro del colectivo de población protegida del Sistema Nacional de Salud, a estos efectos, lo que supone una infravaloración de las cuotas (epígrafe III.2.2).

– La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social incluyó correctamente en el gasto sanitario público total de España, correspondiente al ejercicio 2009, los gastos de las prestaciones sanitarias de dependencia en especie reconocidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que en otros Estados son prestaciones incluidas en su Sistema Nacional de Salud. Por ello, la cuota global correspondiente a los titulares de pensiones y miembros de su familia fue superior a las cuotas de ejercicios anteriores y presentó menores diferencias con la media de importes de cuotas globales de la Unión Europea. No obstante, la Ley 39/2006 entró en vigor el 1 de enero de 2007, mientras que la cuota global de España correspondiente al ejercicio 2009 fue aprobada en noviembre de 2010, por lo que debió haberse incluido en el cálculo de las cuotas globales de ejercicios anteriores, lo que ha disminuido el valor de las cuotas en estos ejercicios (epígrafe III.2.2).

– Este Tribunal de Cuentas ha observado, respecto a las cuotas globales correspondientes a miembros de familias de trabajadores que residen en un Estado miembro distinto al del trabajador, diferencias entre la cuota española y la cuota media de la Unión Europea para los años 2004 y 2005, que fueron del 55,19% y del 50,56%, respectivamente. A partir del ejercicio 2006, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social modificó el método de cálculo de la cuota global, que fue aprobado por la Comisión de Cuentas, y esta desviación se redujo hasta el 15,96% en el año 2008.

No obstante, estas diferencias entre la cuota global española y la cuota media europea son aún bastante significativas, por lo que deben ser analizadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración para, en su caso, adoptar las medidas de gestión pertinentes, lo que debería repercutir en mayores recursos públicos para España (epígrafe III.2.2).

– En relación a los importes de cuotas globales correspondientes a pensionistas y miembros de sus familias, las desviaciones entre la cuota española y la media europea fueron más reducidas que en el caso anterior, habiendo presentado en el período 2004 a 2008 diferencias siempre inferiores al 13%, si bien el dato parcial disponible del año 2009 refleja que la cuota española se encontraba en la media europea (subepígrafe III.1.3.3).

3.4 Conclusiones sobre la asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes.

1. Este Tribunal ha comprobado que, a 15 de junio de 2010, residían en España 453.349 personas cuya nacionalidad pertenecía a alguno de los 37 Estados del Espacio

Económico Europeo, a Suiza y a alguno de los siete Estados con los que España tenía suscritos Convenios Bilaterales con derecho a la asistencia sanitaria gratuita a cargo de la Seguridad Social española, por carecer de recursos económicos suficientes.

El acceso de nacionales de terceros Estados a las prestaciones sanitarias en España mediante la figura de «persona sin recursos económicos suficientes», condición que conlleva la gratuidad de las prestaciones sanitarias, origina el riesgo de utilización de esta figura por parte de personas que no reúnen los requisitos exigidos legalmente, bien por tener cubiertas sus prestaciones sanitarias por la Seguridad Social de sus respectivos Estados de origen, o bien por disponer dentro o fuera de España de recursos económicos suficientes.

El coste económico estimado por este Tribunal, correspondiente a la asistencia sanitaria prestada a estas 453.349 personas, aplicando la cuota global menor de las calculadas por España y aprobadas por la Comisión de Cuentas, es decir, utilizando la cuota global del ejercicio 2009 para los miembros de la familia de un trabajador, que fue de 82,99 euros/mensuales, ascendería, al menos, a 451.481.202,12 euros anuales, por lo que, ante el elevado coste económico que representa la asistencia sanitaria prestada a este colectivo para España, el Gobierno de la Nación debe impulsar las medidas legislativas oportunas para que el coste de la asistencia sanitaria prestada a dicho colectivo pueda ser derivado, en su caso, a sus respectivos países de origen.

Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria deben realizar las actuaciones oportunas para validar periódicamente la vigencia de los requisitos exigidos por la normativa aplicable para que los integrantes de este colectivo puedan acceder a la condición de «persona sin recursos económicos suficientes»⁽¹²⁾ (epígrafe III.3.2).

⁽¹²⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana informa que desde 1989 hasta junio de 2010 se ha revisado, anualmente, el cumplimiento de los requisitos de las personas que tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria gratuita por carecer de recursos económicos suficientes, y desde junio de 2010 la revisión de los requisitos se hace cada dos años porque ahora la prestación se acredita en el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad (SIP) con esa vigencia y a los interesados se les entrega una Tarjeta Sanitaria Individual con esa fecha de caducidad. También realiza otras comprobaciones como cruces con el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social y con ficheros de MUFACE, MUGEJU o ISFAS.

Respecto a la verificación de la ausencia de cobertura sanitaria en el país de origen, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana solicita a las personas de la UE y EEE un certificado, emitido por la Institución competente en materia de Seguridad Social del país de procedencia, acreditativo de que no procede la exportación de derecho a la prestación de asistencia sanitaria a España. Estos certificados están exentos de presentarlos las personas que estén en casos de extrema necesidad o extrema dificultad de obtención de esos documentos previa justificación informada por el trabajador social.

Por otra parte, en la Comunidad Valenciana, las tarjetas sanitarias de las personas sin recursos siempre han tenido un código identificativo, que en la actualidad es «NOREC».

2. Este Tribunal ha detectado otras deficiencias en el procedimiento para el reconocimiento de la condición de «persona sin recursos económicos suficientes».

Estas deficiencias son las siguientes:

– Las personas no españolas solicitantes de los derechos asociados a esta figura jurídica (uso de la tarjeta sanitaria individual y acceso a todas las prestaciones de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, incluidas prestaciones farmacéuticas) no tienen la obligación de presentar un documento expedido por un organismo oficial del Estado de procedencia que acredite que la persona carece de cobertura sanitaria en dicho país, lo que permite que dichas personas puedan quedar a cargo de la Seguridad Social española a pesar de que pueden estar aseguradas en sus países de procedencia,

con el consiguiente perjuicio económico para España derivado de la imposibilidad de facturar a sus países de origen por los servicios que les sean prestados⁽¹³⁾.

⁽¹³⁾ El Ministerio de Empleo y Seguridad Social comunicó a este Tribunal que con fecha 04/02/2011 el INSS remitió instrucciones a sus Direcciones Provinciales estableciendo la necesidad de que, para los familiares de los titulares procedentes de países de la UE, del EEE, de Suiza, o de países con los que España tenga suscritos convenios bilaterales, fuera necesario expedir un certificado, por la institución competente, que acredite que estas personas no pueden exportar el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a su país de origen.

A mayor abundamiento, el Tribunal de Cuentas considera necesaria la adopción de medidas similares a ésta, pero específicas en relación a la solicitud de reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes.

– Las personas no españolas solicitantes de los derechos asociados a esta figura jurídica con carácter general únicamente deben presentar una Declaración Jurada de ingresos económicos, a diferencia de las personas de nacionalidad española, que tienen que acreditar la insuficiencia de recursos económicos, mediante la presentación de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del último ejercicio o certificado de la Agencia Estatal de Administración Tributaria acreditativo de que no tienen obligación de presentar dicha Declaración, lo que supone en la práctica la no exigencia a los ciudadanos de otra nacionalidad de este requisito, por lo que existe una discriminación con relación a personas de nacionalidad española, que sí tienen que acreditar esta condición mediante la aportación de la pertinente documentación.

A este respecto, existe un evidente riesgo de que las «personas sin recursos económicos suficientes» de nacionalidad no española, sí cuenten con recursos económicos suficientes en sus Estados de origen, sin que el Instituto Nacional de la Seguridad Social o los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria puedan realizar ninguna comprobación de la declaración presentada por el solicitante.

Por ello, este Tribunal de Cuentas considera conveniente que el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas exijan a los solicitantes de este reconocimiento, una certificación expedida por los órganos competentes de su país de nacionalidad donde quede acreditado que el solicitante carece de recursos económicos suficientes y que no tiene derecho a la asistencia sanitaria en su país de origen, con objeto de evitar que una persona que ya tenga aseguramiento sanitario en su país de procedencia o que disponga de recursos económicos suficientes, quede a cargo de la Seguridad Social española a través de la figura de «persona sin recursos económicos suficientes». Asimismo, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería impulsar las medidas legislativas oportunas para subsanar esta situación⁽¹⁴⁾ (epígrafe III.3.2).

⁽¹⁴⁾ En el trámite de alegaciones el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señaló que, en coordinación con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, se remitirán instrucciones para que la expedición de tarjeta de asistencia sanitaria a estas personas sin recursos económicos suficientes se realice de forma coordinada y, en todos los casos, remitiendo el documento que certifique la carencia de recursos económicos.

3. El riesgo de existencia de personas aseguradas en otros Estados pero que obtuvieron asistencia sanitaria en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes» es un riesgo real y cuantificable, puesto que este Tribunal detectó que, al menos, 284 personas titulares de una Tarjeta Sanitaria Europea emitida por otros Estados miembros obtuvieron también la tarjeta sanitaria individual española a través de la figura de «persona sin recursos económicos suficientes». El coste económico estimado por este Tribunal por la asistencia sanitaria prestada sólo a estas 284 personas, aplicando el importe de la cuota global de España aprobada para el ejercicio 2009 para los miembros de la familia de un trabajador (que fue de 82,99 euros/mensuales), ascendería al menos, a 282.829,92 euros anuales (epígrafe III.3.2).

4. Asimismo, este Tribunal de Cuentas también ha detectado supuestos en los que «personas sin recursos económicos suficientes» eran titulares de una Tarjeta Sanitaria Europea emitida por España, a pesar de que estas personas sólo pueden exportar el derecho de asistencia sanitaria al extranjero si poseen el documento denominado Certificado Provisional Sustitutorio y por un máximo de 90 días al año. Pese a ello, estas personas habrían obtenido, indebidamente, la Tarjeta Sanitaria Europea emitida por España. En concreto, a fecha 15 de junio de 2010 existían 2.586 personas en esta situación, de las que el 28% residían en la Comunidad de Madrid y el 15% y el 14%, respectivamente, en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y de la Región de Murcia.

La emisión de estas Tarjetas Sanitarias Europeas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a personas de otras nacionalidades sin recursos económicos suficientes pone de manifiesto la existencia de deficiencias específicas en el control sobre este colectivo, situación que habría sido evitada con la simple consulta informática al Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, donde se recogen las personas que tienen la condición de «personas sin recursos económicos suficientes».

Por tanto, estas personas pueden recibir asistencia sanitaria en cualquier país del Espacio Económico Europeo y en Suiza durante un periodo de dos años, que es el período de vigencia de una Tarjeta Sanitaria Europea emitida por España, con cargo a la Seguridad Social española, por lo que existe un riesgo de uso fraudulento de esta Tarjeta Sanitaria Europea, con el consiguiente perjuicio para los fondos públicos.

En consecuencia, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debe establecer las medidas oportunas para evitar que se expidan Tarjetas Sanitarias Europeas a personas con derecho a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes. Asimismo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe analizar los casos en que se produjo la indebida emisión de estas Tarjetas Sanitarias Europeas, para proceder, en su caso, a su anulación (epígrafe III.3.2).

En este sentido, el Dictamen motivado – Infracción n.º 2009/2341 C(2011) 8391 final, de 24 de noviembre de 2011, de la Comisión Europea, dirigido al Reino de España por la negativa de España a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España, con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a lo dispuesto en la legislación de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Valencia, concluye que el Reino de España ha incumplido las obligaciones que le incumben con arreglo al artículo 19 del Reglamento (CE) n.º 883/2004, invitando al Reino de España a que adopte las medidas requeridas para ajustarse al citado dictamen en un plazo de dos meses. En este contexto, este Tribunal de Cuentas considera necesario adoptar las medidas legales oportunas para limitar la expedición de la tarjeta sanitaria individual a personas extranjeras que no reúnen los requisitos legales necesarios y, de esta forma, limitar el uso de la Tarjeta Sanitaria Europea en sus desplazamientos al extranjero.

5. En relación con las personas «sin recursos económicos suficientes» que son titulares de las tarjetas sanitarias individuales, existe el riesgo de que estas personas residan habitualmente en sus Estados de origen, fronterizos con España, y sigan manteniendo en España su tarjeta sanitaria individual emitidas por las Comunidades Autónomas y por el INGESA para recibir prestaciones en los centros, servicios y establecimientos sanitarios cuando regresen a España (v.gr.: de esta forma ciudadanos marroquíes o portugueses pueden recibir asistencia en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en Cáceres, Badajoz, Pontevedra, etc.), dado que al no existir un adecuado control sobre este colectivo, cuando abandonan España las Comunidades Autónomas y el INGESA no anulan la tarjeta sanitaria individual que emitieron a su favor.

Por ello, este Tribunal de Cuentas considera necesario que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria realicen comprobaciones periódicas de residencia efectiva en España, mediante comunicación con el beneficiario, solicitando la Tarjeta de Identidad de Extranjero para verificar su periodo de vigencia, según se establece en el artículo 210.7 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 sobre

derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social tras la reforma por Ley Orgánica 2/2009, o el Certificado de Inscripción en el Registro Central de Extranjeros, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea o de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Orden de 13 de noviembre de 1989, que establece como requisito para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes la residencia en territorio español ⁽¹⁵⁾ (subepígrafe III.4.2.3).

⁽¹⁵⁾ En el trámite de alegaciones el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que se pueden establecer controles periódicos con el fin de realizar bajas automáticas en el SILGTA de aquellas personas que hayan causado baja en el padrón municipal.

3.5 Conclusiones sobre los Convenios Bilaterales de seguridad social suscritos por España que contemplan las prestaciones de asistencia sanitaria.

1. En el ejercicio 2009, España tenía suscritos siete Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban prestaciones de asistencia sanitaria (con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez). Los formularios que otorgan el derecho a las personas protegidas por la Seguridad Social de estos Estados a recibir las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social española, excepto los correspondientes a Andorra, no se graban en el aplicativo ASIA, por lo que el Instituto Nacional de la Seguridad Social no dispone de información centralizada relativa a los formularios de derecho emitidos por estos Estados, lo que dificulta considerablemente los controles sobre este colectivo. Por otra parte, la gestión de estos formularios, al realizarse en soporte papel, ralentiza su tratamiento y gestión y control.

Por ello, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debe realizar las actuaciones necesarias para gestionar los formularios de derecho de todos los Convenios Bilaterales a través de la aplicación ASIA u otra aplicación informática centralizada ⁽¹⁶⁾ (subepígrafe III.4.2.1).

⁽¹⁶⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que, además de Andorra, actualmente está informatizada la gestión de la prestación de asistencia sanitaria prevista en el Convenio Bilateral con Marruecos.

2. La facturación por las prestaciones sanitarias servidas por España a las personas protegidas por la Seguridad Social de estos siete Estados se efectúa también manualmente por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (a excepción de Andorra), por lo que toda la información para efectuar la facturación es remitida en soporte papel por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a las Direcciones Provinciales, excepto para Andorra.

A este respecto, el Instituto Nacional de la Seguridad Social no ha establecido un procedimiento que regule la periodicidad o frecuencia de remisión de la documentación entre las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Así, en el ejercicio 2010 existían prestaciones sanitarias pendientes de facturar por España por importe de 69.938,50 euros en las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid, Málaga, Murcia y Las Palmas, algunas de ellas con una antigüedad de hasta cinco años, lo que conlleva, además un coste financiero para España (subepígrafe III.4.2.2).

3. La facturación emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social derivada de las prestaciones sanitarias servidas a las personas protegidas por la Seguridad Social de Brasil, Chile, Ecuador y Perú nunca ha sido abonada por estos Estados, a pesar de que

estos Convenios Bilaterales entraron en vigor el 1 de diciembre de 1995, el 13 de marzo de 1998, el 1 de noviembre de 1962 y el 1 de febrero de 2005, respectivamente. La deuda pendiente de estos Estados con España ascendía a 5.519.334,16 euros a 31 de diciembre de 2008.

En este mismo sentido, España tuvo suscritos Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban las prestaciones de asistencia sanitaria con Panamá y Paraguay, convenios que actualmente no están en vigor. No obstante, la deuda pendiente de pago de estos dos Estados con España, a 31 de diciembre de 2008, por las prestaciones de asistencia sanitaria a personas protegidas por la Seguridad Social de estos dos países ascendía a 207.410,69 y 4.144,46 euros, respectivamente⁽¹⁷⁾.

⁽¹⁷⁾ Con fecha 1 de enero de 2011 entró en vigor un nuevo Convenio Bilateral de Seguridad Social entre España y Ecuador que ya no contemplaba la prestación de asistencia sanitaria. No obstante, la deuda pendiente de cobro a 31 de diciembre de 2008 ascendía a 62.215,04 euros.

En consecuencia, el Gobierno debe adoptar las medidas oportunas para conseguir el reembolso de las deudas pendiente de cobro con estos seis Estados (Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay y Perú) (subepígrafe III.4.2.3).

4. El Convenio Bilateral de Seguridad Social establecido entre España y Marruecos que contempla prestaciones de asistencia sanitaria es especialmente gravoso para España desde una perspectiva económica, dado que:

a) En relación con la facturación por gasto real, en el ejercicio 2009, España no remitió facturación alguna a Marruecos, si bien recibió de Marruecos facturas por importe de 202.897,73 euros, debido a que el citado convenio sólo contempla la facturación por gasto real para los supuestos en el que los trabajadores que residen en el territorio del otro Estado requieren cuidados médicos inmediatos, durante una estancia temporal en su Estado de procedencia con ocasión de una vacación retribuida o de una ausencia autorizada, situación perjudicial para los intereses públicos españoles, puesto que los españoles que trabajan en Marruecos, cuando vienen a España con ocasión de una vacación retribuida o ausencia autorizada, con carácter general acuden a los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles presentando una tarjeta sanitaria individual emitida por España, dado que es el documento habitual de acceso a la sanidad española, en lugar de los formularios de derecho previstos en el Convenio Bilateral.

b) Por otra parte, en relación con la facturación por cuotas globales, en el ejercicio 2009 el importe facturado por España a Marruecos ascendió a 767.086,32 euros, mientras que el importe facturado por Marruecos a España fue de 12.545.384,65 euros, importe 16 veces superior al facturado por España. Esta situación se debe, fundamentalmente, a que en virtud del Convenio Bilateral, Marruecos factura a España por la asistencia sanitaria prestada a los familiares de trabajadores marroquíes que trabajan en España, pero que siguen residiendo en Marruecos.

En definitiva, el Convenio Bilateral suscrito con Marruecos en materia de asistencia sanitaria, determina que el número de asegurados a cargo de Marruecos que reciben prestaciones de asistencia sanitaria en España es prácticamente inexistente, mientras que, por el contrario, existen numerosos asegurados a cargo de España que reciben asistencia sanitaria o residen habitualmente en Marruecos, por los que Marruecos factura un elevado importe a España cada ejercicio, todo ello sin perjuicio de las deficiencias, señaladas en apartados anteriores, derivadas de la facturación tanto de los Comunidades Autónomas y del INGESA, como del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Esta situación se agrava para España, si se considera que el número de personas de nacionalidad marroquí que eran titulares de la tarjeta sanitaria individual por tener la condición de «personas sin recursos económicos suficientes» ascendió, a 15 de junio de 2010, a 67.277 personas que, de acuerdo con la normativa vigente, deben residir en España y por las que España no factura a Marruecos, por tratarse de personas a cargo de la Seguridad Social española (epígrafe III.3.2).

3.6 Conclusiones sobre la gestión efectuada por el instituto Social de la Marina.

1. De acuerdo con el Reglamento (CE) número 574/72, hasta el 1 de mayo de 2010, el Instituto Social de la Marina fue el organismo de enlace competente en España para la gestión y pago de las prestaciones sanitarias realizadas a las personas pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, por lo que los organismos de enlace extranjeros debían remitir a esta Entidad Gestora las facturas para su revisión y posterior pago.

A partir del 1 de mayo de 2010, el Instituto Nacional de la Seguridad Social es el único organismo de enlace español a efectos de gestión de reembolsos, al entrar en vigor los Reglamentos (CE) números 883/2004 y 987/2009. Por ello, en la actualidad los organismos de enlace extranjeros remiten al Instituto Nacional de la Seguridad Social todas las facturas por prestaciones de asistencia sanitaria, independientemente del Régimen de Seguridad Social al que pertenezca la persona atendida. En el supuesto de que la factura recibida corresponda a una persona perteneciente al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, el Instituto Nacional de la Seguridad Social remite la factura al Instituto Social de la Marina para su revisión y posterior pago, lo que complica el procedimiento de gestión, eleva sus costes y duplica las tareas administrativas, situación que se solventaría con una interconexión informática entre las dos Entidades Gestoras (epígrafe III.5.1).

2. En la liquidación del presupuesto de la Seguridad Social del ejercicio 2009, los importes por la asistencia sanitaria recibida en el extranjero por personas protegidas por la Seguridad Social española, y que deben ser financiadas por España, tienen distinta imputación, presupuestaria o extrapresupuestaria, según cual sea el organismo competente para su pago (Instituto Nacional de la Seguridad Social o Instituto Social de la Marina, respectivamente), situación que carece de toda lógica presupuestaria.

Así, el Instituto Nacional de la Seguridad Social compensa extrapresupuestariamente los gastos con los ingresos recibidos de otros países, transfiriendo a las Comunidades Autónomas el saldo resultante, mientras que el Instituto Social de la Marina aplica a su presupuesto de gastos la totalidad de los pagos efectuados a los organismos de enlace extranjeros.

Este Tribunal de Cuentas considera que todas las operaciones derivadas de la prestación de asistencia sanitaria en aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales deben tener la naturaleza de operaciones no presupuestarias para la Seguridad Social, como viene realizando el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dado que la Seguridad Social realiza operaciones por cuenta de terceros, en este caso las Comunidades Autónomas, que han asumido las competencias en materia sanitaria, y cuyos centros, servicios y establecimientos sanitarios realizan las prestaciones de asistencia sanitaria y el correspondiente gasto⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁸⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que a partir del ejercicio actual la imputación de estos gastos será extrapresupuestaria.

En coherencia con lo señalado anteriormente, el Instituto Social de la Marina reconoció indebidamente en el ejercicio 2009 obligaciones presupuestarias y gastos en contabilidad financiera en exceso, por importe de 386.511,44 euros, situación que debe subsanar (epígrafe III.5.2).

3. En el ejercicio 2009, no existió coherencia entre la información disponible en la aplicación informática utilizada específicamente por el Instituto Social de la Marina para la gestión de las prestaciones servidas a sus asegurados en aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales y su imputación presupuestaria, por lo que el Ministerio de Trabajo e Inmigración debe adoptar las medidas oportunas para que las fuentes de información existentes sean coherentes entre sí, y realizar, en su caso, los ajustes correspondientes (epígrafe III.5.2).

3.7 Conclusiones sobre la compensación a las Comunidades Autónomas por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados.

1. En el ejercicio 2009, existían dos tipos de compensaciones a las Comunidades Autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria por la asistencia sanitaria prestada por sus centros, servicios y establecimientos sanitarios a asegurados de otros países:

a) Respecto a la asistencia sanitaria servida a los asegurados de otros Estados desplazados temporalmente en España, la cuantía global de la compensación fue el saldo neto positivo resultante del importe recaudado y del pagado por España a través del sistema de costes efectivos o gasto real, con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria, cuya gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁽¹⁹⁾ y que tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos Convenios Bilaterales.

⁽¹⁹⁾ El Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales, suprimió el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y creó el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por lo que, las referencias realizadas en este Informe al anterior Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad deben entenderse realizadas al actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

De acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad gestiona y distribuye el importe del Fondo de Cohesión Sanitaria a las Comunidades Autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en proporción a la facturación emitida por cada Comunidad Autónoma, pero únicamente si el saldo de la facturación de cada Comunidad Autónoma o del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria es positivo; es decir, sólo si el importe facturado por las prestaciones servidas a asegurados de otros países en estancia temporal en su territorio es superior al facturado por otros países por las asistencias sanitarias servidas a asegurados de su Comunidad Autónoma en estancia temporal en el extranjero.

En el ejercicio 2009, siete Comunidades Autónomas no percibieron ningún importe del Fondo de Cohesión Sanitaria por presentar saldos negativos de facturación. En concreto, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco, además del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ciudad Autónoma de Melilla), situación que se viene repitiendo anualmente desde el año 2006, fecha en la que entró en vigor el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula el Fondo de Cohesión Sanitaria, por lo que estas Comunidades Autónomas carecen de incentivos financieros para mejorar la gestión de la facturación a personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados ya que no percibirán ingresos por ello⁽²⁰⁾.

⁽²⁰⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana realiza unas reflexiones sobre la mejora del Fondo de Cohesión Sanitaria, cuestiones que, a juicio de este Tribunal, deben plantearse en la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria y en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órganos en los que tiene representante la Comunidad Valenciana. En todo caso, el Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2012 prevé la realización de una Fiscalización del Fondo de Cohesión Sanitaria.

b) Respecto a las prestaciones sanitarias servidas a asegurados a cargo de otros Estados que residen habitualmente en España, todas las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria son compensados mediante la transferencia realizada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social del saldo neto positivo del importe recaudado en concepto de cuotas globales (epígrafe III.6.1).

2. Este Tribunal de Cuentas ha verificado que las Comunidades Autónomas fiscalizadas no distribuían los importes recibidos, en su caso, del Fondo de Cohesión Sanitaria, ni los reembolsos en concepto de cuota global, a los centros, servicios y establecimientos sanitarios que efectivamente prestaron asistencia sanitaria a los asegurados de otros países, sino que estos fondos se incluían como mayor importe de los ingresos de las Comunidades Autónomas, sin repercusión a los centros, servicios y establecimientos sanitarios que, efectivamente, hubieran prestado los servicios sanitarios que originaron tales ingresos, lo que no constituye un incentivo para la mejora de la gestión de estos centros⁽²¹⁾ (epígrafe III.6.1).

⁽²¹⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana señala que, en los acuerdos de gestión que se suscriben anualmente entre la Dirección de la Agencia Valenciana de Salud y cada uno de los Departamentos de Salud en que se organiza funcional y territorialmente la prestación asistencial, la facturación por prestación de servicios sanitarios es uno de los elementos esenciales en la determinación de los objetivos y en la fijación del presupuesto específico asignada a cada Departamento, cuestión que también se tiene en cuenta a la hora de fijar y distribuir los incentivos retributivos de productividad variable que percibe el personal que presta servicios en las instituciones sanitarias.

3. El Tribunal de Cuentas ha detectado la existencia de errores en la imputación de las facturas emitidas por las Comunidades Autónomas que realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de la aplicación ASIA (asignó indebidamente a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la emisión de 3.395 facturas, cuyo importe ascendía a 354.849,89 euros, que correspondían realmente a prestaciones de asistencia sanitaria servidas en hospitales de Cádiz, Granada, Córdoba, Huelva, Jaén, Málaga, Almería y en un centro de atención primaria de Tarragona). Esta imputación errónea tiene consecuencias financieras para las Comunidades Autónomas, puesto que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad efectúa el reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria de acuerdo con la información que le remite el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por lo que el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe mejorar los controles internos en la aplicación ASIA (epígrafe III.6.1).

4. La Comunidad Autónoma de Madrid y la Comunidad Autónoma de La Rioja remitieron de oficio en el ejercicio 2009, a todos sus asegurados españoles residentes fuera de España, sendos documentos denominados «Salud Madrid Exterior» y «Rioja Salud Exterior», que permitían el acceso gratuito en sus desplazamientos temporales a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de estas dos Comunidades Autónomas, independientemente de que estas personas estuvieran protegidas por la Seguridad Social de sus países de residencia, con el único requisito de estar inscritos en el CERA (Censo Electoral de Residentes Ausentes).

En consecuencia, las prestaciones sanitarias servidas a este colectivo por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Madrid y La Rioja no serán facturadas nunca a sus países de aseguramiento si el beneficiario presenta el documento denominado «Salud Madrid Exterior» y «Rioja Salud Exterior» en lugar de la Tarjeta Sanitaria Europea u otro formulario de derecho emitido por su país de residencia, lo que supone una pérdida de facturación evidente para estas dos Comunidades Autónomas y, en consecuencia, una minoración del montante total a distribuir entre las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (epígrafe III.6.1).

3.8 Conclusiones sobre la gestión realizada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social no pudo cobrar algunas facturas devueltas por los organismos de enlace extranjeros, al no haber podido localizar, los respectivos centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en sus archivos, los correspondientes formularios de derecho solicitados por los organismos de enlace extranjeros.

En concreto, en el ejercicio 2009 el Instituto Nacional de la Seguridad Social no consiguió cobrar, como mínimo, un total de 47 formularios por importe de 6.153 euros,

cifra que previsiblemente aumentará ya que a dicha fecha quedaban todavía por analizar el 62% de las facturas devueltas. Por Comunidades Autónomas, fueron los Servicios de Salud de Cataluña (22 formularios) e Illes Balears (18 formularios) los que más formularios extraviaron.

Esta negligencia en la custodia de los formularios de derecho y del resto de la documentación justificativa de las prestaciones de asistencia sanitaria, imputable a los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, perjudicó los fondos públicos dado que, como consecuencia de ello, el Instituto Nacional de la Seguridad Social no pudo facturar prestaciones de asistencia sanitaria servidas a asegurados a cargo de otros Estados miembros en estancia temporal en nuestro país, por dicho extravío de los documentos que soportaban dicha facturación (subepígrafe III.1.3.1).

2. Este Tribunal de Cuentas detectó la existencia de las siguientes incidencias en relación a la emisión de tarjetas sanitarias individuales por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, cuya información se agrega en la Base de Datos de Población Protegida que gestiona el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

– En la Base de Datos de Población Protegida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad existían 59.088 personas que eran titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, desde el 1 de enero de 2007 hasta noviembre de 2010 (así como emitidas con anterioridad pero que estaban vigentes a dicha fecha) cuyo país de nacimiento era un país del Espacio Económico Europeo o Suiza, y que, sin embargo, figuraban en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social como personas sin derecho a la asistencia sanitaria (personas que no realizan actividad profesional pero disponen de recursos económicos suficientes, españoles residentes en países ajenos al Espacio Económico Europeo y sin Convenio Bilateral cuando se trasladan a España, etc.).

Por tanto, el 8,90% del total de personas de dichos países que figuraban en el citado Fichero (663.896 personas), podrían estar recibiendo en España prestaciones de asistencia sanitaria mediante la utilización indebida de la tarjeta sanitaria individual.

– En este mismo sentido, el número de personas titulares de tarjetas sanitarias individuales sin derecho a la asistencia sanitaria, según el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, y cuyo país de nacimiento era uno de los siete países con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales que cubren la asistencia sanitaria ascendió, en el ejercicio 2009, a 101.194 personas, que representaron el 16,87% del total de personas que figuraban en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social (599.698 personas), destacando especialmente los titulares de tarjetas sanitarias individuales procedentes de Marruecos, con un total de 66.650 titulares de tarjeta sanitaria individual sin derecho a la asistencia sanitaria, por lo que existe un evidente riesgo de que este colectivo esté en posesión de la tarjeta sanitaria individual sin reunir los requisitos legales para tener derecho a este documento⁽²²⁾.

⁽²²⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana indica que cuando emite una Tarjeta Sanitaria Individual siempre consulta el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General (SILTGA) bien mediante cruces informáticos, bien manualmente, haciendo uso del Convenio de cesión de datos, suscrito el 3 de enero de 2011, sobre autorización de acceso a dicho fichero.

– Por otra parte, el Tribunal ha verificado que existían 615 titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que eran, a su vez, titulares de una Tarjeta Sanitaria Europea, de un Certificado Provisional Sustitutorio o titulares o beneficiarios de un formulario E-106, emitidos por otro Estado, es decir, uno de los tres documentos que otorgan el derecho a recibir asistencia sanitaria en España en estancia temporal y que pueden ser facturados por España.

La titularidad de una Tarjeta Sanitaria Europea, un Certificado Provisional Sustitutorio o un formulario de derecho E-106 emitidos por un Estado miembro distinto de España es

totalmente incompatible con la de una tarjeta sanitaria individual española emitida por una Comunidad Autónoma o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La emisión de tarjetas sanitarias individuales por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a personas que tienen cobertura sanitaria durante su estancia temporal en España mediante una Tarjeta Sanitaria Europea, un Certificado Provisional Sustitutorio o un formulario de derecho E-106, supone que la asistencia sanitaria que reciben estas personas no puede ser facturada por España al país en el que están aseguradas, lo que implica que su coste sea soportado indebidamente por el Sistema Nacional de Salud, cuando deberían ser soportados por los Estado de origen, situación que se produce por la falta de controles adecuados en la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud.

– La Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud, que gestiona el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en virtud de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contiene información sobre titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, si bien con numerosas limitaciones (la información sobre Estado de nacimiento, nacionalidad, fecha de caducidad, fecha de baja de las tarjetas, NIF, NIE, número de pasaporte, etc. no está siempre cumplimentada). Tampoco contiene dicha Base de Datos ningún campo que permita identificar a los titulares de tarjetas sanitarias individuales asegurados a cargo de otros Estados, que residen habitualmente en España, y por los que España debería estar percibiendo cuotas globales.

La introducción en dicha Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud, y por tanto, en las respectivas bases de población protegida de las Comunidades Autónomas, de la información que permita identificar a los titulares de tarjetas sanitarias individuales que son titulares o beneficiarios de formularios de derecho de residencia habitual emitidos por los países de aseguramiento (E-121 o E-109), resulta imprescindible al objeto de comprobar la coherencia debida entre dichas bases de datos y las del Instituto Nacional de la Seguridad Social y para posibilitar la realización de controles.

Esta situación significa que la precitada Base de Datos no cumple, al menos, uno de los fines para la que fue creada, en virtud del artículo 5 del Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, que es el suministrar datos actualizados que permitan una correcta gestión de las altas, bajas, cobertura de prestaciones y movilidad de pacientes en la Unión Europea, por lo que Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en colaboración con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debe adoptar las medidas oportunas para verificar la información existente en la citada Base de Datos y, en su caso, introducir las modificaciones necesarias (epígrafe III.7.3).

3. Este Tribunal de Cuentas ha realizado un análisis comparativo por Comunidades Autónomas, para verificar la relación existente entre el número de facturas por prestaciones de asistencia sanitaria emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y por el INGESA y su importe, respecto al número de personas no españolas, pertenecientes al ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, recibidas por en cada Comunidad Autónoma y que pernoctaron al menos una noche, es decir, lo que la Organización Mundial del Turismo define como «turistas», sobre la base de la proporcionalidad que debería existir entre ambas magnitudes con los siguientes resultados:

– Las ratios de facturación relativas al número de facturas emitidas ponderadas entre el número de turistas recibidos, según datos del Instituto Nacional de Estadística, correspondientes a las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha (17,65), Madrid (27,93) y Cataluña (46,98) en el ejercicio 2009, fueron inferiores a la media de España (52,05), por lo que estas Comunidades Autónomas deben analizar estos datos y, en su caso, adoptar las medidas oportunas para mejorar la eficacia en la gestión de su facturación, que repercute en sus propios recursos financieros, dado que a menor ratio de

facturación, menor posibilidad de recibir recursos del Fondo de Cohesión Sanitaria. En particular, la Comunidad Autónoma de Cataluña, por este motivo a ella imputable, no recibió fondos en los años 2006, 2007 y 2008, así como tampoco las Comunidades de Castilla-La Mancha y Madrid en el periodo 2006 a 2009 (epígrafe III.7.1).

– Por otra parte, las Comunidades Autónomas con mejores ratios de facturación relativas al importe facturado ponderado por el número de turistas recibidos en el ejercicio 2009, según datos del Instituto Nacional de Estadística, en relación con la media española (14.750,98 euros por cada 10.000 turistas), fueron la Región de Murcia (73.595,28 euros por cada 10.000 turistas), Extremadura (66.098,56 euros) y Galicia (57.924,68 euros). Entre las Comunidades Autónomas con mayor volumen de turistas recibidos (Andalucía, Cataluña, Canarias, Illes Balears, Madrid y Comunidad Valenciana), era la Comunidad Valenciana la que presentaba un mejor porcentaje de facturación respecto al resto de Comunidades, seguida de Andalucía. Por su parte, Cataluña, Illes Balears, Canarias y Madrid se situaron por debajo de la media.

La Comunidad Valenciana presentó en su facturación un nivel de eficiencia muy superior al del resto de Comunidades Autónomas visitadas por este Tribunal, debido a que la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria a desplazados extranjeros se realiza de forma automática, es decir, sin la intervención de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social ni de los servicios de grabación de las Comunidades Autónomas, todo ello a través de un programa informático denominado «COMPÁS», propio de esta Comunidad, que genera un proceso periódico diario que recoge las asistencias sanitarias servidas susceptibles de facturación y las remite al módulo de facturación FISS-WEB, lo que evita la necesidad de introducir los datos manualmente en la aplicación FISS-WEB (epígrafe III.7.1).

– El Tribunal de Cuentas ha podido constatar, con carácter general, la práctica inexistencia de facturación emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social por las prestaciones farmacéuticas servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países por los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Esta situación supone un importante perjuicio económico para España, y en particular para las propias Comunidades Autónomas y para el INGESA. Este perjuicio ascendió, de acuerdo con la estimación efectuada por este Tribunal de Cuentas, sobre la base del coste medio en gasto farmacéutico por consulta de atención primaria publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y el número de consultas de atención primaria facturadas por las Comunidades Autónomas y Ceuta y Melilla, sólo para el ejercicio 2009, al menos, a 4.492.082 euros.

La escasa facturación de las prestaciones farmacéuticas se debió, entre otras causas, a la falta de sistemas informáticos que permitieran a los Servicios de Salud y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria gestionar y controlar de forma automatizada todas las recetas que pudieran ser objeto de cobro, así como obtener información de los Colegios Oficiales Farmacéuticos sobre las recetas expedidas a asegurados de otros Estados.

En particular, las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, La Rioja y Navarra y el INGESA (Ciudad Autónoma de Melilla) no facturaron gasto alguno por prestaciones farmacéuticas, a favor de las personas protegidas por la Seguridad Social de países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios durante el año 2009, con el consiguiente perjuicio económico para estas Comunidades Autónomas y para el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En el resto de Comunidades Autónomas, incluidas las de mayor afluencia turística, y por tanto las de facturación total más elevada (Andalucía, Comunidad Valenciana, Illes Balears, Cataluña y Canarias), el importe por ellas facturado por las prestaciones farmacéuticas servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países fue igual o menor al 2,4% del importe total facturado por gasto real en el año 2009. Este escaso porcentaje contrasta con la facturación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que alcanzó un porcentaje del 14,5% del importe total.

La Comunidad Valenciana sólo emitió 307 facturas en el ejercicio 2009 que incluyeran prestaciones farmacéuticas servidas en el territorio de esta Comunidad, a pesar de ser una Comunidad Autónoma receptora de gran parte del turismo procedente de otros Estados miembros de la Unión Europea. No obstante, en el ejercicio 2010 comenzó a implantar un sistema informático para la gestión de las recetas prescritas a favor de asegurados de otros países, utilizando información procedente de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Por su parte, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no facturó cada receta expedida a asegurados de otros Estados miembros de la Unión Europea, sino que tenía establecido un sistema de facturación que consideraba un coste medio de gasto farmacéutico por cada consulta de atención primaria y consulta de atención especializada prestada a dichos asegurados. Este sistema de facturación, si bien tenía carácter provisional, resultó ser muy efectivo, por cuanto que el 53,8% del importe total facturado por España en el ejercicio 2009 por prestaciones farmacéuticas servidas a asegurados de otros países en estancia temporal en nuestro país, correspondió exclusivamente a esta Comunidad Autónoma.

De igual forma, la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias aprobó para el ejercicio 2009 la facturación de una cantidad a tanto alzado en concepto de costes derivados de receta médica. A pesar de ello, las asistencias médicas facturadas desde el ejercicio 2009 en centros sanitarios de atención primaria adscritos al Servicio de Salud del Principado de Asturias no incluían ninguna cantidad en concepto de medicamentos (subepígrafe III.7.4.3).

– En relación a la facturación de las actuaciones realizadas por los servicios sanitarios de emergencia, según se deduce de la base de datos de la aplicación ASIA, utilizada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para la gestión de la facturación, en el ejercicio 2009, sólo la Comunidad Valenciana y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (no constando información del resto de Comunidades Autónomas en la aplicación ASIA⁽²³⁾) facturaron las prestaciones sanitarias prestadas por los servicios de emergencia dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a asegurados de países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia emitió 141 facturas, por un importe total de 48.534,38 euros y la Comunidad Valenciana emitió 1.120 por un importe de 415.764,15 euros.

⁽²³⁾ La Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias señala en sus alegaciones que emitió 1.492 facturas por importe de 398.155,81 euros por prestaciones de servicios de emergencia. Sin embargo, en la base de datos entregada por esta Consejería al Tribunal de Cuentas no se pueden identificar las facturas mencionadas.

Este Tribunal de Cuentas ha estimado el importe que el resto de Comunidades Autónomas dejaron de facturar en el ejercicio 2009, en función del importe medio facturado por estas dos Comunidades Autónomas y de los turistas recibidos por cada Comunidad en el ejercicio 2008. De acuerdo con dicha estimación, el importe no facturado por el resto de las Comunidades Autónomas pudo ascender, como mínimo, a 3.553.948,20 euros, sólo en el ejercicio 2009 (subepígrafe III.7.4.4).

4. Finalmente en relación con la determinación de las tarifas de precios públicos correspondientes a las prestaciones de asistencia sanitaria aprobadas por las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se han detectado las siguientes deficiencias:

– Falta de actualización periódica de los precios públicos, en materia de prestaciones de asistencia sanitaria, en algunas Comunidades Autónomas. En concreto, a la fecha en la que este Anteproyecto de Informe se remitió para alegaciones, la normativa de precios públicos de servicios sanitarios vigente en Andalucía era del año 2005, y la de Extremadura, Illes Balears, La Rioja y Madrid, del año 2009, por lo que existe el riesgo de

que los precios aplicados no cubran el coste de las prestaciones servidas, en contra de lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos.

– Los precios públicos autonómicos de servicios sanitarios aprobados por las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria respecto de las Ciudades de Ceuta y Melilla son, con carácter general, heterogéneos entre sí, por lo que existen considerables diferencias entre Comunidades Autónomas en los precios aprobados para un mismo servicio sanitario, si bien las tarifas más elevadas no pertenecen siempre a una misma Comunidad (no hay Comunidades Autónomas con precios elevados o moderados para la mayoría de sus servicios sanitarios). Estas diferencias de precios tienen relevancia para el reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria, siendo un factor de desventaja para aquellas Comunidades Autónomas que tengan aprobados unos precios inferiores a otras (epígrafe III.7.5).

4. Recomendaciones.

4.1 Dirigidas al Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

1. Debido al incumplimiento reiterado del pago de las deudas por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas por España a personas protegidas por los Estados (Brasil, Chile, Marruecos, Perú, Túnez y Andorra) con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales de Seguridad Social y que prevén la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria, así como el elevado coste de gestión administrativa que supone tanto para los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, como para el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina, y teniendo en cuenta la falta de proporcionalidad entre las prestaciones de asistencia sanitaria servidas por España y las otorgadas por estos Estados, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería estudiar la conveniencia de mantener la vigencia de estos Convenios Bilaterales de Seguridad Social, en la parte relativa a la asistencia sanitaria, a excepción del correspondiente a Andorra cuyo funcionamiento y coste es similar al de los Reglamentos comunitarios.

A este respecto, no debe olvidarse que el reciente Convenio Bilateral de Seguridad Social entre España y Ecuador, que ha entrado en vigor el 1 de enero de 2011, ya no contempla las prestaciones de asistencia sanitaria (subepígrafe III.4.2.3).

2. El Tribunal de Cuentas considera necesario que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social adopte las medidas legales oportunas para evitar que se produzca el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España, a través de la condición de «persona sin recursos económicos suficientes», a personas que están protegidas por la Seguridad Social de sus Estados de origen (en el caso de los Estados que pertenecen al ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios o con los que España tiene suscrito Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban prestaciones de asistencia sanitaria) o que sí disponen de recursos económicos suficientes fuera de España, mediante la exigencia de las correspondientes certificaciones emitidas por sus Estados de origen.

Asimismo, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería estudiar si resulta razonable que se reconozca, por las entidades españolas la condición de «persona sin recursos económicos suficientes, a personas protegidas por la Seguridad Social de los Estados que pertenecen al ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y, en su caso, promover los cambios necesarios tanto en la normativa nacional como en la normativa comunitaria.

Por otra parte, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en coordinación con las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, deberían comprobar la situación de las personas que actualmente tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria a través de la condición de «persona sin recursos económicos suficientes», con el fin de verificar que el reconocimiento del derecho a esta asistencia sanitaria se adecúa a la legalidad vigente, esto es, que realmente se trata de un persona sin recursos económicos suficientes (epígrafe III.3.2).

3. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería dictar las normas oportunas para que el Instituto Nacional de la Seguridad Social asuma la gestión de toda la facturación recibida de los organismos de enlace extranjeros, incluyendo la facturación correspondiente a personas pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, que actualmente es competencia del Instituto Social de la Marina, y aprobar un procedimiento de coordinación e intercambio de información entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina (epígrafe III.5.1).

4. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería promover ante la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social, adscrita a la Comisión Europea, la modificación del procedimiento existente en la actualidad relativo a la cancelación de las deudas por asistencia sanitaria pendientes de cobro, así como la aprobación de un procedimiento de gestión de los rechazos de las facturas para que ésta no se dilate en el tiempo, con el fin de minorar los plazos de cobro (epígrafe III.1.3).

4.2 Dirigidas al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1. Este Tribunal de Cuentas considera necesario que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad adopte las medidas oportunas para que la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud, cuya gestión y desarrollo le corresponde, solucione las deficiencias de que adolece (entre otras, la falta de información sobre el Estado asegurador, la fecha de caducidad de las tarjetas sanitarias individuales, etc.) con el fin de que la información que contiene sea fiable y coherente, instando a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a que cumplimenten toda la información sobre los titulares de las tarjetas sanitarias individuales, con el fin de homogeneizar y poder explotar adecuadamente la información existente en la citada Base de Datos⁽²⁴⁾.

⁽²⁴⁾ En las alegaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se señala que no se considera necesario incluir información sobre el Estado asegurador del beneficiario, en la Base de Datos de Población Protegida, información que este Tribunal considera fundamental, dado que incrementaría el control y permitiría una mejor identificación de las personas aseguradas por otros Estados, circunstancia que corrobora el propio Ministerio al señalar que «se estudiará la posibilidad de una mejor coordinación con el INSS y las CC.AA. para recoger la información sobre los títulos que permitan diferenciar los ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria por los que España está recibiendo cuotas globales».

Asimismo, el Tribunal de Cuentas considera que este Ministerio debería conciliar la información contenida actualmente en la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud, con la información de que disponen los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en sus propias bases de datos⁽²⁵⁾ (epígrafe III.7.3).

⁽²⁵⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad señala que «la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud se encuentra en un proceso de mejora de la homogeneización de la información suministrada por todas las Comunidades Autónomas».

4.3 Dirigidas al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social debería promover la creación de una base de datos informática única en la que figure información actualizada relativa a los beneficiarios a cargo de los titulares con derecho a asistencia sanitaria, que permita a esta Entidad Gestora realizar controles periódicos mediante el cruce de la base con otros registros existentes en la actualidad (Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social y Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud, entre otras) (subepígrafe III.1.2.1).

2. El Instituto Nacional de la Seguridad Social debería desarrollar la aplicación informática ASIA con el fin de poder realizar un seguimiento individualizado de las facturas emitidas, para mejorar su gestión de cobro. Asimismo, debería subsanar las deficiencias en los controles que tiene establecidos la aplicación informática ASIA e instalar aquellos

otros controles para evitar que se acepten facturas que carecen de los requisitos exigidos para su pago (epígrafe III.1.3).

3. El Tribunal de Cuentas considera conveniente que el Instituto Nacional de la Seguridad Social promueva la aprobación de un procedimiento de actuación, respecto a la gestión de la facturación emitida y recibida, en el que se especifique las actividades a realizar por todos los organismos que intervienen en el procedimiento de facturación (Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones y Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, etc.), de forma que se produzca una adecuada coordinación entre ellos⁽²⁶⁾ (epígrafe III.1.3).

⁽²⁶⁾ El Ministerio de Empleo y Seguridad Social en sus alegaciones señala que el INSS ha facilitado y facilita regularmente información a sus Direcciones Provinciales y a las Comunidades Autónomas sobre procedimientos de actuación en relación con la facturación, el alcance del derecho y los formularios necesarios para una correcta aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios bilaterales. Sin embargo, a pesar de la existencia de esta información sobre procedimientos de actuación, no existe un procedimiento aprobado conjuntamente que determine de forma clara las competencias de cada agente que interviene en el procedimiento, los plazos para el intercambio de información y las consecuencias de los posibles incumplimientos y, en la práctica, el mismo adolece de problemas de control interno cuyas deficiencias se enumeran a lo largo del Informe.

4. El Tribunal de Cuentas considera conveniente que el Instituto Nacional de la Seguridad Social adopte las medidas oportunas para examinar todas las facturas recibidas que sólo incluyan prestaciones odontológicas o cuya cuantía, en el conjunto de la factura recibida, represente un porcentaje significativamente elevado, para detectar la existencia de eventuales pagos indebidos.

Por otra parte, el Tribunal de Cuentas considera conveniente que las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social verifiquen, que el asegurado a cargo de la Seguridad Social española que originó la facturación por la asistencia sanitaria recibida, se desplazó efectivamente al extranjero y recibió la correspondiente asistencia sanitaria, todo ello con anterioridad a la aceptación de la factura recibida del Estado que prestó la asistencia sanitaria, al menos en aquellos casos en que la información facilitada por dicho Estado acreedor no sea suficiente para determinar la procedencia del cargo recibido y la cuantía de dicha facturación sea elevada (subepígrafe III.1.3.2).

4.4 Dirigidas a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas⁽²⁷⁾.

⁽²⁷⁾ En las alegaciones formuladas por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia se señala que «tendrá en cuenta todas las recomendaciones destacadas en dicho informe sobre las que se tenga competencia», por su parte, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias indica que «nos sumamos a la recomendación realizada por ese Tribunal en el sentido de que se impulsen desde el Estado, las medidas legales oportunas que permita a los Servicios de Salud mejorar el control de estas situaciones» y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana hace «especial hincapié en las propuestas de mejora que se formulan».

1. Este Tribunal considera que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, con anterioridad a expedir las tarjetas sanitarias individuales, deberían consultar la información existente en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social (SILTGA), con el fin de comprobar que los beneficiarios reúnen todos los requisitos exigidos legalmente para su obtención y evitar la indebida utilización de las tarjetas sanitarias individuales.

Asimismo, este Tribunal considera que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deberían verificar que las personas de nacionalidad extranjera en posesión de la tarjeta sanitaria individual reúnen todos los requisitos exigidos legalmente, mediante su contraste con la información existente en la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud (epígrafe III.3.2).

2. Este Tribunal considera que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deberían verificar la situación en la que se encuentran los titulares de la

tarjeta sanitaria individual y que además están en posesión de la Tarjeta Sanitaria Europea, un Certificado Provisional Sustitutorio o un formulario de derecho E-106 emitidos por un Estado perteneciente al ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, dado que estos formularios son totalmente incompatibles con la posesión de una tarjeta sanitaria individual (epígrafe III.3.2).

3. Este Tribunal considera que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deberían facturar tanto los gastos de prestación farmacéutica, a favor de las personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados, como los gastos derivados de las prestaciones sanitarias por los servicios de emergencia dado que, en la actualidad, la mayoría de los Servicios de Salud no facturan por estas prestaciones, con el consiguiente perjuicio económico para los intereses públicos (epígrafe III.3.2).

4. Este Tribunal considera que las Comunidades Autónomas deberían transferir a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, el importe recibido del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la facturación a personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados, de forma proporcional a la facturación efectuada por dichos centros, con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia en la facturación (epígrafe III.3.2).

5. Este Tribunal considera que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deberían evitar emitir documentos distintos de los establecidos en los Reglamentos comunitarios, que otorgan el derecho a recibir asistencia sanitaria a los españoles que residen en el extranjero durante sus desplazamientos al territorio español, dado que estos españoles pueden disponer de la correspondiente Tarjeta Sanitaria Europea emitida por el Estado en el que están asegurados (epígrafe III.6.1).

SECCIÓN III. RESULTADOS DEL TRABAJO.

1. Procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios.

1.1 Consideraciones generales.

En el procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria pueden diferenciarse varias fases, que sitúan a los distintos países en situación acreedora o deudora, según hayan prestado la asistencia sanitaria a asegurados a cargo de otros países o hayan sido sus asegurados los que hayan recibido la asistencia sanitaria con ocasión de desplazamientos temporales o residencia habitual en el territorio de otro Estado.

Las fases del procedimiento de gestión son las dos siguientes: a) el reconocimiento del derecho, y b) la liquidación y facturación de los gastos.

1.1.1 Reconocimiento del derecho a recibir prestaciones de asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios.

En el ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, para que una persona pueda recibir prestaciones de asistencia sanitaria en un país distinto a aquel en el que está asegurada, debe disponer de un formulario de derecho emitido por la institución competente. Estos formularios acreditan el derecho a recibir asistencia sanitaria en sus desplazamientos al territorio de otro Estado.

Con el fin de asegurar la coordinación y uniformidad en las comunicaciones que se produzcan entre las instituciones competentes de los distintos Sistemas de Seguridad Social comunitarios, los formularios acreditativos del derecho a exportar las prestaciones en especie de asistencia sanitaria son documentos normalizados, aprobados por la CASSTM, pertenecientes todos ellos a la Serie 100 de formularios europeos.

Existen varios tipos de formularios, en función de la finalidad con que el interesado solicita la acreditación de su derecho a exportar la prestación de asistencia sanitaria al territorio de otros Estados, siendo fundamental la distinción entre los formularios expedidos para estancias temporales (Tarjeta Sanitaria Europea, Certificado Provisional

Sustitutorio y formulario E-112) y los expedidos a favor de asegurados que cambian de residencia (E-106, E-109, E-120 y E-121). En función del tipo de formulario expedido, el procedimiento de gestión y liquidación es diferente, como se expone a continuación.

A) Formularios de derecho para estancias temporales.

Aunque la normativa comunitaria no regula qué periodo debe entenderse como una estancia temporal, los formularios de derecho para estancias temporales se expiden para los desplazamientos de los asegurados de un Estado miembro y/o de sus beneficiarios al territorio de otro Estado del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios por períodos de tiempo en los que no existe la intención de cambiar de residencia, es decir, es un concepto jurídico indeterminado que permite al beneficiario solicitar la asistencia sanitaria en virtud de formularios de derecho para estancia temporal o residencia habitual, cuya liquidación es diferente, tal y como se señala a lo largo del Informe. Estos formularios pueden clasificarse en las siguientes categorías:

CUADRO N.º 3

Formularios de derecho para estancias temporales aprobados en aplicación de los Reglamentos (CEE) número 1408/71 y (CEE) número 574/72

Formularios de derecho para estancias temporales			
Tipo de formulario de derecho			Regulación jurídica
Por motivos distintos a los médicos.	TSE	Tarjeta Sanitaria Europea.	CASSTM: Decisiones números 189, 190 y 191, de 18 de junio de 2003, de las CASSTM
	CPS	Certificado Provisional Sustitutorio.	
Por motivos médicos.	E-112	Certificado de desplazamiento autorizado para recibir asistencia.	Reglamento (CEE) n.º 1408/71: Art. 22.1.b.i y c.i, arts. 22.3, 22 bis y 31. Reglamento (CEE) n.º 574/72: Art. 22.1 y 3, art. 23 y art. 31.1 y 3.
Cobertura sanitaria por accidentes de trabajo y enfermedad profesional.	E-123	Certificado por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	Reglamento (CEE) n.º 1408/71: Art. 52.a y 55.1.a.i, b.i. y c.i. Reglamento (CEE) n.º 574/72: Art. 60.1, art. 62.4 y 6 y art. 63.1 y 3.

a) Los formularios de derecho para estancias temporales por motivos distintos a los médicos, que son los supuestos habituales (es decir, por motivos particulares, laborales, estudios, búsqueda de empleo, etc.), son dos:

– La Tarjeta Sanitaria Europea (en adelante TSE), que es una tarjeta nominativa e individual que acredita el derecho de su titular (persona asegurada/trabajador, titular de pensión o beneficiario de un Estado) a recibir, en sus desplazamientos temporales al territorio de otro Estado, las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

Las prestaciones en especie de asistencia sanitaria necesarias abarcan tanto las prestaciones médicas como las farmacéuticas, las prestaciones en caso de embarazo o alumbramiento y los tratamientos médicos de diálisis renal y oxigenoterapia.

Según lo dispuesto en la Decisión S1 de la CASSTM de 12 de junio de 2009, relativa a la TSE, las prestaciones en especie de asistencia sanitaria efectivamente dispensadas por la institución del Estado miembro de estancia a un asegurado a cargo de otro Estado en virtud de una TSE válida serán reembolsadas por la institución competente conforme a su coste efectivo.

La TSE tiene validez durante el período de tiempo indicado en ella. A este respecto hay que señalar que no existe un periodo único de validez para las TSE emitidas en todos los Estados miembros, sino que cada institución competente determina el período de

validez de las TSE que expide. Así, en el ejercicio 2009, las TSE eran emitidas en España por los CAISS (Centros de Atención e Información de la Seguridad Social) por un plazo de validez de un año. Sin embargo, desde el 1 de marzo de 2010, fecha a partir de la cual se puede solicitar vía Internet, el plazo ha sido ampliado a dos años.

La TSE presenta un modelo único y debe responder a las características y especificaciones técnicas definidas por la CASSTM.

– El Certificado Provisional Sustitutorio (en adelante CPS) es un formulario de derecho que otorga los mismos derechos que la TSE al asegurado, y que se emite cuando existen «circunstancias excepcionales» que imposibilitan la emisión de la TSE antes del desplazamiento (v.gr. robo o pérdida de la TSE, así como una partida en un plazo demasiado corto para que sea expedida). A diferencia de la TSE, el CPS tiene un plazo máximo de validez de tres meses.

En España, los CPS se emiten, con carácter general, cuando existen las circunstancias excepcionales aludidas que impiden la emisión de la TSE y, además, en todo caso, a favor de las personas pertenecientes a los siguientes colectivos que, por sus especiales características, tienen limitado temporalmente el derecho a exportar la asistencia sanitaria, entre otros:

– Perceptores de pensiones no contributivas: porque su derecho a percibir la pensión está ligado a su residencia en España. Tanto titulares como beneficiarios pueden exportar el derecho a percibir asistencia sanitaria durante 90 días al año natural como máximo.

– Personas sin recursos y Perceptores de LISMI (Ley de Integración Social de Minusválidos): Exporta el derecho sólo el titular y con un máximo de 90 días al año.

– Perceptores de prestaciones o subsidios de desempleo: dado que si viajan al extranjero más de 15 días al año, necesitan autorización previa del Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE). El CPS tiene validez solo por los días autorizados por el SPEE.

– Titulares en baja (trabajadores que han cesado su actividad laboral): solo se puede emitir el CPS dentro de los 90 días de conservación del derecho.

Ni la TSE ni el CPS deben ser validados por la institución de destino. En consecuencia, los asegurados a cargo de un Estado del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, desplazados temporalmente en España, que sean titulares de una TSE o de un CPS en vigor, pueden acudir directamente a los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud sin necesidad de efectuar ningún trámite en las Direcciones Provinciales del INSS. Lo mismo sucede con los españoles cuando reciben asistencia sanitaria en los países del ámbito de aplicación de los citados Reglamentos.

Con respecto a las prestaciones farmacéuticas suministradas en España, la Orden PRE 1797/2008, de 18 de junio, sobre acreditación de la condición de pensionista de la Seguridad Social a efectos del reconocimiento del derecho a la prestación farmacéutica, en su artículo 1.3 establece que «En los supuestos de estancias temporales de pensionistas o de sus beneficiarios, con derecho a asistencia sanitaria con cargo a otro país al amparo de instrumentos internacionales, podrá acreditarse dicha condición mediante documento expedido por la institución del otro país». Es decir, los extranjeros deben financiar las prestaciones farmacéuticas que reciben en España en las mismas condiciones que las personas aseguradas por la Seguridad Social española, y, en todo caso, España debe facturar todo el coste de la prestación farmacéutica al país de la persona asegurada.

b) Formularios de derecho para estancias temporales por motivos médicos. Ni la TSE ni el CPS pueden usarse cuando el objetivo de la estancia temporal consiste en recibir tratamiento médico específico. Por tanto, en los supuestos en que el asegurado de un Estado comunitario se desplaza a otro para continuar un tratamiento médico ya iniciado en el Estado competente o para recibir un tratamiento específico y programado, está prevista la utilización del formulario E-112. El formulario se expide por el tiempo que dure la asistencia autorizada.

Este formulario no necesita ser supervisado por la institución del lugar de estancia. Por ello, en el caso de los formularios E-112 autorizados a asegurados de un país del Espacio Económico Europeo o Suiza para recibir tratamiento en España, el interesado no tiene que efectuar ningún trámite en las Direcciones Provinciales del INSS, aunque sí debe obtener la confirmación del Servicio de Salud correspondiente para su realización.

c) Cobertura sanitaria por accidentes de trabajo y enfermedad profesional en estancia temporal. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional de un asegurado a cargo de un Estado desplazado temporalmente en otro Estado comunitario, el derecho a recibir la atención sanitaria específica derivada de dichas contingencias se acredita a través del formulario E-123.

El formulario E-123 cubre también la asistencia sanitaria en el supuesto del desplazamiento a un país del Espacio Económico Europeo o Suiza para continuar un tratamiento ya iniciado o para recibir un tratamiento específico y programado en él, aunque las prestaciones sanitarias cubiertas serán exclusivamente las relacionadas con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o sus secuelas, reconocidas por el Estado competente.

El formulario E-123 también puede utilizarse en el caso de traslado de residencia del trabajador, siempre que la atención sanitaria que se le dispense derive de una contingencia profesional. En ningún caso necesita tramitación previa en la institución del lugar de estancia o residencia.

El procedimiento aprobado en España al efecto para el cobro de los gastos ocasionados con cargo a una MATEPSS está establecido en la Orden TAS/1464/2005, de 20 de mayo, mediante la que se regula el procedimiento para la emisión y circulación de formularios de liquidación de gastos derivados de la aplicación de la reglamentación comunitaria de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, en materia de prestaciones en especie de asistencia sanitaria.

El procedimiento, según figura en el último inciso del apartado I del Anexo de la citada Orden TAS/1464/2005, se aplicará igualmente a las empresas que colaboren voluntariamente en la gestión de las contingencias profesionales correspondientes a sus trabajadores.

B) Formularios de derecho en los supuestos de traslado de residencia:

Los formularios que acreditan el derecho del interesado a recibir asistencia sanitaria cuando traslada su residencia al país de destino deben ser, en todo caso, objeto de verificación y tramitación en la institución del lugar de residencia. Por ello, los formularios de residencia constan de dos partes, «Parte A-Certificación del derecho» y «Parte B-Notificación de la inscripción».

La institución competente del país de aseguramiento cumplimenta la «Parte A» del formulario, en la que, entre otra información, constan los datos del trabajador o pensionista titular del derecho y de los beneficiarios, en su caso, así como la fecha de inicio del derecho, a partir de la cual la institución competente asume el coste de las prestaciones sanitarias que se sirvan en el país al que el asegurado traslada su residencia.

Por su parte, la institución del lugar de residencia cumplimenta la «Parte B» del formulario, donde notifica a la institución competente la fecha desde la que se acepta la inscripción y, en su caso, los beneficiarios que han sido inscritos, de acuerdo con la legislación propia del Estado de residencia.

Una vez cumplimentada la «Parte B», la institución competente del país de destino debe remitir el formulario de derecho a la institución competente del país que emitió el formulario.

Los formularios de derecho en los supuestos de cambio de residencia del asegurado y su normativa reguladora se resumen en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 4

**Formularios de derecho de residencia aprobados en aplicación de los
Reglamentos (CEE) número 1408/71 y (CEE) número 574/72**

FORMULARIOS DE DERECHO EN SUPUESTOS DE TRASLADO DE RESIDENCIA			
Tipo de formulario de derecho		Reglamento (CEE) n.º 1408/71	Reglamento (CEE) n.º 574/72
E-106	Certificado para trabajador y miembros de su familia que residen en un Estado comunitario distinto del competente y miembros de la familia del trabajador en desempleo que residen en un Estado comunitario distinto del competente.	Art. 19.1.a) y 2 y art. 25.3.i)	Art. 17.1 y 4 y art. 27 (primer inciso)
E-109	Certificado para miembros de la familia de un trabajador que residen en Estado comunitario distinto del competente (el trabajador no reside con ellos).	Art. 19.2	Art. 17.1, 2, 3 y 4 y art. 94.4
E-120	Certificado del derecho a las prestaciones en especie para los solicitantes de una pensión y los miembros de su familia (duración máxima de un año).	Art. 26.1	Art. 28
E-121	Certificado para pensionistas y miembros de su familia que residen en un Estado comunitario distinto del competente, así como familiares de pensionistas que residen en un Estado comunitario distinto del competente (en este último caso, el pensionista no reside con ellos).	Art. 28.1.a) y art. 29.1.a)	Art. 29.1, 2 y 3, art. 30.1 y art. 95.4

A los efectos de estos formularios de derecho de residencia el Estado competente es: a) el de afiliación del trabajador, en el caso de trabajadores en activo, b) el Estado que le abona la prestación por desempleo, cuando se trata de desempleados y c) el Estado que le abona la pensión, si se trata de pensionistas.

Los cuatro formularios de derecho de residencia (E-106, E-109, E-120 y E-121) acreditan el derecho del asegurado a recibir las prestaciones en especie de asistencia sanitaria del sistema sanitario público del Estado de residencia en las mismas condiciones y con el mismo alcance que los asegurados de dicho país, sean más o menos beneficiosas que las que recibiría en el Estado competente (es decir, en el Estado de origen).

En el caso de los formularios de derecho E-106, E-109 y E-120, se emite uno por cada unidad familiar, mientras que, en lo que respecta al formulario E-121, se emite uno por cada pensionista y por cada miembro de la familia de un pensionista.

Conviene precisar que el documento de acceso a la asistencia sanitaria del país de residencia es distinto según el formulario de derecho de residencia que se ostente. Así, los formularios de derecho E-109 y E-121 otorgan a los asegurados inscritos en el formulario el derecho a obtener la tarjeta sanitaria individual pública del Estado al que trasladan su residencia (que es la misma que la que disponen las personas nacionales del país), mientras que los titulares de los formularios E-106 y E-120 reciben asistencia sanitaria presentando este formulario en los centros, servicios y establecimientos sanitarios correspondientes.

Asimismo, es importante reseñar que, en aplicación de la normativa comunitaria, la emisión de las TSE y los CPS a favor de los titulares y beneficiarios inscritos en los formularios de derecho E-106, E-109, E-120 y E-121, corresponde a la institución del lugar de residencia y a su cargo (v.gr., la emisión de la TSE de un pensionista a cargo de la Seguridad Social francesa residente en España, titular de un formulario de derecho E-121, correspondería a la Dirección Provincial del INSS del lugar de residencia, siendo a cargo de España los gastos sanitarios que se generen por la utilización de dicha

tarjeta por el pensionista con ocasión de desplazamientos temporales al territorio de otros Estados miembros⁽²⁸⁾).

⁽²⁸⁾ Otra de las consecuencias de la entrada en vigor, con fecha 1 de mayo de 2010, del nuevo Reglamento (CE) 883/2004, es que las TSE y los CPS de los pensionistas y sus familiares, así como de los familiares de trabajadores a cargo de otro Estado que residan en un Estado distinto del competente, se emitirán por la institución competente del país de aseguramiento. Al ser España un país eminentemente receptor de pensionistas extranjeros, previsiblemente la nueva regulación supondrá una importante disminución del coste de asistencia sanitaria internacional asumido por España.

Por último, hay que hacer referencia al formulario E-108 «Notificación de suspensión o supresión del derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria», mediante el cual se efectúa la cancelación de los formularios de derecho para residentes en un país distinto al competente (formularios E-106, E-109, E-120 y E-121), y que puede ser emitido tanto por la institución competente como por la institución del lugar de residencia. Así, la institución que emite el formulario E-108 rellena la «Parte A-Notificación», dando traslado del mismo a la otra institución, para que cumplimente la «Parte B-Acuse de recibo» y le devuelva una copia del formulario de cancelación, de forma que conste fehacientemente para ambas instituciones la fecha de cancelación del derecho a recibir asistencia sanitaria.

1.1.2 Liquidación y reembolso de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria.

Por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados de un país, con ocasión de desplazamiento temporal o residencia habitual en el territorio de otro Estado comunitario, la institución competente debe reembolsar a la del país de destino el importe correspondiente. Según el artículo 36.2 del Reglamento (CEE) número 1408/71, dichos reembolsos serán determinados y efectuados según las modalidades establecidas por el Reglamento de aplicación «bien mediante la justificación de los gastos efectivos, o bien sobre la base de un tanto alzado», que presentan estas especificidades:

a) Reembolsos del importe de las prestaciones por su coste efectivo:

En esta modalidad, los reembolsos de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria realizadas por las instituciones sanitarias de un Estado miembro a cargo de otro Estado miembro, se determinan por su coste efectivo o «gasto real», es decir, por los costes realmente incurridos, reflejados en su contabilidad, y calculados de acuerdo con las tarifas de los servicios sanitarios que tenga establecidas el país del lugar de estancia.

Todas las prestaciones de asistencia sanitaria suministradas a asegurados de un Estado miembro desplazados temporalmente en el territorio de otro Estado miembro por las instituciones sanitarias de este último, se liquidan por su coste efectivo o gasto real.

Por cada acto asistencial prestado a un asegurado a cargo de otro Estado miembro, la institución del lugar de estancia emite un formulario de liquidación E-125, que es remitido por conducto de los organismos de enlace de ambos Estados para su revisión y posterior aceptación o rechazo.

Respecto al plazo para hacer efectivos estos reembolsos, determinados según el importe efectivo de las prestaciones abonadas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 102.3 del Reglamento de aplicación, Reglamento (CEE) número 574/72, «serán efectuados, en la parte correspondiente a cada semestre civil, dentro del semestre civil siguiente».

b) Reembolsos del coste de las prestaciones sobre la base de un tanto alzado (cuotas globales):

Con carácter general, los reembolsos de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas por las instituciones sanitarias de un Estado miembro a cargo de otro Estado miembro, se calculan sobre la base de un tanto alzado o coste medio, cuando las personas atendidas a cargo de otro Estado miembro residen habitualmente en el territorio del Estado que les hubiera prestado la asistencia sanitaria.

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 94.1 y 95.1 del Reglamento (CEE) número 574/72, dicho importe, fijado para cada año civil, debe ser «lo más cercano posible al importe de los gastos reales». Para ello, las respectivas autoridades competentes de los Estados miembros deben calcular el coste medio anual de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas a los residentes en su territorio a cargo de otro Estado miembro. En España, el importe del tanto alzado o coste medio (cuotas globales) se calcula por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Una vez calculado el coste medio para cada año civil, la autoridad competente de cada Estado miembro debe proponerlo a la Comisión de Cuentas de la CASSTM (actual CACSSS) para su revisión y aprobación. Una vez aprobados por la Comisión, los costes medios anuales de cada país son publicados en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE), fecha a partir de la cual se consideran aplicables a los efectos de la liquidación de créditos existentes entre los Estados miembros.

En definitiva, mediante este sistema de costes medios o «cuotas globales», la institución del Estado competente debe reembolsar a la institución del lugar de residencia de su asegurado y/o de sus beneficiarios un tanto alzado (cuota global), por cada mes que se mantenga la residencia en el país de destino.

Respecto al plazo para hacer efectivos estos reembolsos, efectuados por cada año civil, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 102.4 del Reglamento de aplicación, Reglamento (CEE) número 574/72, «las instituciones competentes pagarán anticipos a las instituciones acreedoras el primer día de cada semestre civil, según las modalidades fijadas por la Comisión administrativa».

Las liquidaciones, en el caso de los reembolsos sobre la base de un tanto alzado, se efectúan a través de formularios de liquidación emitidos por la institución del lugar de residencia. No obstante, hay que precisar que sólo se reembolsarán por este sistema las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas a los residentes en un Estado miembro distinto del Estado competente inscritos en formularios de derecho E-109 y E-121, ya que, como excepción a la norma general, las prestaciones sanitarias servidas a trabajadores y familiares de trabajadores que se desplacen con él, residentes en un Estado distinto del de aseguramiento, y por tanto inscritos en un formulario de derecho E-106, se liquidan por su coste efectivo o gasto real.

Como resumen de todo lo anterior, se exponen a continuación los distintos formularios de derecho existentes en el ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y sus correspondientes formularios de liquidación, así como la normativa reguladora de estos últimos:

CUADRO N.º 5

**Correspondencia entre formularios de derecho y formularios de liquidación
existentes en aplicación de los Reglamentos (CEE) número 1408/71 y número 574/72**

CORRESPONDENCIA ENTRE FORMULARIOS DE DERECHO Y FORMULARIOS DE LIQUIDACIÓN					
Tipo de formulario de derecho		Forma de liquidación	Formularios de liquidación		
			Tipo de formulario	Reglamento (CEE) n.º 1408/71	Reglamento (CEE) n.º 574/72
Estancia temporal	TSE	Coste efectivo (gasto real)	E-125. Estado individual de gastos efectivos	Art. 36.1. y 2, art. 63.1	Art. 93.1, 2, 4 y 5 y art. 105.1
	CPS				
	E-112				
	E-123				
	E-106				
Traslado de residencia	E-120	Costes medios (cuotas globales)	E-127. Estado individual de importes mensuales a tanto alzado	Art. 36.1. y 2	Arts. 94 y 95
	E-109				
	E-121				

Por último, hay que hacer referencia a los casos en que un asegurado a cargo de un Estado miembro, por no haber dispuesto del correspondiente formulario, se hubiera visto obligado a pagar los gastos de la asistencia sanitaria que le hubiera sido prestada durante su estancia temporal en el territorio de otro Estado miembro. En dichos casos, el asegurado puede solicitar a la institución competente el reembolso de los gastos ocasionados.

La determinación del importe exacto que debe reembolsarse corresponde a la institución del lugar de estancia. La institución competente, una vez recibida la petición de un asegurado y comprobado su derecho a exportar las prestaciones de asistencia sanitaria, solicita esta información a la del lugar de estancia a través de un formulario establecido al efecto, el formulario E-126. Tarifas para el reembolso de las prestaciones en especie, en el que cumplimenta la «Parte A-Solicitud». A su vez, en la «Parte B-Respuesta», la institución del lugar de estancia debe consignar si procede o no el reembolso y, en su caso, la cuantía del mismo con arreglo a las tarifas aplicadas por la institución del lugar de estancia.

1.2 Análisis del procedimiento de gestión de los formularios de derecho en el instituto nacional de la seguridad social.

En el procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria internacional que lleva a cabo el INSS, existen dos fases diferenciadas: a) la gestión de los formularios de derecho, tanto los emitidos por el INSS como los recibidos de otros Estados, y b) la gestión de los formularios de liquidación, cuyo contenido difiere según sea la posición de España deudora o acreedora.

Para la gestión de estas prestaciones, el INSS dispone de una aplicación informática denominada «ASIA» (Asistencia Sanitaria Internacional Automatizada) cuyo mantenimiento y explotación se efectúa desde los Servicios Centrales del INSS.

Como consideración previa, cabe señalar que el análisis efectuado por el Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que, a pesar de su utilidad, esta herramienta informática presenta insuficiencias importantes que inciden negativamente en la gestión de estas prestaciones, que serán debidamente detalladas al exponer los resultados derivados del análisis realizado por el Tribunal de Cuentas de las sucesivas fases del procedimiento de gestión de las prestaciones sanitarias derivadas de la aplicación, fundamentalmente, de los Reglamentos comunitarios.

Por su parte, la gestión de las prestaciones derivadas de los Convenios Bilaterales se analiza en el apartado 4 de este Informe.

Sobre la base de los dos ítems procedimentales señalados anteriormente (gestión de formularios de derecho y gestión de formularios de liquidación) se estructura este apartado del Informe.

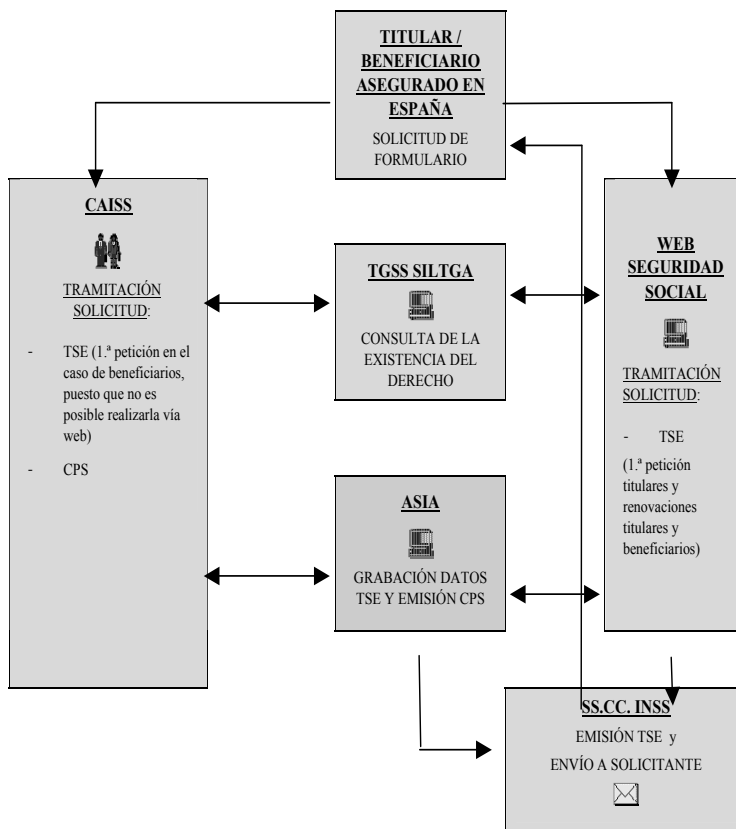
1.2.1 Emisión y gestión de formularios de derecho para estancias temporales expedidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Los formularios que permiten exportar el derecho de asistencia sanitaria en estancias temporales, a diferencia de los de residencia, no son objeto de validación en las instituciones competentes del país de destino, con independencia del motivo del desplazamiento.

La mayor parte de los formularios de derecho de estancia temporal que se emiten desde el INSS son formularios de derecho para estancias temporales por motivos distintos a los médicos (viajes, estudios, trabajo, etc.). El procedimiento de solicitud y emisión de los formularios se resume en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N.º 2

Procedimiento de solicitud y emisión de formularios de derecho. Estancias temporales por motivos distintos a los médicos



Según se desprende del gráfico anterior, la TSE es el único de los certificados del derecho de estancia temporal por motivos distintos a los médicos que puede solicitarse por vía telemática, a través de la página web de la Seguridad Social. En el momento de efectuar la petición, los órganos competentes del INSS consultan automáticamente el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social (SILTGA), con el fin de comprobar si el solicitante tiene derecho a exportar la asistencia sanitaria.

Todas las peticiones validadas de las TSE se centralizan en los Servicios Centrales del INSS y, a través de ASIA, se ordena su emisión y se envían por correo a los solicitantes.

Por el contrario, los formularios de derecho CPS deben solicitarse de forma presencial por el interesado (titular del derecho o beneficiario) en los distintos CAISS existentes en el territorio nacional, dado que estos formularios se emiten por motivos excepcionales a colectivos muy concretos.

En relación con la emisión y gestión de las TSE, este Tribunal de Cuentas ha verificado la existencia de las siguientes deficiencias, imputables al INSS:

– Existe el riesgo de que las TSE sean utilizadas indebidamente por las personas a cuyo favor se expidieron una vez que cesan en su derecho, en función del plazo de validez de las TSE, ya que el INSS no efectúa ningún control sobre esta situación. Como consecuencia de esta falta de control por parte del INSS, España está obligada a asumir los gastos ocasionados por el uso indebido de una TSE emitida por el INSS, siempre que la asistencia sanitaria se haya prestado efectivamente al titular de dicha tarjeta dentro del periodo de validez de la misma.

A mayor abundamiento, aunque en la información que acompaña a las TSE que se envía a los domicilios de los interesados figura la advertencia de que la utilización de la TSE, durante el periodo de validez de la misma, «se encuentra condicionada además a que

su titular continúe reuniendo los requisitos que dieron lugar a su obtención» y que, en otro caso, «los gastos que se originen podrían ser reclamados en concepto de prestaciones indebidas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 84 bis del Reglamento (CEE) 1408/71», el Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que durante los ejercicios 2008 y 2009 el INSS no realizó ninguna reclamación por la utilización indebida de la TSE en el extranjero.

– Asimismo, el Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que el INSS no tiene establecido un procedimiento interno para la reclamación de las prestaciones indebidas por este concepto, lo que se ha constatado en las sedes de las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Las Palmas y Valencia.

Desde el 15 de abril de 2010 el INSS ha extendido el plazo de validez de las TSE de uno a dos años, lo que supone una reducción de los costes del servicio, si bien aumenta el riesgo de que durante el periodo de validez de las TSE cambien las circunstancias que dieron lugar a su obtención, por lo que el INSS debe mejorar el control de la vigencia de las TSE emitidas y establecer un procedimiento para su anulación cuando se dejen de reunir los requisitos para su correcta utilización por el titular de la TSE. Asimismo, en caso de utilización indebida, ha establecido un procedimiento para reclamar al titular de la tarjeta el reintegro de los gastos ocasionados.

– Por otra parte, el Tribunal de Cuentas ha detectado la existencia de TSE emitidas a favor de personas pertenecientes a colectivos (v.gr.: personas sin recursos económicos suficientes) que, por tener limitado temporalmente el derecho a exportar la asistencia sanitaria, no pueden ser titulares de una TSE, como se detalla en el apartado 7 de este Informe, lo que ha supuesto un perjuicio financiero para España (Comunidades Autónomas e INGESA).

– Los beneficiarios de un titular que solicitan una TSE por primera vez no pueden efectuar su petición por vía telemática, y deben acudir al CAISS correspondiente, debido a que en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) no figuran los beneficiarios y, por tanto, no puede validarse por vía telemática si existe el derecho que permite exportar la asistencia sanitaria, por lo que existen dificultades para verificar el derecho a disponer de la TSE, que deben ser subsanadas por el INSS.

– En la TSE no figura si el titular de la misma es pensionista o no. La inclusión de dicho aspecto como un campo más de la TSE fue demandada sin resultado por España en el seno de la CASSTM.

La acreditación de la condición de pensionista a titulares de TSE es especialmente significativa para España en relación con la prestación farmacéutica, ya que los medicamentos en dicho supuesto son gratuitos para el interesado. Al no figurar dicha circunstancia en las TSE, existe el riesgo de que desde los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del INGESA, en el caso de las Ciudades con Estatuto de Autonomía, se estén proporcionando indebidamente medicamentos de forma gratuita a extranjeros con TSE que no reúnen la condición de pensionistas, ya que, a falta de norma establecida al efecto, actualmente queda a juicio de los facultativos el solicitar a los pacientes la acreditación documental de dicha condición, por lo que los Servicios de Salud deben dictar las normas oportunas para garantizar la correcta financiación de las prestaciones farmacéuticas.

1.2.2 Emisión y gestión de formularios de derecho de residencia expedidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En el ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, los formularios de derecho que se emiten por el INSS en el caso de traslado de residencia a otro Estado comunitario de los asegurados a cargo de España y sus beneficiarios son, fundamentalmente, tres:

– El formulario de derecho E-106 (ES), que se expide a favor de los trabajadores a cargo de España y de los miembros de su familia que trasladan su residencia a otro Estado comunitario, y a favor de los miembros de la familia del trabajador en desempleo que residan en otro Estado miembro.

– El formulario de derecho E-109 (ES), que se emite a favor de los miembros de la familia de los trabajadores a cargo de España que residen en otro Estado miembro, siempre que el trabajador no resida con ellos.

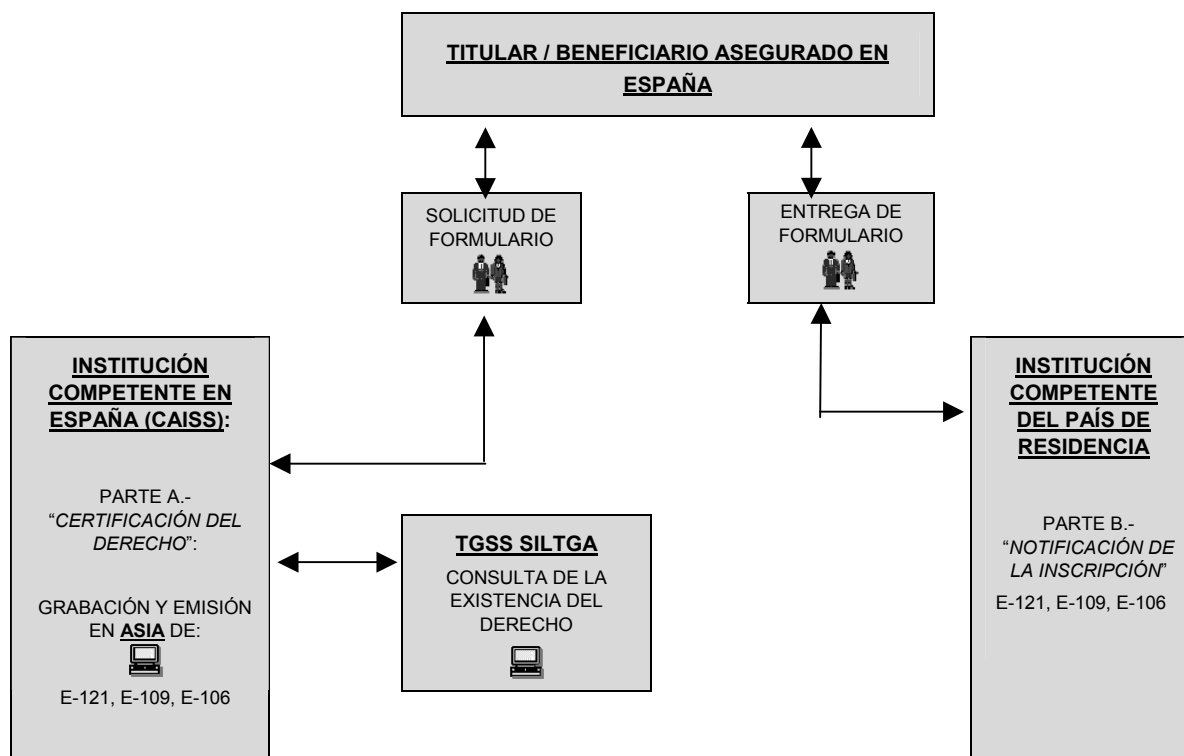
– El formulario de derecho E-121 (ES), que se expide a los pensionistas a cargo de España y a los miembros de su familia que trasladen su residencia al territorio de otro Estado comunitario, así como a los miembros de la familia de un pensionista a cargo de España que residen en otro Estado comunitario, siempre que en este último caso el pensionista no resida con ellos.

A diferencia de los formularios de derecho E-106 y E-109, que se emiten por unidad familiar, los formularios E-121 se expiden individualmente, uno por cada pensionista y beneficiario de pensionista.

El procedimiento de solicitud y emisión de los formularios de derecho de residencia se resume en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N.º 3

Procedimiento de solicitud y emisión de formularios de derecho de residencia



Según se indica en el gráfico anterior, el interesado, titular o beneficiario asegurado en España que decide trasladar su residencia a otro Estado miembro debe acudir al CAISS de su domicilio, donde le emitirán el formulario de derecho que corresponda según el motivo del traslado y las circunstancias del interesado (trabajador, pensionista, etc.).

Desde los CAISS debe consultarse en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) si los interesados son titulares a cargo de España y si pueden exportar su derecho de asistencia sanitaria. En el caso de trabajadores que se trasladen con su familia al territorio de otro Estado miembro, el formulario E-106 (ES) debe emitirse por el tiempo que se acredite vaya a durar el desplazamiento. Una vez confirmados estos extremos, el CAISS debe emitir la «Parte A» del formulario de derecho de residencia y entregarlo al solicitante.

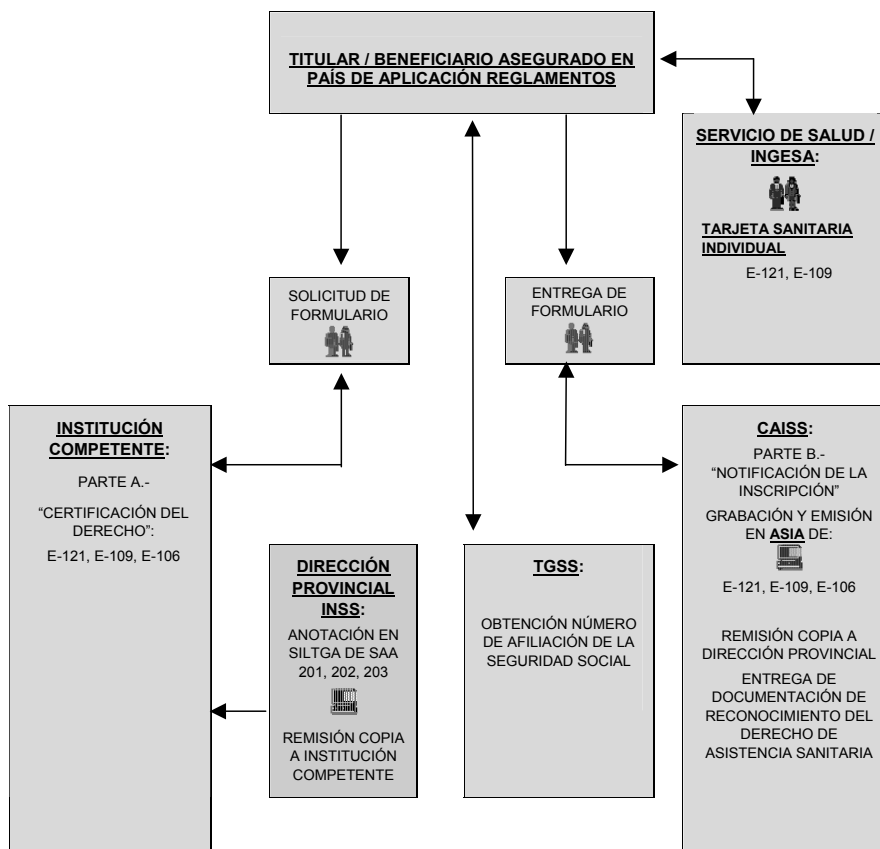
Posteriormente, cuando el interesado llegue al Estado de residencia, deberá acudir a la institución competente del mismo y entregar el formulario emitido en España. Es dicha institución la que emite la «Parte B» del formulario de derecho de residencia, acreditando su inscripción en el país de destino, debiendo enviar copia del mismo a la institución competente.

1.2.3 Recepción y gestión de los formularios de derecho de residencia emitidos por las instituciones competentes de otros Estados.

El procedimiento de gestión de los formularios de derecho emitidos por otros Estados se refiere exclusivamente a los formularios de derecho de residencia, es decir, los que deben ser objeto de tramitación en las instituciones competentes del país de destino, en este caso España, ya que los formularios de derecho para estancias temporales no deben ser validados en la institución del lugar de estancia. El procedimiento de recepción de dichos formularios en las Direcciones Provinciales del INSS, como instituciones competentes españolas, se puede observar en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N.º 4

Procedimiento de recepción de formularios de derecho de residencia emitidos por las instituciones competentes de otros Estados



Las personas aseguradas en otros Estados del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios que trasladan su residencia a España, ya sea por motivos laborales o personales, deben validar los formularios de derecho de residencia emitidos por las instituciones competentes en las Direcciones Provinciales del INSS del lugar de residencia.

Los interesados (titulares o beneficiarios), junto con el formulario de derecho de residencia (E-106, E-109 o E-121), deben presentar en el CAISS correspondiente la siguiente documentación acreditativa de la residencia en nuestro país:

- Certificado de empadronamiento.
- Tarjeta de Identidad de Extranjero o Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los

Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

- Pasaporte o documento de identidad original y en vigor.

Una vez acreditada la residencia del interesado en España, en los CAISS se confecciona la «Parte B» de los formularios de residencia, cuya copia se facilita al interesado, junto con el título acreditativo del derecho a recibir asistencia sanitaria (modelo P-1).

La residencia en España otorga a los extranjeros la posibilidad de obtener la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) de la Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía en que fije su residencia (E-109 y E-121, en aplicación de los Reglamentos comunitarios), en virtud de la cual queda asimilado a cualquier asegurado en España de pleno derecho.

Otra copia del formulario, junto con la documentación presentada por el interesado, se envía desde los CAISS a la Dirección Provincial del INSS de la provincia a que están adscritos y una vez revisada y conforme, se envía copia del formulario a la institución competente. Asimismo, a través de una transacción en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) que tiene autorizada el INSS, la Dirección Provincial competente da de alta al titular del derecho en una de las tres Situaciones Adicionales de Afiliación (SAA) siguientes previstas al efecto en SILTGA:

- Asistencia Sanitaria Internacional –Familiar de Trabajador–: Identifica a beneficiarios de trabajadores cuando el trabajador mantiene su residencia en el Estado competente (SAA 201).

- Asistencia Sanitaria Internacional –Pensionistas–: Pensionistas de uno de los Estados miembros o Estados contratantes –Estado deudor de la pensión (SAA 202).

- Asistencia Sanitaria Internacional –Familiar de Pensionista–: Beneficiarios de los pensionistas del punto anterior, cuando el pensionista mantiene su residencia en el Estado competente –Estado deudor de la pensión– (SAA 203).

Para obtener la TSI, los interesados deben formular su solicitud en el Centro de Salud del domicilio donde tengan fijada su residencia, a la que deben adjuntar el modelo P-1 facilitado por el INSS y un número de Seguridad Social otorgado en la Dirección Provincial de la TGSS del lugar de residencia. La solicitud se formula a través del modelo «TA.1 Solicitud de Afiliación/Número de la Seguridad Social». A falta de procedimiento establecido al efecto, dicho número puede haberse solicitado con anterioridad a la presentación del formulario de derecho por parte del interesado en el CAISS o una vez inscrito en la institución del lugar de residencia.

Por último, según se deduce de todo lo anterior, en los supuestos de traslado de residencia de los trabajadores y sus familiares, los formularios de derecho E-106 no otorgan a los interesados el derecho a obtener la TSI de la Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía de residencia; en consecuencia, no quedan asimilados a los asegurados españoles y no existe en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) una SAA habilitada para ellos.

Como ya se ha señalado anteriormente, en relación con los Reglamentos comunitarios, los formularios de derecho para residentes en un país distinto al competente (formularios E-106, E-109 y E-121) se cancelan a través del formulario E-108 «Notificación de suspensión o supresión del derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria», que puede ser emitido tanto por la institución competente como por la institución del lugar de residencia.

1.3 Análisis del procedimiento de facturación y de gestión de los formularios de liquidación en el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Por la asistencia sanitaria que un país presta a los asegurados desplazados temporal o permanentemente en su territorio a cargo de otro Estado, éste debe reembolsar al de estancia el importe correspondiente. Para países de la Unión Europea, así como Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza, los reembolsos se determinan según las modalidades establecidas en el artículo 36.2 del Reglamento (CEE) número 1408/71 «bien mediante la justificación de los gastos efectivos, o bien sobre la base de un tanto alzado».

Conviene recordar que el modo de liquidación de la asistencia sanitaria viene determinado por el tipo de formulario de derecho en virtud del cual se presta la asistencia, es decir, las prestaciones servidas como consecuencia de formularios de estancia

temporal se liquidan siempre por el coste efectivo de la asistencia prestada o gasto real y las servidas en base a formularios de residencia habitual, con carácter general, por un sistema de cuotas globales o de costes medios de las prestaciones servidas.

En el ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, los órganos competentes para efectuar las liquidaciones de gastos y para intercambiar entre sí los formularios de liquidación de los gastos de las prestaciones servidas en sus respectivos territorios son los organismos de enlace.

Como ya se ha indicado, en España el INSS actúa como organismo de enlace español (salvo para afiliados al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, en cuyo caso ha venido actuando como organismo de enlace el ISM hasta el 1 de mayo de 2010).

El procedimiento de gestión de la liquidación y facturación de los gastos de asistencia sanitaria que se lleva a cabo en dichas Entidades difiere en función de si España es la que factura a otros países por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a cargo de dichos países (España acreedora) o es España la que debe reembolsar a otros Estados el coste de las prestaciones sanitarias servidas a asegurados españoles desplazados temporal o permanentemente en el territorio de dichos Estados (España deudora). Asimismo, el procedimiento es distinto según la forma en que se liquida el gasto producido, es decir, según se facture por el coste efectivo de las prestaciones sanitarias servidas (gasto real) o sobre la base de un tanto alzado (sistema de cuotas globales).

El apartado siguiente se estructura, por tanto, en función de la tipología de liquidación del gasto y, a su vez, de acuerdo con la posición acreedora o deudora de España por las prestaciones sanitarias servidas. En concreto, utilizando la terminología del INSS, se exponen a continuación los resultados del análisis de los siguientes procedimientos: España acreedora/deudora por gasto real y España acreedora/deudora por cuota global.

1.3.1 España acreedora por gasto real.

Esta situación se produce cuando España reclama a otro Estado miembro el coste efectivo de la asistencia prestada a asegurados a cargo de dichos países que se encuentran en estancia temporal en España, con independencia de los motivos de dicha estancia (laborales, personales, médicos, etc.).

Asimismo, de acuerdo con los Reglamentos comunitarios, España también factura por gasto real la asistencia prestada a un trabajador asegurado extranjero que reside habitualmente en territorio español junto con su familia, es decir, a aquellas personas que tienen derecho a prestaciones de asistencia sanitaria en virtud de un formulario de derecho E-106.

El procedimiento en España viene determinado por el hecho de que en las distintas fases que se suceden desde que un asegurado a cargo de otro Estado demanda asistencia en un centro, servicio o establecimiento sanitario perteneciente a la red sanitaria pública española, hasta el momento en que el organismo de enlace envía la facturación y efectúa el pago correspondiente, intervienen distintas administraciones públicas, con las consecuencias que se expondrán a lo largo de este Informe. Estas administraciones son las siguientes:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios (hospitales, centros de salud, etc.) que atienden a asegurados a cargo de otros Estados y dependen de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del INGESA, en el caso de las Ciudades con Estatuto de Autonomía.

b) Las Direcciones Provinciales del INSS respecto a la introducción de datos en las Comunidades Autónomas que no efectúan su grabación «en línea» en la aplicación informática ASIA.

c) Los Servicios Centrales del INSS, que periódicamente, con los datos de facturación facilitados por las distintas Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, deben confeccionar los formularios de liquidación E-125 y enviarlos al Estado competente.

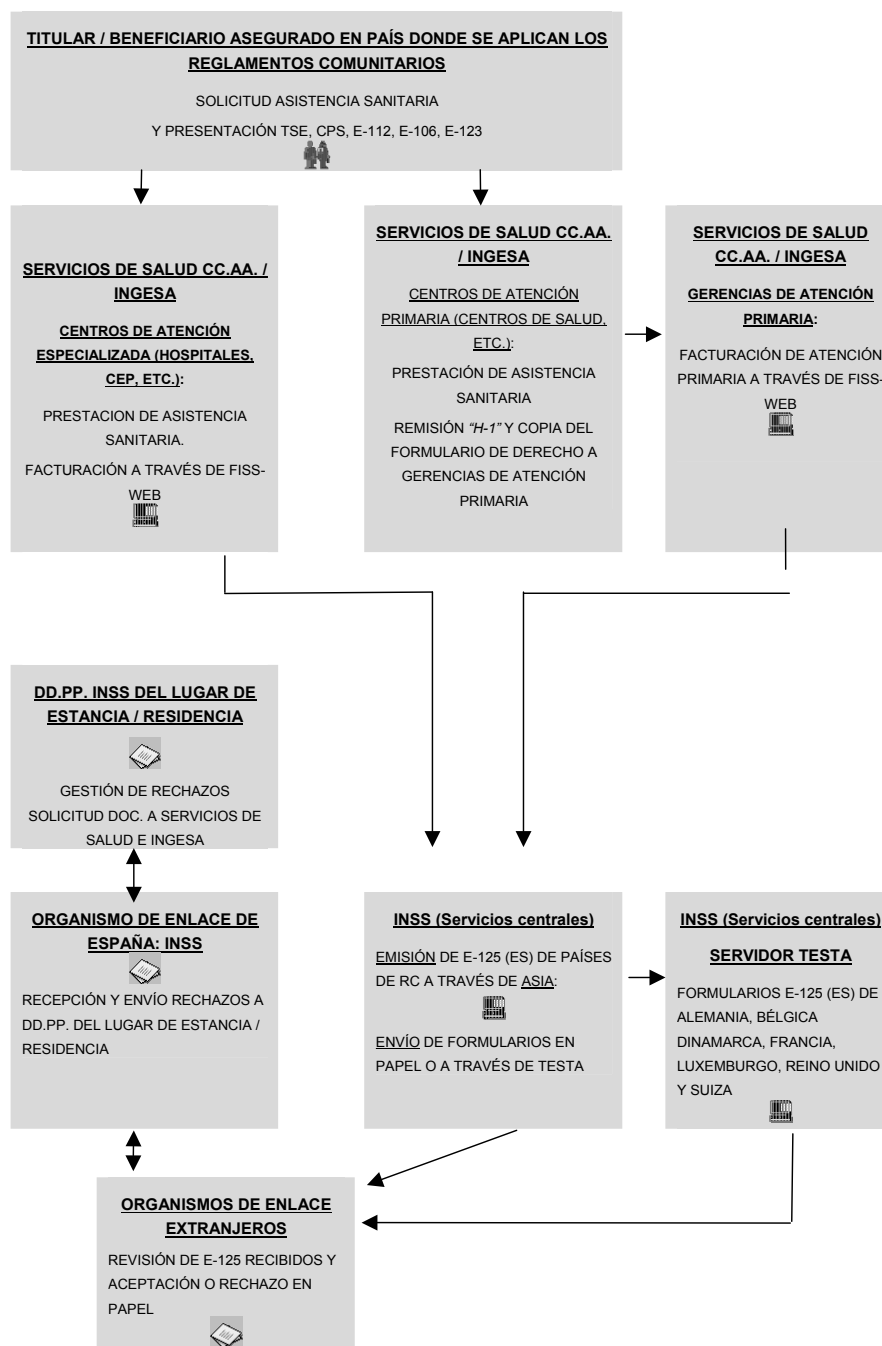
d) Los organismos de enlace extranjeros, que aceptan o no las liquidaciones presentadas por el INSS y realizan los pagos correspondientes.

e) Los Servicios Centrales del INSS y sus Direcciones Provinciales respecto a las actuaciones realizadas para gestionar las liquidaciones no aceptadas por los organismos de enlace extranjeros, etc.

El procedimiento de traspaso al INSS de la información sobre los actos médicos servidos por los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su coste, así como el procedimiento de facturación del INSS a otros Estados por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a su cargo, se resumen en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N.º 5

Procedimiento de emisión y gestión de formularios de liquidación de gasto real (Formularios E-125)



A efectos meramente expositivos, se diferencian a continuación los cuatro hitos fundamentales que presenta el procedimiento anterior, esto es, demanda de atención sanitaria, facturación por las prestaciones sanitarias servidas, liquidación y envío de formularios de gasto real a organismos de enlace de Estados competentes y gestión de las facturas rechazadas.

1.3.1.A) Prestación de asistencia sanitaria en centros, servicios y establecimientos sanitarios de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Como se ha indicado, el procedimiento comienza cuando un asegurado de otro país del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios acude a un centro sanitario de la red pública española para recibir asistencia sanitaria aportando un formulario de derecho emitido por el Estado competente. Son, por tanto, los servicios de admisión de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios los encargados principalmente de identificar, comprobar la vigencia de los formularios de derecho y recopilar la información del beneficiario de la prestación, información que resulta imprescindible para poder facturar al Estado competente el importe de cada acto médico prestado.

La situación habitual que se produce en los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles es la de las personas desplazadas temporalmente en nuestro territorio por motivos distintos a los médicos (turismo, estudios, etc.) que demandan asistencia médica, en su mayor parte de urgencia, siendo muy excepcional la facturación por tratamientos médicos específicos (formulario E-112) y accidente de trabajo y enfermedad profesional (E-123).

No obstante, hay que incidir en el hecho de que los formularios de derecho de estancia temporal por motivos distintos a los médicos (TSE y CPS) dan derecho exclusivamente a recibir las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia y no cualquier tipo de prestación asistencia sanitaria a las que se hace referencia en el apartado 7 de este Informe.

Por el contrario, el trabajador asegurado en otro Estado que reside en España con su familia (formularios de derecho E-106), tiene derecho a recibir la asistencia sanitaria completa durante el tiempo que dure la residencia en España.

En relación con las funciones anteriores, este Tribunal de Cuentas ha verificado en sus visitas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y en las sedes de las Consejerías competentes en materia de Sanidad y en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Illes Balears, Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana, la existencia de otras deficiencias, distintas de las derivadas del procedimiento de facturación, cuyo detalle se expone en el apartado 7 de este Informe.

1.3.1.B) Facturación por gasto real de las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a asegurados a cargo de otros Estados miembros.

Las prestaciones en especie servidas a asegurados a cargo de otros Estados miembros deben ser facturadas en su totalidad por los Servicios de Salud y por el INGESA; es decir, por cada acto médico o quirúrgico, incluidas las pruebas diagnósticas y terapéuticas, intervenciones quirúrgicas, etc., debe emitirse una factura.

El INSS creó un módulo de la aplicación informática ASIA denominado FISS-WEB «Facturación Internacional de Servicios Públicos de Salud», a través del cual las distintas unidades de facturación previstas en los Servicios de Salud pueden efectuar de forma automatizada, a través del portal de Internet de la Seguridad Social, la gestión de la facturación de los gastos reales por la asistencia sanitaria servida en el territorio de su Comunidad Autónoma.

Los datos que se graban en el módulo FISS-WEB por cada acto médico realizado (tipo de formulario de derecho en virtud del cual se presta la asistencia sanitaria, número, nombre y apellidos de la persona atendida, tipo de prestación sanitaria servida, fecha, importe, etc.), son los necesarios para la confección de los formularios de liquidación por gasto real E-125. Los datos grabados son validados inmediatamente por la aplicación

ASIA, a través de los controles que tiene establecidos, con el fin de asegurar que la información grabada sobre cada prestación sanitaria servida contiene todos los datos que se requieren para cumplimentar el correspondiente formulario de liquidación E-125, cuyo destinatario es el Estado competente.

La determinación de los centros de grabación de los formularios existentes en cada Comunidad Autónoma y Ciudades con Estatuto de Autonomía es competencia de los respectivos Servicios de Salud y del INGESA.

El análisis del procedimiento y de las bases de datos facilitadas por el INSS referidas a los formularios de liquidación E-125 emitidos por España en los ejercicios 2007 a 2009, ha permitido al Tribunal de Cuentas verificar la existencia de diversas deficiencias relacionadas con el procedimiento de facturación, en unos casos derivadas de la gestión efectuada por el INSS y en otros de las actuaciones llevadas a cabo por los Servicios de Salud y el INGESA.

Así, en relación con el procedimiento de facturación en general, y con la aplicación FISS-WEB en particular, se han detectado las siguientes incidencias:

a) No todas las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía utilizan el módulo de facturación FISS-WEB, lo que produce un retraso evidente en la emisión de las facturas por gasto real que se graban en la aplicación ASIA, dado que en estos casos son las Direcciones Provinciales del INSS las que deben grabar estos datos, previa comunicación de los mismos por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. El análisis de las bases de datos de los formularios de liquidación E-125 emitidos en el ejercicio 2009 a través de la aplicación ASIA (en total, 275.885 formularios correspondientes al segundo semestre de 2008 y al primer semestre de 2009), ha permitido obtener los siguientes resultados sobre el origen de la facturación:

CUADRO N.º 6

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Formularios de liquidación E-125 emitidos según el origen de la facturación. Ejercicio 2009

Comunidades Autónomas	Origen de la facturación			Total
	Asia	FISS-WEB	Protocolo FISS	
ANDALUCÍA	6	50.873	–	50.879
ARAGÓN	1.751	–	–	1.751
ASTURIAS	3	5.716	–	5.719
BALEARES	–	27.574	–	27.574
CANARIAS	2	–	33.030	33.032
CANTABRIA	–	2.270	–	2.270
CASTILLA Y LEÓN	26	10.032	–	10.058
CASTILLA-LA MANCHA	53	253	–	306
CATALUÑA	745	61.703	–	62.448
CEUTA	155	–	–	155
COMUNIDAD VALENCIANA	5	14.016	19.444	33.465
EXTREMADURA	–	2.943	–	2.943
LA RIOJA	7.005	4.709	–	11.714
GALICIA	–	504	–	504
MADRID	1	11.948	–	11.949
MELILLA	700	–	–	700
MURCIA	–	16.667	–	16.667
NAVARRA	1.335	–	–	1.335
PAÍS VASCO	2.416	–	–	2.416
TOTAL	14.203	209.208	52.474	275.885
%	5,2	75,8	19	100

Como se desprende del cuadro anterior, a pesar de que el 75,8% de las facturas emitidas por España, correspondientes al ejercicio 2009, fueron mecanizadas a través de FISS-WEB, ni las Comunidades Autónomas de Aragón, Navarra y País Vasco, ni las Ciudades con Estatuto de Autonomía, utilizaron el módulo de facturación de FISS-WEB, es decir, fueron las propias Direcciones Provinciales del INSS las que grabaron los datos de facturación directamente en la aplicación ASIA. En estos casos, los Servicios de Salud remiten la información a las Direcciones Provinciales en soporte papel, lo que da lugar a retrasos en la introducción de los datos y a un mayor riesgo de gestión de facturación, por la posibilidad de cometer errores en la grabación o pérdidas en la facturación.

El resto de Comunidades Autónomas, salvo Canarias, utilizó FISS-WEB, si bien en los datos anteriores todavía se observan algunas Comunidades Autónomas, como Castilla-La Mancha, Cataluña y La Rioja, que facturaron por las dos vías, es decir, una parte a través de la introducción manual de los datos en la aplicación ASIA realizada en las Direcciones Provinciales del INSS; y otra mediante la mecanización de los datos en FISS-WEB realizada en las unidades de grabación de los Servicios de Salud de las respectivas Comunidades Autónomas, lo que supone falta de homogenización en el procedimiento de facturación y un deficiente control de la totalidad de la facturación.

Por su parte, el origen de la facturación de la Comunidad Autónoma de Canarias fue «Protocolo FISS», es decir, utilizan el módulo de facturación de FISS-WEB pero no funciona «en línea», sino que la información de facturación se remite en un fichero plano a los Servicios Centrales del INSS, que es cargado después en el aplicativo ASIA. A su vez, también se gestionó por este sistema el 58% del número total de facturas emitidas por la Comunidad Valenciana.

b) Asimismo, hay que resaltar que, con carácter general, los centros de atención primaria no disponían del módulo de facturación FISS-WEB, situación que complica el procedimiento de facturación. Como se ha señalado previamente, son los Servicios de Salud y el INGESA los que determinan los centros de grabación en su ámbito territorial. Así, la documentación necesaria para emitir la facturación por cada acto médico practicado en centros de atención primaria (copia del formulario de derecho y emisión del documento «H-1», que contiene la información necesaria para su facturación) a asegurados a cargo de otro Estado miembro, se remite en soporte papel a las distintas gerencias de atención primaria existentes en cada Comunidad Autónoma y Ciudad con Estatuto de Autonomía, de acuerdo con la estructura sanitaria aprobada para cada ámbito territorial, que actúan como centros de grabación.

Según pudo comprobar el Tribunal de Cuentas en las visitas efectuadas a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Illes Balears, Madrid, Región de Murcia y Valenciana, ninguna de ellas disponía de un procedimiento que regulara la frecuencia de la remisión de la documentación desde los centros de atención primaria a los centros de grabación. Esta situación, además de suponer una importante dilación en la facturación emitida por España a asegurados a cargo de otros Estados miembros, no garantiza el principio de integridad de la facturación, ya que no tiene establecido ningún control que asegure que, por un lado, se elabore un documento «H-1» por cada asistencia sanitaria servida y, por otro lado, que se facturen todos los documentos «H-1» cumplimentados en los centros de atención primaria por parte de los centros de grabación de los Servicios de Salud y del INGESA.

c) Aun cuando el INSS tenía establecidos controles a través de la aplicación ASIA para que las facturas introducidas en FISS-WEB por los centros de grabación de los distintos Servicios de Salud tuvieran todos los datos necesarios para la confección de los correspondientes formularios de liquidación por gasto real E-125, en el desarrollo de las pruebas de fiscalización efectuadas, el Tribunal de Cuentas verificó la existencia de, al menos, 285 facturas pendientes de emisión, generadas por prestaciones de asistencia sanitaria servidas entre los ejercicios 2006 a 2010, cuyo importe ascendía a 51.306 euros, lo que denotaría que los controles establecidos son insuficientes. Esta irregularidad se debió, en su mayor parte, a las prestaciones de asistencia sanitaria servidas en virtud de

formularios de derecho E-106, por la ausencia de dicho formulario de derecho en el aplicativo ASIA⁽²⁹⁾.

⁽²⁹⁾ Respecto a las alegaciones formuladas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social relativas a que las facturas, aunque sean defectuosas, se remiten a los países de origen, no puede aceptarse dado que también se producen deficiencias o errores en el proceso de grabación de las facturas, que podrían subsanarse si se introdujeran mejoras en los controles establecidos por el INSS.

d) El análisis detallado de las facturas (277 en total) que carecían de formulario E-106 (formulario para los trabajadores y miembros de su familia que residen en un Estado comunitario distinto del competente) ha permitido obtener los siguientes resultados:

– No existió suficiente control por parte de las Direcciones Provinciales del INSS sobre la caducidad de los formularios E-106 recibidos de otros Estados miembros, ya que existían formularios de derecho E-106, grabados en la aplicación ASIA, cuyo periodo de validez ya había expirado, por lo que existió riesgo de que la facturación emitida por España hubiera sido rechazada por el Estado miembro que emitió el formulario de derecho, al recibir facturación en virtud de un formulario de derecho caducado. Andalucía fue la Comunidad Autónoma en la que se grabaron más facturas por asistencia sanitaria prestada en virtud de formularios E-106 en vigor no registrados en las Direcciones Provinciales del INSS correspondiente (166 facturas), seguida de la Comunidad Autónoma de Cataluña (50 facturas) y la de Madrid (30 facturas).

La Dirección Provincial del INSS en Cádiz (por su proximidad con Gibraltar), es la provincia española que recibe más formularios E-106, el 98% de los cuales procede de Reino Unido, correspondientes a asegurados de dicho país que trabajan en Gibraltar y residen en Cádiz, y fue la que registró el mayor número de facturas que carecían de formulario E-106 (159 facturas).

– Tampoco las unidades de admisión de pacientes de los centros, servicios y establecimientos sanitarios ni las unidades de facturación y grabación de los Servicios de Salud detectaron que los formularios E-106 utilizados no estaban debidamente inscritos en las Direcciones Provinciales competentes del INSS.

e) En relación con el funcionamiento del módulo de facturación FISS-WEB, a través de la revisión de las bases de datos de formularios E-125 emitidos en los periodos de liquidación comprendidos entre el segundo semestre de 2006 y el primer semestre de 2010, ambos inclusive, el Tribunal de Cuentas ha detectado que figuraban imputadas a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 3.395 facturas, cuyo importe ascendía a 354.849,89 euros, por prestaciones de asistencia sanitaria servidas en centros sanitarios de otras Comunidades Autónomas, en concreto, en hospitales de las provincias de Cádiz, Granada, Córdoba, Huelva, Jaén, Málaga, Almería y en un centro de atención primaria de Tarragona. Esta imputación errónea de facturas en la aplicación ASIA debería corregirse por el INSS, debido a las consecuencias financieras que conlleva para las Comunidades Autónomas derivadas del reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria, a la que se hace mención en el apartado 6 de este Informe⁽³⁰⁾.

⁽³⁰⁾ En sus alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que sólo encontró dos facturas erróneas derivadas de una incidencia que se producía en ASIA, y que dicha incidencia fue corregida en agosto de 2007. Sin embargo, entre las 3.395 facturas imputadas por error a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se hallan las dos referenciadas por el Ministerio en sus alegaciones; las otras 3.393 facturas correspondían al centro de grabación de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, si bien los centros de asistencia correspondían a centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que fueron los que realmente prestaron la asistencia sanitaria, por lo que, el INSS imputó la facturación emitida por estos centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

1.3.1.C) Liquidación y envío de formularios de gasto real a organismos de enlace de Estados miembros.

Los Reglamentos comunitarios no establecen ninguna disposición sobre la frecuencia con que deben efectuarse las liquidaciones de gastos ni los periodos a que deben referirse, por lo que cada Estado miembro tiene establecido su propio sistema de liquidación. En España, con periodicidad semestral, se produce la emisión masiva de los formularios E-125 grabados en la aplicación ASIA. Hasta la entrada en vigor de los nuevos Reglamentos comunitarios, en España, el primer semestre de liquidación se extendía desde el 16 de enero hasta el 15 de julio y el segundo desde el 16 de julio hasta el 15 de enero. En consecuencia, el primer semestre de facturación se liquidaba en el año corriente pero el segundo se liquidaba en el siguiente⁽³¹⁾.

⁽³¹⁾ En 2010, excepcionalmente, el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS efectuó una primera liquidación por gasto real con fecha 30 de abril de 2010 y otra con fecha 31 de diciembre de 2010, con el fin de separar los periodos de liquidación del ejercicio según los Reglamentos en vigor en cada uno de ellos. A partir de 2011, según información facilitada por el INSS, los semestres de liquidación se harán coincidir con los semestres naturales.

La emisión de formularios E-125 se ordena desde el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS de forma individualizada para cada uno de los Estados miembros. Junto con los formularios de liquidación, se remite a cada Estado un escrito de cargo, acompañado de una relación nominal de los formularios enviados. Una vez remitidos, los escritos de cargo se anotan manualmente en el aplicativo ASIA «Situación de créditos. España acreedora. Apuntes gastos reales», a través de la cual se puede conocer, en todo momento, el saldo que presenta cada cargo, ya que funciona como un «libro mayor» donde se anotan los abonos, rechazos, etc. Conviene anticipar que el INSS sólo conoce el saldo de los importes librados, pero no el detalle de cada una de las facturas remitidas, por lo que el INSS no puede realizar un seguimiento adecuado de cada factura, ni las Comunidades Autónomas conocer la deuda pendiente de compensar que tienen por las prestaciones realizadas, situación que el INSS debe subsanar, mediante la grabación de códigos que garanticen el seguimiento de la facturación emitida.

El análisis de las bases de datos de E-125 emitidos en el periodo 2008-2009, obtenidas de la aplicación de gestión ASIA, así como la revisión de los escritos de cargo remitidos a los Estados miembros, ha permitido al Tribunal de Cuentas verificar lo siguiente:

a) En dicho periodo 2008-2009, España remitió los formularios de liquidación E-125 de forma automatizada, a través del servidor comunitario TESTA (Trans European Services for Telematics between Administrations), únicamente a siete de los 30 Estados del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, esto es, a Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Luxemburgo, Reino Unido y Suiza (en función del país algunos tipos de formularios se siguen remitiendo en soporte papel).

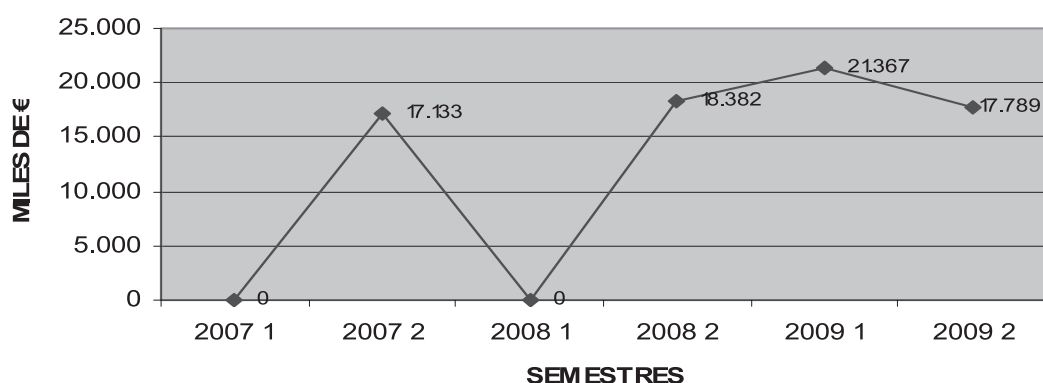
b) Hasta el segundo semestre de 2008 inclusive, España facturó al Reino Unido por su coste efectivo, exclusivamente, las prestaciones sanitarias servidas en virtud de los formularios E-112, E-106 y E-128⁽³²⁾. El resto de las prestaciones sanitarias servidas a asegurados del Reino Unido en estancia temporal en España, es decir, las derivadas de la utilización de la TSE, fueron facturadas de forma global, por el importe estimado por el anterior Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, según las estadísticas de turistas recibidos, en aplicación de la cláusula «temporary visitors». En virtud de esta cláusula, acordada entre España y el Reino Unido, los dos Estados miembros han venido reclamándose entre sí los costes de dichas prestaciones por una cantidad estimada globalmente y no por su coste efectivo. Como se ha indicado, desde enero de 2009, España dejó de aplicar dicho sistema. El Reino Unido, sin embargo, continúa aplicando dicha cláusula en la facturación que emite a España por estancia temporal.

⁽³²⁾ Este formulario de derecho de estancia temporal era emitido cuando los motivos del desplazamiento eran laborales. Estuvo en vigor durante la existencia del anterior formulario E-111, si bien dejó de emitirse cuando la TSE sustituyó tanto al formulario E-111 como al E-128.

Es importante reseñar la importante diferencia apreciada por el Tribunal de Cuentas entre el importe facturado anualmente al Reino Unido en aplicación de la cláusula «temporary visitors», en relación al periodo 2006-2008; y el importe facturado según el coste efectivo de las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a asegurados del Reino Unido en virtud de TSE y CPS correspondientes al ejercicio 2009. La evolución se observa en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N.º 6

Importes facturados por España al Reino Unido en virtud de TSE y CPS
Facturación TSE y CPS



En aplicación de la cláusula «temporary visitors», España facturó al Reino Unido 17.133.350 euros y 18.381.860 euros por los ejercicios 2007 y 2008, respectivamente. Sin embargo, sólo por el primer semestre de 2009, liquidado en septiembre del mismo ejercicio, se emitieron formularios de liquidación E-125, exclusivamente por la utilización de TSE y CPS, por importe de 21.366.547,68 de euros. A su vez, referidos al segundo semestre de 2009, y sólo por la utilización de TSE y CPS, se emitieron formularios de liquidación E-125 (ES) por importe de 17.788.692,43 de euros.

En consecuencia, en cómputo anual, la diferencia entre facturar las prestaciones servidas a asegurados a cargo del Reino Unido con TSE o CPS en virtud de la cláusula «temporary visitors» o facturar dichas prestaciones por su coste efectivo ha supuesto a España una pérdida estimada en, al menos, 20 millones de euros, en la facturación relativa a cada uno de los ejercicios 2007 y 2008.

Esta situación ha sido ya solventada, si bien debería haber sido apreciada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración y por el INSS con mayor antelación, sobre todo debido a la elevada cifra de turistas procedentes del Reino Unido que recibe anualmente España ⁽³³⁾.

⁽³³⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social aporta copia de un escrito de fecha 13 de noviembre de 2006, en el que ya se ponía de manifiesto la necesidad de revisar el Acuerdo firmado entre el Reino Unido y España que, de acuerdo con lo estipulado en el propio Acuerdo, podría haber sido revisado desde el año 2002.

De acuerdo con los datos publicados por el INE, procedentes del Instituto de Estudios Turísticos, las cifras de turistas recibidos en España procedentes del Reino Unido durante el período comprendido entre los ejercicios 2006 y 2009 fueron las siguientes:

CUADRO N.º 7

Turistas recibidos por España procedentes del Reino Unido

PAÍS/EJERCICIO	2006	2007	2008	2009
REINO UNIDO	16.210.326	16.296.132	15.775.243	13.324.626

A mayor abundamiento, la facturación después del cambio de método, correspondiente al ejercicio 2009, a través del coste efectivo de las prestaciones, fue muy superior que el anterior, en aplicación de la cláusula «temporary visitors», a pesar de que en el ejercicio 2009 la cifra de turistas procedentes del Reino Unido fue la más baja del período analizado, por lo que, a pesar del considerable descenso de turistas del Reino Unido, el INSS facturó un importe mayor que el que hubiera correspondido con la citada cláusula «temporary visitors».

c) El número de formularios emitidos por vía telemática a los siete Estados señalados (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Luxemburgo, Reino Unido y Suiza), alcanzó un porcentaje del 65% en relación al número total de formularios E-125 emitidos en el ejercicio 2008 por gasto real y del 71% en relación al número total de los emitidos en el ejercicio 2009. Por tanto, actualmente el número de formularios que todavía se tramita en soporte papel, en términos porcentuales, se sitúa en torno al 30% de los emitidos, lo que supone un número aproximado de 80.000 formularios. Aunque la remisión de formularios en papel deberá estar resuelta por el INSS, ineludiblemente, con fecha 1 de mayo de 2012 (de acuerdo con el artículo 95 del Reglamento (CE) 987/2009, del 16 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo), debería adelantarse en la medida de lo posible la automatización en el envío de estos formularios, de forma que disminuyan los tiempos de gestión y los riesgos inherentes a su manipulación.

1.3.1.D) Gestión de las facturas rechazadas por los estados miembros.

Los formularios de liquidación remitidos por España a los Estados miembros son revisados por las instituciones competentes de cada país, es decir, aquellas que inicialmente emitieron los formularios de derecho en virtud de los cuales sus asegurados fueron atendidos en un centro, servicio o establecimiento sanitario de la red pública española.

Como resultado de dicha revisión los formularios pueden ser aceptados o rechazados por los Estados miembros. Los Reglamentos comunitarios no regulan los posibles motivos de rechazo, por lo que cada Estado aplica su propio criterio. Los formularios de liquidación rechazados son devueltos en soporte papel al INSS por el organismo de enlace del Estado competente, acompañados de un escrito en el que se detallan las causas de los rechazos.

A su vez, el INSS, a través del Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones, deriva los formularios rechazados a las distintas Direcciones Provinciales del INSS, que son las instituciones competentes para resolver las incidencias planteadas por sí misma o mediante la solicitud de la documentación precisa al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma que haya facturado el gasto o al INGESA.

Una vez resueltas todas las incidencias por todas las Direcciones Provinciales, el organismo de enlace español contesta al país correspondiente si acepta las facturas rechazadas y, por tanto, no las cobra, o bien subsana las deficiencias y vuelve a proponer su pago al Estado miembro.

En relación con el procedimiento de gestión de los rechazos, cabe destacar las siguientes deficiencias:

1.º La gestión de los rechazos con los Estados miembros se produce siempre en soporte papel, es decir, los organismos de enlace de los países deudores de España remiten los formularios rechazados siempre en papel, y así los devuelve el INSS, inclusive con los países con los que existe intercambio telemático de formularios de liquidación E-125, por lo que España, que es un país eminentemente receptor de turismo y, por tanto, es uno de los países que más formularios emite y recibe rechazados, debe potenciar que los rechazos se remitan en soporte informático para facilitar su gestión.

2.º La aplicación informática ASIA no permite efectuar un seguimiento individualizado de los formularios de liquidación E-125 una vez que han sido emitidos. Es decir, no es posible conocer a través de dicha aplicación si los formularios enviados son aceptados o rechazados

posteriormente por los Estados competentes. Asimismo, tampoco queda constancia de los formularios que son anulados por haber sido aceptados los rechazos por las Direcciones Provinciales del INSS, lo que supone una deficiencia en la gestión de estos rechazos que debe subsanar el INSS, con objeto de tener un adecuado control de la facturación emitida.

Con el fin de conocer la gestión de los rechazos de los formularios de liquidación E-125 que llevan a cabo tanto el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones como las Direcciones Provinciales del INSS, el Tribunal de Cuentas solicitó una muestra de facturas emitidas por gasto real correspondientes al segundo semestre de 2008, liquidado por el INSS en enero de 2009, con el detalle que se señala a continuación:

CUADRO N.º 8

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Muestra de facturas emitidas correspondientes al segundo semestre de 2008

Países	N.º Formularios	% Form./Total form.	Importe	% Imp./Imp. Total
ALEMANIA	24.896	21,8	7.379.749,94	26,2
FRANCIA	32.093	28,1	6.492.713,95	23
IRLANDA	2.609	2,3	793.781,93	2,8
PAÍSES BAJOS	2.890	2,5	946.858,10	3,4
SUIZA	2.682	2,3	835.748,95	3
TOTAL MUESTRA	65.170	57	16.448.852,87	58,3
TOTAL 2.º SEMESTRE 2008	114.352	100	28.214.342,90	100

Como se puede observar, la muestra seleccionada, perteneciente sólo a cinco Estados miembros, representó el 57% de los formularios de liquidación E-125 emitidos por el INSS y el 58,3% del importe total de dichos formularios correspondientes al segundo semestre del ejercicio 2008, muestra suficientemente representativa como para extrapolar las conclusiones que se señalan a continuación al conjunto de la facturación emitida por España.

5. Este Tribunal de Cuentas ha verificado las diferencias considerables de tiempo transcurrido, con carácter general, desde el envío de los formularios por el INSS hasta la recepción de los rechazos por el propio INSS ya que, al no existir ninguna norma comunitaria que regule un tiempo máximo para efectuar rechazos y resolver incidencias, cada Estado miembro tiene establecido su propio procedimiento. En concreto, a fecha 25 de junio de 2010, los rechazos recibidos eran los siguientes:

CUADRO N.º 9

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Escritos de cargo emitidos por España y escritos de rechazo recibidos de otros países de la muestra. Segundo semestre de 2008

Países	Fecha de escrito de org. Enlace español (A)	Intervalo de fechas desde primer a último escrito (B)	Diferencia en días desde fecha escrito org. Enlace español (A)-(B)
ALEMANIA	30/01/2009	07/04/2009 – 03/05/2010	67–458
FRANCIA	30/01/2009	15/02/2010	381
IRLANDA	05/02/2009	N/C RESPUESTA	–
PAÍSES BAJOS	09/02/2009	29/09/2009 – 27/01/2010	232–352
SUIZA	30/01/2009	20/03/2009 – 25/09/2009	49–238

Como se puede observar, a la fecha de realización de las pruebas de fiscalización, es decir, transcurrido más de un año y cuatro meses desde la fecha del escrito del INSS, Irlanda todavía no había formulado ninguna respuesta de conformidad o rechazo con la facturación emitida por el INSS.

Por su parte, mientras que Alemania había remitido puntualmente al INSS un escrito mensual desde abril de 2009 a mayo de 2010 (en total, catorce), Francia remitió un solo escrito en febrero de 2010. Países Bajos y Suiza remitieron diversos escritos (seis y diecinueve, respectivamente) pero sin periodicidad establecida. En el caso de Suiza, cada escrito correspondía, en todo caso, a un solo formulario rechazado.

Estos plazos son excesivos, si bien el retraso sólo es imputable a los Estados miembros deudores. Por ello, el INSS debe adoptar las medidas oportunas en el seno de la CACSSS para la definición de un plazo de contestación determinado, y no excesivo, debido al carácter eminentemente acreedor que tiene España.

6. El porcentaje de formularios de la muestra que fueron rechazados se sitúa en el 1,4% del número total de los formularios emitidos, cuyo importe representaba el 2% del importe del total de formularios emitidos, con este desglose:

CUADRO N.º 10

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

**Número e importe de formularios E-125 emitidos y rechazados de la muestra.
Segundo semestre de 2008**

Países	N.º de formularios			Importe de formularios		
	Emitidos (A)	Rechazados (B)	% (B)/(A)	Emitidos (A)	Rechazados (B)	% (B)/(A)
ALEMANIA	24.896	678	2,7	7.379.749,94	278.532,29	3,8
FRANCIA	32.093	216	0,7	6.492.713,95	49.243,70	0,8
IRLANDA	2.609	0	0,0	793.781,93	0	0,0
PAÍSES BAJOS	2.890	30	1,0	946.858,10	8.596,10	0,9
SUIZA	2.682	19	0,7	835.748,95	13.642,31	1,6
TOTAL MUESTRA	65.170	943	1,4	16.448.852,87	350.014,40	2,0

De los datos anteriores, sobresale ampliamente Alemania, con un porcentaje de formularios rechazados del 2,7% del total de 24.896 que conformaban el cargo, porcentaje que se elevaba al 3,8% considerando el importe de dichos formularios. En todo caso, debe indicarse que el porcentaje de formularios rechazados y su importe son similares a los rechazos realizados por el INSS en relación a las liquidaciones recibidas de otros países, si bien tal y cómo está organizada la gestión de la facturación, la carga de trabajo es desproporcionada, como se señala más adelante.

7. A la dilación en el tiempo de envío de los rechazos por parte de los Estados competentes, se une el retraso con el que el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS remite en soporte papel, a su vez, a las distintas Direcciones Provinciales los formularios cuyas incidencias deben resolver. El citado Servicio de Gestión debe identificar la Dirección Provincial del INSS correspondiente, a lo que se debe añadir el hecho de que cada país remite sus escritos en su respectivo idioma, por lo que en ocasiones es necesario solicitar servicios de traducción externos o del propio INSS.

El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que este procedimiento no está informatizado. En total, los escritos recibidos de los organismos de enlace de la muestra seleccionada dieron lugar a la confección de un total de 273 escritos repartidos entre las Direcciones Provinciales del INSS. El Tribunal ha calculado, para cada uno de los cargos

emitidos (con excepción de Irlanda), el tiempo transcurrido desde la fecha de los distintos escritos de rechazo hasta la fecha en que el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS remitió los diferentes escritos con los formularios rechazados a las Direcciones Provinciales competentes para resolver las incidencias. Los resultados obtenidos, para cada cargo emitido, estimados en días transcurridos, son los siguientes:

CUADRO N.º 11

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Tiempo de envío a las Direcciones Provinciales del INSS de formularios de liquidación E-125 rechazados correspondientes a la muestra

Países	N.º de formularios rechazados	Tiempo desde fecha escrito de rechazo a fecha escrito de remisión a DD.PP. del INSS (en días)		
		Máximo	Mínimo	Promedio
ALEMANIA	678	288	60	171
FRANCIA	216	17	15	16
PAÍSES BAJOS	30	34	10	21
SUIZA	19	50	15	35

Cabe destacar las diferencias considerables advertidas en los tiempos de gestión en relación con los diferentes países de la muestra seleccionada, no siempre relacionadas con el volumen de formularios rechazados, puesto que:

– Aunque el promedio de tiempo obtenido en relación con Suiza y Países Bajos no parece muy elevado (de 35 y 21 días, respectivamente), sí lo es si se tiene en cuenta que, en el caso de Suiza, cada escrito de rechazo comprendía sólo un formulario y, en el caso de Países Bajos, como máximo cuatro. Además, como prueba de este retraso injustificado, el Tribunal ha comprobado que se recibieron escritos de reiteración procedentes del organismo de enlace de Países Bajos en los que se demandaba la resolución de las incidencias planteadas en sus escritos anteriores.

– Los rechazos remitidos por Alemania presentan mayor demora, que por término medio fue de 171 días. Si bien es el país de la muestra con más formularios rechazados, y el que supone más volumen de gestión, al recibirse un escrito mensual del organismo alemán, los resultados obtenidos constatan una excesiva demora en su gestión y posterior remisión de los escritos a las Direcciones Provinciales competentes para resolver las incidencias. Solo en relación con la gestión que se efectúa de los rechazos recibidos de Alemania, se ha advertido que los formularios a que se refería cada escrito se clasificaban por tipo de incidencia, y que se enviaron a su vez a cada Dirección Provincial. La remisión de un único escrito por cada Dirección Provincial, comprensivo de todas las incidencias, agilizaría el procedimiento de gestión de los rechazos formulados por Alemania.

Por tanto, este Tribunal de Cuentas considera excesivo, con carácter general, el tiempo que transcurrió desde que se recibieron los escritos de rechazo de los organismos de enlace hasta que se reenviaron los correspondientes escritos a las Direcciones Provinciales del INSS competentes para resolver las incidencias, lo que llegó a provocar incluso por parte del organismo de enlace de Países Bajos la remisión de escritos de reiteración.

8. El Tribunal no ha encontrado desviaciones significativas entre los formularios rechazados y los emitidos por Direcciones Provinciales del INSS, siendo así que las provincias que más facturaron por gasto real en el segundo semestre de 2008 (en buena lógica, las que reciben habitualmente un mayor número de turistas), fueron objeto de mayor número de rechazos.

A la fecha de realización de las pruebas de fiscalización por el Tribunal de Cuentas, los resultados de la tramitación de los rechazos por Direcciones Provinciales del INSS en relación con la muestra seleccionada eran los siguientes:

CUADRO N.º 12

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Estado de tramitación de formularios E-125 rechazados de la muestra por Direcciones Provinciales

DD.PP. del INSS	Formularios rechazados por organismos de enlace					
	Total		Pendientes		% Pendientes / total	
	N.º	Importe	N.º	Importe	% N.º	% Importe
PALMA DE MALLORCA	207	73.850,30	143	38.130,78	69,1	51,6
BARCELONA	112	24.801,50	49	12.892,26	43,8	52,0
MÁLAGA	86	27.030,96	83	26.866,80	96,5	99,4
MURCIA	74	24.366,20	18	4.382,39	24,3	18,0
STA. CRUZ TENERIFE	72	11.657,07	55	9.777,41	76,4	83,9
LAS PALMAS	69	38.085,30	22	1.668,75	31,9	4,4
GIRONA	65	8.061,84	60	7.762,84	92,3	96,3
CANTABRIA	42	2.517,12	17	951,42	40,5	37,8
TARRAGONA	40	8.975,89	19	7.749,65	47,5	86,3
ALICANTE	38	37.545,35	34	37.204,03	89,5	99,1
RESTO DE DD.PP.	138	93.122,87	87	63.709,13	63,0	68,4
TOTAL DD.PP.	943	350.014,40	587	211.095,46	62,2	60,3

Como se puede observar, de entre las diez Direcciones Provinciales del INSS que más formularios tenían pendientes de resolver destacaron ampliamente Málaga, Girona y Alicante. Llama la atención los porcentajes tan dispares de incidencias pendientes de tratar que presentan las Direcciones Provinciales del INSS en Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas (76,4% y 31,9%, respectivamente), pertenecientes a la misma Comunidad Autónoma, a pesar de que sólo existía entre ellas una diferencia de carga de trabajo de tres formularios.

9. El Tribunal de Cuentas ha clasificado los formularios rechazados en la muestra de remesas seleccionada en función de la incidencia planteada por el organismo del enlace correspondiente, obteniéndose los siguientes resultados:

CUADRO N.º 13

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Formularios E-125 rechazados de la muestra clasificados por motivo de rechazo

Motivo del rechazo	Formularios rechazados por organismos de enlace			
	N.º	Importe	% N.º/total	% Importe/total
1. SOLICITUD FORM. DCHO. (Institución incorrecta, etc.)	442	83.316,13	46,9	23,8
2. SOLIC. FORM. DCHO. NO FIGURA COMO AFILIADO	313	77.947,83	33,2	22,3
3. FACTURA DUPLICADA/DOBLE FACTURACIÓN	73	53.513,48	7,7	15,3
4. PAGO DE CUOTA GLOBAL SIMULTÁNEA A PRESTACIÓN	71	40.705,28	7,5	11,6

Motivo del rechazo	Formularios rechazados por organismos de enlace			
	N.º	Importe	% N.º/total	% Importe/total
5. ASISTENCIA SANITARIA POR ESPAÑA (Trabajador, beneficiario, pensionista, etc.).	18	15.571,76	1,9	4,4
6. FALLECIMIENTO ANTERIOR A FECHA PRESTACIÓN	9	11.443,6	1,1	3,3
7. TRATAMIENTO SIMULTÁNEO EN OTRO PAÍS	7	32.731,04	0,7	9,4
8. COSTE ELEVADO DE LA PRESTACIÓN	6	19.670,36	0,6	5,6
9. DECLARACIÓN EN CONTRA DEL INTERESADO	2	15.008,99	0,2	4,3
10. DUDA SOBRE LA PROCEDENCIA DEL CARGO	2	105,93	0,2	0,0
TOTAL	943	350.014,40	100	100

Con los datos anteriores, se puede concluir que sólo el 16% de las incidencias planteadas en relación con los formularios E-125 emitidos por España (la cuarta y la quinta fila del cuadro anterior) podrían ser solucionadas por las Direcciones Provinciales del INSS, sin necesidad de solicitar documentación al Servicio de Salud correspondiente.

Por otra parte, en el 80% de las incidencias planteadas se reclamaba expresamente el formulario de derecho en virtud del cual los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas habían prestado la asistencia sanitaria, bien por no ser competente la institución que figuraba en el formulario de liquidación, o bien por no figurar el interesado como afiliado a cargo del Estado receptor del formulario de liquidación.

A la fecha de realización de las pruebas de fiscalización, sólo se había resuelto el 38% de las incidencias planteadas (en total, 356 incidencias), con estos resultados:

- En el 65% de los rechazos resueltos (231 formularios), se pudo constatar que los cargos rechazados por los distintos organismos de enlace habían sido emitidos por el INSS correctamente, lo que supuso un retraso en el proceso de facturación y cobro de las remesas.

- Respecto de los rechazos aceptados por las Direcciones Provinciales, destacan los elevados porcentajes de aceptación alcanzados en el caso de reclamación por pago de cuota global simultáneo a la prestación de asistencia sanitaria. El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que la facturación simultánea por gasto real y por cuota global se produce, con carácter general, por el retraso con el que se llevan a cabo los trámites cuando los afiliados a cargo de otro Estado miembro trasladan su residencia a España o por la reticencia de algunos interesados en presentar el formulario de residencia en la Dirección Provincial del INSS correspondiente para su inscripción.

Por su parte, la existencia del derecho a recibir la asistencia sanitaria a cargo de España debería ser detectada, en el caso de los titulares del derecho (trabajadores, pensionistas, etc.), por los Servicios de facturación de los hospitales, antes de emitir la factura correspondiente, mediante la oportuna consulta en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA), cuestión sobre la que se incide en el apartado 7 de este Informe. (Como se ha indicado previamente, la falta de informatización del documento P-1 de beneficiarios, impide para este colectivo realizar dicha consulta de forma automatizada, por lo que se insiste desde este Tribunal de Cuentas en la necesidad de que dicho documento sea informatizado por el INSS).

- En relación con la solicitud de la copia del formulario de derecho por no ser competente la institución señalada en el formulario de liquidación o por no constar como afiliados a cargo de los distintos Estados miembros los interesados, incidencias que en conjunto presentaron 755 formularios y que en todo caso debían resolver los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas correspondientes, el Tribunal de Cuentas ha podido constatar que el INSS debió aceptar el rechazo, por parte de los organismos de enlace extranjeros, del 36% de los formularios de liquidación resueltos a la fecha de la realización de las pruebas de fiscalización que presentaban estas incidencias, debido a la falta de localización del oportuno formulario de derecho por parte de los Servicios de

Salud competentes, lo que pone de manifiesto la posible existencia de deficiencias en la gestión de la facturación por parte de los Servicios de Salud.

Asimismo, seis de los rechazos planteados por duplicidad debieron aceptarse por no encontrarse el formulario de derecho, situación que demuestra una falta de rigor en la gestión. Por tanto, el INSS debe establecer mecanismos de coordinación con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para que no se produzcan estas deficiencias,

– A mayor abundamiento, el análisis de estos 47 formularios de liquidación aceptados, por importe de 6.152,93 euros, ha permitido conocer el siguiente detalle sobre los Servicios de Salud que no pudieron aportar la documentación requerida:

CUADRO N.º 14

ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

Formularios E-125 anulados por pérdida de los formularios de derecho por Servicios de Salud

Servicio de Salud	Rechazos de liquidación aceptados por falta de formulario de derecho			
	N.º	Importe	% N.º/N.º Total	% Importe/Importe Total
SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD	22	2.844,48	46,8	46,2
SERVICIO DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS	18	1.033,35	38,3	16,8
SERVICIO MURCIANO DE SALUD	6	2.195,7	12,8	35,7
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	1	79,4	2,1	1,3
TOTAL	47	6.152,93	100	100

Como se desprende del cuadro anterior, destacan ampliamente el Servicio Catalán de la Salud y el Servicio de Salud de las Illes Balears como los Servicios de Salud que más formularios extraviaron, el 46,8% y del 38,3% del total.

A juicio del Tribunal de Cuentas, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deberían ser más eficaces en el archivo y custodia de los formularios de derecho que justifican la facturación de las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la emisión de formularios de liquidación E-125, de forma que se evite la existencia de formularios de liquidación que debieran ser anulados por no poder localizarse los formularios de derecho requeridos por los organismos de enlace de los Estados miembros.

10. A la fecha de realización de las pruebas de fiscalización, el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS sólo había respondido el 5% de los escritos de incidencias recibidos de organismos de enlace extranjeros de la muestra (en la práctica, el 5% correspondió a la respuesta de 15 escritos recibidos de Suiza). El tiempo medio de respuesta del INSS al organismo de enlace suizo, calculado para el conjunto de escritos, fue de 181 días. En total, desde la fecha de remisión del cargo inicial por el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS hasta las fechas de los escritos de resolución de incidencias, había transcurrido un tiempo medio de once meses, por lo que el INSS debe agilizar los procedimientos de resolución de incidencias.

En relación con el procedimiento de gestión de los rechazos de los formularios de liquidación por gasto real, en las visitas de fiscalización efectuadas a las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Las Palmas y Valencia, se ha podido comprobar que no existía ningún procedimiento establecido con los distintos Servicios de Salud que regulara la gestión de los rechazos.

Ante la ausencia de un procedimiento aprobado, la Dirección Provincial del INSS en Málaga no había resuelto ninguna de las incidencias presentadas por los organismos de enlace extranjeros, desde noviembre de 2004, fecha de inicio de la facturación a través

de FISS-WEB en la Comunidad Autónoma de Andalucía, hasta principios del ejercicio 2009, con el consiguiente perjuicio económico para España.

La Delegación Provincial en Málaga de la Consejería de Salud, mediante escrito de 12 de marzo de 2009, dirigido al Director Provincial del INSS en Málaga, señalaba que desde dicha fecha «algunas de las facturas rechazadas por la institución competente del país de origen de la persona atendida, al presentar alguna incidencia, no han sido corregidas al desconocer los centros asistenciales esta circunstancia» y, «atendiendo a la petición efectuada desde la Subdirección General de Gestión de Prestaciones del INSS» designaba una persona como interlocutora para la recepción de los formularios rechazados.

En los trabajos de fiscalización efectuados por el Tribunal en la sede de la Dirección Provincial del INSS en Málaga, se pudo comprobar que el último envío de formularios rechazados realizados desde la Dirección Provincial del INSS en Málaga al Servicio Andaluz de Salud se había producido con fecha 31 de enero de 2011. En concreto, se trataba de 71 formularios, correspondientes al segundo semestre de 2006, por importe de 77.236,420 euros, que habían sido recibidos en la citada Dirección Provincial con fecha 20 de noviembre de 2008, es decir, con más de dos años de antelación sobre la fecha de remisión al Servicio Andaluz de Salud, retraso imputable a la Dirección Provincial del INSS en Málaga.

A mayor abundamiento, en la visita de fiscalización efectuada al Hospital Costa del Sol de Málaga, se pudo comprobar que los formularios rechazados del segundo semestre de 2006, correspondientes a dicho hospital, habían sido remitidos por el Servicio Andaluz de Salud con fecha 4 de febrero de 2011. Este Tribunal considera, por tanto, que los formularios rechazados y recibidos en el Servicio Andaluz de Salud no llegaron a enviarse a su vez, a los distintos centros asistenciales para su resolución, con el consiguiente perjuicio económico para la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Por último, este Tribunal de Cuentas desconoce si esta circunstancia se repitió en el resto de Direcciones Provinciales del INSS en la Comunidad Autónoma de Andalucía por lo que desde este Tribunal se insta al INSS a que investigue y, en su caso, realice las actuaciones que resulten necesarias para solventar, en su caso, las posibles deficiencias detectadas en relación con la facturación (conviene recordar que no existe un periodo de prescripción de estas facturas rechazadas).

1.3.1.E) Análisis de la facturación emitida por gasto real.

En el siguiente cuadro se muestran los datos de la facturación emitida por España por gasto real en el ejercicio 2009 mediante el detalle del número e importe de los formularios de liquidación E-125 (correspondiente al gasto real) emitidos en el segundo semestre del ejercicio 2008 y al primer semestre del ejercicio 2009, desglosados por Estados en los que resultan aplicables los Reglamentos comunitarios. Asimismo, se ofrece la comparación de los datos anteriores, obtenidos del Informe estadístico del INSS, con los datos obtenidos de las bases de datos del aplicativo ASIA facilitadas al equipo de fiscalización del Tribunal de Cuentas relativos a dicho ejercicio. Los resultados, ordenados de mayor a menor importe total de formularios E-125 (ES) emitidos, son los siguientes:

CUADRO N.º 15

ESPAÑA ACREEDORA POR GASTO REAL

Informe estadístico del INSS y bases de datos de ASIA. Ejercicio 2009

Países	Informe estadístico del INSS 2009				Bases de datos ASIA 2009		Diferencia	
	N.º de form.	%	Importe	%	N.º de form.	Importe	N.º de form.	Importe
REINO UNIDO	74.525	25,49	34.860.611,22	38,89	58.008	23.423.267,22	16.517	11.437.344,00

Países	Informe estadístico del INSS 2009				Bases de datos ASIA 2009		Diferencia	
	N.º de form.	%	Importe	%	N.º de form.	Importe	N.º de form.	Importe
ALEMANIA	49.026	16,77	15.495.977,78	17,29	49.022	15.495.687,14	4	290,64
FRANCIA	56.545	19,34	12.044.112,15	13,44	56.540	12.038.645,49	5	5.466,66
ITALIA	30.908	10,57	5.666.771,39	6,32	30.908	5.666.771,39	-	-
PORTUGAL	14.150	4,84	4.688.443,53	5,23	14.150	4.688.443,53	-	-
BÉLGICA	25.176	8,61	3.949.543,89	4,41	25.174	3.947.431,32	2	2.112,57
PAÍSES BAJOS	5.101	1,74	1.767.404,35	1,97	5.101	1.767.404,35	-	-
SUECIA	6.289	2,15	1.710.461,72	1,91	6.289	1.710.461,72	-	-
NORUEGA	3.947	1,35	1.585.519,08	1,77	3.947	1.585.519,08	-	-
IRLANDA	4.961	1,70	1.419.272,56	1,58	4.961	1.419.272,56	-	-
SUIZA	4.541	1,55	1.375.343,31	1,53	4.541	1.375.343,31	-	-
RUMANÍA	1.402	0,48	922.441,28	1,03	1.402	922.441,28	-	-
FINLANDIA	3.533	1,21	839.415,82	0,94	3.533	839.415,82	-	-
AUSTRIA	2.518	0,86	724.393,94	0,81	2.518	724.393,94	-	-
POLONIA	2.158	0,74	543.799,86	0,61	2.158	543.799,86	-	-
BULGARIA	1.207	0,41	439.129,90	0,49	1.207	439.129,90	-	-
DINAMARCA	1.421	0,49	411.303,06	0,46	1.421	411.303,06	-	-
REPÚBLICA CHECA	940	0,32	245.565,74	0,27	940	245.565,74	-	-
GRECIA	757	0,26	188.395,55	0,21	751	182.554,21	6	5.841,34
ISLANDIA	524	0,18	169.588,05	0,19	524	169.588,05	-	-
ESLOVAQUIA	531	0,18	152.295,31	0,17	531	152.295,31	-	-
LUXEMBURGO	861	0,29	146.305,68	0,16	861	146.305,68	-	-
HUNGRÍA	521	0,18	87.559,23	0,10	521	87.559,23	-	-
LITUANIA	284	0,10	63.473,04	0,07	284	63.473,04	-	-
LETONIA	68	0,02	46.038,94	0,05	68	46.038,94	-	-
ESLOVENIA	240	0,08	37.650,42	0,04	240	37.650,42	-	-
ESTONIA	152	0,05	34.696,36	0,04	152	34.696,36	-	-
MALTA	40	0,01	9.479,49	0,01	40	9.479,49	-	-
LIECHTENSTEIN	55	0,02	7.676,93	0,01	55	7.676,93	-	-
CHIPRE	38	0,01	3.155,69	-	38	3.155,69	-	-
TOTAL EEE Y SUIZA	292.419	100	89.635.825,27	100	275.885	78.184.770,06	16.534	11.451.055,21

Como se puede observar, sólo el importe de los formularios E-125 (ES) emitidos por la asistencia servida a asegurados a cargo del Reino Unido, Alemania y Francia representó el 69,6% del importe total facturado por España por gasto real en el ejercicio 2009 y el 61,6% del número total de formularios emitidos. Destaca también, aunque en menor medida, el importe alcanzado por los formularios de liquidación expedidos a Italia, Portugal y Bélgica, el 16% de la facturación total del mismo ejercicio y el 24% del número total de formularios.

Las diferencias observadas entre las cifras procedentes del Informe estadístico del INSS del ejercicio 2009 y las obtenidas de las bases de datos del aplicativo ASIA, en total 16.534 formularios, por importe de 11.451.055,21 de euros, se debieron fundamentalmente a que las facturas emitidas al Reino Unido, correspondientes al segundo semestre de 2008, en virtud de la aplicación de la cláusula «temporary visitors» a la que se ha aludido anteriormente, no fueron emitidas a través de ASIA, al tratarse de una estimación. Las diferencias restantes se debieron, fundamentalmente, a facturas a empresas colaboradoras y devoluciones de gastos de asistencia sanitaria que no se recogían en la base de datos ASIA, por lo que el INSS carecía de control adecuado sobre estos formularios.

Asimismo, también existió una diferencia de seis formularios que tuvieron como destinatario al Ministerio de Defensa Nacional y al Ministerio de Salud y Prevención de Grecia. Estos formularios fueron emitidos en soporte papel y no fueron grabados en la aplicación ASIA, a pesar de que se emitieron sendos cargos a favor de dichos organismos de enlace griegos en el mismo semestre de liquidación (segundo semestre de 2008) a través dicho aplicativo.

Por tanto, la información estadística emitida por el INSS y las bases de datos de ASIA presentan diferencias mínimas. No obstante, todos los formularios de liquidación deberían grabarse y emitirse a través de ASIA, por la falta de control que supone la emisión de formularios de forma manual.

A continuación se muestra un análisis comparativo efectuado por el Tribunal de Cuentas entre los turistas recibidos por España y la facturación emitida por el INSS, y se detallan los resultados obtenidos a través de dicho análisis.

I. Facturación emitida por España en relación con las cifras de turistas recibidos.

El Tribunal de Cuentas ha efectuado un análisis comparativo del importe facturado por España por gasto real con las cifras de turistas internacionales recibidos por España procedentes de determinados Estados de la Unión Europea, sobre la base de la proporcionalidad que debiera existir entre ambas magnitudes.

A dicho fin, es necesario tener primeramente en consideración la definición de «turista» empleada por la Organización Mundial del Turismo (OMT), que entiende como tal a «toda persona que viaja a un país distinto de aquel en el que tiene su residencia habitual, por un período no superior a 12 meses, donde la finalidad principal del viaje no es el ejercicio de una actividad remunerada en el país visitado, y que permanece al menos una noche en alojamientos colectivos o privados del país visitado».

De acuerdo con los datos publicados por dicha OMT, los diez países que recibieron un mayor número de turistas internacionales en el período 2006 a 2008 fueron los siguientes:

CUADRO N.º 16

Países con mayor número de turistas internacionales en el período 2006-2008

País	Llegadas de turistas internacionales en 2008 (millones)	Llegadas de turistas internacionales en 2007 (millones)	Llegadas de turistas internacionales en 2006 (millones)
FRANCIA	79,3	81,9	79,1
ESTADOS UNIDOS	58,0	56,0	51,1
ESPAÑA	57,2	58,7	58,5
CHINA	53,0	54,7	49,6
ITALIA	42,7	43,7	41,1
REINO UNIDO	30,2	30,2	30,7
UCRANIA	25,4	23,1	18,9
TURQUÍA	25,0	22,2	18,9
ALEMANIA	24,9	24,4	23,6
MÉXICO	22,6	21,4	21,4
TOTAL	418,3	416,3	392,9

En el período 2006 a 2007, con cifras que superaron los 58,5 millones, España fue el segundo país del mundo con mayor número de turistas internacionales recibidos, por detrás de Francia. En el ejercicio 2008 la cifra de turistas recibidos por España disminuyó en más de un millón, perdiendo la segunda posición a favor de Estados Unidos.

España, por tanto, debido al número de turistas que recibe cada año, se configura como un Estado eminentemente acreedor. Así, de acuerdo con las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), procedentes del Instituto de Estudios Turísticos, el número total de turistas internacionales recibidos por España en el ejercicio 2008 alcanzó la cifra de 57.192.012, de los cuales el 92,7% (53.003.116) procedía de países europeos y el 7,3% restante (4.188.898) de países del resto del mundo.

El detalle por países de la información anterior publicada por el INE sólo estaba disponible para 16 Estados miembros, entre ellos, los de mayor afluencia turística, si bien a los efectos del análisis efectuado por el Tribunal de Cuentas se considera dicha muestra suficientemente significativa para poder extrapolar conclusiones a la totalidad de países de la Unión Europea, al representar la cifra total de turistas de dichos países recibidos por España (50.983.586) un porcentaje del 89,1% en relación con el número total de turistas internacionales recibidos por España en el ejercicio 2008 y del 96,2% en relación con el número total de turistas procedentes del resto de Europa, área que se ajusta en mayor medida al ámbito de esta fiscalización. En resumen, los datos extraídos son los siguientes:

CUADRO N.º 17

Turistas recibidos por España según país de residencia. año 2008

País de procedencia	N.º de turistas recibidos por España	% Total turistas recibidos
REINO UNIDO	15.775.243	27,58
ALEMANIA	10.062.629	17,59
FRANCIA	8.149.265	14,25
ITALIA	3.354.251	5,86
PAÍSES BAJOS	2.479.928	4,34
PORTUGAL	2.224.304	3,89
IRLANDA	1.658.899	2,90
BÉLGICA	1.636.636	2,86
SUIZA	1.286.725	2,25
SUECIA	1.175.260	2,05
DINAMARCA	956.546	1,67
NORUEGA	952.720	1,67
AUSTRIA	546.060	0,95
FINLANDIA	509.103	0,89
LUXEMBURGO	133.264	0,23
GRECIA	82.753	0,14
Resto de Europa	2.019.530	3,53
Resto del Mundo	4.188.896	7,32
TOTAL	57.192.012	100

Como puede comprobarse, prácticamente el 60% del total de los turistas recibidos por España en 2008 procedían sólo de tres países: Reino Unido (27,6%), Alemania (17,6%) y Francia (14,3%).

Tomando como base las cifras anteriores, en el cuadro que figura a continuación se exponen los resultados del análisis comparativo del número de turistas internacionales que llegaron a España en 2008 procedentes de los 16 países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios de los que existen datos, con el número e importe de los formularios E-125 (ES) emitidos por España por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a cargo de dichos Estados miembros, en el ejercicio de facturación 2009,

exclusivamente, en virtud de formularios de estancia temporal por motivos distintos a los médicos, esto es, por la utilización de TSE y CPS⁽³⁴⁾.

⁽³⁴⁾ Asimismo, se han incluido también los formularios de liquidación emitidos en virtud de antiguos formularios de derecho E-111, que residualmente seguían en circulación a pesar de haber sido sustituidos por la TSE.

A mayor abundamiento, el número e importe de estos formularios E-125 (ES) emitidos por España por la asistencia prestada a los asegurados a cargo de los 16 países que siguen, obtenidos de las bases de datos de ASIA, representaron porcentajes del 97,2% y del 96,9%, respectivamente, sobre el número (289.053) e importe total (86.957.173,30 euros) de los formularios de liquidación emitidos por la sola utilización de dichos formularios de derecho (TSE y CPS) en el ejercicio 2009, por lo que la muestra de países analizada se considera suficientemente representativa por este Tribunal.

Los resultados obtenidos, ordenados por mayor número de turistas recibidos, son los siguientes:

CUADRO N.º 18

Formularios emitidos e importes facturados por España en el ejercicio 2009 por cada 10.000 turistas recibidos en 2008

País de procedencia	N.º de turistas recibidos por España (A)	N.º form. emitidos (B)	Importe formularios emitidos (C) (*)	Formularios emitidos por cada 10.000 turistas recibidos por España (B)/(A)*10.000	Importe facturado por España por cada 10.000 turistas (C)/(A)*10.000
REINO UNIDO	15.775.243	72.838 (*)	32.803.891,68 (*)	46,2	20.794,54
ALEMANIA	10.062.629	48.648	15.391.635,45	48,3	15.295,84
FRANCIA	8.149.265	56.201	11.887.670,04	69,0	14.587,41
ITALIA	3.354.251	30.862	5.634.234,55	92,0	16.797,30
PAÍSES BAJOS	2.479.928	5.047	1.751.358,81	20,4	7.062,14
PORTUGAL	2.224.304	13.499	4.495.190,57	60,7	20.209,43
IRLANDA	1.658.899	4.933	1.415.036,63	29,7	8.529,97
BÉLGICA	1.636.636	25.160	3.946.386,14	153,7	24.112,79
SUIZA	1.286.725	4.536	1.374.104,66	35,3	10.679,09
SUECIA	1.175.260	6.260	1.709.191,52	53,3	14.543,09
DINAMARCA	956.546	1.412	410.830,84	14,8	4.294,94
NORUEGA	952.720	3.918	1.566.633,42	41,1	16.443,80
AUSTRIA	546.060	2.517	724.311,29	46,1	13.264,32
FINLANDIA	509.103	3.532	839.378,82	69,4	16.487,41
LUXEMBURGO	133.264	829	143.231,02	62,2	10.747,92
GRECIA	82.753	751	182.554,21	90,8	22.060,13
TOTAL/MEDIA	50.983.586	280.943	84.275.639,65	55,1	16.529,96

(*) A los datos del Reino Unido obtenidos de ASIA se han sumado el número e importe de lo facturado en aplicación de la cláusula «temporary visitors», esto es, 16.517 formularios por importe de 11.437.344 euros, que no fueron materialmente expedidos, razón por la cual no figuraban en la aplicación ASIA.

Mediante el análisis de esta información se pretende poner de manifiesto el exceso o defecto de facturación por cada uno de los países, con el fin de detectar la posible existencia de personas aseguradas en el extranjero que habitualmente se desplazan a España con el fin de recibir asistencia sanitaria por los distintos Servicios de Salud. Del cuadro anterior se derivan las siguientes conclusiones:

– En primer lugar, se ha comprobado que por cada 10.000 turistas recibidos por España de los 16 países analizados, el INSS emitió un promedio de 55,1 formularios de liquidación derivados de las prestaciones de asistencia sanitaria servidas en los centros, servicios y establecimientos sanitarios pertenecientes a la red pública del Sistema Nacional de Salud a los asegurados a cargo de dichos países en estancia temporal en nuestro país por motivos distintos a los médicos. A su vez, el importe facturado por cada 10.000 turistas recibidos en nuestro país, calculado para el conjunto de los países estudiados, alcanzó la cifra de 16.529,96 euros.

– El mayor número e importe de formularios de liquidación E-125 emitidos por cada 10.000 habitantes correspondió a Bélgica, con cifras superiores en un 178,9% al número de formularios obtenido para el conjunto de países analizados y en un 45,9% en relación con el importe calculado para dichos países. El alcance de estas elevadas cifras, podría significar que existe un importante número de personas procedentes de Bélgica que permanecen «de facto» todo el año o una buena parte de él en España sin disponer de formulario de residencia habitual y que cada vez que precisan asistencia sanitaria en España, presentan una TSE emitida por la institución competente del lugar en que tienen fijada su residencia habitual en Bélgica.

A continuación, se ofrece una clasificación de los titulares que figuraban en los formularios de liquidación emitidos por el INSS al organismo de enlace belga, según el número de facturas emitidas a su nombre en el ejercicio de referencia:

CUADRO N.º 19

Importe facturado por España a Bélgica por cada turista que precisó asistencia sanitaria. Ejercicio 2009

N.º form.	N.º titulares	Importe total	Importe promedio/titular
1	6.931	1.558.475,80	224,86
2	1.788	601.097,82	336,18
3	881	310.052,88	351,93
4	537	238.812,44	444,72
5	344	307.947,63	895,20
6	249	175.509,12	704,86
7	154	119.218,87	774,15
8	118	101.595,79	860,98
9	77	68.248,04	886,34
10	59	47.567,00	806,22
11 a 15	123	218.195,04	1.773,94
16 a 20	42	50.310,89	1.197,88
21 a 30	29	117.491,39	4.051,43
31 a 79	8	31.863,43	3.982,93
TOTAL	11.340	3.946.386,14	348,01

Como se puede observar en relación con la facturación del ejercicio 2009, con carácter general, el importe promedio por titular se incrementó a medida que aumentaron las prestaciones sanitarias servidas a cada titular y, por ende, las facturas emitidas por dicha asistencia. En buena lógica, la asistencia médica necesaria que demandan los turistas que permanecen unos días en España y regresan a su país, se reduce, con carácter general, a uno o dos actos médicos. De hecho, las personas aseguradas a cargo de Bélgica por cuya asistencia sanitaria se emitieron sólo uno o dos formularios alcanzaron el 76,9% del total analizado (8.719 de 11.340). Sin embargo, el importe de los formularios emitidos por la asistencia prestada a dichos titulares representó un porcentaje menor, el 54,7% (2.159.573,62 euros).

Por otro lado, los datos anteriores confirman que otro 34,7% (1.368.951,77 euros) de la facturación expedida a Bélgica en 2009 correspondió a 2.419 titulares que habían sido atendidos entre tres y diez veces, el 21,3% del total analizado, y que el 10,6% restante (417.860,75 euros) se refería a un total de 202 titulares, el 1,8%, por cuya asistencia se emitieron entre 11 y 79 formularios.

Podría concluirse, por tanto, que aproximadamente el 45% de la facturación referente a Bélgica correspondiente al ejercicio 2009 se refería a personas que permanecieron varios meses e incluso un año entero de forma continuada en nuestro país, tiempo durante el cual demandaron asistencia sanitaria entre tres y 79 veces, según los casos. En este tramo estarían comprendidas, con carácter general, las personas, principalmente pensionistas, que permanecen largas temporadas en España sin residir legalmente en nuestro país.

A mayor abundamiento, el Tribunal de Cuentas ha constatado que, al menos, 4.746 de los 11.340 titulares analizados (el 41,9%) presentaron también facturas en el ejercicio 2008 y/o 2010, lo que no es sino una evidencia más de la existencia de turistas procedentes de Bélgica que prolongan su estancia en España por tiempo superior a un año.

Prueba de ello son, por ejemplo, las 216 facturas emitidas, por importe de 22.241,36 euros, en el periodo 2008-2010, por la asistencia prestada en la provincia de Málaga a un ciudadano asegurado en Bélgica en virtud de una TSE, o las 167 facturas, por importe de 12.409,38 euros, expedidas en el mismo periodo, por la asistencia prestada de forma continuada desde el primer trimestre de 2007 hasta marzo de 2010 en centros sanitarios de la provincia de Tarragona a otra persona asegurada en dicho país. Tanto la frecuencia como la secuencia de dichos actos médicos servidos constataban claramente que dichos asegurados residían permanentemente en España.

Esta utilización reiterada de la TSE de modo indebido por parte de sus titulares, incidencia advertida por el Tribunal de Cuentas en relación con asegurados procedentes de la mayoría de los Estados miembros, podría deberse al interés particular del beneficiario derivado de la pérdida de determinados derechos asociados a la residencia habitual en España que sufrirían en su país algunos pensionistas en caso de que reconocieran el traslado a España de su domicilio habitual (como el derecho a recibir asistencia sanitaria completa al volver temporalmente a su país, pérdida de determinados servicios sociales en su país de origen, etc.). La utilización indebida de la TSE les permite mantener los privilegios de su país sin renunciar a una asistencia sanitaria completa y gratuita en España.

Como se ha indicado anteriormente, los Reglamentos comunitarios, de forma imprecisa a juicio de este Tribunal, no establecen un límite temporal a partir del cual considerar que la estancia temporal en un país se convierte en residencia habitual (a diferencia, por ejemplo, del Convenio Bilateral existente con Andorra, que establece un tiempo de seis meses). Lo que sí rige entre los Estados miembros es el criterio unánime de que el uso de la TSE no puede extenderse de modo continuado por un tiempo superior al año, por su propia esencia de formulario de derecho de estancia temporal.

En consecuencia, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas no deberían admitir el uso continuado por un tiempo superior a un año de la TSE por parte de sus titulares, incidencia detectada por el Tribunal de Cuentas sobre la que se incide en el apartado 7 de este Informe.

– Respecto a los turistas procedentes del Reino Unido y de Alemania, destaca que el INSS emitiera un número de formularios por cada 10.000 turistas inferior al número promedio (46,2 y 48,3, respectivamente). En el caso de Reino Unido, este número tan bajo se debió en parte al sistema de facturación utilizado todavía en el segundo semestre de 2008 (aplicación de la cláusula «temporary visitors») que, como se ha indicado reiteradamente, supuso una pérdida importante de ingresos para nuestro país durante el tiempo en que estuvo en vigor.

En relación al importe facturado, Alemania se situó por debajo del importe promedio, con una cifra de 15.295,84 euros facturados por España por cada 10.000 turistas recibidos

de este país, mientras que Reino Unido, con un importe de 20.794,54 euros, se situó por encima de dicho importe. Ello podría deberse, en parte, a la diferencia en el volumen de cada tipo de prestación demandada por los asegurados de uno y otro país, ya que el Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que las prestaciones en especie de primera hospitalización y de otras prestaciones servidas a los turistas procedentes de Reino Unido, las de mayor cuantía con carácter general, representaron porcentajes del 61,2% y del 9,2% en relación con la facturación total, mientras que las servidas a los asegurados a cargo de Alemania supusieron porcentajes del 56,5% y del 5,1% del total, respectivamente.

– Por el contrario, el número de formularios emitidos por cada 10.000 turistas recibidos superó el promedio en el caso de Francia y Portugal, que presentaron cifras de 69 y 60,7 formularios, respectivamente. Llama la atención la disparidad existente en el promedio obtenido para Portugal en relación con el calculado para los Países Bajos, de 20,4 formularios por cada 10.000 turistas, a pesar de que el número de turistas recibidos por ambos países no difería ampliamente (2,5 millones procedentes de Países Bajos y 2,2 millones procedentes de Portugal).

A la vista de la desproporción existente entre los datos anteriores, podría deducirse que existe el riesgo de que España sirva prestaciones de asistencia sanitaria a personas aseguradas en países fronterizos que, aprovechándose de su proximidad, y por diversas razones, como la buena calidad del sistema sanitario español o la posibilidad de obtener las prestaciones de asistencia sanitaria de forma totalmente gratuita, bajo la apariencia de turistas, se desplacen a nuestro país con el fin de recibir asistencia médica, utilizando una TSE y no el formulario E-112 establecido al efecto para el que el titular, como ya se ha señalado, debe obtener la confirmación del Servicio de Salud correspondiente para recibir la asistencia sanitaria.

En el caso de Francia, el mayor porcentaje de formularios emitidos por la asistencia prestada en los centros sanitarios de su ámbito territorial, un 16,7% correspondiente a 9.381 formularios, lo presentó la provincia de Girona, por un importe de 803.055, 24 euros.

En relación con la facturación emitida en el ejercicio 2009 a Portugal en virtud de la utilización de TSE y demás formularios de derecho de estancia temporal asimilados (13.499 formularios por importe de 4.495.190,57 euros), el mayor volumen de facturación correspondió a las prestaciones de asistencia sanitaria servidas en la provincia de Badajoz a asegurados a cargo de dicho país que, con una cifra de 1.493 formularios por importe de 1.008.627,49 euros, concentró el 11,1% del total de los formularios expedidos y el 22,4% de su importe. La segunda provincia por volumen de facturación, el 8,6% (388.138,77 euros), fue Pontevedra.

El análisis de las bases de datos de E-125 emitidos por la asistencia sanitaria prestada en Badajoz ha permitido comprobar a este Tribunal de Cuentas que el 70,7% de dichos formularios, es decir, un total de 1.056 formularios por importe de 616.967,88 euros, tuvieron su origen en la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Materno-Infantil de dicha provincia, lo que induce a este Tribunal de Cuentas a concluir que, en estos casos, el desplazamiento a España de mujeres embarazadas procedentes de Portugal habría tenido como fin el procurar ser atendidas en hospitales españoles en el momento del parto.

En conclusión, la desproporción existente entre países en el número e importe de los formularios de liquidación E-125 emitidos por cada 10.000 turistas recibidos debe ser analizada de forma individualizada para cada país por el INSS con el fin de detectar, en cada caso, posibles usos indebidos de los formularios de derecho de estancia temporal y deficiencias en el procedimiento de facturación de las distintas Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, teniendo en cuenta, al menos, los siguientes resultados obtenidos por el Tribunal de Cuentas en el desarrollo de los trabajos de fiscalización:

1. Existe un importante número de personas aseguradas a cargo de Estados miembros que podrían residir de forma continuada en España sin tener emitido a su favor el oportuno formulario de residencia habitual.

2. Existen turistas que se desplazan a nuestro país con el fin de recibir asistencia sanitaria sin el formulario de asistencia autorizada establecido al efecto (E-112).

3. Los importes promedios facturados por la asistencia prestada a turistas difieren considerablemente de unas regiones españolas a otras, por un lado, por la diferencia de tarifas aprobadas en cada Comunidad Autónoma o el INGESA, y por otro, por las deficiencias que presentan algunos sistemas de facturación (entre otras, a modo de ejemplo, Aragón, Asturias, Melilla, Navarra y La Rioja no facturaron ningún importe por medicamentos en el ejercicio 2009). Ello implica que en el análisis por países efectuado, el importe facturado por turista se vea influido en gran medida por las provincias de destino elegidas preferentemente por los turistas de cada país.

1.3.2 España deudora por gasto real.

Esta situación se produce cuando los países de la Unión Europea, así como Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza, reclaman a España el coste efectivo de la asistencia prestada a asegurados a cargo de España en estancia temporal en cualquiera de dichos países y a trabajadores asegurados en España que residen habitualmente junto con su familia en el territorio de algún Estado miembro. En esta situación financiera España está en situación deudora, por el importe de las facturas recibidas de otros países.

Los formularios de derecho para recibir prestaciones en especie de asistencia sanitaria en el territorio de otro Estado miembro son los mismos a los que se refiere el epígrafe anterior (TSE, CPS, E112 y E106), pero emitidos por España.

Por las prestaciones de asistencia sanitaria efectivamente servidas a asegurados a cargo de España en centros de la red sanitaria pública de otros países comunitarios, el organismo de enlace español recibe los correspondientes formularios de liquidación emitidos por el país que ha prestado la asistencia.

Este procedimiento de facturación de los Estados miembros a España es similar al referido en el epígrafe anterior, con las características que se señalan a continuación.

1.3.2.A) Recepción de escritos de cargo y formularios de liquidación remitidos por los organismos de enlace de los Estados miembros.

Como se ha indicado anteriormente, los Reglamentos comunitarios no regulan la frecuencia con la que deben realizarse las liquidaciones de gastos ni los periodos a que deben referirse, por lo que cada Estado miembro tiene establecido su propio sistema de liquidación, es decir, ni todos los países efectúan el mismo número de liquidaciones ni lo hacen en el mismo momento. En la práctica, ello supone para el INSS, como organismo de enlace de los afiliados a cargo de la Seguridad Social española, la recepción de escritos de cargo y formularios de liquidación por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados a su cargo continuamente y sin ninguna periodicidad establecida.

Cada escrito de cargo que se recibe en el INSS (Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones), se considera a efectos de su gestión interna como una remesa, a la que se le otorga un número correlativo por país. Cuando se recibe un cargo se anota el importe en el aplicativo ASIA «Situación de créditos. España deudora. Apuntes de gastos reales», y se anotan también las posteriores modificaciones que se producen en relación con el mismo: rechazos, rectificaciones, abonos, etc., de forma que cada remesa recibida presenta, en todo momento, su saldo actualizado.

En relación con la gestión de las remesas recibidas de otros Estados el Tribunal de Cuentas ha podido comprobar lo siguiente:

a) La inexistencia de un registro informático de los escritos de cargo por gasto real recibidos de otros Estados. En consecuencia, los datos principales de los escritos recibidos se anotaban manualmente en hojas diferenciadas por Estados.

b) La información sobre las remesas de cada uno de los 30 Estados entregadas al Tribunal por el INSS no coincidía ni en número ni en importe con los datos de cargos recibidos en el ejercicio 2009 consignados en el Informe estadístico del INSS del ejercicio

2009, ya que éste contenía además la información referente a los reembolsos de gastos efectuados a favor de los asegurados a cargo de España. Los datos son los siguientes:

CUADRO N.º 20

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Detalle de número e importe de formularios E-125 recibidos en el ejercicio 2009

Formularios E-125 recibidos	Relación de remesas recibidas (1)			Reembolsos de gastos (2)	Informe estadístico (1)+(2)
	Recibidos (A)	Rechazados (B)	Total (A)-(B)		
NÚMERO	67.544	1.403	66.141	6.581	72.722
IMPORTE	n/c	n/c	40.046.909,50	817.051,31	40.863.960,82

n/c: Importes no uniformes, reflejados en la moneda en curso de cada país comunitario.

El INSS no tiene establecido un criterio de imputación de las remesas recibidas a cada ejercicio, criterio que en buena lógica debería corresponder a la fecha del escrito del organismo de enlace acreedor o a la fecha de entrada del mismo en los Servicios Centrales del INSS. Sin embargo, el Tribunal de Cuentas ha comprobado que se imputaron al ejercicio 2009 importes con distintas referencias temporales (v.gr.: se imputaron en dicho ejercicio diversos cargos procedentes de Dinamarca con fechas de escritos y de registro de entrada en los Servicios Centrales del INSS del ejercicio 2008, así como cargos emitidos por Noruega cuyos escritos tenían fecha de 2008 y 2009 y que habían sido registrados en el INSS con fechas de 2009 y 2010, respectivamente)⁽³⁵⁾.

⁽³⁵⁾ El Ministerio de Empleo y Seguridad Social en sus alegaciones señala que el criterio del INSS es «considerar la fecha del escrito de cargo del país para imputarlo ese año»; sin embargo, como ratifica el propio Ministerio en sus alegaciones, existieron tres escritos de Noruega de fecha 30 de diciembre de 2008 que, por entrar en los Servicios Centrales del INSS en febrero de 2009, se imputaron a este ejercicio; asimismo, un escrito de cargo de fecha 16 de diciembre de 2009, cuya entrada en los Servicios Centrales del INSS se produjo el 13 de enero de 2010, se imputó al ejercicio 2009. Por tanto, la alegación ratifica el hecho de que cuando un escrito de cargo entra en los Servicios Centrales del INSS durante el año siguiente al de la fecha de dicho escrito, no se aplica en todo caso el criterio de imputación manifestado por el INSS, esto es, considerar la fecha del escrito de cargo como ejercicio de imputación.

Esta ausencia de criterio para considerar una remesa de un ejercicio u otro tiene su transcendencia, dado que en la liquidación final anual del Fondo de Cohesión Sanitaria, al que se hace referencia en el apartado 6 de este Informe, existen Comunidades Autónomas que unos años reciben recursos económicos y otros no en función de la facturación realizada, por lo que el INSS debe establecer un criterio claro y preciso de imputación de remesas a un ejercicio.

c) El Tribunal de Cuentas analizó en el aplicativo ASIA los apuntes de gastos reales de todos los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios que figuraban registrados y verificó, por un lado, que no constaba en el aplicativo la remesa número 24, cuyo importe ascendía a 1.180.731,17 euros y, por otro lado, figuraba anotado en la aplicación ASIA pero no en la relación de cargos recibidos la remesa número 100, por importe de 3.952,27 euros.

En consecuencia, a juicio del Tribunal de Cuentas, el INSS debería proceder con la mayor celeridad posible a la informatización de los escritos de cargo recibidos de otros Estados miembros, con la doble finalidad de agilizar su gestión y evitar que se produzcan incoherencias como las detectadas por este Tribunal entre la diversa información existente en el INSS relativa a la gestión de España deudora por gasto real que, como ya se ha señalado, tienen repercusión en el reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria.

d) La recepción de los formularios de liquidación remitidos por los países comunitarios se efectúa en papel o de forma automatizada, cuando existe un acuerdo de intercambio telemático entre los organismos de enlace intervinientes.

Los formularios en papel se remiten por los distintos organismos de enlace acompañando al correspondiente escrito de cargo. Una vez recibidos en el INSS (Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones), se procede a su clasificación manual y a su reenvío a las Direcciones Provinciales competentes para su revisión y posterior aceptación o rechazo.

A su vez, la recepción telemática de los formularios E-125 emitidos por otros países se produce a través del servidor comunitario TESTA (Trans European Services for Telematics between Administrations). Para la revisión de los formularios se diseñó en los Servicios Centrales del INSS un procedimiento automatizado de validación a través del aplicativo ASIA.

Recibidos los formularios de liquidación en el INSS, se procede a la anotación del escrito de cargo recibido en la opción del aplicativo ASIA «Situación de créditos. España deudora. Apuntes de gastos reales», y se ejecuta, de forma individualizada para cada remesa recibida. Como resultado de dicho proceso, los formularios de liquidación E-125 recibidos quedan necesariamente encuadrados en una de estas tres categorías:

- Formularios aceptados automáticamente, por contener los formularios recibidos todos los datos necesarios para su validación y resultar coherentes con los datos de los formularios de derecho inscritos en la aplicación ASIA.

- Formularios rechazados inicialmente. Se trata de formularios E-125 que presentan incoherencias, errores u omisiones que hacen imposible su validación en la Dirección Provincial del INSS competente. Las distintas causas de rechazo figuran codificadas en la aplicación ASIA (v.gr., «0201 Institución destino errónea», «0306 Identificador de titular obligatorio», etc.).

- Formularios pendientes de validación. Son formularios que presentan incidencias (codificadas como avisos) que deben ser objeto de revisión por las Direcciones Provinciales del INSS. Entre estos formularios siempre están los que superan las cantidades por tipo de prestación fijadas por el INSS (600 euros para asistencia médica y odontológica, medicamentos y otras prestaciones y 2.000 euros para primera y segunda hospitalización), aquellos cuyo periodo de prestación coincide con el de otros formularios, facturas duplicadas, número de NAF erróneo, etc.

Una vez terminado el proceso automático, el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS remite a cada Dirección Provincial un oficio con los resultados del proceso de validación de los formularios de su competencia (número total de formularios, rechazados inicialmente, aceptados y pendientes de validar). El acceso a los formularios pendientes de validar y su aceptación o rechazo por parte de las Direcciones Provinciales se realiza a través del aplicativo ASIA.

El Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS no contesta al organismo de enlace extranjero hasta que no le comunican todas las Direcciones Provinciales los resultados de las revisiones efectuadas, sean efectuadas de forma manual o automatizada, lo que dilata el procedimiento en el tiempo.

1.3.2.B) Análisis de las bases de datos de formularios E-125 recibidos de otros países.

I. Información recibida electrónicamente.

Los formularios E-125 recibidos sólo de forma telemática desde el 1 de enero de 2007 hasta el 30 de marzo de 2010, se detallan a continuación por número de formularios e importe, desglosados por Estado miembro y número de remesa:

CUADRO N.º 21

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Número e importe de formularios E-125 recibidos de forma telemática desde el ejercicio 2008, desglosados por países y remesas

País	N.º Remesa	Fecha escrito org. Enlace	N.º formularios	Importe total
ALEMANIA	315	22/08/2008	3.636	938.737,39
	318	02/12/2008	2.983	1.071.719,46
	320	18/03/2009	3.643	720.410,50
	322	20/05/2009	10.407	1.805.582,70
	323	13/08/2009	2.510	908.896,03
	324	26/11/2009	6.704	2.237.136,80
	325	04/03/2010	2.327	872.565,40
	TOTAL			32.210
BÉLGICA	103	24/07/2008	2.586	2.039.315,11
	104	27/01/2009	2.769	3.071.004,18
	105	14/07/2009	3.091	2.733.502,29
	106	07/12/2009	2.590	2.390.226,65
	TOTAL			11.036
DINAMARCA	10	10/10/2008	96	26.975,07
	11	10/10/2008	119	12.096,54
	12	10/10/2008	42	11.521,69
	13	10/10/2008	181	87.437,55
	14	10/10/2008	95	2.929,65
	15	18/03/2009	38	2.382,33
	16	18/03/2009	50	3.420,00
	17	18/03/2009	28	6.640,64
	18	18/03/2009	152	75.179,56
	19	18/03/2009	63	29.320,89
	21	16/12/2009	82	25.861,94
	22	16/12/2009	118	15.321,78
	23	16/12/2009	49	22.464,47
	25	16/12/2009	84	20.931,33
	27	07/01/2010	32	2.304,06
	28	07/01/2010	41	6.971,91
	29	07/01/2010	32	52.993,69
	31	07/01/2010	49	18.955,37
	TOTAL			1.351
ESLOVAQUIA	32	12/03/2010	65	6.316,39
	TOTAL			65

País	N.º Remesa	Fecha escrito org. Enlace	N.º formularios	Importe total
FRANCIA	102	10/04/2008	6.866	6.225.287,25
	103	23/09/2008	7.015	7.169.496,48
	104	28/04/2009	7.133	7.730.265,12
	105	21/10/2009	7.085	7.442.895,09
	TOTAL			28.099
ITALIA	60	14/12/2009	758	581.334,77
	TOTAL		758	581.334,77
PORTUGAL	45	02/10/2009	1.338	300.324,53
	46	14/12/2009	1.592	359.509,71
	TOTAL		2.930	659.834,24
TOTAL REMESAS RECIBIDAS			76.449	49.028.234,32

(*) Cambio estimado: 100 coronas suecas= 13,42 euros

Como puede deducirse del cuadro anterior, hasta marzo de 2010 sólo se recibían en el INSS de forma automatizada formularios procedentes de siete países (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Italia y Portugal) con una considerable disparidad existente en la frecuencia con que los distintos Estados miembros efectúan sus liquidaciones de gastos (v.gr., mientras que Francia, Portugal o Bélgica habían efectuado dos liquidaciones en el ejercicio 2009, una por semestre, Alemania había efectuado cinco).

En cuanto a número de formularios, el 42,1% (32.210) del total de los formularios recibidos por España de forma automatizada procedía de Alemania y un 36,8% (28.099) de Francia, aunque, por importe, los formularios de Alemania representaron sólo el 17,4% (8.555.048,28 euros) del importe total de los formularios recibidos, mientras que de los de Francia representaron un porcentaje del 58,3% (28.567.943,94 euros) del total.

El Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que los formularios E-125 emitidos por Alemania y Francia en virtud de formularios de derecho E-123, es decir, en el caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, seguían remitiéndose en papel. No obstante, a pesar de las comprobaciones realizadas por el Tribunal se desconoce la razón por la que, en la información facilitada a este Tribunal por el INSS, no figuraban los formularios correspondientes a las remesas número 316, 317 y 321 de Alemania ni la remesa número 20 de Dinamarca, remesas que, como pudo comprobar el Tribunal de Cuentas, figuraban anotadas en la opción de ASIA «Situación de créditos. España deudora. Apuntes de gastos reales», y cuyos saldos integraban los datos de cargos recibidos de los Informes estadísticos de los ejercicios 2008 y 2009. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social señaló que las citadas remesas fueron remitidas en soporte papel por Alemania y Dinamarca y que, en consecuencia, el trámite fue manual⁽³⁶⁾.

⁽³⁶⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que las citadas remesas fueron remitidas en soporte papel por Alemania y Dinamarca y que, en consecuencia, el trámite fue manual.

Asimismo, llama la atención que estos países que remiten a España electrónicamente los formularios de liquidación E-125 no coincidan con los que reciben los formularios de liquidación emitidos por España. En consecuencia, España envía pero no recibe electrónicamente formularios de liquidación E-125 a Luxemburgo y a Suiza y recibe pero no envía de forma telemática formularios a Eslovaquia⁽³⁷⁾, Italia y Portugal. En el caso de Reino Unido, la falta de reciprocidad está justificada ya que Reino Unido sigue aplicando la cláusula «temporary visitors» en la facturación por gasto real que emite a España.

⁽³⁷⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que desde el 1 de enero de 2010 se envían electrónicamente a Eslovaquia los formularios E-125 emitidos por España.

Esta situación se debe, en parte, a la falta de un desarrollo informático suficiente de la aplicación ASIA, que podría estar impidiendo una mayor automatización en el intercambio de formularios de liquidación entre España y algunos Estados miembros, automatización que el INSS debe potenciar.

Por su parte, Alemania, Bélgica, Dinamarca e Italia consignaban en el campo «Periodo de facturación» el semestre a que correspondía la fecha de la asistencia prestada (es decir, si se enviaba una factura de asistencia prestada en marzo de 2005 en una remesa de 2009, en el campo de periodo de facturación aparecía «20051»). Ello implica que, en cada una de las remesas analizadas de estos países, existan formularios con distintos periodos de facturación, aun cuando éstos sean muy antiguos en relación a la fecha de envío de la remesa, lo que complica considerablemente su gestión. (A modo de ejemplo, la remesa 320 de Alemania, enviada en escrito de fecha 18/03/2009, presentaba formularios del primer semestre de 2005, del primer y segundo semestre de 2006, 2007 y 2008 y del primer semestre de 2009).

Eslovaquia, Francia y Portugal (como también España, en los formularios E-125 que emite) consignaban en el campo «Periodo de facturación» el semestre al que se refería la liquidación, con independencia de la fecha en que se había prestado la asistencia sanitaria. Así, en las remesas remitidas por estos países, figuraba un único semestre de facturación, que comprendía facturas con fecha de asistencia de ejercicios anteriores a dicho semestre.

II. Periodo medio de facturación.

El Tribunal de Cuentas ha calculado el periodo medio de facturación de los E-125 recibidos electrónicamente desde el ejercicio 2008, entendiendo como tal el tiempo transcurrido desde la fecha de fin de la prestación de la asistencia sanitaria hasta la fecha del escrito de cargo enviado a España por el organismo de enlace correspondiente, obteniéndose los siguientes resultados:

De los 76.449 formularios E125 recibidos, 98 presentaban incorrecciones que impidieron obtener el periodo medio de facturación, y que debieron haber sido devueltos por el INSS:

a) Dos formularios, procedentes de Bélgica, tenían consignada una fecha de fin de asistencia posterior a la del escrito del organismo de enlace. Estos formularios no fueron rechazados automáticamente por la aplicación ASIA. Este Tribunal de Cuentas ha constatado que no existía ningún código de rechazo para esta incidencia, situación que debe subsanar el INSS.

b) En 95 formularios no se pudo calcular el periodo medio de facturación debido a que no tenían consignada las fechas de inicio y fin de la prestación. De estos 95 formularios, un total de 13, procedentes del organismo de enlace danés, fueron aceptados automáticamente por la aplicación, 30 aceptados por las Direcciones Provinciales del INSS competentes, 23 fueron automáticamente rechazados al presentar otras incidencias susceptibles de rechazo automático, otros 9 fueron rechazados por las Direcciones Provinciales y 20 estaban pendientes de validación a la fecha de entrega de las bases de datos (el 90% de los pendientes correspondían a la Dirección Provincial del INSS en Málaga).

El Tribunal ha constatado que no existía un código de rechazo en la aplicación ASIA para los supuestos en los que ambos campos, de fecha de inicio y de fecha de fin de la prestación, figuraban vacíos, a pesar de que los formularios deberían haber sido rechazados automáticamente por la aplicación, debido a que, en estas circunstancias, no pudo verificarse en ninguno de los casos si la fecha de la prestación de la asistencia se enmarcaba dentro del periodo de validez del formulario de derecho en virtud del cual se prestó la asistencia, requisito fundamental para comprobar la procedencia del cargo recibido.

El importe total de los formularios, a juicio del Tribunal de Cuentas, indebidamente aceptados, ascendió a 84.080 euros, de los cuales 3.166,85 euros correspondían a los 13

formularios aceptados inicialmente en el proceso automático; y 80.913,15 euros a los 30 aceptados por las Direcciones Provinciales del INSS competentes.

A mayor abundamiento, en relación con estos 30 formularios aceptados indebidamente en las Direcciones Provinciales el Tribunal ha constatado lo siguiente:

– Todos ellos se referían a primera y segunda hospitalización, es decir, se trataba de importes elevados, en 10 de ellos superiores a los 2.000 euros fijados por los Servicios Centrales del INSS como cantidad a partir de la cual el formulario es susceptible de aviso, lo que agrava el hecho de que fueran aceptados sin constar el periodo de la hospitalización.

– Destaca ampliamente el hecho de que en 11 de estos formularios, cuyo importe ascendía a 43.239,64 euros, era la Dirección Provincial del INSS en Alicante la institución competente, y en otros 10, por importe de 14.589,12 euros, la de Palma de Mallorca. En menor medida destacan los tres formularios aceptados por la Dirección Provincial del INSS en Madrid (14.708,05 euros) y el único aceptado por la Dirección Provincial del INSS en Tarragona (2.742,23 euros).

– Hay que resaltar que dos de los formularios aceptados por la Dirección Provincial del INSS en Alicante (por importes de 1.984,45 y 176,47 euros, respectivamente) correspondían al mismo titular, lo que podría denotar la existencia de duplicidad en la facturación recibida. Asimismo, entre el resto de formularios había dos por importe superior a los 6.000 euros (6.910,09 y 7.539,89 euros, respectivamente) que fueron aceptados sin pedir aclaración alguna a los beneficiarios y al país emisor por parte de esta Dirección Provincial.

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social ha aportado copia de otros tres formularios de la Dirección Provincial del INSS en Alicante, correspondientes al mismo titular, en los que sí constaba la fecha de inicio y fin de la prestación, y se pudo comprobar que no tenían periodos coincidentes. Sin embargo, esta información no figuraba en la facilitada al Tribunal procedente de la aplicación ASIA, lo que podría denotar fallos en el procesamiento informático de los formularios recibidos y en el proceso de revisión, circunstancia que debe ser revisada por el INSS.

– El Tribunal ha constatado, igualmente, que cinco de los formularios aceptados por la Dirección Provincial del INSS en Palma de Mallorca, por un importe total de 6.822,86 euros, correspondían a una misma persona, circunstancia que no impidió su aceptación inmediata por parte de esta Dirección Provincial. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social aportó también copia de estos cinco formularios, en los que el Tribunal pudo comprobar que tenían periodos coincidentes a pesar de lo cual fueron aceptados por la Dirección Provincial del INSS.

En definitiva, el Tribunal ha verificado que la ausencia de las fechas de inicio y fin de la prestación en los formularios de liquidación E-125 recibidos electrónicamente impidió al aplicativo ASIA, por un lado, la verificación automática de que la asistencia se prestó dentro del periodo de validez del formulario de derecho, lo cual debería haber sido considerado motivo suficiente de rechazo automático por la aplicación. De igual forma, impidió también la detección de posibles formularios de liquidación duplicados, lo cual supuso un incremento evidente del riesgo de aceptación indebida de los mismos.

c) Un formulario procedente de Francia, perteneciente a la remesa 103, tenía consignado en el campo de «Fecha del escrito del organismo de enlace» parte del texto de otro campo («Referencia del organismo de enlace»), en el que, a su vez, se había anotado el motivo de rechazo del formulario por parte de la Dirección Provincial competente. Ello supone que la aplicación ASIA, en el proceso de validación de los formularios que se desarrolla en las Direcciones Provinciales, permite modificar campos de los formularios E-125 recibidos, cuyo acceso debería estar totalmente denegado, lo que resta rigor a las validaciones efectuadas por la aplicación ASIA.

El periodo medio de facturación obtenido en los 76.351 formularios que presentaban la fecha de la prestación de la asistencia sanitaria, fue de 493 días (1 año y 4 meses). En el periodo analizado, Francia fue el país que envió a España el formulario con mayor periodo de facturación: 3.508 días (9 años y 7 meses), correspondiente a una asistencia sanitaria prestada en el ejercicio 1999, a pesar de que su periodo medio de facturación se situó muy por debajo del promedio calculado para todos los países (255 días). Y al contrario, el

formulario facturado en menor tiempo (43 días) había sido remitido por Italia, aun cuando su periodo medio de facturación, de 782 días, se situó por encima de dicho promedio conjunto. El detalle de los siete países que rinden la información electrónicamente era el siguiente:

CUADRO N.º 22

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Periodo medio de facturación por países de formularios E-125 recibidos de forma telemática desde el ejercicio 2008

País	N.º formularios recibidos	Formulario más antiguo (año de prestación)	Periodo medio de facturación (en días)		
			Máximo	Mínimo	Promedio
ALEMANIA	32.190	2000	2.916	44	651
BÉLGICA	11.034	2000	3.350	159	427
DINAMARCA	1.278	2007	648	191	388
ESLOVAQUIA	65	2005	1.869	102	233
FRANCIA	28.096	1999	3.508	89	255
ITALIA	758	2002	2.811	43	782
PORTUGAL	2.930	2001	2.963	77	1.265
TOTAL	76.351	—	—	—	493

Como se desprende del cuadro anterior, los países remiten los formularios, por término medio, con un retraso superior a un año, lo que complica considerablemente la gestión de los rechazos, principalmente en las actuaciones que deben realizar las Direcciones Provinciales del INSS, tanto para las solicitudes de formularios de derecho a los centros, servicios y establecimientos sanitarios como, en su caso, si se circularizase a los pacientes atendidos, como propone este Tribunal de Cuentas. Por otra parte, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debe realizar las actuaciones oportunas ante la CACSSS para limitar el plazo máximo de emisión de formularios de los distintos países, para una adecuada gestión de los mismos.

III. Tipo de prestación sanitaria recibida.

El Tribunal ha analizado, asimismo, los formularios E-125 recibidos según el tipo de las prestaciones de asistencia sanitaria servidas. Los resultados son los siguientes:

CUADRO N.º 23

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Formularios E-125 recibidos de forma telemática desde el ejercicio 2008, desglosados por tipo de prestación sanitaria servida

Tipo de prestación	Total	%
ASIST. MÉDICA	7.054.425,07	14,39
ASIST. ODONTOLÓGICA	721.194,32	1,47
MEDICAMENTOS	3.887.024,24	7,93
1.ª HOSPITALIZACIÓN	27.545.026,38	56,18
2.ª HOSPITALIZACIÓN	5.164.247,25	10,54
OTRAS PRESTACIONES 1	3.486.107,61	7,11
OTRAS PRESTACIONES 2	1.163.022,33	2,37
CONTROLES MÉDICOS	7.131,36	0,01
PRESTAC. ECONÓM. AB.	55,76	—
TOTAL	49.028.234,32	100

El Tribunal de Cuentas ha efectuado, además, una estratificación de los formularios E-125 recibidos en función de su importe, con el fin de conocer los intervalos con mayor representatividad en el conjunto analizado. Los resultados obtenidos son los siguientes:

CUADRO N.º 24

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Estratificación por importe de los formularios E-125 recibidos de forma telemática desde el ejercicio 2008

N.º Estratos	Importe mínimo > =	Importe máximo <	N.º form.	% N.º form.	Importe total form.	% Importe total form.
1	-1.206,52	0	25	0,03	-3.761,95	-0,01
2	0,01	10	10.332	13,52	56.873,63	0,12
3	10,01	100	38.017	49,73	1.511.070,83	3,08
4	100,01	1.500	22.502	29,43	8.132.422,90	16,59
5	1.500,01	10.000	4.690	6,13	17.559.706,54	35,81
6	10.000,01	20.000	539	0,71	7.337.616,03	14,97
7	20.000,01	250.000	344	0,45	14.434.306,34	29,44
TOTAL			76.449	100	49.028.234,32	100

– En primer lugar, hay que resaltar la existencia de 25 formularios con importe negativo. Se ha podido comprobar que esta circunstancia no se considera como una incidencia por el INSS, es decir, se procesan como si tuvieran importe positivo y se aceptan o rechazan automáticamente, o quedan pendientes de validar por las Direcciones Provinciales competentes, en función de las incidencias previstas en la aplicación ASIA que presenten.

– Llama la atención que el importe de casi la mitad de los formularios recibidos (el 49,73%) se sitúe en el intervalo de 10 a 100 euros por formulario. A su vez, el 29,43% de los formularios presentaban un importe que oscilaba entre 100 y 1.500 euros por formulario.

– Existían 345 formularios cuyo importe superaba los 20.000 euros, para los que el Tribunal de Cuentas ha analizado la gestión que las distintas Direcciones Provinciales del INSS efectuaron de estos formularios. A la fecha de entrega de las bases de datos, la situación que presentaban dichos formularios era la siguiente:

CUADRO N.º 25

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Situación de los formularios E-125 recibidos de forma telemática desde el ejercicio 2008 cuyo importe fue superior a 20.000 euros

Estado del formulario	N.º de form.	Importe	% N.º total form.	% Importe/ importe total
ACEPTADO EN PROCESO AUTOMÁTICO	1	31.174,58	0,3	0,2
ACEPTADO POR DDPP	204	7.755.129,65	59,3	53,7
PEND. VALID. MANUAL EN DDPP	57	2.394.193,26	16,6	16,6
RECHAZO AUTOMÁTICO	27	1.612.286,63	7,8	11,2
RECHAZO REALIZADO POR DDPP	55	2.641.522,22	16,0	18,3
TOTAL	344	14.434.306,34	100	100

El Tribunal ha detectado importantes diferencias de criterio entre dichas Direcciones Provinciales e incluso en la gestión de una misma Dirección Provincial. En detalle, del

análisis de la gestión efectuada de los formularios E-125 cuyo importe total superaba los 20.000 euros, se han obtenido los siguientes resultados:

– A pesar de que ninguno de estos formularios debió ser aceptado automáticamente en el proceso de validación de los formularios (por superar los importes fijados por los Servicios Centrales del INSS), el Tribunal de Cuentas ha detectado la existencia de un formulario, por importe de 31.174,58 euros, aceptado en proceso automático, que no presentaba ningún código de rechazo o aviso, lo cual denota que los controles sobre los importes que tiene establecidos el INSS no fueron efectivos en este caso.

– Existen 204 formularios E-125 (59,3%) que fueron aceptados en las Direcciones Provinciales competentes, a pesar de superar los 20.000 euros, cifra que, a juicio del Tribunal de Cuentas, es lo suficientemente elevada como para solicitar una aclaración sobre su importe, tanto al beneficiario como al país emisor de la facturación, sobre todo cuando, como se ha podido comprobar, el 36,8% (75 formularios) de estos formularios aceptados en las Direcciones Provinciales presentaban periodos coincidentes con otros formularios, por lo que a su elevado coste se unía el riesgo de existencia de duplicidad con otros formularios.

En esta situación sobresalen los formularios aceptados en las Direcciones Provinciales del INSS en Zamora, Valencia, Santa Cruz de Tenerife y Navarra, por importes de 173.977,10, 167.825,47, 130.429,56 y 93.244 euros, respectivamente.

Por Direcciones Provinciales, destacan ampliamente, ordenadas por número de formularios aceptados e importe, las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Alicante, Guipúzcoa y Murcia y Barcelona. En concreto:

– La Dirección Provincial del INSS en Madrid fue la institución competente que más formularios aceptó en estas condiciones, un total de 30 formularios por importe de 1.091.833,37 euros. En concreto, había dos formularios, expedidos a nombre del mismo titular, por importes parecidos (47.869,16 y 44.064 euros, respectivamente), que presentaban además un intervalo de prestación coincidente, a pesar de lo cual fueron aceptados sin pedir aclaración alguna por parte de esta Dirección Provincial.

– En la Dirección Provincial del INSS en Alicante se aceptaron 17 formularios por un importe total de 640.697,40 euros. Entre ellos había uno, recibido de Bélgica, por importe de 20.277,40 euros, que fue aceptado sin pedir aclaración ni al beneficiario ni al país de origen, a pesar de reunir cinco códigos de avisos por superar los importes de asistencia médica, medicamentos, primera y segunda hospitalización y otras prestaciones fijados por los Servicios Centrales del INSS. Se da además la circunstancia de que este formulario debió ser rechazado automáticamente en el proceso de revisión automática por no constar el identificador código del titular (incidencia que presentaron también otros formularios y que se trata de forma separada en el apartado siguiente).

También en esta Dirección Provincial se aceptaron directamente sendos formularios correspondientes a un mismo titular, con periodos coincidentes e importes similares (42.776,82 y 40.234,66 euros).

– En la Dirección Provincial del INSS en Guipúzcoa fueron 20 los formularios superiores a 20.000 euros aceptados sin pedir aclaración, uno de ellos por importe de 126.814 euros. A su vez, en la Dirección Provincial del INSS en Barcelona se aceptaron 17 formularios en estas condiciones, por un importe total 541.707,76 euros.

– En la Dirección Provincial del INSS en Murcia se aceptaron un total de 12 formularios, por un importe total de 551.496,13 euros. Dos de ellos, por importes de 141.003,94 y 66.765,76 euros, se referían a la asistencia prestada a una misma persona en periodos coincidentes. El periodo de la asistencia prestada superaba ampliamente el periodo de un año considerado en el INSS como límite para las estancias temporales en otro país.

En este caso, el Tribunal de Cuentas ha constatado que la persona estaba asegurada por el Reino Unido y residía habitualmente en España con su tarjeta sanitaria individual, por lo que España cobraba cuotas globales al Reino Unido, y para sus desplazamientos al extranjero España emitió a este titular una TSE. Los cálculos efectuados por este Tribunal han permitido verificar que el importe de las cuotas globales percibidas del Reino

Unido en ningún caso cubrió el importe de la asistencia que este titular obtuvo en su desplazamiento a Francia y que debió ser asumida por España.

La Dirección Provincial, en vez de aceptar el formulario directamente, debería haber aclarado si se había producido un cambio de residencia o si podría tratarse de un caso en que el beneficiario hubiera elegido un destino determinado para recibir tratamiento (ya que la beneficiaria tenía nombre francés), debiendo utilizarse en estos casos un formulario E-112 emitido por España.

A juicio del Tribunal de Cuentas, el INSS debería aprobar unas normas que regulen el procedimiento de revisión de los formularios recibidos que se lleva a cabo en las Direcciones Provinciales, de forma que existieran criterios claros y uniformes para la aceptación o rechazo de los formularios recibidos, evitándose las importantes diferencias entre Direcciones Provinciales apreciadas por este Tribunal en dicho procedimiento.

A este respecto, el Tribunal de Cuentas considera conveniente que, para aquellos formularios que presenten un importe excesivamente elevado se incluya en el procedimiento una verificación con el beneficiario del formulario de derecho para que éste informe tanto del desplazamiento al extranjero como de las prestaciones de asistencia sanitaria recibidas.

– Por otro lado, para analizar las prestaciones odontológicas realizadas por otros Estados miembros a asegurados por España, este Tribunal de Cuentas cuantificó el importe de los formularios E-125 recibidos de organismos de enlace extranjeros en los que el importe facturado únicamente comprendió asistencia odontológica. En el periodo analizado, existieron como mínimo 3.148 facturas, procedentes de Alemania (1.963), Francia (595), Bélgica (579), Dinamarca (9) y Eslovaquia (2), por prestaciones odontológicas realizadas a asegurados a cargo de la Seguridad Social española, por importe de 274.786,91 euros. Conviene señalar que Alemania, Francia y Bélgica contemplan los servicios dentales dentro de sus respectivos sistemas de salud públicos, a diferencia de España, donde la asistencia odontológica no es una prestación financiada, con carácter general, por el Sistema Nacional de Salud.

Por ello, a juicio del Tribunal de Cuentas, existe el riesgo de que estas personas hayan recibido prestaciones odontológicas en Alemania, Francia y Bélgica aprovechándose de la circunstancia de que en estos tres países las prestaciones odontológicas están incluidas dentro de los sistemas nacionales de salud, a diferencia de España, donde dichas prestaciones odontológicas corren a cargo del paciente, por lo que el INSS debe adoptar las medidas oportunas para limitar este riesgo, a través del estudio individualizado de aquellas facturas que sólo contemplen la asistencia odontológica y exigir, en su caso, el correspondiente reintegro a los asegurados de la Seguridad Social española.

IV. Utilización indebida de la Tarjeta Sanitaria Europea.

El Tribunal de Cuentas ha detectado 347 formularios, por importe de 714.025,17 euros, en que la asistencia sanitaria prestada, en todo caso en virtud de una TSE, se prolongó por un tiempo superior al año, entendiéndose éste como la diferencia entre la fecha fin y la fecha de inicio de las prestaciones. Al tratarse de formularios de derecho de estancia temporal, emitidos exclusivamente para cubrir las prestaciones que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia, ello podría significar que hay personas que se trasladan para recibir una asistencia sanitaria concreta, sin utilizar para ello el formulario E-112 establecido al efecto, para el que debe existir autorización previa, o que existen formularios de estancia temporal emitidos por España a favor de interesados que residen en los Estados donde se les ha prestado asistencia sanitaria durante un tiempo tan prolongado.

Las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid y Barcelona, con 81 y 49 formularios, fueron las que presentaban el mayor porcentaje de formularios con periodo superior al año (23,3% y 14,1%, respectivamente); aunque eran las Direcciones Provinciales del INSS en

Tarragona y Girona las que reunían, con porcentajes del 19,1% y del 13,2%, respectivamente, el mayor importe total por la suma de estos formularios (136.709,42 y 94.515,45 euros).

El Tribunal de Cuentas ha comprobado que esta circunstancia (existencia de formularios en los que la asistencia sanitaria se prolongó durante un periodo de tiempo superior a un año, de forma indebida) no se tuvo en cuenta ni en el proceso de revisión automático que se efectúa a través de ASIA, ni en la revisión que llevan a cabo las Direcciones Provinciales del INSS de los formularios que quedan pendientes de validar, deficiencia que debería ser subsanada por el INSS.

En particular de los 347 formularios señalados anteriormente: a) fueron aceptados en el proceso automático del INSS un total de 47 formularios, por importe de 8.779,94 euros, b) fueron aceptados en las Direcciones Provinciales del INSS un total de 145 formularios por importe de 259.136,76 euros, en concreto las Direcciones Provinciales del INSS en León, Madrid y Salamanca, aceptaron formularios cuyo tiempo de prestación se extendió durante 1.328, 1.207 y 1.111 días, respectivamente.

A juicio del Tribunal, el INSS debería haber pedido aclaración a los organismos de enlace correspondientes sobre estos gastos y determinar, en su caso, si se pudiera estar produciendo un uso indebido de la TSE por parte de sus titulares, en cuyo caso, los gastos originados en un mismo lugar una vez transcurrido el año establecido podrían ser reclamados en concepto de prestaciones indebidas.

V. Otras deficiencias en los controles de la aplicación ASIA.

– Este Tribunal de Cuentas ha detectado la existencia de 709 formularios de liquidación E-125 recibidos, por importe de 238.291,20 euros con el campo «Código de identificación» (el número de identificación de la persona que recibió la prestación) vacío y, de acuerdo con las validaciones del aplicativo ASIA, dicha incidencia es causa de rechazo automático. Sin embargo, el Tribunal ha constatado que sólo el 80% de ellos (568 formularios, por importe de 126.166,91 euros) fueron rechazados en el proceso automatizado de validación y que, incluso, 93 formularios, por importe de 14.267,84 euros, fueron aceptados en dicho proceso⁽³⁸⁾. El resto quedaron pendientes de validar en las Direcciones Provinciales del INSS, pero por otros motivos. A la fecha de entrega de las bases de datos al Tribunal, de los 48 formularios restantes, 25 de ellos, por importe de 72.172,20 euros, habían sido aceptados en las Direcciones Provinciales competentes, a pesar de que no constaba en ellos el identificador código.

⁽³⁸⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social señala que las 93 facturas se aceptaron porque reunían otros requisitos que hacían posible la identificación de los beneficiarios. Sin embargo, de acuerdo con los controles de la aplicación ASIA, esta incidencia debió haber sido motivo de rechazo automático.

En definitiva, lo anterior permite concluir que, ante un mismo tipo de incidencia, el aplicativo ASIA no siempre responde de la misma forma, lo que denota la existencia de deficiencias en el proceso automático de validación de los formularios recibidos.

– Por otra parte, este Tribunal detectó la existencia de 17 formularios emitidos por Dinamarca con el campo «Formulario de derecho» sin cumplimentar y, de acuerdo con las validaciones del aplicativo ASIA, dicha incidencia debía ser causa de rechazo automático. Sin embargo, estos formularios no fueron rechazados, sino que quedaron pendientes de validar en las Direcciones Provinciales. A la fecha de entrega de las bases de datos, los que habían sido ya resueltos por las Direcciones Provinciales fueron rechazados por no haberse podido localizar el formulario de derecho.

– Se recibieron, como mínimo, 447 formularios de liquidación E-125, por importe de 652.942,82 B euros, en que la fecha fin de la prestación era anterior a la fecha de inicio de la prestación y, de acuerdo con las validaciones del aplicativo ASIA, dicha incidencia es causa de rechazo automático. De los 447 formularios, 9 fueron rechazados automáticamente pero sólo uno de ellos por tener la fecha de fin de prestaciones errónea. La fecha consignada en este formulario no presentaba errores formales ni se trataba tampoco de una fecha imposible, salvo que se cotejara con la

fecha de inicio de la prestación, que era posterior a ella; es decir, presentaba la misma incidencia que el resto de los formularios.

En todos los supuestos anteriores, los formularios debieron ser rechazados, si bien a la fecha de entrega de las bases de datos a este Tribunal por el INSS, se habían aceptado en las Direcciones Provinciales competentes 177 formularios, por importe de 474.256,04 euros, a los que habría que añadir 204 formularios, por importe de 40.880,92 euros aceptados inicialmente en el proceso automatizado.

1.3.2.C) Análisis de una muestra de remesas de formularios de liquidación E-125 recibidas de otros países.

El Tribunal de Cuentas solicitó al INSS una muestra de cargos emitidos por organismos de enlace extranjeros al INSS correspondientes al ejercicio 2009. El detalle de la muestra de países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios a que correspondían dichos cargos, y su representatividad sobre el número e importe total de los formularios de liquidación E-125 recibidos en el periodo de referencia, era el siguiente:

CUADRO N.º 26

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Muestra de cargos recibidos correspondientes al ejercicio 2009

Países	N.º formularios	% Form./Total form.	Importe en euros	% Imp./Imp. Total
FRANCIA	7.133	10,78	7.730.265,12	19,30
SUIZA	1.347	2,05	1.341.238,20	3,35
ALEMANIA	3.674	5,55	747.308,63	1,87
TOTAL MUESTRA	12.154	18,38	9.818.811,95	24,52
TOTAL	66.141	100	40.046.909,51	100

Como se puede observar, la muestra seleccionada, perteneciente a dos Estados miembros y a Suiza, representó el 18,38% de los formularios de liquidación E-125 recibidos por el INSS y el 24,52% del importe total de dichos formularios correspondientes al ejercicio 2009.

Los resultados del análisis de las remesas de la muestra seleccionada obtenidos por el Tribunal de Cuentas son los siguientes:

– En primer lugar, el período transcurrido desde que los organismos de enlace extranjeros enviaron los formularios de liquidación al INSS hasta que el INSS remitió en soporte papel dichos formularios a las Direcciones Provinciales, medido en días, fue el siguiente:

CUADRO N.º 27

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Fechas de escritos de cargo emitidos por organismos de enlace extranjeros y fechas de envío de formularios a las direcciones provinciales

Países	Fecha de escrito del organismo de enlace extranjero (A)	Fecha de envío de los formularios por los SS.CC. del INSS a las DD.PP. (B)	Diferencia en días desde fecha escrito OE hasta envío a las DD.PP. (B) – (A)
ALEMANIA	18/03/2009	02/12/2009	258
FRANCIA	28/04/2009	29/10/2009	184
SUIZA	19/01/2009	03/06/2009	135
MEDIA	–	–	192

Al igual que sucedía con el envío a las Direcciones Provinciales, por parte del Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS, de los rechazos de los formularios de liquidación E-125 (ES) remitidos por los organismos de enlace extranjeros, en el caso de los envíos a las Direcciones Provinciales de los formularios de liquidación E-125 remitidos por organismos de enlace extranjeros, también existían diferencias considerables en los tiempos de gestión en relación con los diferentes países de la muestra seleccionada, no siempre relacionadas con el volumen de formularios rechazados, puesto que Alemania fue de nuevo el país cuyos escritos se demoraron más en llegar a las distintas Direcciones Provinciales del INSS, un total de 258 días, mientras que los envíos a las Direcciones Provinciales correspondientes a Francia, a pesar de representar el 10,78% del total de formularios recibidos, frente al 5,55% de Alemania, demoraron un total de 184 días.

Por otra parte, este Tribunal de Cuentas considera excesivo el tiempo que transcurrió desde que se recibieron los formularios de liquidación E-125 de los organismos de enlace extranjeros hasta que se reenviaron los correspondientes escritos a las Direcciones Provinciales del INSS competentes, un promedio de 192 días. Las diferencias entre países apreciadas en la gestión de los escritos recibidos deberían ser subsanadas por el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS.

1.3.3.D) Análisis de la facturación recibida por gasto real.

En el siguiente cuadro se muestran los datos de la facturación total recibida por España por gasto real en el ejercicio 2009 obtenidos del Informe estadístico del INSS, en el que se detallan, por países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios, el número e importe de los formularios de liquidación E-125 recibidos de cada uno de ellos, así como los importes satisfechos por el INSS en dicho ejercicio en concepto de reembolsos de gastos de asistencia sanitaria, tramitados a través de los formularios E-126 establecidos al efecto. Los resultados, ordenados de mayor a menor importe total facturado a España, son los siguientes:

CUADRO N.º 28

ESPAÑA DEUDORA GASTO REAL

Cargos recibidos por gasto real desglosados por países. Informe estadístico ejercicio 2009

Países	Informe estadístico 2009							
	Form. E-125		Form. E-126		Total			
	N.º de form.	Importe	N.º de form.	Importe	N.º de form.	%/n.º total	Importe	%/imp. total
FRANCIA	14.086	15.240.229,26	3.904	319.878,73	17.990	24,74	15.560.107,99	38,08
BÉLGICA	8.484	7.699.114,85	456	102.597,50	8.940	12,29	7.801.712,35	19,09
ALEMANIA	23.636	6.030.972,83	661	106.769,98	24.297	33,41	6.137.742,81	15,02
SUIZA	3.214	2.739.873,56	381	93.503,24	3.595	4,94	2.833.376,80	6,93
FINLANDIA	4.989	2.064.420,00	21	2.731,90	5.010	6,89	2.067.151,90	5,06
ITALIA	1.626	1.632.957,88	6	12.102,61	1.632	2,24	1.645.060,49	4,03
SUECIA	1.405	1.581.226,96	27	4.097,80	1.432	1,97	1.585.324,76	3,88
NORUEGA	165	793.784,54	4	15.543,62	169	0,23	809.328,16	1,98
AUSTRIA	2.085	706.912,24	80	13.562,63	2.165	2,98	720.474,87	1,76
PORTUGAL	2.831	608.891,43	388	40.476,47	3.219	4,43	649.367,90	1,59
DINAMARCA	1.190	326.834,50	3	121,32	1.193	1,64	326.955,82	0,80
LUXEMBURGO	164	146.622,00	22	3.719,30	186	0,26	150.341,30	0,37
REINO UNIDO	41	144.128,84	3	406,30	44	0,06	144.535,14	0,35
POLONIA	719	96.914,22	13	2.681,56	732	1,01	99.595,78	0,24
PAÍSES BAJOS	—	—	423	84.042,36	423	0,58	84.042,36	0,21

Países	Informe estadístico 2009							
	Form. E-125		Form. E-126		Total			
	N.º de form.	Importe	N.º de form.	Importe	N.º de form.	%/n.º total	Importe	%/imp. total
REPÚBLICA CHECA	558	65.401,66	27	3.464,71	585	0,80	68.866,37	0,17
MALTA	250	60.316,81	7	727,18	257	0,35	61.043,99	0,15
ESLOVENIA	170	25.653,89	3	329,72	173	0,24	25.983,61	0,06
RUMANÍA	64	23.446,10	5	1.208,05	69	0,09	24.654,15	0,06
ESLOVAQUIA	202	22.522,59	7	1.427,24	209	0,29	23.949,83	0,06
BULGARIA	39	15.908,49	10	2.040,76	49	0,07	17.949,25	0,04
HUNGRÍA	112	7.813,62	2	180,24	114	0,16	7.993,86	0,02
ESTONIA	60	6.042,02	2	822,15	62	0,09	6.864,17	0,02
CHIPRE	6	3.599,84	–	–	6	0,01	3.599,84	0,01
LIECHTENSTEIN	20	2.089,60	2	331,68	22	0,03	2.421,28	0,01
GRECIA	–	–	23	2.116,50	23	0,03	2.116,50	0,01
IRLANDA	–	–	77	1.848,15	77	0,11	1.848,15	–
LITUANIA	18	880,33	–	–	18	0,02	880,33	–
ISLANDIA	1	177,68	23	293,56	24	0,03	471,24	–
LETONIA	6	173,76	1	26,05	7	0,01	199,82	–
TOTAL EEE Y SUIZA	66.141	40.046.909,50	6.581	817.051,31	72.722	100	40.863.960,82	100

Por lo que se refiere al importe facturado por gasto real a España por otros países, como se puede observar, la facturación proviene casi en su totalidad (el 97,4%) de diez países, correspondiendo el otro 2,6% a los 20 países restantes del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios.

Por países, destaca ampliamente Francia que, con un número de 17.990 formularios por importe de 15.560.107,99 euros, representa el 24,7% del número total de formularios recibidos y el 38,1% de su cuantía total. Asimismo, son destacables las cifras obtenidas en Bélgica y Alemania, con un número de formularios emitidos que representaron, respectivamente, porcentajes del 12,3% y 33,4% sobre el número total de formularios recibidos por España por gasto real, y cuyos importes alcanzaron, a su vez, porcentajes del 19,1% y el 15,1% en relación al importe total de la facturación recibida.

Por tipo de formulario y procedimiento de facturación, los formularios E-125 recibidos de países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios representaron el 91% de la facturación total y el 98% de su importe. Como muestra de la falta de uniformidad en la recepción de los cargos, apuntada previamente por el Tribunal de Cuentas, cabe destacar que en el ejercicio 2009 no se recibió ningún cargo procedente de Países Bajos, Grecia e Irlanda.

A su vez, los importes pagados por el INSS a asegurados a cargo de la Seguridad Social española por los gastos de asistencia sanitaria satisfechos en sus desplazamientos al exterior representaron tan sólo el 9% del número total de formularios y el 2% del importe total.

I. Facturación recibida por España en relación con las cifras de turistas emitidos.

El Tribunal de Cuentas ha analizado, asimismo, la proporción existente entre el número de turistas españoles que visitaron algunos países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y el número de formularios de liquidación E-125 remitidos por los organismos de enlace de dichos países al INSS por las prestaciones sanitarias servidas a los turistas españoles en estancia temporal en dichos países. Como ya se hiciera al analizar la situación contraria (facturación emitida por España en relación con las cifras de turistas recibidos), se han tomado en consideración los formularios E-125 recibidos que tuvieron su origen en TSE y CPS emitidos por España, es decir, sólo formularios de derecho de estancia temporal por motivos distintos a los médicos.

Los datos se refieren exclusivamente a cinco Estados comunitarios (Alemania, Bélgica, Francia, Portugal e Italia), ya que sólo en relación con ellos pudo obtener el Tribunal de Cuentas información sobre E-125 recibidos en virtud de TSE y CPS en el ejercicio 2009 (al recibirse los formularios de estos países de forma telemática), así como datos estadísticos de los turistas procedentes de España que los visitaron en el ejercicio 2008. Los resultados obtenidos se muestran en el cuadro siguiente, en el que además se indican a efectos comparativos los datos de la facturación emitida, a su vez, por España por los turistas recibidos de dichos países (datos calculados por este Tribunal cuyos resultados fueron expuestos en el epígrafe 1.3.1 de este Informe):

CUADRO N.º 29

Formularios emitidos e importes facturados a España por cada 10.000 turistas procedentes de España

País de destino/ procedencia	España deudora: Turistas procedentes de España					España acreedora: Turistas recibidos	
	N.º de turistas de España 2008 (A)	N.º form. recibidos por España 2009 (B)	Importe formularios recibidos por España (C)	Form. recibidos por cada 10.000 turistas (B)/(A)*10.000	Importe facturado a España por cada 10.000 turistas (C)/(A)*10.000	Form. emitidos por cada 10.000 turistas recibidos	Importe facturado por España por cada 10.000 turistas
ALEMANIA	552.568	21.790 (*)	4.878.795,21 (*)	394,3	88.293,12	48,3	15.295,84
BÉLGICA	230.260	7.298	7.342.267,03	316,9	318.868,54	153,7	24.112,79
FRANCIA	2.393.511	6.744	11.041.356,60	28,2	46.130,38	69	14.587,41
PORTUGAL	1.396.541	2.930	659.834,24	21,0	4.724,78	60,7	20.209,43
ITALIA	999.145	1.673 (*)	1.653.117,05 (*)	16,7	16.545,32	92	16.797,30
TOTAL/MEDIA	5.572.025	40.435	25.575.370,13	72,6	45.899,60	68,6	16.264,20

(*) Los datos de formularios recibidos por España incluyen los datos de las remesas de E-125 recibidas en el ejercicio 2009 que tuvieron su origen sólo en la utilización de TSE y CPS, si bien el número de formularios e importes de la remesa 321 de Alemania y la 59, procedente de Italia, incluidas entre dichos datos, se han considerado en su totalidad ya que, al no haberse facilitado por el INSS en soporte informático, no se han podido discriminar en el análisis efectuado los formularios de liquidación por la asistencia prestada en virtud de la utilización de dichos formularios de estancia temporal por motivos distintos a los médicos.

De acuerdo con el cuadro anterior, el INSS recibió 72,6 formularios por cada 10.000 turistas procedentes de España que visitaron los cinco países de la muestra analizada, apenas un 5,8% superior al número de formularios facturados por España por cada 10.000 turistas recibidos de estos Estados (68,2). Sin embargo, el importe promedio facturado al INSS por cada 10.000 turistas fue de 45.899,60 euros, superior en un 182,2% al mismo importe facturado por el INSS a los organismos de enlace de dichos países, que ascendió a 16.264,20 euros.

Los datos anteriores sobre facturación recibida muestran la existencia de dos grupos de países: por un lado, el conformado por Alemania y Bélgica, con cifras de formularios emitidos a España muy elevadas (394,3 y 316,9, respectivamente) en relación el otro grupo. Así, por otro lado se situaría el grupo formado por Francia, Portugal e Italia, cuyas cifras (28,2, 21 y 16,7, respectivamente) en ningún caso superaban el 50% del número promedio obtenido para el conjunto de la muestra (72,6).

Si Alemania fue el país que más formularios emitió a España por cada 10.000 turistas recibidos, por importe facturado fue Bélgica el país que destacó ampliamente, con un importe de 318.868,54 euros facturados por cada 10.000 turistas recibidos procedentes de España, un 594,7% superior a la cifra de 45.899,60 euros obtenida para el conjunto de países analizados.

Las cifras anteriores correspondientes a Alemania y Bélgica resultan todavía más extraordinarias si se comparan con los mismos datos de facturación pero referidos a los formularios emitidos por España por cada 10.000 turistas recibidos de dichos países:

– Con respecto a Alemania, la variación entre el número de formularios recibidos y el número de formularios emitidos por el INSS fue de un 716,4%; o lo que es lo mismo, por cada formulario emitido por España por prestar una asistencia sanitaria, Alemania expidió más de siete. A su vez, el importe facturado por Alemania por cada 10.000 turistas españoles recibidos superó en un 477,2% el importe expedido por España en relación con los turistas alemanes recibidos. Sobre las causas de esta elevada diferencia entre la gestión de la facturación de los turistas extranjeros advertida entre Alemania y España, a juicio de este Tribunal de Cuentas, pueden mencionarse, además de la posible existencia de una deficiente gestión en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la red pública española, la diferencia de precios existente entre ambos países, siendo más elevadas, con carácter general, las tarifas de las prestaciones sanitarias en Alemania.

– En el caso de Bélgica, la variación entre el número de formularios emitidos por este país por cada 10.000 turistas españoles recibidos en relación con el importe facturado también fue excesiva. Así, Bélgica emitió formularios cuyo importe por cada 10.000 turistas recibidos procedentes de España fue un 1.222,4% superior al mismo importe expedido por España por cada 10.000 turistas recibidos procedentes de dicho país.

El Tribunal de Cuentas, a través del análisis de las bases de datos de formularios de liquidación E-125 recibidos, ha comprobado que el 22,6% de los formularios facturados (1.648 formularios) por Bélgica a España correspondía a asegurados a cargo de Bélgica que eran titulares o beneficiarios de formularios de derecho E-121 con residencia habitual en nuestro país, representando su importe el 29,1% (2.135.870,56 euros) del importe total facturado por Bélgica a España en el ejercicio 2009, es decir, se trata de personas de nacionalidad belga que residían en España y que recibieron prestaciones sanitarias en su país de origen

Asimismo, el Tribunal de Cuentas ha constatado que, en el ejercicio 2009, el importe promedio por formulario recibido de Bélgica por la asistencia prestada a sus propios asegurados, fue de 1.296,04 euros, superior en un 40,6% el importe por formulario recibido de Bélgica por la asistencia prestada a asegurados españoles, que ascendió a 921,49 euros.

– Por otra parte, el gasto soportado por España por los asegurados a cargo de Francia residentes en nuestro país, titulares o beneficiarios de un formulario E-121, alcanzó en el ejercicio 2009 únicamente el 5,34% del número total de formularios de liquidación E-125 recibidos de Francia y el 6,03% de su importe, correspondientes a 360 formularios por importe de 666.252,79 euros. En el caso de Alemania, dichos porcentajes fueron del 3,9% en relación con el número de formularios y del 6,9% en cuanto al importe.

De igual forma el importe promedio por formulario facturado a España por las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a sus propios asegurados en el caso de Francia y Alemania superó, respectivamente, en un 13,8% y en un 78,5% el importe promedio facturado a España por la asistencia prestada a los asegurados españoles en estancia temporal en dichos países.

En consecuencia, la elevada cuantía del gasto asumido por España por las prestaciones sanitarias servidas a asegurados a cargo de Bélgica en estancia temporal en este país, muy superior a la correspondiente a otros Estados miembros, como Francia o Alemania, podría tener su origen en el cuantioso importe que representaron las prestaciones servidas a los asegurados belgas residentes en España, en estancia temporal en su país.

A juicio del Tribunal de Cuentas, ello podría denotar, en algún caso, un uso indebido de la TSE por parte de algunos de estos asegurados, y reforzaría, asimismo, la sugerencia de este Tribunal de que, por parte de la CACSSS, se delimitara expresamente la extensión de la estancia temporal en otro Estado miembro por motivos distintos a los médicos, lo que en último término facilitaría la consideración que deben realizar los profesionales sanitarios sobre la necesidad de prestar la asistencia sanitaria al interesado antes de su regreso, en función de la naturaleza de las prestaciones y de la duración prevista de la estancia.

En cualquier caso, las posibles desviaciones advertidas en la facturación que podrían derivarse de la asistencia sanitaria prestada a los asegurados de otros Estados miembros residentes en España durante estancia temporal en su país, han dejado de ser posibles desde la entrada en vigor de los nuevos Reglamentos, en virtud de los cuales los formularios de estancia temporal por motivos distintos a los médicos deberán ser emitidos por el país de aseguramiento y no por el país de residencia, regulación favorable para España por su condición de país eminentemente receptor de pensionistas extranjeros, y que hará disminuir, en buena medida, la facturación recibida por España.

1.3.3 España acreedora por cuotas globales.

Muchas de las incidencias y limitaciones señaladas en los dos epígrafes anteriores pueden extrapolarse a la gestión de la liquidación por cuotas globales, por lo que, para no incurrir en reiteraciones, la exposición de este epígrafe se limitará a incidencias concretas relativas a esta parte de la gestión.

Este epígrafe «España acreedora por cuotas globales», comprende la gestión de la facturación emitida por España a otros países por las prestaciones de asistencia sanitaria efectuadas a cargo de la Seguridad Social española a asegurados de otros países que residen habitualmente en España. Por ello, España factura a países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios por un importe fijo o cuota global por el número de asegurados, en función de los meses de residencia en España.

Las situaciones que dan lugar al cobro de estas cuotas globales son dos: a) familiares de trabajadores (formulario de derecho E-109), según lo dispuesto en el artículo 94 del Reglamento comunitario, y b) pensionistas y familiares de pensionistas (formulario de derecho E-121), según el artículo 95 del citado Reglamento.

Por cada formulario E-121 y por cada formulario E-109, el INSS emite un formulario de liquidación E-127, donde se detalla el número de cuotas globales que procede cobrar por cada uno de ellos, según el periodo en que el formulario haya estado en vigor a lo largo del año. El mes que causa alta, el formulario se cobra completo y el mes de baja no se cobra, salvo que se produzca exactamente el último día del mes.

Anualmente existen dos fases en los procedimientos de liquidación de cuotas: a) liquidación de cuotas del ejercicio anterior y b) remisión de escritos de cargo, cuando se conoce el importe de la última cuota global aprobada por la Comisión de Cuentas.

1.3.3.A) Liquidación de cuotas del ejercicio anterior.

A principios de cada ejercicio, el INSS efectúa la liquidación correspondiente a las cuotas globales del año natural anterior, es decir, remite la información de los extranjeros residentes en España y el número de cuotas correspondientes, en función del número de meses de residencia, pero sin consignar su importe, dado que a principios de año la Comisión de Cuentas todavía no ha aprobado la cuota correspondiente (v.gr.: la cuota de 2009 fue aprobada por la citada Comisión en noviembre de 2010).

La emisión de los formularios está informatizada, ejecutándose por el INSS a través de la aplicación informática ASIA. El inventario de cuotas globales se envía a cada país bien electrónicamente, bien en soporte papel, dependiendo de si existe o no acuerdo de intercambio telemático, a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior, acompañado de un escrito en el que se detalla el número de formularios de liquidación E-127 (ES) emitidos y las cuotas globales mensuales correspondientes, así como un listado-resumen por Dirección Provincial.

Asimismo, el INSS anticipa en la comunicación efectuada al país deudor que cuando se publique en el DOUE el importe de la cuota global correspondiente a España, lo pondrá en conocimiento del país para que efectúen la liquidación oportuna. Con este procedimiento, el país receptor de las cuotas (sin liquidación) puede ir efectuando sus revisiones y rechazando, en su caso, los formularios que estime oportunos.

Cuando el INSS realiza un envío lo anota en el aplicativo de ASIA «Gestión contable cuotas globales», de «Situación de créditos. España Acreedora», sin importe. Cuando se aprueba el importe de la cuota global y se comunica al país, se anota el importe cargado.

Según se abonen o se rechacen, se anotarán sucesivos abonos o rectificaciones disminuciones, a modo de «libro mayor».

Como se señala más adelante, uno de los principales riesgos del sistema de facturación mediante cuotas globales es la posible existencia de personas aseguradas por otros países que residen habitualmente en España, que por diversos motivos (por no perder privilegios fiscales o de otro tipo en su país, etc.) acuden a los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles en virtud de un formulario de derecho distinto a los formularios de derecho de residencia habitual (v.gr.: tarjeta sanitaria individual obtenida mediante el reconocimiento de derecho por carecer de recursos económicos suficientes, etc.), situación que se detalla en el apartado 3 de este Informe, con el consiguiente perjuicio económico para España.

Para validar la relación de personas residentes en España por las que el INSS factura por cuotas globales, y que acuden a los centros, servicios y establecimientos sanitarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en virtud de una tarjeta sanitaria individual, este Tribunal de Cuentas ha efectuado, entre otras, las siguientes verificaciones:

- Contrastar el número de pensionistas extranjeros mayores de 65 años que residen en España por los que el INSS percibía cuotas globales y el número de pensionistas que figuraban inscritos en los padrones municipales.
- Analizar la metodología para el cálculo de las cuotas globales correspondientes a España que efectúa la DGOSS, análisis que se realiza en el apartado 2 de este Informe.

1.3.3.B) Remisión de escritos de cargo al conocerse el importe de la última cuota global aprobada.

Los cálculos de las cuotas globales se presentan por cada país a la Comisión de Cuentas para su aprobación. En el caso de España, los importes de las cuotas globales (uno para el formulario de derecho E-121 y otro para el formulario E-109) se presentan por el Ministerio de Trabajo e Inmigración a través de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Una vez aprobadas y publicadas en el DOUE se comunican a los organismos de enlace.

Cada país tiene un procedimiento diferente de actuación, y algunos países presentan los importes de los ejercicios con mucho retraso. En el caso de España es bastante eficiente. Así, las cuotas globales españolas para el ejercicio 2008 se aprobaron en la reunión de la Comisión de Cuentas celebrada en noviembre de 2009 y las cuotas globales para el ejercicio 2009, en la reunión celebrada en noviembre de 2010. Conviene precisar que España es uno de los países que habitualmente consigue que se aprueben sus cuotas globales en el menor plazo, lo que supone un menor coste financiero derivado de esta facturación en comparación con otros Estados miembros.

De acuerdo con el subepígrafe anterior, la emisión de los formularios de liquidación se realiza por el INSS a través de la aplicación informática ASIA en función de los formularios de derecho E-109 y E-121 en vigor durante el ejercicio al que se refiere el inventario, aun cuando el importe de la cuota global del ejercicio no haya sido aprobado. El inventario de cuotas globales (es decir, el listado del número de cuotas a facturar sin importe) se envía a los países electrónicamente o en soporte papel, dependiendo de si existe o no acuerdo de intercambio telemático.

Una vez se publica en el DOUE el importe de la cuota global correspondiente a España, el INSS lo pone en conocimiento del país para que efectúen la liquidación oportuna. Así, el país receptor de las cuotas (sin liquidación) puede ir efectuando sus revisiones y rechazando, en su caso, los formularios que estime oportunos.

El siguiente cuadro muestra los importes de las cuotas globales de los 27 países de la Unión Europea, ordenados de mayor a menor, en función de los costes del ejercicio 2006, correspondientes al artículo 94 del Reglamento. El análisis de estas cuotas globales se efectúa en el apartado 2 de este Informe.

CUADRO N.º 30

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Importes de los costes medios mensuales de las prestaciones en especie abonadas a los miembros de la familia que no residen en el territorio del mismo Estado miembro donde reside el trabajador (artículo 94)

Países	2009	2008	2007	2006	2005	2004
NORUEGA	357,88	338,33	289,86	324	312,31	295,51
LUXEMBURGO	–	181,93	172,99	168,09	171,96	157,51
LIECHTENSTEIN	221,07	197,59	191,36	163,57	156,91	154
ITALIA	161,88	159,78	156,78	152,05	149	140,7
FRANCIA	–	151,92	147,79	138,95	130,02	122,29
REINO UNIDO	–	145,21	135,42	124,96	125,07	116,47
PAÍSES BAJOS	–	132,93	120,32	116,03	121,42	110,55
AUSTRIA	121,89	123,71	120,53	113,76	109,33	110,07
SUIZA	139,35	123,13	115,53	103,24	103,07	101,83
SUECIA	–	–	105,47	99,72	104,75	105,47
BÉLGICA	–	103,24	96,58	91,77	89,72	88,12
FINLANDIA	–	87,47	82,27	77,83	76	71,64
ALEMANIA	–	82,61	76,88	74,57	70,67	68,98
ESPAÑA	82,99	85,55	79,19	73,39	40,47	38,59
GRECIA	–	83,42	75,57	72,43	74,23	58,73
PORTUGAL	–	67,15	66,65	65,19	64,56	60,43
CHIPRE	–	–	49,41	46,19	40,14	39,41
ESLOVENIA	48,14	44,26	39,49	37,56	35,15	35,15
MALTA	–	–	–	36,27	36,01	35,76
REPÚBLICA CHECA	42,21	36,84	31,1	31,57	28,34	26,6
ESLOVAQUIA	–	30,73	26,4	23,79	18,86	15,09
LETONIA	–	32,39	24,24	21,58	15,49	–
HUNGRÍA	20,88	21,24	19,61	21,18	18,22	16,63
ESTONIA	25,72	26,42	21,97	17,17	15,34	13,61
LITUANIA	–	19,46	16,2	13,69	10,81	9,41
POLONIA	–	–	–	–	10,39	11,35
IRLANDA	–	–	–	–	–	235,17
IMPORTE PROMEDIO EUROPA	122,20	103,42	94,23	88,34	81,86	86,12
% DE DESVIACIÓN DE LA CUOTA DE ESPAÑA RESPECTO A LA MEDIA DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO Y SUIZA	32,09	17,28	15,96	16,93	50,56	55,19

Tipo de cambio empleado: el tipo de cambio del euro del día de publicación en el DOUE de los costes medios.

Como se desprende del cuadro anterior, España ocupa el puesto 14 de 27 en cuanto a importes de cuotas globales correspondientes al artículo 94 del Reglamento comunitario. Como se ha señalado anteriormente, las cuotas globales vienen a representar el coste medio de la asistencia sanitaria per cápita, con ciertas variantes, por lo que no parece razonable la posición que ocupa España respecto al resto de países de la Unión Europea.

Asimismo, la diferencia entre la cuota calculada por España respecto a la media europea fue inferior en un 55,19% en el ejercicio 2004 y en un 50,56% en el 2005, desviación bastante elevada.

A partir del ejercicio 2006, con la modificación del método de cálculo realizado por la DGOSS y aprobado por la CASSTM, esta diferencia ha ido disminuyendo. Aun así, la citada diferencia sigue siendo importante respecto a la media europea, debido, a juicio de este Tribunal de Cuentas, a dos motivos fundamentales, por un lado, a la dificultad y limitación

de obtener el dato cierto del coste medio de la asistencia sanitaria prestada en España a la que se refiere el apartado 2 de este Informe, y por otro lado, a la posibilidad de que España incluya menos prestaciones sanitarias que otros Estados miembros en su cuota global.

Por su parte, el artículo 95 del Reglamento 574/72 establece que la cuantía de las prestaciones en especie abonadas a los titulares de pensiones o de rentas y a los miembros de sus familias que no tengan derecho a prestaciones con arreglo a la legislación del Estado miembro en que residen será reembolsada por las instituciones competentes a las instituciones que hayan abonado dichas prestaciones, sobre la base de un tanto alzado lo más cercano posible de los gastos reales.

Para establecer este tanto alzado, se multiplicará el coste medio anual por titular de pensión o de renta por el número medio anual de los titulares de pensiones o de rentas que hayan de ser tenidos en cuenta, y se aplicará al resultado una reducción del veinte por ciento.

El siguiente cuadro muestra los importes de las cuotas globales de los 27 países de la Unión Europea, ordenados de mayor a menor, en función de los costes del ejercicio 2006, correspondientes al artículo 95 del Reglamento (CE) 574/72:

CUADRO N.º 31

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Importes de los costes medios mensuales de las prestaciones en especie abonadas a los titulares de pensiones o de rentas y a los miembros de sus familias (artículo 95)

Países	2009	2008	2007	2006	2005	2004
PAÍSES BAJOS		628,23	614,14	639,98	622,62	584,08
NORUEGA	648,42	610,86	550,50	576,96	541,00	520,84
LUXEMBURGO	–	575,08	562,16	515,49	478,90	477,43
LIECHTENSTEIN	469,61	422,55	378,55	351,98	338,15	333,48
FRANCIA	–	357,30	346,85	327,15	317,17	308,13
FINLANDIA	–	326,21	317,47	302,68	253,33	241,09
BÉLGICA	–	337,51	318,39	300,99	294,57	289,41
ALEMANIA	–	317,54	303,89	293,72	285,85	278,99
AUSTRIA	323,48	312,11	295,82	280,95	270,78	262,24
SUECIA	–	–	284,54	278,28	285,85	282,59
SUIZA	370,04	325,66	305,93	273,19	268,76	266,62
REINO UNIDO	–	383,68	250,61	239,15	231,21	215,27
ESPAÑA	265,86	232,76	216,17	205,40	224,14	201,08
ITALIA	192,27	188,03	184,88	180,30	176,81	168,39
GRECIA	–	168,82	156,78	144,61	150,66	116,13
PORTUGAL	–	126,33	123,03	118,66	116,58	108,36
ESLOVENIA	126,41	122,34	103,97	101,96	95,77	87,75
MALTA	–	–	–	98,64	97,39	92,48
REPÚBLICA CHECA	130,46	111,89	95,68	96,55	89,07	84,11
ESLOVAQUIA	–	93,43	79,92	71,79	58,14	44,39
HUNGRÍA	60,58	66,21	57,81	64,52	55,79	49,80
CHIPRE	–	–	66,08	62,53	54,44	51,35
ESTONIA	65,30	63,78	54,16	42,60	37,24	32,76
POLONIA	–	–	–	–	32,28	35,99
LITUANIA	–	52,65	43,27	35,35	30,15	24,57
LETONIA	–	37,77	30,42	25,57	17,82	–
IRLANDA	–	–	–	–	–	452,63
IMPORTE PROMEDIO EUROPA	265,24	266,40	239,21	225,16	208,63	215,77

Países	2009	2008	2007	2006	2005	2004
% DE DESVIACIÓN DE LA CUOTA DE ESPAÑA RESPECTO A LA MEDIA DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO Y SUIZA	-0,23	12,63	9,63	8,78	-7,43	6,81

Tipo de cambio empleado: el tipo de cambio del euro del día de publicación en el DOUE de los costes medios.

Como se desprende del cuadro anterior, las cuotas globales españolas son, en términos generales, inferiores a la media europea (en concreto, así fue en los ejercicios 2004, 2006, 2007 y 2008), lo que supuso un déficit de financiación para España dado que, como se ha comentado, el importe que deben pagar los países de la Unión Europea está en función del número de personas extranjeras residentes en España, multiplicado por el número de meses de residencia y por la cuota global.

La publicación de las cuotas globales españolas de un ejercicio inicia el procedimiento de comunicación a los países deudores de España del importe de las mismas. Esto se traduce en la remisión de escritos de cargo por cada envío efectuado en su día sin importe, correspondiente al ejercicio para el cual se aprueban los costes medios. Ello supone que los cargos emitidos en 2009 son los cargos correspondientes al ejercicio de liquidación 2007.

Además de los cargos correspondientes a la última cuota anual aprobada, cada ejercicio se envía a los países liquidaciones complementarias de los ejercicios anteriores, previamente liquidados. Ello puede ser debido a que los formularios de derecho emitidos por otros países que dan derecho a percibir prestaciones sanitarias, a veces se conforman en su «Parte B» en España con retraso, porque el titular o beneficiario tarda en acudir a un CAISS para su conformación.

Las cuotas globales en España se facturan mensualmente por cada pensionista y por cada familiar de pensionista que reside en España. Por el contrario, por los familiares de un trabajador a cargo de otro Estado que viven en España, con independencia del número de familiares que reciben asistencia sanitaria en virtud de dicho formulario de derecho, se factura una cuota por cada unidad familiar.

En el procedimiento de gestión de la facturación no intervienen ni los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas ni las Direcciones Provinciales del INSS (excepto, para estas últimas, si existen rechazos de los formularios de liquidación emitidos por los Servicios Centrales del INSS por parte de los organismos de enlace extranjeros).

1.3.3.C) Análisis de las remesas.

Al igual que en el procedimiento de gasto real, el Tribunal de Cuentas analizó una muestra de remesas emitidas por cuota global correspondientes al ejercicio 2008, liquidadas por el INSS en el ejercicio 2009, con unas conclusiones similares. A continuación se refleja el detalle de la muestra de países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios a que correspondían dichos cargos, y su representatividad sobre el número e importe total de los formularios de liquidación E-127 emitidos en el periodo de referencia.

CUADRO N.º 32

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Muestra de remesas emitidas por España en 2009

Países	N.º formularios	% Form. muestra/total form.	Importe	% Imp. muestra/imp. total
ALEMANIA	16.370	11,09	41.898.430,85	11,92
REINO UNIDO	71.846	48,68	189.266.114,34	53,84

TOTAL MUESTRA	88.216	59,77	231.164.545,19	65,76
TOTAL	147.574	100	351.545.662,95	100

El número de formularios seleccionados (88.216), perteneciente a estos dos Estados miembros, representó el 59,77% de los formularios de liquidación E-127 (ES) emitidos por el INSS, y el 65,76% (231.164.545,19 euros) del importe total de dichos formularios correspondientes al ejercicio 2009.

Los resultados del análisis de las remesas de la muestra seleccionada obtenidos por el Tribunal de Cuentas son los siguientes:

a) Al igual que sucedía con los formularios E-125, destaca la diversidad apreciada entre los dos países de la muestra en el procedimiento de remisión de los rechazos y el tiempo transcurrido desde el envío de los formularios por el organismo de enlace español hasta la recepción de los rechazos. En concreto, a fecha 25 de junio de 2010, los rechazos recibidos eran los siguientes:

CUADRO N.º 33

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Escritos de cargo emitidos por España y escritos de rechazo recibidos de otros países de la muestra

Países	Fecha de escrito del org. enlace español (A)	Intervalo de fechas desde el primer al último escrito del org. de enlace extranjero (B)	Dif. en días desde fecha escrito org. enlace español (A) - (B)
ALEMANIA	02/06/2009	12/10/2009-03/05/2010	132-335
REINO UNIDO	28/04/2009	13/05/2009-22/04/2010	15-359

Así, mientras que Alemania había remitido al organismo de enlace español un escrito mensual desde octubre de 2009 a mayo de 2010, Reino Unido remitió cuatro escritos sin periodicidad establecida.

El porcentaje de cuotas de la muestra que fueron rechazadas se sitúa en el 2,30% de las cuotas emitidas, con este desglose:

CUADRO N.º 34

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Formularios E-127 y cuotas emitidas y rechazadas de la muestra. Ejercicio 2009

Países	N.º de formularios emitidos	N.º de cuotas emitidas	N.º de cuotas rechazadas	% cuotas rechazadas/ emitidas
ALEMANIA	16.370	181.714	447	0,04
REINO UNIDO	71.846	814.291	22.517	2,26
TOTAL	88.216	996.005	22.964	2,30

De los dos países de la muestra destaca Reino Unido, con un porcentaje de cuotas rechazadas que ascendió al 2,26% del total de 996.005 cuotas.

El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que una vez que los organismos de enlace extranjeros envían los formularios E-127 (ES) rechazados, el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS consulta en la aplicación «ASIA» la procedencia

de los mismos. En caso de que considere correcto el rechazo de los formularios, remite un escrito a la Dirección Provincial del INSS competente para que proceda al archivo de los mismos. En caso de que a través de la aplicación «ASIA» no pueda realizarse la verificación, envía a las Direcciones Provinciales competentes un escrito para que informen al Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS sobre la procedencia o no de los rechazos.

b) El tiempo transcurrido desde la fecha de los distintos escritos de rechazo hasta la fecha en que el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS remitió los diferentes escritos con los formularios rechazados a las Direcciones Provinciales competentes, medido en número de días, se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 35

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Tiempo de envío a las direcciones provinciales del INSS de formularios de liquidación E-127 rechazados correspondientes a la muestra

Países	N.º de cuotas rechazadas	Tiempo desde fecha escrito de rechazo a fecha escrito de remisión a DD.PP. del INSS (en días)		
		Máximo	Mínimo	Promedio
ALEMANIA	447	350	98	224
REINO UNIDO	22.517	–	68	68

Cabe destacar las diferencias considerables advertidas en los tiempos de gestión en relación con los dos países de la muestra seleccionada, no siempre relacionadas con el volumen de cuotas rechazadas, puesto que:

– Alemania es el país cuyos rechazos demoraron más en llegar a las distintas Direcciones Provinciales del INSS, un promedio de 224 días, aun cuando el volumen de cuotas rechazadas correspondientes a Reino Unido era mucho más elevado.

– Este exceso en el tiempo de tramitación de los escritos de rechazos procedentes del organismo de enlace alemán contrasta con el tiempo de tramitación de los escritos recibidos del Reino Unido, con un promedio de 68 días.

En definitiva, este Tribunal de Cuentas considera excesivo el tiempo que transcurrió desde que se recibieron los escritos de rechazo del organismo de enlace alemán hasta que se reenviaron los correspondientes escritos a las Direcciones Provinciales del INSS competentes. Sin perjuicio de ello, las diferencias apreciadas entre países en la gestión de los escritos recibidos deberían ser subsanadas por el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS, sobre todo teniendo en cuenta que en dicho Servicio el reparto de la carga de trabajo entre los gestores se efectúa por países.

En cuanto a la gestión de los rechazos efectuada por las Direcciones Provinciales del INSS, a la fecha de realización de las pruebas de fiscalización por el Tribunal de Cuentas existían varias Direcciones Provinciales que no habían efectuado respuesta al escrito remitido por el INSS. Estas Direcciones Provinciales fueron las siguientes: Almería, Ávila, La Coruña, Girona, Huelva, Illes Balears, Murcia y Santa Cruz de Tenerife. No obstante, el porcentaje de respuesta de las Direcciones Provinciales del INSS para la gestión de los rechazos de formularios E-127 (ES) es mucho más elevado que el existente para los formularios E-125 (ES) (77% frente al 38%).

Por último, este Tribunal de Cuentas ha detectado en la Dirección Provincial del INSS en Málaga que el organismo de enlace del Reino Unido alega año tras año en determinadas ocasiones, como causa de rechazo de formularios E-127 (ES), la

ausencia del formulario de derecho correspondiente, aun cuando el mismo le haya sido remitido por el INSS en años anteriores. Esto ocasiona dilaciones en el procedimiento de gestión de los rechazos y una carga de trabajo innecesaria tanto para los Servicios Centrales del INSS como para sus Direcciones Provinciales, por lo que la DGOSS debe poner en conocimiento de la CACSSS esta situación a los efectos oportunos.

1.3.3.D) Análisis de la facturación emitida por cuotas globales.

Los importes facturados por España por cuotas globales en el ejercicio 2009, se muestran en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 36

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Cargos emitidos por cuotas globales desglosados por países. Informe estadístico ejercicio 2009

Países	Familiares de trabajadores		Pensionistas		Total cargos por cuotas globales		
	N.º form.	Importe	N.º form.	Importe	N.º form.	Importe	% N.º form. total form.
REINO UNIDO	151	99.354,45	71.959	170.000.057,41	72.110	170.099.411,86	48,86
FRANCIA	55	25.620,32	21.269	52.283.999,09	21.324	52.309.619,41	14,45
ALEMANIA	469	286.397,15	16.723	39.740.445,50	17.192	40.026.842,65	11,65
PAÍSES BAJOS	91	77.187,67	10.779	25.853.242,11	10.870	25.930.429,78	7,37
BÉLGICA	73	60.217,87	7.931	19.390.499,29	8.004	19.450.717,16	5,42
NORUEGA	11	10.057,13	4.134	10.226.155,32	4.145	10.236.212,45	2,81
SUECIA	2	1.504,61	3.013	7.274.240,81	3.015	7.275.745,42	2,04
DINAMARCA	4	3.405,17	2.888	6.926.124,33	2.892	6.929.529,50	1,96
ITALIA	34	23.044,29	2.851	7.134.553,47	2.885	7.157.597,76	1,95
FINLANDIA	1	950,28	2.658	6.443.972,37	2.659	6.444.922,65	1,80
PORTUGAL	28	16.419,32	958	2.251.455,28	986	2.267.874,60	0,67
IRLANDA	2	1.583,80	447	1.119.176,54	449	1.120.760,34	0,30
AUSTRIA	3	2.850,84	347	823.364,33	350	826.215,17	0,24
SUIZA	1	950,28	304	664.999,98	305	665.950,26	0,21
LUXEMBURGO	10	4.575,39	192	467.446,47	202	472.021,86	0,14
POLONIA	1	791,90	37	83.471,16	38	84.263,06	0,03
RUMANÍA	-	-	48	50.799,95	48	50.799,95	0,03
BULGARIA	-	-	27	33.074,01	27	33.074,01	0,02
GRECIA	-	-	20	51.880,80	20	51.880,80	0,01
HUNGRÍA	-	-	9	14.483,39	9	14.483,39	0,01
LITUANIA	-	-	8	19.347,60	8	19.347,60	0,01
REPÚBLICA CHECA	-	-	12	27.669,76	12	27.669,76	0,01
LIECHTENSTEIN	-	-	8	16.861,26	8	16.861,26	0,01
CHIPRE	-	-	1	2.161,70	1	2.161,70	-
ESLOVAQUIA	3	1.871,43	3	7.133,61	6	9.005,04	-
ESLOVENIA	-	-	-	-	-	-	-
ESTONIA	-	-	1	2.594,04	1	2.594,04	-
LETONIA	-	-	2	4.107,23	2	4.107,23	-
MALTA	-	-	2	5.188,08	2	5.188,08	-
ISLANDIA	-	-	4	10.376,16	4	10.376,16	-
TOTAL	939	616.781,90	146.635	350.928.881,05	147.574	351.545.662,95	100

Como se deduce del cuadro anterior, el 49% del total de formularios por cuotas globales emitidos por el INSS en el ejercicio 2009 correspondieron a asegurados del Reino Unido, el 14% a asegurados de Francia y el 125% a asegurados procedentes de Alemania.

Como se ha señalado anteriormente, las personas protegidas por la Seguridad Social de otros países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios, cuando residen habitualmente en España, tienen derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles. El INSS factura a los países en los que están aseguradas estas personas el importe de las cuotas globales aprobadas por la Comisión de Cuentas, en función del número de meses que anualmente residen en España.

Con la finalidad de validar el número de pensionistas extranjeros para los que el INSS emitió cuotas globales en el ejercicio 2009 (103.672 mayores de 65 años y 42.963 menores de 65 años), el Tribunal de Cuentas ha efectuado un análisis comparativo entre el número de pensionistas de nacionalidad extranjera, mayores de 65 años y empadronados en España a 1 de enero del año 2010, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, y el número de pensionistas residentes en España por los que el INSS emitió facturación a otros países por cuotas globales en el ejercicio 2009, sobre la base de que sería razonable inferir que existirán extranjeros mayores de 65 años (la mayoría no están en activo en la Seguridad Social) que residan en España que hayan solicitado la TSI de alguna Comunidad Autónoma o INGESA para acceder a prestaciones sanitarias servidas por los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles, por los que el INSS podría cobrar cuotas globales.

La columna de la derecha del cuadro ofrece la diferencia entre ambas magnitudes, si bien es necesario señalar la limitación que supone para el análisis el que las personas residentes en España que se empadronan en los correspondientes padrones municipales, al finalizar dicha residencia y regresar a sus países, con carácter general, no cancelan dicho empadronamiento:

CUADRO N.º 37

Facturación por personas mayores de 65 residentes en España y protegidas por la Seguridad Social de otros países

Países	N.º pensionistas extranjeros mayores 65 años empadronados en España a 1 enero 2010 (A)	Pensionistas residentes en España mayores de 65 años por los que el INSS percibió cuotas globales en el ejercicio 2009 (B)	Extranjeros pensionistas residentes en España por los que el INSS no percibió cuotas globales (C) = (A) – (B)
REINO UNIDO	90.105	50.085	40.020
ALEMANIA	51.648	12.112	39.536
ITALIA	11.638	2.109	9.529
SUIZA	6.615	203	6.412
PORTUGAL	5.896	790	5.106
RUMANÍA	4.537	118	4.419
SUECIA	6.343	1.939	4.404
NORUEGA	6.019	2.388	3.631
BÉLGICA	8.957	5.329	3.628
DINAMARCA	3.502	1	3.501
PAÍSES BAJOS	9.987	6.779	3.208
FINLANDIA	4.002	1.565	2.437
IRLANDA	2.256	360	1.896
BULGARIA	1.679	69	1.610
AUSTRIA	1.724	190	1.534
POLONIA	688	27	661
GRECIA	215	14	201

Países	N.º pensionistas extranjeros mayores 65 años empadronados en España a 1 enero 2010 (A)	Pensionistas residentes en España mayores de 65 años por los que el INSS percibió cuotas globales en el ejercicio 2009 (B)	Extranjeros pensionistas residentes en España por los que el INSS no percibió cuotas globales (C) = (A) – (B)
ISLANDIA	187	7	180
LITUANIA	146	13	133
HUNGRÍA	134	6	128
REPÚBLICA CHECA	89	6	83
LUXEMBURGO	170	115	55
ESLOVAQUIA	53	4	49
LETONIA	31	2	29
ESTONIA	16	1	15
MALTA	15	1	14
CHIPRE	8	0	8
LIECHTENSTEIN	7	1	6
ESLOVENIA	12	2.020	-2.008
FRANCIA	14.685	17.418	-2.733
TOTAL	231.364	103.672	127.692

Como se desprende del cuadro anterior, existen al menos 127.692 personas extranjeras mayores de 65 años que residen en España y que estaban debidamente empadronadas, y por las que el INSS no está facturando. Conviene recordar que el INSS solo puede cobrar por aquellos extranjeros que están residiendo en España que tengan emitido el correspondiente formulario de derecho⁽³⁹⁾.

⁽³⁹⁾ En el trámite de alegaciones del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, corrobora lo expresado por el Tribunal de Cuentas en relación a que el INSS sólo puede cobrar por aquellos extranjeros que están residiendo en España y que tengan emitido el correspondiente formulario de derecho.

En todo caso, esta cifra implica un riesgo de falta de facturación por parte del INSS, y es una cifra muy aproximada al número de personas extranjeras (197.418 personas incluidas las personas menores de 65 años) titulares de la TSI que, sin embargo, figuraban en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SITLGA) como personas sin derecho a asistencia sanitaria, a las cuales se hace referencia en el apartado 7 de este Informe.

Existen unos países en los que la diferencia entre el número de pensionistas mayores de 65 años empadronados en España y el número de pensionistas mayores de 65 años por los que España factura cuotas globales a otros países es bastante elevada. Entre otros, destaca Bulgaria, con un total de 1.679 pensionistas empadronados y sólo 69 por los que España facturó a Bulgaria por cuotas globales en el ejercicio 2009, así como Rumania (4.537 empadronados y sólo 118 facturados), Irlanda (2.256 frente a 360), Italia (11.638 frente a 2.109) y Portugal (5.896 frente a 790), por lo que el INSS debe especialmente verificar la situación del colectivo de estos países.

Por el contrario, en el caso de Francia, la diferencia de 2.733 personas se debe probablemente a los españoles que han cotizado en Francia y en su jubilación residen en España. El INSS percibe cuotas globales de Francia por dichas personas, puesto que la asistencia sanitaria está a cargo de Francia, pero no están incluidas en la primera columna del cuadro, puesto que no son personas extranjeras, a pesar de estar a cargo de la Seguridad Social de otro país.

1.3.4 España deudora por cuotas globales.

Por el total de personas aseguradas por la Seguridad Social española que residen en países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios, el INSS recibe, aunque sin periodicidad alguna, información de la facturación. Así, cada país que factura a España actúa de una forma diferente; unos países remiten la liquidación con el número

de formularios y otros esperan a tener el importe de la cuota para enviar la liquidación del año correspondiente.

Con los países para los que existe acuerdo de aceleración de créditos, España debe satisfacer, en un plazo máximo de seis meses, el 90% (80% en el caso de Italia) del importe resultante de multiplicar el número de cuotas globales resultante de la liquidación de los formularios E-127 de los distintos países por el último importe medio aprobado.

El control de las remesas realizado por el INSS es totalmente manual para todos los países, dado que se reciben los formularios en soporte papel, con la dificultad de establecer un adecuado control sobre esta deuda, por lo que existe un alto riesgo de existencias de deficiencias y errores, por el gran volumen de documentación que debe gestionar el INSS de forma completamente manual.

Por ello, este Tribunal de Cuentas no ha podido efectuar ninguna comprobación a través del estudio y valoración de bases de datos, como sí pudo realizar para las situaciones anteriormente mencionadas en este Informe, si bien sí solicitó una muestra de cargos emitidos en soporte papel por organismos de enlace extranjeros para efectuar su análisis.

1.3.4.A) Análisis de las remesas.

El Tribunal de Cuentas solicitó una muestra de cargos emitidos por organismos de enlace extranjeros al INSS correspondientes al ejercicio 2009. El detalle de la muestra de países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios a que correspondían dichos cargos, y su representatividad sobre el número e importe total de los formularios de liquidación E-127 recibidos en el periodo de referencia, era el siguiente:

CUADRO N.º 38

ESPAÑA DEUDORA CUOTAS GLOBALES

Muestra de cargos recibidos correspondientes al ejercicio 2009

Países	N.º formularios	% form./total form.	Importe	% Imp./imp. total
ALEMANIA	70	4,06	204.233,74	3,80
FRANCIA	112	6,50	381.176,11	7,20
TOTAL MUESTRA	182	10,56	585.409,85	11,00
TOTAL	1.724	100	5.321.679,09	100

La muestra seleccionada, perteneciente a dos Estados miembros, representó el 10,56% de los formularios de liquidación E-127 recibidos por el INSS y el 11,00% del importe total de dichos formularios correspondientes al ejercicio 2009.

Los resultados del análisis de las remesas de la muestra seleccionada obtenidos por el Tribunal de Cuentas son los siguientes:

– El período transcurrido desde que los organismos de enlace extranjeros enviaron los formularios de liquidación al INSS y el INSS remitió en soporte papel dichos formularios a las Direcciones Provinciales, medido en días, fue el siguiente:

CUADRO N.º 39

ESPAÑA DEUDORA CUOTAS GLOBALES

Escritos de cargo recibidos por España y escritos de envío a las Direcciones Provinciales

Países	Fecha del primer escrito del organismo de enlace extranjero (A)	Intervalo de fechas de envío de los formularios por los SS.CC. del INSS a las DD.PP. (B)	Diferencia en días desde fecha escrito org. enlace hasta envío a las DD.PP. (B) - (A)
ALEMANIA	12/02/2009	26/02/2009 – 9/6/2009	14-117
FRANCIA	22/05/2009	07/07/2009 – 7/10/2009	45-138

Por lo que se refiere a las remesas de Alemania, el INSS envió a las Direcciones Provinciales 29 escritos en total: 19 a los 14 días de recibir el primer escrito del organismo de enlace alemán, 6 a los 15 días, y 2 a los 17 y a los 117 días. En el caso de Francia, el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS envió a las Direcciones Provinciales 32 escritos en total, uno en el plazo de 45 días desde la remisión del escrito del organismo de enlace extranjero, y 31 en el plazo de 138 días.

A diferencia de lo que sucedía con el envío a las Direcciones Provinciales por parte del Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS de los formularios de liquidación E-125 (ES) rechazados por los organismos de enlace extranjeros, y de los formularios de liquidación E-125 enviados por dichos organismos de enlace extranjeros, donde se apreciaba una mayor demora en los envíos a las Direcciones Provinciales correspondientes a Alemania, en este caso no se apreciaron retrasos por parte del Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS de los formularios de liquidación E-127 que integraban la muestra.

– A la fecha en que este Tribunal solicitó la muestra de remesas, algunas Direcciones Provinciales no habían remitido todavía ningún escrito de contestación al INSS, a pesar del tiempo transcurrido. Estas Direcciones Provinciales fueron las siguientes: Barcelona, Cáceres, Girona, Madrid, Santa Cruz de Tenerife y Valencia (al menos 265 días sin respuesta correspondiente a envíos de formularios de liquidación E-127 correspondientes al organismo de enlace francés), así como Badajoz y Castellón (489 días sin respuesta relativa a envíos de formularios de liquidación E-127 correspondientes al organismo de enlace alemán).

CUADRO N.º 40

ESPAÑA DEUDORA CUOTAS GLOBALES

Promedio días de respuesta de las Direcciones Provinciales a los Servicios Centrales del INSS

Dirección Provincial	Número de formularios	% Formularios enviados por el INSS a las DD.PP. respecto al total	Promedio de días de respuesta de las DD.PP. a los servicios centrales del INSS
MÁLAGA	2	1,10	179
MADRID	20	10,99	175
PALMA DE MALLORCA	7	3,85	149
TARRAGONA	2	1,10	144
NAVARRA	2	1,10	114
BARCELONA	27	14,84	110
ALICANTE	11	6,04	86
MURCIA	2	1,10	66
GRANADA	3	1,65	63

GUIPÚZCOA	14	7,69	50
ORENSE	1	0,55	49
ZARAGOZA	9	4,95	37
LEÓN	4	2,20	37
SEVILLA	9	4,95	28
PONTEVEDRA	3	1,65	28
HUELVA	3	1,65	26
ALMERÍA	5	2,75	24
OTRAS	43	23,63	14
SIN RESPUESTA	15	8,25	–
TOTAL	182	100	76,58

De acuerdo con el cuadro anterior, las Direcciones Provinciales del INSS que sí respondieron a los requerimientos de los Servicios Centrales del INSS pero más días demoraron su respuesta fueron las correspondientes a las provincias de Málaga, Madrid, Palma de Mallorca, Tarragona, Navarra y Barcelona, todas ellas con un tiempo de respuesta superior a los 100 días.

En todo caso, el porcentaje de respuesta de las Direcciones Provinciales en las remesas de cuotas globales es mucho más elevado que en el caso de gasto real. Una de las razones que ocasionan este hecho es que en las respuestas a incidencias de formularios de liquidación E-127 enviados por los organismos de enlace extranjeros no interviene ninguna entidad aparte de dichas Direcciones Provinciales, a diferencia de la gestión de los rechazos de gasto real, donde también intervienen las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las mismas.

Por último, en cuanto a los motivos de rechazo de las Direcciones Provinciales del INSS de los formularios E-127 de los organismos de enlace extranjeros, enviados por el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones del INSS, fueron los siguientes:

CUADRO N.º 41

ESPAÑA DEUDORA CUOTAS GLOBALES

Número de formularios E-127 rechazados de la muestra por las Direcciones Provinciales, clasificados por motivo de rechazo

Motivo del rechazo	Formularios rechazados por las DD.PP.	
	N.º	% N.º/total
1. LIQUIDACIONES DUPLICADAS	22	54
2. RECHAZO SIN MOTIVAR POR LA DP	6	15
3. NO ENCONTRADO EL FORMULARIO DE DERECHO	2	5
4. TITULAR FALLECIDO	2	5
5. EL FORMULARIO PERTENECE A OTRA DP	2	5
6. SIN CUMPLIMENTAR «PARTE B» DEL FORMULARIO DE DERECHO	1	3
7. OTROS MOTIVOS	5	13
TOTAL	40	100

El 54% de los formularios fueron rechazados por estar duplicada la factura (es decir, por existir un formulario E-127 para la misma persona y por el mismo periodo). Otros motivos de rechazo fueron que en la Dirección Provincial no constara el formulario de

derecho, que no estuviera cumplimentada la «Parte B» del formulario, o que el titular hubiera fallecido, entre otras razones.

1.3.4.B) Facturación recibida por cuotas globales.

El siguiente cuadro muestra la facturación recibida por España por cuotas globales de países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios:

CUADRO N.º 42

ESPAÑA DEUDORA CUOTAS GLOBALES

Facturación recibida en el ejercicio 2009. Informe estadístico

Países	N.º formularios	Importe
FRANCIA	959	381.176,11
ALEMANIA	253	592.023,14
ITALIA	185	372.939,05
PORTUGAL	66	50.552,12
SUIZA	54	–
GRECIA	54	67.291,23
REPÚBLICA CHECA	43	341.553,84
HUNGRIA	37	3.342.680,00
AUSTRIA	35	110.012,30
REINO UNIDO	21	–
LUXEMBURGO	10	53.405,20
LITUANIA	5	6.432,66
BÉLGICA	1	573,48
FINLANDIA	1	3.039,96
TOTAL	1.724	5.321.679,09

El número de formularios que recibió España en 2009 (1.724) es sustancialmente menor al que emitió España (147.574).

Más de la mitad de los formularios recibidos en España procedían de Francia que, como se ha señalado anteriormente, tiene una cuota global para pensionistas un 60% superior a la española, lo que pone de manifiesto que, además de los problemas de gestión propios del INSS de estas remesas, el principal riesgo para España es la posible infravaloración de la cuota global al efectuar su cálculo.

1.3.5 Cobros y pagos.

Los formularios de liquidación emitidos por los países acreedores son remitidos por conducto de los distintos organismos de enlace a las instituciones competentes para su revisión y posterior aceptación o rechazo.

Los organismos de enlace tienen encomendada, asimismo, la gestión de los cobros y pagos de las distintas remesas.

El artículo 102 del Reglamento (CEE) 574/72, relativo a las formas de reembolso, establece en sus apartados 3 y 4, lo siguiente:

«3. Cuando su determinación esté basada en el importe efectivo de las prestaciones abonadas, reflejado por la contabilidad de las instituciones, los reembolsos serán efectuados, en la parte correspondiente a cada semestre civil, dentro del semestre civil siguiente.

4. Cuando su determinación esté basada en un tanto alzado, los reembolsos serán efectuados por cada año civil. En tal caso, las instituciones competentes pagarán

anticipos a las instituciones acreedoras el primer día de cada semestre civil, según las modalidades fijadas por la Comisión administrativa.

Asimismo, el artículo 102 establece la posibilidad de que las autoridades competentes de dos o de varios Estados miembros concierten «otros plazos para los reembolsos u otras modalidades para el pago de los anticipos».

Al amparo de dicho artículo, y con la finalidad de acelerar y agilizar la liquidación de los créditos recíprocos en aplicación de los artículos 93, 94 y 95 del Reglamento (CEE) 574/72, desde octubre de 1997, la autoridad competente española ha venido suscribiendo acuerdos de agilización de créditos con las respectivas autoridades competentes de Bélgica, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia, en virtud de los cuales, los países que resultan deudores realizan anticipos de un porcentaje de la facturación (90%, con carácter general) en el plazo de los seis meses siguientes a la recepción de la notificación de los créditos.

Los importes efectivamente cobrados y pagados por el INSS anualmente no se corresponden con la facturación emitida y recibida en el ejercicio en que se producen, sino que proceden en su mayor parte de liquidaciones de ejercicios anteriores, referidas a su vez a prestaciones sanitarias servidas a lo largo de varios ejercicios. En base a ello, dichos importes se contabilizan en el INSS cuando se produce la entrada o salida efectiva de los fondos, es decir, conforme a un estricto criterio de caja.

Por tanto, la última fase del procedimiento de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria internacional es la constituida por la entrada material de fondos procedentes de los organismos de enlace de los Estados miembros, es decir, por los cobros recibidos de dichos organismos para compensar las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas a sus respectivos asegurados en los centros, establecimientos y servicios de la red pública española (España acreedora); o también, la constituida por las salidas materiales de fondos propuestas por el INSS en pago de las remesas recibidas por la asistencia prestada a nuestros asegurados en el territorio de los Estados miembros (España deudora).

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Informe, España es un país eminentemente receptor de turismo, circunstancia que en la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria le sitúa en una situación predominantemente acreedora, lo cual redundará en la corriente de cobros recibidos y pagos efectuados en cada ejercicio, resultando los primeros muy superiores a los segundos.

En consecuencia, de acuerdo con los datos que figuran en el Informe estadístico del INSS, a lo largo del ejercicio 2009 se recibieron de los Estados miembros abonos por un total de 369.106.506,98 euros, cifra un 912,56% superior al importe total de los pagos efectuados por España en el mismo periodo, que ascendieron a 36.452.879,07 euros.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 107.2 del Reglamento (CEE) 574/72, la conversión de monedas debe efectuarse con arreglo al cambio oficial del día del pago, circunstancia que, en el caso de España, afecta al reembolso que efectúa el INSS de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas a nuestros asegurados en estancia temporal o residencia habitual en el territorio de Estados comunitarios que no forman parte de la zona euro (en el año 2009, Bulgaria, Dinamarca, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia) o en el territorio de Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

1.3.5.A) Cobros recibidos en el ejercicio 2009.

El procedimiento interno que se desarrolla en el INSS en relación con el cobro de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas en centros, servicios y establecimientos de la red sanitaria pública española a asegurados a cargo de otro Estado miembro, es el siguiente:

– En virtud del principio de caja única, los abonos procedentes de los organismos de enlace extranjeros se realizan íntegramente en una cuenta de ingresos de la TGSS

abierta en una Entidad Financiera. Cuando se produce un ingreso, la TGSS remite copia del extracto a la Intervención Delegada en los Servicios Centrales del INSS que, a su vez, solicita por escrito a la Subdirección General de Prestaciones la concreción del crédito a que corresponde, con el fin de obtener la información necesaria para su imputación contable.

– La identificación del crédito a que corresponde el ingreso recibido es difícil a veces por la falta de detalle del organismo ordenante al efectuar la transferencia o por no coincidir su importe con ninguno de los cargos emitidos por España cuando existen formularios rechazados; si bien los organismos de enlace suelen remitir con carácter previo al ingreso un escrito donde, de forma más o menos detallada, informan al INSS del pago que van a efectuar.

Una vez identificado el cargo a que se refiere el ingreso recibido, y comunicado a la Intervención Delegada, ésta lo comunica a la TGSS para que confeccione el oportuno documento «FI» (Resumen contable de formalización de ingresos realizados).

– Los cobros procedentes de los organismos de enlace extranjeros se imputan al código extrapresupuestario 20333 «Convenios Internacionales» conforme a un estricto criterio de caja, es decir, se imputan al ejercicio en que se produce la entrada material de fondos, no al ejercicio en que efectivamente se produce la prestación.

– Una vez que existe constancia del cobro, desde el Servicio de Gestión Internacional de Prestaciones se procede a su anotación en la opción de ASIA «Situación de créditos. España acreedora». En consecuencia, los cobros de los créditos emitidos se registran globalmente en la aplicación ASIA, ya que esta aplicación, al igual que no permite conocer de forma individualizada si un formulario en concreto es rechazado o aceptado posteriormente por el organismo de enlace receptor, tampoco permite conocer si un determinado formulario es finalmente cobrado o no. Esta situación, a juicio de este Tribunal, supone un significativo defecto de gestión que debe subsanar el INSS al objeto de mejorar la gestión de los cobros y pagos con el fin de conocer, en todo momento, las facturas cobradas y las que no.

El cuadro siguiente muestra los datos de los cobros recibidos por España durante el ejercicio 2009, detallados por países y por tipo de forma de determinación del reembolso, obtenidos del Informe estadístico del INSS de dicho ejercicio:

CUADRO N.º 43

ESPAÑA ACREEDORA

Cobros recibidos. Ejercicio 2009

Países	Cobros recibidos de organismos extranjeros. Ejercicio 2009					
	Gasto real		Costes medios		Total	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
ALEMANIA	16.075.871,53	18,08	39.477.145,85	14,09	55.553.017,38	15,05
AUSTRIA	247.525,28	0,28	687.235,12	0,25	934.760,40	0,25
BÉLGICA	3.797.740,68	4,27	16.832.385,45	6,01	20.630.126,13	5,59
BULGARIA	11.692,53	0,01	–	–	11.692,53	–
CHIPRE	–	–	–	–	–	–
DINAMARCA	226.304,57	0,25	7.692.015,07	2,75	7.918.319,64	2,15
ESLOVAQUIA	168.130,94	0,19	7.059,51	–	175.190,45	0,05
ESLOVENIA	17.215,51	0,02	–	–	17.215,51	–
ESTONIA	34.696,36	0,04	2.594,04	–	37.290,40	0,01
FINLANDIA	2.012.209,74	2,26	6.414.846,17	2,29	8.427.055,91	2,28
FRANCIA	11.812.243,15	13,28	46.563.584,73	16,62	58.375.827,88	15,82
GRECIA	264.208,20	0,30	153.176,47	0,05	417.384,67	0,11

Países	Cobros recibidos de organismos extranjeros. Ejercicio 2009					
	Gasto real		Costes medios		Total	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
HUNGRÍA	86.237,52	0,10	–	–	86.237,52	0,02
IRLANDA	–	–	–	–	–	–
ISLANDIA	43.157,16	0,05	–	–	43.157,16	0,01
ITALIA	4.771.579,71	5,37	5.690.104,45	2,03	10.461.684,16	2,83
LETONIA	50.984,92	0,06	12.253,83	–	63.238,75	0,02
LIECHTENSTEIN	–	–	–	–	–	–
LITUANIA	63.260,69	0,07	14.699,56	0,01	77.960,25	0,02
LUXEMBURGO	68.686,84	0,08	433.771,83	0,15	502.458,67	0,14
MALTA	10.505,00	0,01	9.501,48	–	20.006,48	0,01
NORUEGA	2.873.027,21	3,23	10.313.677,89	3,68	13.186.705,10	3,57
PAÍSES BAJOS	1.815.715,96	2,04	23.042.113,03	8,22	24.857.828,99	6,73
POLONIA	637.655,20	0,72	–	–	637.655,20	0,17
PORTUGAL	3.951.960,25	4,44	18.510,80	0,01	3.970.471,05	1,08
REINO UNIDO	34.532.084,47	38,83	116.323.838,90	41,52	150.855.923,37	40,87
REP. CHECA	205.729,14	0,23	27.669,76	0,01	233.398,90	0,06
RUMANÍA	740.391,53	0,83	–	–	740.391,53	0,20
SUECIA	4.400.812,26	4,95	6.470.231,02	2,31	10.871.043,28	2,95
SUIZA	465,67	–	–	–	465,67	–
TOTAL	88.920.092,02	100	280.186.414,96	100	369.106.506,98	100

De los datos anteriores y de las comprobaciones efectuadas por el Tribunal de Cuentas cabe concluir lo siguiente:

– El importe de los cobros recibidos por España por la asistencia prestada a asegurados a cargo de otros países ascendió a un total de 369.106.506,98 euros: el 24,1% (88.920.092,02 euros), correspondiente a los reembolsos determinados por su coste efectivo o gasto real y el 75,9% restante, relativo a los reembolsos determinados a tanto alzado o por el sistema de costes medios.

– Más del 70% del importe total de los cobros recibidos durante el ejercicio 2009 correspondieron exclusivamente a tres países, destacando ampliamente los cobros recibidos de Reino Unido, que representaron el 40,87% del importe total ingresado por España en dicho periodo, y en menor medida, los ingresos procedentes de Francia y Alemania, con porcentajes del 15,82% y del 15,05%, respectivamente, sobre dicho importe total.

– Los importes cobrados por el INSS en el ejercicio 2009 no correspondían a la facturación emitida en dicho ejercicio, sino que procedían, en su mayor parte, de liquidaciones de ejercicios anteriores, referidas a su vez a prestaciones sanitarias servidas en los centros sanitarios de la red pública española a lo largo de varios ejercicios.

– En consonancia con lo anterior, hay que señalar que, con carácter general, por parte de los organismos extranjeros no se dio cumplimiento a las prescripciones del precitado artículo 102, apartados 3 y 4, es decir, ni los créditos determinados en función del importe efectivo de las prestaciones abonadas por España se reembolsaron en todo caso en el semestre civil siguiente; ni se produjeron anticipos, en el primer día de cada semestre civil, en relación con los créditos determinados en función de un tanto alzado.

– Esta dilatación de los periodos de cobro, a juicio del Tribunal de Cuentas, podría deberse a que la normativa comunitaria aplicable en la materia en dicho periodo (Reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72) no tenía previsto el cobro de intereses por los créditos atrasados (circunstancia que ha variado con la entrada en vigor de los nuevos Reglamentos, en los que se prevén plazos de presentación y pago de los créditos, la posibilidad de aplicar intereses de demora, y un plazo máximo para resolver las

impugnaciones de crédito, cambio normativo apropiado, a juicio de este Tribunal, que redundará en una mayor agilización de los pagos).

– Este Tribunal ha podido comprobar que sólo en el caso de los siete países (como se ha indicado, Bélgica, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia) con los que España tenía suscrito un convenio de agilización de créditos se recibieron abonos anticipados, si bien tampoco se cumplió en todo caso el plazo del «semestre siguiente al de la recepción de la carta de presentación de los créditos notificados», límite temporal previsto en todos los acuerdos de agilización de créditos suscritos.

En efecto, según ha podido comprobar el Tribunal de Cuentas, durante el ejercicio 2009, dos de estos siete Estados miembros, en concreto Italia y Portugal, efectuaron sus anticipos sobre créditos determinados por el coste efectivo con un considerable retraso. A modo de ejemplo, el crédito por gasto real correspondiente al primer semestre de 2008, aun cuando les fue notificado por el INSS en septiembre de 2008, no fue satisfecho por sus respectivos organismos de enlace hasta julio de 2009, es decir, con cuatro meses de retraso con respecto al plazo límite de seis meses establecido en los convenios.

A mayor abundamiento, el Tribunal de Cuentas ha comprobado que tampoco los convenios de agilización de créditos suscritos por España prevén el cobro de intereses por el pago atrasado de los anticipos, circunstancia que, a juicio de este Tribunal, debería ser modificada con el fin de hacer efectiva la agilización del procedimiento.

– Consecuencia última de todo lo anterior era el importante número y cuantía de los saldos de créditos atrasados que, a 31 de diciembre de 2009, estaban pendientes de satisfacer a España por las instituciones correspondientes de cada país deudor, detallados en el subepígrafe 1.3.5.C) que ascendió a 138.680.639,60 euros.

1.3.5.B) Pagos efectuados en el ejercicio 2009.

El procedimiento para el pago de las prestaciones en especie de asistencia sanitaria servidas a asegurados a cargo de España en estancia temporal o residencia habitual en el territorio de otros Estados miembros, de forma sucinta, es el siguiente:

– Tanto en el caso de los reembolsos determinados por el coste efectivo de las prestaciones servidas como en el de los reembolsos determinados por el sistema de costes medios, el procedimiento para el pago se inicia con la confección por parte de la Subdirección General de Gestión de Prestaciones del INSS del certificado y del documento contable «OE.K» (Propuestas de pago por operaciones extrapresupuestarias) y su remisión a la Intervención Delegada en los Servicios Centrales del INSS para su validación.

– Una vez validado el documento «OE.K», es remitido desde la Intervención Delegada a Ordenación de Pagos y Gestión de Fondo de Reserva de la TGSS, que ordena al Banco de España que efectúe un pago material a la cuenta corriente del organismo de enlace extranjero.

– Los pagos efectuados a los organismos de enlace extranjeros se imputan al código extrapresupuestario 10332 «Convenios Internacionales» conforme a un estricto criterio de caja, es decir, se imputan al ejercicio en que se produce la salida material de fondos, no al ejercicio en que efectivamente se sirvieron a los asegurados las prestaciones en especie de asistencia sanitaria.

– Paralelamente, desde la Subdirección General de Gestión de Prestaciones del INSS se remite un escrito al país correspondiente, mediante el que se comunica que se han dado instrucciones para el pago de la remesa correspondiente, anotándose el abono ordenado en la opción de ASIA «Situación de créditos. España deudora». En consecuencia, los pagos de los cargos recibidos se registran globalmente en la aplicación ASIA, ya que esta aplicación, como se ha reiterado, no ofrece información detallada de las vicisitudes de cada formulario posteriores a su emisión, por lo que es imposible conocer si un formulario determinado es finalmente pagado, situación que, a juicio del Tribunal de Cuentas, debería ser subsanada por el INSS por suponer una importante deficiencia de gestión.

– Los pagos se efectúan en la moneda del país que emite el cargo, si bien el tipo de cambio existente a la fecha de la confección del «OE.K» no es el mismo que el vigente a la fecha de pago por el Banco de España, lo que provoca diferencias de cambio que, a efectos contables, se resuelven mediante «OE.K» positivos y negativos.

A continuación se muestran los pagos efectuados por España durante el año 2009 en euros, obtenidos del Informe estadístico del INSS:

CUADRO N.º 44

ESPAÑA DEUDORA

Pagos realizados. Ejercicio 2009

Países	Pagos realizados a organismos extranjeros (euros). Ejercicio 2009					
	Gasto real		Costes medios		Total	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
ALEMANIA	3.862.216,14	12,41	1.362.602,00	25,60	5.224.818,26	14,33
AUSTRIA	603.515,32	1,94	88.005,96	1,65	691.521,30	1,90
BÉLGICA	4.994.432,56	16,04	323.591,28	6,08	5.318.024,00	14,59
BULGARIA	2.040,76	0,01	–	–	2.040,76	0,01
CHIPRE	–	–	–	–	–	–
DINAMARCA	23.276,85	0,07	–	–	23.276,85	0,06
ESLOVAQUIA	1.427,24	–	–	–	1.427,24	–
ESLOVENIA	17.549,34	0,06	–	–	17.549,34	0,05
ESTONIA	10.202,39	0,03	–	–	10.202,39	0,03
FINLANDIA	1.196.465,42	3,84	2.893,08	0,05	1.199.358,54	3,29
FRANCIA	13.937.206,27	44,77	3.010.369,28	56,56	16.947.576,00	46,49
GRECIA	2.116,50	0,01	–	–	2.116,50	0,01
HUNGRÍA	192,16	–	–	–	192,16	–
IRLANDA	1.848,15	0,01	–	–	1.848,15	0,01
ISLANDIA	293,56	–	–	–	293,56	–
ITALIA	1.002.208,79	3,22	14.119,78	0,27	1.016.328,60	2,79
LETONIA	26,05	–	–	–	26,05	–
LIECHTENSTEIN	331,68	–	–	–	331,68	–
LITUANIA	–	–	–	–	–	–
LUXEMBURGO	140.900,67	0,45	–	–	140.900,67	0,39
MALTA	23.776,16	0,08	–	–	23.776,16	0,07
NORUEGA	15.543,62	0,05	–	–	15.543,62	0,04
PAÍSES BAJOS	2.534.147,13	8,14	231.169,78	4,34	2.765.316,99	7,59
POLONIA	101.311,22	0,33	–	–	101.311,22	0,28
PORTUGAL	84.286,25	0,27	–	–	84.286,25	0,23
REINO UNIDO	96.561,20	0,31	122.700,48	2,31	219.261,68	0,60
REP. CHECA	72.914,42	0,23	2.947,52	0,06	75.861,94	0,21
RUMANÍA	1.208,05	–	–	–	1.208,05	–
SUECIA	1.525.891,86	4,90	–	–	1.525.891,92	4,19
SUIZA	878.465,24	2,82	164.124,91	3,08	1.042.590,19	2,86
TOTAL	31.130.355,00	100	5.322.524,07	100	36.452.880,07	100

De los datos anteriores y del análisis efectuado por el Tribunal de Cuentas cabe destacar lo siguiente:

– El importe de los pagos realizados por España por la asistencia prestada a sus asegurados en establecimientos sanitarios de otros países miembros ascendió a un total

de 36.452.880,07 euros, correspondiendo el 85,4% (31.130.355 euros) a reembolsos determinados por su coste efectivo (con origen, principalmente, en la asistencia sanitaria prestada a asegurados españoles en estancia temporal en el territorio de otro Estado miembro). A su vez, los reembolsos realizados por España con origen en la asistencia sanitaria prestada a asegurados a cargo de nuestro país con residencia habitual en otro Estado miembro, determinados por el sistema de costes medios, alcanzaron sólo el 14,6% (5.322.524,07 euros) del importe total.

– Casi la mitad del importe total de los pagos efectuados durante el ejercicio 2009 correspondieron exclusivamente a Francia, con un porcentaje del 46,49% del importe total satisfecho en dicho periodo. Asimismo, destacan los pagos realizados a Bélgica y Alemania, con porcentajes del 14,59% y del 14,33%, respectivamente, sobre dicho importe total.

– Los importes pagados por el INSS a los organismos de enlace de los otros Estados miembros en el ejercicio 2009 no se referían a los créditos recibidos en dicho ejercicio, sino que, en su mayor parte, correspondían a liquidaciones de ejercicios anteriores, referidas a su vez a prestaciones sanitarias servidas a nuestros asegurados por las Instituciones del lugar de estancia o residencia a lo largo de varios ejercicios.

– Asimismo, hay que indicar que, con carácter general, el INSS, al igual que el resto de los organismos de enlace de los Estados miembros, y probablemente como consecuencia de que la normativa aplicable no establece ni un plazo máximo para el reembolso de los créditos emitidos, ni tampoco el devengo de intereses por los créditos atrasados, tampoco dio cumplimiento a las prescripciones del artículo 102, apartados 3 y 4 que establecen los plazos para efectuar los reembolsos.

– El INSS sólo efectuó anticipos de los créditos recibidos en el caso de los siete países (como se ha reiterado, Bélgica, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia) con los que existía un convenio de agilización de créditos. En relación con los créditos recibidos del resto de Estados miembros no se efectuaron los pagos en tanto las remesas no habían sido cerradas.

1.3.5.C) Situación de créditos a 31.12.2009.

Con anterioridad al 30 de junio de cada año, el INSS debe remitir la situación de créditos a final del ejercicio anterior (tanto por gasto real como por cuotas globales) a la Comisión de Cuentas, que se reúne dos veces al año, en noviembre y en mayo. La Comisión de Cuentas «recomienda» a los países que cancelen deudas de un periodo de tiempo, aunque tampoco establece el año, a través de encuentros bilaterales entre países, etc. En el año 2010 se estaban liquidando los años 1990-1994. El último periodo que se terminó de liquidar fue hasta 1989, en el que existía una deuda histórica con Grecia.

CUADRO N.º 45

Situación de deuda pendiente de cobro por España a 31/12/2009

Países	Saldo a 31/12/2009					
	Gasto real		Cuota global		Total	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
ALEMANIA	18.883.552,87	29,66	6.444.253,13	8,59	25.327.806,00	18,26
NORUEGA	3.619.822,38	5,68	20.554.034,67	27,40	24.173.857,05	17,43
FRANCIA	7.777.302,11	12,21	8.387.800,67	11,18	16.165.102,78	11,66
ITALIA	6.088.923,18	9,56	6.923.590,42	9,23	13.012.513,60	9,38
REINO UNIDO	2.104.820,18	3,31	10.858.109,84	14,48	12.962.930,02	9,35
IRLANDA	6.350.954,14	9,97	3.836.775,98	5,12	10.187.730,12	7,35
BÉLGICA	2.532.892,45	3,98	4.798.368,87	6,40	7.331.261,32	5,29
PAÍSES BAJOS	1.090.875,43	1,71	5.629.740,87	7,51	6.720.616,30	4,85
PORTUGAL	4.773.686,90	7,50	1.744.067,17	2,33	6.517.754,07	4,70

Países	Saldo a 31/12/2009					
	Gasto real		Cuota global		Total	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
SUIZA	3.022.191,36	4,75	1.248.455,52	1,66	4.270.646,88	3,08
SUECIA	778.667,77	1,22	1.823.375,62	2,43	2.602.043,39	1,88
AUSTRIA	1.511.637,53	2,37	892.019,04	1,19	2.403.656,57	1,73
DINAMARCA	464.982,37	0,73	1.216.005,14	1,62	1.680.987,51	1,21
RUMANÍA	1.175.199,69	1,85	50.799,95	0,07	1.225.999,64	0,88
POLONIA	805.970,44	1,27	155.452,00	0,21	961.422,44	0,69
BULGARIA	816.351,64	1,28	33.074,01	0,04	849.425,65	0,61
FINLANDIA	695.749,89	1,09	-1.134,70	-	694.615,19	0,50
ISLANDIA	291.032,83	0,46	176.553,84	0,24	467.586,67	0,34
GRECIA	264.876,57	0,42	127.276,21	0,17	392.152,78	0,28
REP. CHECA	263.792,92	0,41	-	-	263.792,92	0,19
ESLOVAQUIA	198.903,43	0,31	-	-	198.903,43	0,14
LUXEMBURGO	82.558,87	0,13	43.839,91	0,06	126.398,78	0,09
LIECHTENSTEIN	36.150,41	0,06	20.119,74	0,03	56.270,15	0,04
HUNGRÍA	3.394,25	0,01	33.866,69	0,05	37.260,94	0,03
ESLOVENIA	20.874,86	0,03	-	-	20.874,86	0,02
CHIPRE	18.244,66	0,03	2.161,70	-	20.406,36	0,01
LITUANIA	518,27	-	5.768,74	0,01	6.287,01	-
LETONIA	2.257,77	-	-	-	2.257,77	-
MALTA	79,40	-	-	-	79,40	-
ESTONIA	-	-	-	-	-	-
TOTAL	63.676.264,57	100,00	75.004.375,03	100,00	138.680.639,60	100,00

De acuerdo con el cuadro anterior, a 31 de diciembre de 2009, España tenía un saldo pendiente de cobro igual a 138.680.639,60 euros (a 31 de diciembre de 2008, dicho importe ascendió a 136.097.817,22 euros), de los cuales el 18,26% correspondían a Alemania y el 17,43% a Noruega. Es conveniente señalar que España no tiene suscritos acuerdos de agilización de créditos con ninguno de estos dos países. Por ello, el INSS debe valorar la conveniencia de formalizar dichos acuerdos con los citados países.

Por último, a juicio de este Tribunal de Cuentas, el procedimiento existente en la actualidad para la cancelación de deudas, a través de reuniones bilaterales, ofrece deficiencias que se manifiestan en el elevado importe pendiente de cobro de España. En consecuencia, este Tribunal recomienda al Ministerio de Trabajo e Inmigración la propuesta ante la Comisión de Cuentas de un cambio en el citado procedimiento, que permita la cancelación de deudas con mayor celeridad, debido al carácter eminentemente acreedor de España.

2. Metodología de cálculo del importe de las cuotas globales.

2.1 Antecedentes.

Como se ha comentado anteriormente, los artículos 94 y 95 del Reglamento (CEE) 574/72 regulan el procedimiento y el cálculo de los reembolsos de las prestaciones en especie correspondientes al seguro de enfermedad-maternidad, abonadas a los miembros de la familia de un trabajador que no residen en el mismo Estado miembro que el trabajador (artículo 94), y a los titulares de pensiones o de rentas y a los miembros de sus familias que no tengan derecho a prestaciones con arreglo a la legislación del Estado miembro en que residan (artículo 95).

El importe de estas prestaciones en especie debe ser reembolsado por el Estado en el que está asegurada la persona al organismo de enlace del país que haya efectuado materialmente la prestación de asistencia sanitaria, sobre la base de un tanto alzado lo más cercano posible al importe de los gastos reales, fijado para cada año civil.

En el caso de familiares de trabajadores (artículo 94), los elementos de cálculo necesarios para establecer dicho tanto alzado (o cuota global) se determinan según las normas siguientes:

– Para establecer el tanto alzado, «se multiplicará el coste medio anual por familia por el número medio anual de familias que han de ser tenidas en cuenta, y se aplicará al resultado una reducción del 20%».

– Para obtener el coste medio anual por familia en cada Estado miembro, se dividirán los gastos anuales correspondientes a la totalidad de las prestaciones en especie abonadas por las instituciones del Estado miembro de que se trate al conjunto de los miembros de las familias de los trabajadores sometidos a la legislación de dicho Estado miembro en el ámbito de los regímenes de la Seguridad Social que hayan de ser tenidos en cuenta, por el número medio anual de los mencionados trabajadores que tengan miembros de familia.

– El número medio anual de familias que han de ser tenidas en cuenta será igual, en el marco de las relaciones entre las instituciones de dos Estados miembros, al número medio anual de los trabajadores sometidos a la legislación de uno de los Estados miembros de cuyas familias tengan derecho a disfrutar de las prestaciones en especie que deba abonar una institución del otro Estado miembro.

En el caso de pensionistas y familiares de pensionistas (artículo 95):

– Para establecer el tanto alzado, «se multiplicará el coste medio anual por titular de pensión o de renta por el número medio anual de los titulares de pensiones o de rentas que hayan de ser tenidos en cuenta y se aplicará al resultado una reducción del 20%».

– Para obtener el coste medio anual por titular de pensión o de renta, en cada Estado miembro se tomarán los gastos anuales correspondientes a la totalidad de las prestaciones en especie, abonadas por las instituciones del Estado miembro de que se trate, al conjunto de los titulares de las pensiones o de las rentas debidas en virtud de la legislación de dicho Estado, en el ámbito de los regímenes de Seguridad Social que hayan de ser tenidos en cuenta, incluyendo en el conjunto de beneficiarios a los miembros de la familia, y se dividirán por el número medio anual de los titulares de pensiones o de rentas.

– El número medio anual de los titulares de pensiones o de rentas que hayan de ser tenidos en cuenta será igual, en el marco de las relaciones entre instituciones de dos Estados miembros, al número medio anual de los titulares de pensiones o de rentas que residan en el territorio de uno de los Estados y tengan derecho a disfrutar de prestaciones en especie con cargo a una institución del otro Estado miembro.

Cada Estado miembro calcula el importe de la cuota global que le corresponde para cada año según su propia metodología. En España, este importe se determina por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Los importes calculados por los Estados miembros son revisados y aprobados por la Comisión de Cuentas de la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social, y posteriormente publicados en el Diario Oficial de la Unión Europea.

La Comisión de Cuentas, en la que están representados todos los países de la Unión Europea, se reúne dos veces al año (en mayo y noviembre) y, entre sus funciones, está el análisis de los métodos de cálculo de los costes medios de prestaciones en especie de asistencia sanitaria, aprobando o rechazando, por mayoría, los costes presentados por cada uno de los Estados miembros. Los importes de las cuotas globales aprobadas para los ejercicios 2004 a 2009 son los señalados en los cuadros del epígrafe anterior.

La Comisión de Cuentas, dada la heterogeneidad de los distintos sistemas de salud de la Unión Europea y de las diversas estadísticas disponibles en cada Estado miembro, no tiene establecido un método de cálculo único para todos los Estados. Cada Estado miembro tiene su propio método de cálculo, recurriendo, con carácter general, a estimaciones de costes para determinar el importe de su cuota global.

2.2 Cálculo de la cuota global española.

En términos generales, cada país calcula la cuota global de cada ejercicio estimando los gastos sanitarios totales de un país y dividiéndolos entre la población protegida del mismo, con ciertas limitaciones impuestas por la Comisión de Cuentas.

A) Estimación de los gastos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Los datos utilizados por la DGOSS para estimar el importe de los gastos sanitarios del Sistema Nacional de Salud español son extraídos de la información elaborada por la IGAE, en términos de Contabilidad Nacional, tal y como exige la Unión Europea. A juicio de este Tribunal, la fuente utilizada por la DGOSS es adecuada, puesto que es la única fuente disponible en la que se estima el gasto total del Sistema Nacional de Salud, y además es remitida por el Estado español a la Comisión Europea (en concreto, a la Oficina Estadística), tal y como establece el Reglamento (CE) número 2223/96 del Consejo, de 25 de junio de 1996, relativo al sistema europeo de cuentas nacionales y regionales de la Comunidad.

La información utilizada por la DGOSS para estimar el importe de la cuota global de cada año tiene carácter provisional, dado que con este carácter se remite por el Estado español a la Unión Europea. La utilización de estos datos provisionales viene condicionada por la necesidad de dar cumplimiento a la normativa comunitaria, relativa a la elaboración de las cuotas globales, que exige que los Estados miembros deben presentar en el mes de septiembre de cada ejercicio el importe de sus cuotas globales, al objeto de que dicho importe sea aprobado en la reunión de la Comisión de Cuentas que se celebra anualmente en el mes de noviembre.

Por tanto, los datos utilizados en el ejercicio en el que se realiza el cálculo de las cuotas globales son elaborados por la IGAE y tienen carácter provisional, por lo que pueden presentar diferencias con los datos definitivos que el Estado español remite en años sucesivos.

En el caso de existir diferencias entre los datos provisionales y los definitivos, la DGOSS sólo realiza ajustes en los datos presentados a la Comisión de Cuentas por la diferencia entre el importe provisional y el definitivo del año anterior únicamente cuando el ajuste supone un menor gasto. Ahora bien, si las regularizaciones definitivas realizadas por la IGAE suponen un gasto estimado de asistencia sanitaria superior, la DGOSS no presenta estos datos a la Comisión de Cuentas, argumentando que los miembros que la componen no aprobarían regularizaciones al alza y, consecuentemente, retrasarían la aprobación de la cuota global del ejercicio, con el posible perjuicio económico para España.

Esta situación, que desde un punto de vista económico y técnico carece de lógica, debe ser evaluada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, dado el especial sistema de aprobación de las cuotas globales que tiene la citada Comisión de Cuentas.

Asimismo, la DGOSS, de acuerdo con la normativa comunitaria, realiza diferentes ajustes con el fin de no incluir aquellas prestaciones realizadas por entidades que tienen una financiación especial, como es el caso de las MATEPSS, MUGEJU, MUFACE e ISFAS. También excluye aquellos tipos de gastos de la sanidad pública que no se corresponden con prestaciones sanitarias directas a beneficiarios (gastos de salud pública generales, investigación y desarrollo, administración, inversiones, operaciones de capital o financieras, prestaciones del seguro de dependencia u otras de las mismas características y objetivos que éstas).

Una vez obtenido un importe neto de los gastos sanitarios del Sistema Nacional de Salud español (importes facilitados por la IGAE menos los ajustes realizados), la DGOSS procede a diferenciar dicho importe en dos tipos de gastos, los correspondientes a:

- Gastos farmacéuticos.
- Medicina general y especializada (incluye gastos de medicina hospitalaria y gastos de medicina ambulatoria).

En relación con la estimación de los gastos de medicina general y especializada y su asignación por tramos de edad de la población protegida del Sistema Nacional de Salud, la DGOSS utilizó como fuente estadística, en relación con los gastos de medicina ambulatoria, la Encuesta Nacional de la Salud, que hace referencia al número de consultas médicas. Esta Encuesta es elaborada bianualmente por el INE, y para el cálculo de la cuota global de los ejercicios 2006 a 2008 la DGOSS consideró la encuesta correspondiente al año 2003 (publicada en el año 2005).

A juicio del Tribunal de Cuentas, la utilización de estadísticas con una antigüedad media de al menos tres años supuso una posible infravaloración de la cuota global, tanto por el año utilizado, como por estimar que no se había producido ninguna evolución en la población protegida, ni en su composición por tramos de edad.

Por ello, el sistema utilizado por la DGOSS, basado en estimar el número de consultas médicas partiendo de los datos correspondientes a un único periodo, correspondiente a ejercicios muy anteriores y un único tramo de población, no se considera adecuado por este Tribunal.

Por tanto, sería conveniente que la DGOSS analizara con el INE la utilización de otra fuente de información más actualizada y representativa, al objeto de cuantificar las visitas médicas en los diferentes tramos de tiempo, así como la posible valoración diferenciada de los aspectos no incluidos en el cálculo de la cuota global.

B) Cálculo de la población protegida y reparto del gasto sanitario entre los distintos tramos de edad.

Como ya se ha señalado, aun cuando corresponde al INSS el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, de acuerdo con el artículo 1.2 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del INSS, esta Entidad Gestora no dispone de información sobre el total de personas beneficiarias con derecho a la asistencia sanitaria con cargo a la Seguridad Social española.

Conviene precisar que en España ni siquiera se conoce fehacientemente el tamaño de la población total protegida. A este respecto, la Proposición no de Ley 161/2005, de fecha 30 de septiembre de 2008, sobre la universalización del derecho a la Asistencia Sanitaria pública a las personas con nacionalidad española y residencia en territorio nacional, propuso al Gobierno que, ante el desconocimiento exacto de las personas protegidas por la Seguridad Social española con derecho a asistencia sanitaria, elaborara un estudio sobre la universalidad de la atención sanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud, que fue remitido por el Gobierno al Congreso de los Diputados el 5 de noviembre de 2008.

Dicho informe estimaba que existían entre 140.000 y 190.000 personas excluidas del sistema público de salud, de acuerdo con el censo de 2008, que pertenecían a alguno de los siguientes colectivos:

- Los trabajadores liberales incluidos en un colegio profesional y que no están obligados a pertenecer al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.
- Las personas que no realizan actividad profesional pero disponen de rentas o medios económicos suficientes.
- Los españoles residentes en países ajenos al Espacio Económico Europeo y sin Convenio Bilateral cuando se trasladan a España.
- Los extranjeros que no tengan garantizada la cobertura por su país de origen según los Convenios Bilaterales.
- Beneficiarios de las diferentes categorías de pensiones de la Seguridad Social prevista por la legislación federal Suiza y residente en España.

Por otra parte, España tampoco dispone de datos estadísticos fiables sobre el tamaño de la familia de los trabajadores, ni de los pensionistas, ni del importe medio de gasto por grupos de edad, información necesaria para poder calcular con precisión los costes medios. Ante esta situación, la DGOSS realiza unas estimaciones sobre estos parámetros que han sido aprobadas por la Comisión de Cuentas.

Para el cálculo de las cuotas globales, la determinación de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud español se estima por parte de la DGOSS a partir de la población total de derecho, elaborada por el INE y publicada en el BOE, información que este Tribunal considera razonable con la sola limitación que se señala a continuación.

Al considerar el tamaño de la población española, la DGOSS incluye en este colectivo, entre otros, a aquellos españoles que han cotizado a la Seguridad Social de otros Estados miembros. A juicio de este Tribunal de Cuentas, la DGOSS debería excluir a este colectivo, puesto que los españoles que han cotizado en el extranjero no son asegurados a cargo de la Seguridad Social española y, por tanto, no están dentro del colectivo de población protegida del Sistema Nacional de Salud. Si la DGOSS excluyera a este colectivo de la población protegida, disminuiría el número de población protegida total y, en consecuencia, aumentaría el importe de cuota global de España.

C) Gastos sanitarios incluidos por otros Estados miembros en el cálculo de sus costes medios.

De acuerdo con la Decisión número 175, de la Comisión Administrativa de las Comunidades Europeas para la Seguridad de los Trabajadores Migrantes (actual Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social), de 23 de junio de 1999, para la interpretación del concepto de «prestaciones en especie», «los reembolsos previstos en los artículos 93, 94 y 95 del Reglamento (CEE) número 574/72 se calcularán sin tener en cuenta los gastos de administración, los gastos de control administrativo y médico, ni la posible participación de los interesados». Asimismo, la Decisión número 175 también señala que «no deberán incluirse en los gastos totales correspondientes a las prestaciones en especie (...) los gastos de investigación médica, las subvenciones concedidas a instalaciones sanitarias en las que se desarrollen actividades de protección de la salud en las que no participen las instituciones de la seguridad social, ni los gastos correspondientes a medidas de tipo general no relacionadas con un riesgo específico». Además, «las cantidades reembolsadas a otros Estados miembros en el marco de los Reglamentos o en virtud de acuerdos bilaterales o multilaterales no se tomarán en consideración para calcular los costes medios».

Este tipo de gastos no deben incluirse, en principio, dentro de los importes de las cuotas globales de ningún país. No obstante, los Reglamentos comunitarios denominan «prestaciones en especie» a un conjunto de medidas asistenciales que no sólo tienen como objetivo la recuperación de la salud desde la enfermedad, sino también la mejora de la calidad de vida, tanto de enfermos como de personas que tienen alguna disfuncionalidad.

Del estudio de los gastos incluidos en el cálculo del importe de la cuota global en España se deduce que incluye todos los gastos médicos y farmacéuticos pero pocos gastos complementarios a éstos que son soportados por el Sistema Nacional de Salud, en comparación con otros Estados miembros.

Concretamente, la denominada «Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud», regulada por el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, fija el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias en todo el territorio nacional español y en todo el sistema de salud pública, tanto en atención primaria, como en atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Comparando estos servicios básicos con las notas de la Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social sobre las rúbricas de los costes imputados para calcular sus cuotas globales por aquellos países que tienen una mayor cuota global que España, y con la limitación de la dificultad existente para comparar las prestaciones entre los distintos países, este Tribunal de Cuentas concluye que, además de los menores costes que puedan tener los servicios comunes que presta España, por la existencia de unos precios por servicios sanitarios más bajos que en otros Estados miembros, hay otros países que prestan una atención más amplia, de acuerdo con el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 46

Prestaciones que incluyen Estados miembros distintos de España dentro del importe de cuotas globales

Países	Servicios dentales	Fisioterapia	Balnearios	Logopedia	Salud mental	Asistencia tercera edad	Otros
ALEMANIA	X					X	X
AUSTRIA	X						X
BÉLGICA	X	X		X	X	X	
FINLANDIA	X	X					
FRANCIA	X	X		X		X	X
HOLANDA	X	X	X	X	X		X
LIECHTENSTEIN	X	X	X			X	
LUXEMBURGO	X	X				X	X
NORUEGA	X	X	X	X	X	X	X
REINO UNIDO	X				X		
SUECIA	X				X		
SUIZA	X	X	X	X	X		

Como se desprende del cuadro anterior, existen una serie de servicios prestados por otros países que forman parte del cálculo de su cuota global, que en España no son tenidos en cuenta, en concreto:

– Los servicios dentales, debido a que en España esta atención está reducida a información y tratamiento de procesos agudos; en embarazadas, exploraciones buco-dentales y aplicación de flúor; y en niños, medidas preventivas, aplicación de flúor y sellados de fisuras. Algunas Comunidades Autónomas están ampliando sus catálogos para garantizar asistencia buco-dental a los menores (como País Vasco y Navarra).

– La fisioterapia, ya que la computada en España es de nivel básico y sólo se presta en procesos graves.

– Los balnearios, dado que este tipo de terapia no está incluida en nuestra cartera de servicios.

– Los gastos derivados de la salud mental, ya que esta rúbrica en nuestro país es bastante reducida. La causa podría encontrarse en las características que tradicionalmente tuvo la atención a la salud mental en España, dissociada en parte del sistema de Seguridad Social, que se limitaba a prestar la asistencia psiquiátrica en el caso de las enfermedades mentales agudas a través de las unidades correspondientes de sus hospitales generales, mientras que las crónicas eran atendidas por las Diputaciones Provinciales a través de los hospitales psiquiátricos.

– Asistencia a la tercera edad, puesto que, en este caso, la atención puede variar de forma significativa. Desde la casi exclusiva de los procesos de enfermedad, que es el caso de España, a la de otros países que colaboran en el pago de estos gastos con el fin de mejorar las condiciones de vida.

– En la columna de «Otros» se incluyen diversos tipos de prestaciones. A modo de ejemplo, cabe destacar la logopedia, el aprendizaje de perros-guía de ciegos y enseñanzas necesarias para otros tipos de minusválidas. Este tipo de prestaciones, de existir en España, no son prestadas ni subvencionadas por el Sistema Nacional de Salud, por lo que no se incluyen como gasto.

España, basándose en la Decisión número 175, incluyó acertadamente en los costes medios españoles correspondientes al ejercicio 2009 los gastos de las prestaciones de dependencia no monetarias, en virtud de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Por este motivo, la cuota global aprobada del ejercicio 2009 es superior a

las de ejercicios anteriores y presenta menores diferencias con la media de la Unión Europea. No obstante, la Ley 39/2006 entró en vigor en enero de 2007, mientras que la cuota global de España correspondiente al ejercicio 2009 fue aprobada en la reunión de la Comisión de Cuentas celebrada en noviembre de 2010, por lo que este Tribunal considera que dicha inclusión debió haberse realizado en el cálculo de las cuotas globales de ejercicios anteriores.

Por otra parte, en relación a la metodología de cálculo de los costes medios, los nuevos Reglamentos comunitarios 883/2004 y 987/2009, que entraron en vigor el 1 de mayo de 2010, establecen que toda la facturación por prestaciones sanitarias servidas por un país a otro se efectuará por gasto real, excepto los Estados miembros cuyas estructuras jurídicas o administrativas no hacen adecuada la práctica del reembolso basado en el gasto real.

Los Estados miembros que, por no tener «unas estructuras administrativas adecuadas», siguen facturando voluntariamente por cuota global son los nueve países siguientes: España, Finlandia, Irlanda, Italia, Malta, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

Aun cuando la mayor parte (82%) del importe facturado por España procede actualmente de las cuotas globales, frente al importe facturado por gasto real (en el ejercicio 2009, el importe facturado por gasto real por España a países en los que eran aplicables los Reglamentos comunitarios ascendió a 89.635.825,72 euros, frente a los 351.545.662,95 euros facturados por cuotas globales), este Tribunal de Cuentas considera que España, a través del INSS y de los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas y del INGESA, debe adoptar las medidas necesarias para que toda la facturación se efectúe por gasto real, en el menor plazo posible, por los siguientes motivos:

– Si España sigue facturando por cuota global perderá capacidad de negociación en la Comisión de Cuentas. Así, si un solo miembro de la Comisión de Cuentas se opusiera a la aprobación de la cuota global de un ejercicio de España, el INSS no podría facturar ningún importe por cuotas globales hasta la siguiente reunión de la Comisión (en noviembre o mayo de cada ejercicio), situación que se agudizará en el futuro, dado que sólo 9 Estados miembros seguirán utilizando el método de facturación por cuotas globales, si bien para la aprobación de las cuotas tendrán voto todos los Estados miembros.

– Asimismo, es conveniente recordar que el apartado 5 del artículo 64 del Reglamento 987/2009, establece lo siguiente: «A más tardar el 1 de mayo de 2015, la Comisión Administrativa presentará un informe específico sobre la aplicación del presente artículo. Partiendo de dicho informe, la Comisión Administrativa podrá presentar una propuesta con las modificaciones que resulten necesarias para asegurarse de que el cálculo de los importes a tanto alzado se acerca lo más posible a los gastos reales soportados», por lo que, dado el escaso número de países que siguen facturando por cuota global y cuyo número razonablemente irá disminuyendo en el futuro, existe riesgo de que desaparezca este sistema de facturación para el año 2015, por lo que los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el INSS deben ir adoptando las medidas oportunas para facturar todas las prestaciones sanitarias por gasto real.

– Una vez que toda la facturación se efectúe por gasto real, se eliminarán, presumiblemente, los elevados costes de gestión que supone el procedimiento de facturación por cuota global. Por el contrario, el coste de infraestructura para los centros, servicios y establecimientos sanitarios y para el INSS sería el mismo que ya tienen implantado.

– Los centros, servicios y establecimientos sanitarios ya vienen facturando por coste real a otros colectivos con mayores particularidades (MATEPSS, accidentes de tráfico, particulares, etc.), por lo que el coste de realizar toda la facturación por gasto real sería, en principio, inmaterial.

– Con fecha 1 de mayo de 2012, la remisión de formularios de liquidación entre los distintos organismos de enlace deberá efectuarse de forma telemática (de acuerdo con el artículo 95 del Reglamento (CE) 987/2009, del 16 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo), por lo que la facturación a través de gasto real de todas las prestaciones

sanitarias servidas supondrían una disminución de los tiempos de gestión y de los riesgos existentes en dicha liquidación.

– Parte de las facturas rechazadas por los organismos de enlace extranjeros derivadas de la facturación por gasto real se debieron a la simultánea facturación por cuota global debido al retraso con el que se llevan a cabo los trámites cuando los afiliados a cargo de otro Estado miembro trasladan su residencia a España, por lo que generó unos costes de gestión innecesarios que se evitarían si toda la facturación se realizase por gasto real.

– Por último, este Tribunal de Cuentas considera que España sí cuenta con estructuras jurídicas o administrativas para la práctica del reembolso basado en el gasto real, si bien todos los agentes implicados en el procedimientos, empezando por el propio INSS y terminando por los servicios de facturación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas, deben tomar las medidas oportunas para la implantación total de este sistema de reembolso.

Por tanto, este Tribunal de Cuentas considera que el Gobierno debería plantearse la necesidad de sustituir el sistema de facturación por cuota global y reemplazarlo por el sistema de gasto real.

3. Asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes.

3.1 Antecedentes.

Conviene recordar que, con carácter general, las prestaciones de asistencia sanitaria en España son de carácter universal (es decir, toda persona tiene derecho a ser atendida en un centro, servicio o establecimiento sanitario) pero no gratuitas.

Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su exposición de motivos que, en virtud de los artículos 43 y 49 de la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y recoge el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, «si bien no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones».

El artículo 80 de la Ley establece que «el Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales».

Este Tribunal de Cuentas, en el transcurso del procedimiento fiscalizador, ha verificado la existencia de personas que, teniendo la nacionalidad de alguno de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales, residen en España, tienen derecho a la asistencia sanitaria prestada en España y no siguen el procedimiento descrito en los apartados anteriores del Informe, en lo referente a cómo obtener el derecho a la asistencia sanitaria, por lo que España no factura a los Estados miembros de origen por las prestaciones sanitarias servidas a dichas personas.

Este colectivo se denomina jurídicamente como «personas sin recursos económicos suficientes», de acuerdo con la legislación española y las prestaciones de asistencia sanitaria servidas a favor de este colectivo están suponiendo un coste económico para España.

El artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece lo siguiente⁽⁴⁰⁾:

⁽⁴⁰⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana considera necesario que se replantee la posibilidad de seguir admitiendo la residencia superior a tres meses, sin exigir un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en el Estado miembro de acogida, tal y como establece el artículo 7.1 b) de la Directiva 2004/38/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004. Esto evitaría el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, por carecer de recursos económicos suficientes, a los nacionales de los países de la UE y EEE, que a 15 de junio de 2010 ascendían a 238.692 personas, a los que se les había emitido la tarjeta sanitaria individual al encontrarse en esas circunstancias.

«1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.»

Por tanto, la legislación vigente permite a los extranjeros el acceso a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles, con el simple requisito del empadronamiento.

Por su parte, el artículo 1 del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, establece que «se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes». De conformidad con la citada Ley Orgánica 4/2000, este derecho también debe ser reconocido a los extranjeros que estén empadronados en España y no tengan recursos económicos suficientes, dado que «los extranjeros (...) tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles».

El artículo 1 de la Orden de 13 de noviembre de 1989, por la que se desarrolla el Real Decreto 1088/1989, establece que corresponderá a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas o al INGESA (en el caso de las Ciudades con Estatuto de Autonomía) la tramitación del expediente del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria regulado en el citado Real Decreto 1088/1989.

Por tanto, los extranjeros pueden acceder al sistema sanitario español a través del derecho a la asistencia sanitaria a «personas sin recursos económicos suficientes». Para ello deben acreditar el cumplimiento de los tres requisitos siguientes, de acuerdo con el artículo 3 de la Orden de 13 de noviembre de 1989:

- a) La residencia en territorio nacional, mediante certificado de empadronamiento.
- b) La insuficiencia de recursos económicos, mediante declaración jurada de los interesados.
- c) La no inclusión en cualquiera de los Regímenes de la Seguridad Social, bien sea como titular o como beneficiario, mediante manifestación expresa de los interesados.

El procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria a este colectivo se inicia en los órganos competentes de las Comunidades Autónomas o en el INGESA, que deben remitir una propuesta al INSS, el cual, en su caso, procede al reconocimiento del derecho. Por su parte, los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y del INGESA expiden la tarjeta sanitaria individual a favor de las personas a las que se haya reconocido el derecho y desde ese momento tienen derecho efectivo a la asistencia sanitaria en cualquier centro, servicio o establecimiento sanitario público del territorio español.

Por tanto, tanto los ciudadanos españoles como los extranjeros que solicitan el derecho a la asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes tienen que cumplir unos requisitos simples, si bien tal cumplimiento depende, fundamentalmente, de la voluntad del solicitante, ante la dificultad real de verificación, por parte del INSS, del requisito de insuficiencia de recursos económicos para las personas extranjeras.

Así, de acuerdo con las normas autonómicas por las que se regula el procedimiento de tramitación del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, es necesario presentar copia de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del último ejercicio, cuando el solicitante o

algún otro miembro de la unidad familiar viniera obligado a realizarla, o certificado del Ministerio de Economía y Hacienda de estar exento de realizarla.

Sin embargo, en el caso de no sea posible presentar esa información, es suficiente, con carácter general, con que el propio interesado presente una Declaración Jurada sobre los ingresos económicos.

Por ello, de acuerdo con los datos facilitados a este Tribunal de Cuentas en la visita a la Dirección Provincial del INSS en Madrid, la mayoría de los ciudadanos de nacionalidad distinta a la española únicamente presentaron en su solicitud dicha Declaración Jurada.

Concretamente, el artículo 6 de la Orden 1285/2006, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid, señala como documentación a aportar, entre otra, «fotocopias compulsadas de las declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del último ejercicio, en el caso de que algún miembro de la unidad familiar viniera obligado a efectuarla o, en su caso, certificado de la Agencia Tributaria de estar exento de realizarla. (...) De no ser posible aportar los documentos señalados anteriormente, deberá presentarse un informe del trabajador social alusivo a la carencia de recursos económicos suficientes del solicitante».

No obstante, la página web del Ayuntamiento de Madrid establece que, en el caso de extranjeros no comunitarios sin NIE, bastará con «Documento de Declaración Jurada sobre ingresos económicos facilitado por el Centro de Salud».

A juicio de este Tribunal de Cuentas, esto supone, en la práctica, unos criterios más exigentes para los solicitantes de nacionalidad española que para los ciudadanos de otra nacionalidad, por lo que sería necesario el establecimiento, por parte del INSS, de la obligatoriedad de presentación por los solicitantes de nacionalidad extranjera, de un documento análogo al exigido a los solicitantes españoles, emitido por un organismo oficial de su país de procedencia, y no únicamente la presentación de una Declaración Jurada cumplimentada por el propio solicitante, así como la adopción de un procedimiento único para la solicitud y aceptación de propuestas, y unos criterios homogéneos de documentación preceptiva, puesto que, con carácter general, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas realizan las propuestas de reconocimiento de derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes a las Direcciones Provinciales del INSS, y éstas son las entidades que resuelven finalmente la propuesta.

Por otra parte, las tarjetas sanitarias individuales emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a este colectivo deberían tener un código identificativo, con el fin de poder realizar un control eficiente sobre estas personas, ante el riesgo de uso fraudulento de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes», así como realizar un seguimiento periódico con objeto de verificar que el beneficiario sigue manteniendo los requisitos exigidos para el acceso a prestaciones sanitarias a través de la misma⁽⁴¹⁾.

⁽⁴¹⁾ La Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía entiende en sus alegaciones que «no es necesario el código identificativo en la tarjeta sanitaria individual», sin embargo, este Tribunal considera que el coste de emisión, en su caso, de una nueva tarjeta, sería asumible teniendo en cuenta el beneficio derivado del aumento de control que se obtendría sobre este colectivo. Por su parte, la Comunidad Valenciana sí incluye, acertadamente, este código identificativo en su tarjeta sanitaria individual.

Por otro lado, otro de los riesgos inherentes a la figura de «personas sin recursos económicos suficientes» es que la persona que solicita el derecho a la asistencia sanitaria en España esté asegurada en su país de procedencia. Por ello, y al no existir obligación de presentar un documento emitido por un organismo oficial de los países de origen, equivalente al INSS, que certifique que el solicitante carece de cobertura sanitaria en dicho país, existe el riesgo de que España asuma dicha cobertura sin recibir ninguna contraprestación. A juicio de este Tribunal de Cuentas, sería necesaria la presentación del citado certificado para acceder a prestaciones sanitarias en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes».

3.2 El derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes.

El único registro unificado en el que constan las personas, españolas o extranjeras, a las que el INSS ha reconocido el derecho a la asistencia sanitaria como «personas sin recursos económicos suficientes» es el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA).

Este Tribunal de Cuentas ha verificado que, de acuerdo con el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA), a fecha 15 de junio de 2010 existían 453.349 personas a las que el INSS reconoció el derecho a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes, previa propuesta de las Comunidades Autónomas y el INGESA, y cuyo país de nacionalidad era uno de los 37 países objeto de fiscalización (Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales), cuyo detalle por países se muestra en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 47

Personas sin recursos económicos suficientes a 15/06/2010, cuya nacionalidad pertenece al ámbito de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Bilaterales

País de nacionalidad	N.º personas sin recursos a 15/06/2010	%
RUMANÍA	174.614	38,52
ECUADOR	83.911	18,51
MARRUECOS	67.277	14,84
BRASIL	43.163	9,52
BULGARIA	30.821	6,80
CHILE	10.668	2,35
PERÚ	9.382	2,07
POLONIA	8.316	1,83
PORTUGAL	6.262	1,38
ITALIA	5.740	1,27
REINO UNIDO	2.561	0,56
LITUANIA	2.245	0,51
ALEMANIA	2.047	0,45
FRANCIA	1.707	0,38
PAÍSES BAJOS	855	0,19
REPÚBLICA CHECA	415	0,09
BÉLGICA	388	0,09
ESLOVAQUIA	364	0,08
HUNGRÍA	358	0,08
GRECIA	320	0,07
SUIZA	308	0,07
LETONIA	278	0,06
TÚNEZ	234	0,05
SUECIA	202	0,04
IRLANDA	186	0,04
AUSTRIA	174	0,04
ESLOVENIA	161	0,04
ESTONIA	95	0,02
DINAMARCA	92	0,02
FINLANDIA	80	0,02
NORUEGA	66	0,01
ANDORRA	22	–
ISLANDIA	15	–

País de nacionalidad	N.º personas sin recursos a 15/06/2010	%
MALTA	9	—
LUXEMBURGO	7	—
CHIPRE	4	—
LIECHTENSTEIN	2	—
TOTAL	453.349	100

De acuerdo con el cuadro anterior, el 88,19% del total de personas a las que se reconoció el derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes procedentes de los 37 países objeto de fiscalización eran de nacionalidad rumana (38,52%), ecuatoriana (18,51%), marroquí (14,84%), brasileña (9,52%) y búlgara (6,80%).

Como se desprende del cuadro anterior, a 15 de junio de 2010 residían en España 453.349 personas cuya nacionalidad pertenecía a alguno de los 37 países del ámbito de esta Fiscalización con derecho a la asistencia sanitaria, y por los que España no está percibiendo ningún recurso financiero de sus países de origen. Esta situación se debe a que, por un lado, España no puede facturar por gasto real, dado que no deben disponer de una TSE emitida por su país de origen y, por otro lado, España tampoco puede cobrar una cuota global, puesto que estas personas no cuentan con un formulario de derecho de residencia habitual emitido por sus países de origen. Sin embargo, estas personas sí reciben asistencia sanitaria en España.

El coste estimado de la asistencia sanitaria prestada al colectivo de 453.349 personas cuya nacionalidad es alguno de los países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales, calculado aplicando el importe de la menor cuota global aprobada para España para el ejercicio 2009, que es la correspondiente a familiares de trabajadores (igual a 82,99 euros mensuales), ascendería a 451.481.202,12 euros anuales, por lo que el Gobierno debería adoptar las medidas oportunas para que este colectivo pueda ser facturado a los países de aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales, debido al elevado coste que supone para España esta asistencia sanitaria⁽⁴²⁾.

⁽⁴²⁾ La Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía señala en sus alegaciones que no se puede asumir que este colectivo de personas «se les ha realizado incorrectamente el reconocimiento del derecho conforme a las normas vigentes», cuestión a la que no hace referencia este Tribunal, únicamente se insta al Gobierno a impulsar las medidas oportunas para que el coste de la asistencia sanitaria prestada a dicho colectivo pueda ser derivado, en su caso, a sus respectivos países de origen.

Mientras se aprueban las medidas legislativas señaladas anteriormente, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que realizaron las propuestas de reconocimiento de derecho a recibir asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes y las Direcciones Provinciales del INSS que resolvieron finalmente estas propuestas, deben verificar periódicamente que las personas de este colectivo siguen manteniendo el derecho a estar en esta situación y, en su caso, proceder a depurar este colectivo. Por otra parte, existe el riesgo de que estas personas residan en sus Estado de origen, fronterizos con España, y sigan manteniendo la tarjeta sanitaria individual para ser utilizada en sus desplazamientos al territorio español.

Como ya se ha señalado, a juicio de este Tribunal de Cuentas, uno de los problemas que plantea el acceso a las prestaciones sanitarias a través de la figura jurídica de «persona sin recursos económicos suficientes» es el riesgo de utilización de la misma por parte de personas que sí cuentan con dichos recursos económicos, o bien que están o deberían estar aseguradas por la Seguridad Social de otros países y utilizan indebidamente esta figura para acceder a prestaciones sanitarias gratuitas en España. Además, no conviene olvidar que los países de origen no están interesados en cambiar la

situación de las «personas sin recursos económico suficientes» residentes en España, toda vez que dicha situación no les supone un coste financiero.

Por otra parte, este Tribunal de Cuentas considera que tanto los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y del INGESA como el INSS deberían realizar las actuaciones oportunas ante los Consulados correspondientes para regularizar y verificar la situación de este colectivo, ante el evidente riesgo de uso fraudulento de esta figura jurídica, tanto en el ámbito sanitario como en el de servicios sociales.

A continuación se señalan las irregularidades concretas detectadas por este Tribunal de Cuentas derivadas del uso de la TSE por parte de las personas sin recursos económicos suficientes y cuyo país de nacionalidad es alguno de los 37 países del ámbito de esta Fiscalización:

– Este Tribunal de Cuentas ha detectado la existencia de, al menos, 284 personas atendidas en España en virtud de una TSE emitida por otros países, que a su vez tenían derecho a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes. De estas 284 personas, 230 obtuvieron la TSE con anterioridad al reconocimiento de su situación de persona sin recursos económicos suficientes, y 54 con posterioridad al reconocimiento de su situación de sin recursos.

El coste estimado por este Tribunal por la asistencia sanitaria prestada a estas 284 personas, aplicando el menor de los dos importes de cuotas globales aprobados para España, igual a 82,99 euros mensuales, correspondiente a familiares de trabajadores en el ejercicio 2009, ascendió a 282.829,92 euros anuales.

La existencia de titulares de TSE emitidas por otros países, que a su vez obtuvieron el derecho a la asistencia sanitaria en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes», implica la existencia de prestaciones sanitarias servidas a estas personas, que debieron estar a cargo del país que emitió la TSE y, sin embargo, fueron soportadas por España, con el consiguiente perjuicio económico para los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del INGESA, que no vieron compensado este coste a través del Fondo de Cohesión Sanitaria.

El hecho de que titulares de TSE emitidas por otros países puedan obtener el derecho a la asistencia sanitaria en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes» implica un perjuicio económico cierto y evaluable para los intereses públicos, así como una falta de eficacia y eficiencia por parte del INSS y, en su caso, de las Comunidades Autónomas y del INGESA, en su función de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, por lo que esta Entidad Gestora debe adoptar las medidas oportunas que impidan dicho reconocimiento a personas aseguradas por la Seguridad Social de otros países. En caso contrario, España seguirá soportando a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del INGESA prestaciones que no le corresponden.

– Asimismo, como se ha comentado anteriormente, las personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes, sólo pueden exportar ese derecho al exterior un máximo de 90 días al año. En consecuencia, estas personas no pueden ser titulares de una TSE emitida por España, sino de un CPS. Sin embargo, este Tribunal de Cuentas ha comprobado que 2.586 personas titulares de una TSE emitida por España tenían además reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por tener la consideración de «personas sin recursos económicos suficientes», como se muestra en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 48

Personas sin recursos económicos suficientes, por nacionalidad, que a su vez eran titulares de una tse emitida por españa a 15/6/2010

Nacionalidad de las personas sin recursos	N.º personas	%
RUMANÍA	1.043	40,33
BULGARIA	411	15,89

Nacionalidad de las personas sin recursos	N.º personas	%
MARRUECOS	356	13,77
ECUADOR	215	8,31
POLONIA	209	8,08
ITALIA	67	2,59
ALEMANIA	54	2,09
BRASIL	35	1,35
PORTUGAL	35	1,35
FRANCIA	31	1,20
PERÚ	21	0,81
CHILE	12	0,46
ESLOVAQUIA	12	0,46
LITUANIA	12	0,46
REINO UNIDO	11	0,43
REPÚBLICA CHECA	11	0,43
FINLANDIA	6	0,23
HUNGRÍA	6	0,23
BÉLGICA	5	0,19
IRLANDA	5	0,19
PAÍSES BAJOS	5	0,19
ESLOVENIA	4	0,15
LETONIA	4	0,15
AUSTRIA	3	0,12
DINAMARCA	3	0,12
SUECIA	3	0,12
SUIZA	3	0,12
NORUEGA	2	0,08
ESTONIA	1	0,04
GRECIA	1	0,04
TOTAL	2.586	100

Por tanto, a fecha 15 de junio de 2010, existían 2.586 titulares de TSE emitidas por el INSS que figuraban como personas sin recursos económicos suficientes en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA). De estas 2.586 personas, 171 (el 6,62%) obtuvieron la TSE con anterioridad al reconocimiento de su situación de persona sin recursos económicos suficientes, y 2.414 (el 93,38%) con posterioridad al reconocimiento de su situación de sin recursos. La emisión de la TSE con posterioridad al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes implica la existencia de graves irregularidades en la emisión de la TSE, ya que esta incidencia hubiera sido evitada con la simple consulta al Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) por parte del INSS (a mayor abundamiento, es el propio INSS el encargado de grabar los datos en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) correspondientes a la Situación Adicional de Afiliación (SAA) 213 – Personas sin recursos económicos suficientes).

Por nacionalidades, el 40,33% procedía de Rumania, el 15,89% de Bulgaria y el 13,77% de Marruecos. En consecuencia, el INSS no debió haber emitido TSE a favor de estas personas.

Esta situación implica que estas personas titulares de una TSE expedida por España pueden estar recibiendo asistencia sanitaria en cualquier país del Espacio Económico Europeo y en Suiza hasta un plazo de dos años (en vez del plazo máximo del CPS de 90 días), por lo que existe un evidente riesgo de uso fraudulento de este formulario de derecho, máxime teniendo en cuenta que estas personas pueden regresar a sus países de origen y recibir asistencia sanitaria con cargo a España.

El análisis de la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes procedentes de los 37 países objeto de esta Fiscalización efectuado por Comunidades Autónomas se detalla en el apartado 7 de este Informe.

En este sentido, el Dictamen motivado – Infracción n.º 2009/2341 C (2011) 8391 final, de 24 de noviembre de 2011, de la Comisión Europea, dirigido al Reino de España por la negativa de España a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España, con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a lo dispuesto en la legislación de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Valencia, concluye que el Reino de España ha incumplido las obligaciones que le incumben con arreglo al artículo 19 del Reglamento (CE) n.º 883/2004, invitando al Reino de España a que adopte las medidas requeridas para ajustarse al citado dictamen en un plazo de dos meses.

4. Convenios Bilaterales.

4.1 Características de los Convenios Bilaterales en materia de asistencia sanitaria.

Actualmente, España tiene suscritos 20 Convenios Bilaterales de Seguridad Social pero, como ya se ha señalado, sólo siete de ellos prevén la exportación del derecho de asistencia sanitaria (los suscritos con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez).

Las similitudes y diferencias entre los Reglamentos comunitarios y los Convenios Bilaterales en materia de asistencia sanitaria son las siguientes:

– El ámbito de aplicación de los Convenios Bilaterales es mucho más reducido que el de los Reglamentos comunitarios, dado que prevén menos situaciones protegidas, el colectivo que puede exportar el derecho a recibir asistencia sanitaria en el extranjero es menos numeroso, tienen menos desarrollada la normativa de gestión, etc.

– Al igual que en el ámbito de los Reglamentos comunitarios existen los reglamentos base y los reglamentos de aplicación, en el ámbito de aplicación de los Convenios Bilaterales existen los propios convenios y los Acuerdos Administrativos para su aplicación, aunque no en todos los casos.

– Tanto la nacionalidad como el colectivo de pertenencia son fundamentales en el ámbito de aplicación de los Convenios Bilaterales para determinar si se puede exportar el derecho a recibir asistencia sanitaria en el extranjero (v.gr.: solo dos de los siete Convenios Bilaterales, los de Andorra y Brasil, prevén la posibilidad de que exporte el derecho a cualquier asegurado en España, con independencia de su nacionalidad). El resto de los Convenios Bilaterales exigen, para poder exportar el derecho, que el receptor de la prestación sanitaria sea nacional de uno de los dos Estados firmantes.

– Los estudiantes no están cubiertos por ningún Convenio Bilateral (v.gr.: con el seguro escolar un estudiante español puede exportar el derecho a recibir asistencia sanitaria en Francia, en aplicación de los Reglamentos comunitarios, pero si viaja a un país con Convenio Bilateral no tiene cubierta la asistencia sanitaria).

– En aplicación de los Reglamentos comunitarios, desde el 1 de junio de 2004, la asistencia sanitaria que se cubre con la estancia temporal es «la necesaria desde el punto de vista médico». Anteriormente, sólo se cubrían las prestaciones de asistencia sanitaria por «inmediata necesidad». Sin embargo, el ámbito de los Convenios Bilaterales, en caso de desplazamientos temporales, sólo cubren las prestaciones de asistencia sanitaria que se requieran de modo inmediato.

– Ningún Convenio Bilateral contempla el reintegro de gastos de asistencia sanitaria al interesado por la institución competente, a diferencia de los Reglamentos comunitarios.

– Seis Convenios Bilaterales (excepto Andorra) prevén que los familiares y/o beneficiarios de los trabajadores o pensionistas tengan derecho a la asistencia sanitaria siempre y cuando residan en el mismo país que los trabajadores pensionistas, mientras que en los Reglamentos comunitarios los familiares y/o beneficiarios pueden residir en otro país y tener derecho a la asistencia sanitaria a cargo del titular y del país en el que reside el titular.

Los formularios de derecho para los españoles que se desplacen temporalmente a alguno de los siete Estados con los que España tiene suscrito un Convenio Bilateral que contemple la prestación de asistencia sanitaria, son similares a los formularios de derecho de los Reglamentos comunitarios y el procedimiento de solicitud también. Los siguientes cuadros muestran los tipos de formularios de derecho aprobados en aplicación de los Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España que reconocen el derecho a la asistencia sanitaria:

CUADRO N.º 49

Formularios de derecho para estancias temporales en aplicación de los Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España

Estados	Motivos particulares	Motivos laborales	Motivos médicos
ANDORRA	E-AND 11: Arts. 9 y 12.3 del Convenio y art. 6 del A. Adm.	E-AND 28: Art. 10 del Convenio y art. 6 del A. Adm.	E-AND 12: Art. 15 del Convenio y art. 6.2 del A. Adm.
BRASIL	EB-2: Art. 9.a) del Convenio	EB-1: Art. 10.a) del Convenio	-
CHILE	E/CHL 11: Arts. 9 y 12.4 del Convenio y art. 5 del A. Adm.	E/CHL 11: Art. 10 del Convenio y art. 5 del A. Adm.	-
ECUADOR	EE-5: Art. 2 del Conv. Gral., art. 8 del Conv. Adic. y art. 8 del A. Adm.	EE-1: Art. 2 del Conv. Gral., art. 3 del Conv. Adic. y arts. 4 y 7 del A. Adm.	EE-5: Art. 2 del Conv. Gral., art. 8 del Conv. Adic. y art. 8 A. Adm.
MARRUECOS	EM-4: Arts. 12, 13 14 y 27 del Convenio y arts. 7 y 22 del A. Adm.	-	EM-4: Arts. 9 y 12.3 del Convenio y art. 6 del A. Adm.
PERÚ	Certificado no normalizado: Art. 9 del Convenio y 7 del A. Adm.	-	-
TÚNEZ	ES-TUN 11: Arts. 9 y 12.4 del Convenio y art. 6.1 y 3 del A. Adm.	-	ES-TUN 12: Art. 11 del Convenio y art. 6.2 y 3 del A. Adm.

Como se desprende del cuadro anterior, todos los convenios cubren asistencia sanitaria en desplazamientos por motivos particulares.

En los formularios de derecho para los españoles en estancia temporal en Estados con los que España tenga suscrito un Convenio Bilateral que contemple la prestación de asistencia sanitaria, normalmente figuran las siglas de los dos Estados y luego la cifra 11, si los motivos del desplazamiento son particulares (similar a la TSE) y la cifra 12, si los motivos son médicos (similar al formulario de derecho E-112 del ámbito de los Reglamentos comunitarios).

El cuadro siguiente recoge los formularios de derecho para residencia habitual:

CUADRO N.º 50

Formularios de derecho de residencia habitual en aplicación de los Convenios Bilaterales de Seguridad Social suscritos por España

Estados	Trabajadores y familiares	Familiares de trabajadores	Pensionistas y miembros de su familia
ANDORRA	E-AND 06: Art. 14 del Convenio y art. 6 del A. Adm.	E-AND 09: Art. 11 del Convenio y art. 7 del A. Adm.	E-AND 21: Art. 12.2 del Convenio y art. 8 del A. Adm.
BRASIL	-	EB-3: Art. 11 del Convenio	EB-2: Art. 12 del Convenio

Estados	Trabajadores y familiares	Familiares de trabajadores	Pensionistas y miembros de su familia
CHILE	–	E/CHL 9: Art. 11 del Convenio y art. 6 del A. Adm.	E/CHL 9: Art. 12.3 del Convenio y art. 7 del A. Adm.
ECUADOR	–	–	EE–6: Art. 9 del A. Adm.
MARRUECOS	–	EM–6: Art. 15 del Convenio y art. 8 del A. Adm.	EM–6: Art. 16 del Convenio y art. 9 del A. Adm.
PERÚ	–	–	–
TÚNEZ	–	ES–TUN 09: Art. 10 del Convenio y art. 7 del A. Adm.	ES–TUN 21: Art. 12.3 y 13 del Convenio y arts. 8 y 9 del A. Adm.

Como se ha comentado, sólo el Convenio Bilateral suscrito con Andorra cuenta con formularios de derecho de residencia habitual para trabajadores y familiares. El convenio suscrito con Perú no contempla ningún formulario de derecho por residencia habitual.

Los formularios de derecho anteriores son los equivalentes, en el ámbito de los Convenios Bilaterales, a los formularios E-106 (para trabajadores y sus familiares), E-109 (para familiares de trabajadores) y E-121 (para pensionistas y familiares de pensionistas) del ámbito de los Reglamentos comunitarios.

4.2 gestión y facturación derivada de los Convenios Bilaterales.

4.2.1 Procedimiento de gestión de los formularios de derecho.

En relación con la emisión y gestión de los formularios de derecho de Convenios Bilaterales, es importante señalar que sólo los formularios de derecho de residencia habitual de Andorra se gestionan a través de la aplicación informática ASIA. Por tanto, los formularios de derecho correspondientes al resto de los Convenios Bilaterales suscritos por España con otros Estados no se graban en la aplicación ASIA, lo que supone los siguientes riesgos:

- Inexistencia de información centralizada sobre los formularios de derecho emitidos en aplicación de los Convenios Bilaterales suscritos con Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez.
- Riesgo de duplicidad en la emisión de formularios de derecho correspondientes a estos Estados, por cuanto que los interesados pueden solicitar la emisión de formularios de derecho en distintos CAISS de la misma o de distinta provincia, lo que puede dar lugar a la recepción por parte del INSS de gastos ocasionados indebidamente en los desplazamientos de dichos interesados.
- Ralentización de la gestión de estos formularios y el consiguiente riesgo de extravío en el envío de formularios a las Direcciones Provinciales del INSS.

En la emisión y gestión de los formularios de derecho de residencia se producen las mismas deficiencias que en los formularios de derecho para estancia temporal, es decir, no están centralizados en una base de datos única, salvo Andorra, y se realizan en soporte papel.

Por tanto, el INSS debe proceder a la inclusión de todos los formularios de derecho correspondientes a los Convenios Bilaterales en la aplicación ASIA, mientras permanezcan en vigor.

4.2.2 Procedimiento de facturación y de gestión de los formularios de liquidación.

Como ya se ha señalado, España tiene suscritos Convenios Bilaterales de prestaciones sanitarias con siete Estados (Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos,

Perú y Túnez). Excepto la gestión de la facturación de cuotas globales de Andorra, que se efectúa por el INSS a través de la aplicación informática ASIA, la facturación relacionada con el resto de Estados con los que existe Convenio Bilateral se efectúa en soporte papel (formularios de derecho) y se controla en los Servicios Centrales del INSS a través de un programa informático denominado «CARGO».

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios deben cumplimentar un documento denominado «H-1», en el que, entre otros datos, figura la persona atendida y la atención prestada, así como el importe de la prestación. Este documento, acompañado de una fotocopia del formulario de derecho de la persona atendida, es enviado por dichos centros al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente.

El Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma remite en soporte papel el documento «H-1» más la fotocopia del formulario de derecho a la Dirección Provincial del INSS correspondiente y ésta cumplimenta el formulario de liquidación manualmente. Posteriormente, las Direcciones Provinciales envían los formularios de liquidación a los Servicios Centrales del INSS.

El hecho de que toda la facturación (excepto la relativa a Andorra) de Estados con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales se realice de forma manual, así como la intervención de varias administraciones en el procedimiento, conlleva el riesgo tanto de que existan prestaciones sanitarias que no se facturen por parte de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, como de existencia de retrasos a la hora de elaborar los formularios de liquidación por parte de las Direcciones Provinciales del INSS.

En este sentido, en las visitas de fiscalización efectuadas a las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Las Palmas y Valencia, se ha podido constatar que:

– No se había establecido en ninguna de estas Direcciones Provinciales un procedimiento concertado con los respectivos Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma relativo a la periodicidad o frecuencia de remisión de dicha documentación.

Con carácter general, los centros hospitalarios remiten la información directamente a las Direcciones Provinciales del INSS, mientras que en el caso de los centros de atención primaria, la documentación se remite por conducto de las gerencias de atención primaria, en ocasiones, como pudo constatarse en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, sin ir acompañada de oficio alguno, lo que implica, al menos, la existencia de riesgo de extravío.

– En algunas de las Direcciones Provinciales visitadas por el Tribunal de Cuentas (en concreto, en las Direcciones Provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia y Las Palmas) existían facturas de Convenios Bilaterales pendientes de gestionar, es decir, prestaciones de asistencia sanitaria de las que no se habían elaborado todavía los formularios de liquidación, con este detalle:

CUADRO N.º 51

Facturas de Convenios Bilaterales pendientes de gestionar en las Direcciones Provinciales del INSS visitadas

DD.PP. del INSS	N.º de facturas	Importe
MADRID	482	41.339,00
MÁLAGA	33	17.341,55
MURCIA	22	8.354,68
LAS PALMAS	47	2.903,27
TOTAL	584	69.938,50

– Así, este Tribunal de Cuentas constató que, en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, en el mes de mayo de 2010, existían documentos «H-1» pendientes de tramitar

por dicha Dirección Provincial, correspondientes a prestaciones sanitarias prestadas por centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Madrid que databan inclusive del año 2005, lo que representa una deficiencia de gestión que debe subsanar el INSS.

– Además, en el ejercicio 2010 existían importes pendientes de facturar correspondientes a Convenios Bilaterales por prestaciones sanitarias servidas hasta cinco años de retraso. Al margen del riesgo existente en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de que dichos centros realicen prestaciones sanitarias y que las mismas no sean facturadas por dichos centros, lo que es obvio es que también existen retrasos en la elaboración de los formularios de liquidación por parte de las Direcciones Provinciales. Es decir, aun cuando existen prestaciones sanitarias que sí son facturadas en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, el procedimiento también adolece de fallos en lo que a su gestión por las Direcciones Provinciales se refiere, puesto que si éstas no elaboran los formularios de liquidación, los Servicios Centrales del INSS no pueden enviar la facturación a los Estados deudores y, por tanto, dichas prestaciones estarían siendo soportadas indebidamente por las Comunidades Autónomas y el INGESA innecesariamente.

El retraso evidente en la facturación de estas prestaciones de asistencia sanitaria, implica un riesgo importante de que se perjudique el derecho de cobro de estas facturas emitidas.

4.2.3 Facturación derivada de los Convenios Bilaterales.

El siguiente cuadro muestra los cargos emitidos y recibidos por España en el ejercicio 2009 por gasto real correspondientes a Estados con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplan las prestaciones de asistencia sanitaria:

CUADRO N.º 52

ESPAÑA ACREEDORA Y DEUDORA POR GASTO REAL

Convenios Bilaterales. Ejercicio 2009

Estados	España acreedora			España deudora		
	Número de formularios	Importe	% Importe	Número de formularios	Importe	% Importe
BRASIL	663	253.044,14	48,84	–	–	–
ANDORRA	705	195.240,83	37,68	3.520	2.426.681,46	92,25
CHILE	264	62.592,70	12,08	–	–	–
PERÚ	25	5.438,39	1,05	2	928,38	0,04
ECUADOR	2	1.815,86	0,35	–	–	–
MARRUECOS	–	–	–	1.891	202.897,73	7,71
TÚNEZ	–	–	–	–	–	–
TOTAL	1.659	518.131,92	100	5.413	2.630.507,57	100

De acuerdo con el cuadro anterior, los dos Estados a los que España factura un mayor importe por gasto real son Brasil y Andorra, que representaron el 86% de la facturación.

Salvo en el caso de Andorra y Marruecos, en los que el saldo es negativo para España, es decir, el importe reclamado por estos Estados es muy superior al importe reclamado por España, en los otros cinco Estados el saldo es positivo para España, es decir, España factura un mayor importe a estos Estados que el que éstos facturan a España, situación que se agrava, como se comenta posteriormente, por el hecho de que dichos Estados nunca han pagado a España estas deudas.

El siguiente cuadro muestra los importes de las cuotas globales correspondientes a los Estados con los que España tiene suscrito un Convenio Bilateral:

CUADRO N.º 53

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Costes medios mensuales de las prestaciones en especie de los Estados con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales

Países	Familiars de trabajadores			Pensionistas		
	2008	2007	2006	2008	2007	2006
ANDORRA	85,55	79,19	73,39	290,95	270,21	256,75
BRASIL	56,28	52,10	48,29	290,95	270,21	256,75
CHILE	106,94	98,99	91,74	378,24	351,23	333,74
MARRUECOS	106,94	98,99	91,74	378,24	351,23	333,74

De acuerdo con el cuadro anterior, de los siete Estados con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales, sólo cuatro tienen aprobadas cuotas globales (Túnez no tiene aprobadas cuotas globales, a pesar de que el Convenio Bilateral sí contempla la existencia de formularios de derecho por residencia habitual).

CUADRO N.º 54

ESPAÑA ACREEDORA CUOTAS GLOBALES

Cargos emitidos en el ejercicio 2009. Convenios Bilaterales

Países	Familiars de trabajadores		Pensionistas		Total cargos por cuotas globales		
	N.º form.	Importe	N.º form.	Importe	N.º form.	Importe	% N.º form. total form.
ANDORRA	44	33.864,19	273	795.187,65	317	829.051,84	23,27
BRASIL	–	–	751	2.404.869,00	751	2.404.869,00	55,14
CHILE	–	–	105	434.120,28	105	434.120,28	7,71
MARRUECOS	–	–	189	767.086,32	189	767.086,32	13,88
TOTAL CONV. BILATERALES	44	33.864,19	1.318	4.401.263,25	1.362	4.435.127,44	100

– El importe total facturado por España en el ejercicio 2009 por cuotas globales a Estados con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales ascendió a 4.435.127,44 euros, procedentes de un total de 1.362 formularios. De estos 1.362 formularios, el 55,14% fueron facturados por España a Brasil, y el 7,71% a Chile. Sin embargo, como se señala posteriormente, ni Brasil ni Chile ha efectuado nunca ningún abono a España, por lo existe el riesgo de que el 63% de la facturación emitida a España por cuotas globales correspondientes a Estados con los que España tiene suscritos estos Convenios Bilaterales, de seguir la situación igual que en años anteriores, nunca sea cobrada.

Por lo que respecta a la situación de España deudora por cuotas globales derivada de Convenios Bilaterales, es decir, la facturación recibida en España de terceros países, conviene señalar que en el año 2009 única y exclusivamente se recibió en España facturación, de forma manual, procedente de Marruecos.

En concreto, Marruecos emitió 5.551 formularios de derecho, que corresponden, en su mayoría, a familiares y/o beneficiarios de trabajadores marroquíes que cotizan a la

Seguridad Social española. El importe de esta facturación ascendió a 12.545.384,65 euros. Por tanto, el importe facturado por Marruecos a España fue sensiblemente superior al facturado por España a Marruecos.

Por otra parte, del total de facturación recibida en el año 2009 en concepto de España deudora (Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales) que ascendió a 17.867.063,74 euros, el 70% procedía de Marruecos, mientras que los 30 países del ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios representaron sólo el 30% del importe total.

A juicio de este Tribunal de Cuentas, el convenio suscrito con Marruecos es perjudicial económicamente para España, debido a que:

– El importe de la facturación emitida por Marruecos por cuotas globales a España en el ejercicio 2009 fue muy elevada en comparación a la emitida por España, debido a que existen numerosos trabajadores marroquíes a cargo de la Seguridad Social española que tienen familiares a su cargo viviendo en Marruecos, por los que Marruecos factura a España por cuotas globales, en concepto de asistencia sanitaria prestada a estos familiares. La situación contraria (trabajadores españoles residentes en Marruecos) es muy infrecuente.

– La facturación emitida por gasto real a Marruecos por España también es irrelevante, puesto que el convenio sólo contempla la facturación en los supuestos en los que los trabajadores requieren asistencia sanitaria con motivo de desplazamiento por vacación retribuida o ausencia autorizada. En el caso de los trabajadores españoles desplazados en Marruecos que requieren asistencia sanitaria en España en vacaciones, resulta lógico considerar que dichos trabajadores presentarán en los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos españoles una tarjeta sanitaria individual emitida por España, en vez del preceptivo formulario de derecho del Convenio Bilateral suscrito con Marruecos.

– Por lo que se refiere a los cobros y pagos por Convenios Bilaterales realizados en el ejercicio 2009, España no percibió importe alguno procedente de países con los que tiene suscritos Convenios Bilaterales, a pesar de que España viene emitiendo facturación anualmente a estos países, y sólo efectuó pagos a Andorra por importe de 2.328.647,31 euros.

Al igual que sucedía en el ámbito de los Reglamentos comunitarios, para el registro de las cantidades pagadas por la asistencia sanitaria prestada a asegurados a cargo de la Seguridad Social española en estancia temporal o residencia habitual en el territorio de países del ámbito de aplicación de los Convenios Bilaterales (España deudora), el INSS utiliza el concepto extrapresupuestario 10332.–«Convenios internacionales». A su vez, las cantidades ingresadas por la asistencia prestada en nuestro país a asegurados de dichos países en estancia temporal o residencia habitual en España (España acreedora) se registran contablemente en el concepto extrapresupuestario 20333.–«Convenios internacionales».

En relación con los Estados sudamericanos con los que el INSS tiene suscritos Convenios Bilaterales que incluyen prestaciones de asistencia sanitaria, es decir, con Brasil, Chile, Perú y Ecuador, es conveniente señalar que el INSS, con fecha 30 de noviembre de 2009, elaboró un informe relativo a una pregunta parlamentaria sobre el incumplimiento de los Convenios Bilaterales de Seguridad Social. En dicho informe, el INSS puso de manifiesto que estos cuatro Estados «nunca han pagado las cantidades que ese Instituto factura periódicamente por la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos de salud de España a sus asegurados».

– Por otra parte, España tuvo suscritos dos Convenios Bilaterales que incluían la prestación de asistencia sanitaria con Panamá y Paraguay. Dichos convenios fueron extinguidos por la falta de pago de dichos Estados de su deuda con España.

– Por último, el importe pendiente de cobro y pago a 31 de diciembre de 2008, últimos datos disponibles en el INSS, es el que se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 55

Importes facturados pendientes de cobrar o pagar por gasto real a 31/12/2008

Estados	España acreedora	España deudora	% España acreedora respecto al total	% España deudora respecto al total
BRASIL	4.315.997,48	–	67,71	–
ANDORRA	855.092,32	2.426.681,46	13,41	92,25
PERÚ	626.114,28	928,38	9,82	0,04
CHILE	515.007,36	–	8,08	–
ECUADOR	62.215,04	–	0,98	–
MARRUECOS	–	202.897,73	–	7,71
TÚNEZ	–	–	–	–
TOTAL	6.374.426,48	2.630.507,57	100	100
PANAMÁ*	207.410,69	–	–	–
PARAGUAY*	4.144,46	–	–	–

* Convenios extinguidos.

Ante esta situación y dado que Brasil, Chile, Ecuador y Perú nunca han realizado ningún pago a España por la facturación emitida por el INSS por las prestaciones sanitarias servidas a sus asegurados, desde la entrada en vigor de dichos convenios (el 1 de diciembre de 1995, 1 de noviembre de 1962, el 1 de febrero de 2005 y el 13 de marzo de 1998 respectivamente), y debido al elevado coste administrativo que supone para las Direcciones Provinciales y los Servicios Centrales del INSS, y también económico para los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas, a juicio del Tribunal de Cuentas, estos Convenios Bilaterales no son beneficiosos económicamente para España (es conveniente señalar que, en el caso de Ecuador, como ya se ha señalado, con fecha 1 de enero de 2011 entró en vigor un nuevo convenio que no contempla la prestación de asistencia sanitaria).

Por lo tanto, y a la vista de los datos anteriores, este Tribunal de Cuentas considera que desde un punto de vista financiero y de gestión, el Gobierno debería plantearse la conveniencia de denunciar los anteriores Convenios Bilaterales suscritos por España, en el apartado relativo a la asistencia sanitaria, ante la falta de pago de los países deudores y la elevada carga de gestión que representa para las distintas entidades que intervienen en este procedimiento.

5. Gestión efectuada por el Instituto Social de la Marina.

5.1 Antecedentes.

Como ya se ha señalado, el Reglamento (CE) número 574/72 establecía que, en España, el organismo de enlace competente para las personas pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar era el Instituto Social de la Marina.

Por tanto, correspondía al ISM la gestión de la facturación emitida por otros países a España, tanto por gasto real como por cuota global, correspondiente a la asistencia sanitaria recibida por las personas incluidas dentro del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, es decir, le correspondía la gestión de la situación de España deudora. En consecuencia, el ISM únicamente efectuaba pagos a los Estados miembros, puesto que la gestión de los cobros corresponde en su totalidad al INSS.

A partir de la entrada en vigor de los Reglamentos (CE) número 883/2004 y (CE) 987/2009, el INSS se configura como el único organismo de enlace a efectos de gestión de reembolsos. Esto se traduce, en la práctica, en que hasta el 1 de mayo de 2010, los

organismos de enlace extranjeros enviaban las facturas emitidas directamente al ISM, si bien a partir de dicha fecha, los organismos de enlace extranjeros remiten directamente dichos cargos al INSS, y éste luego los reenvía al ISM para su liquidación y pago, por lo que el procedimiento de gestión se complica innecesariamente. Además, antes del 1 de mayo de 2010, el ISM no comunicaba al INSS información de los pagos efectuados a los citados organismos de enlace extranjeros, por lo que estos pagos no afectaban a la liquidación final que el INSS efectúa a las Comunidades Autónomas a la que se hace referencia en el apartado 6 de este Informe.

De acuerdo con el Real Decreto 504/2011, de 8 de abril, de estructura orgánica y funciones del Instituto Social de la Marina, corresponde a dicho organismo «la administración y el control de la tarjeta sanitaria europea y de los formularios de derecho a la asistencia sanitaria prestada en otros países, así como la gestión y propuesta de pago de los gastos correspondientes a los reembolsos por asistencia sanitaria prestada en otro Estado al amparo de los instrumentos internacionales de Seguridad Social».

A juicio de este Tribunal de Cuentas, en virtud del principio de unidad de gestión, y en aras a lograr una mayor eficiencia en el procedimiento, parece razonable que sea el INSS la entidad que asuma la gestión de la facturación que actualmente realiza el ISM, ya que dicha gestión es residual si la comparamos con el total de facturación gestionada por el INSS procedente de otros países (por importes, en el ejercicio 2009, la facturación gestionada por el ISM representó el 0,88% respecto al total de importes facturados a España por otros países), y puesto que toda la facturación, a partir de mayo de 2010, es enviada por los organismos de enlace extranjeros al INSS directamente.

Por otra parte, es conveniente señalar que existen formularios de liquidación que son remitidos, por error, por el INSS a sus Direcciones Provinciales para su revisión en lugar de al ISM, lo que produce retrasos en el sistema de revisión de los formularios, que se evitarían en parte si la gestión de la facturación que actualmente realiza el ISM fuera asumida por el INSS.

Por tanto, el Tribunal de Cuentas recomienda al Ministerio de Trabajo e Inmigración que dicte las normas oportunas para que sea el INSS quien asuma la gestión de toda la liquidación emitida por organismos de enlace extranjeros a España, incluyendo la referida al ámbito del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, que actualmente es competencia del ISM, y que regule un procedimiento de coordinación e intercambio de información entre el INSS y el ISM.

5.2 Facturación gestionada por el Instituto Social de la Marina.

El procedimiento de emisión de los formularios de derechos, de gestión y control de las remesas de facturas recibidas, y de pago a los organismos de enlace extranjeros, es similar al que efectúa el INSS y al que se ha hecho referencia en apartados anteriores, con las únicas peculiaridades que se comentan a continuación.

El ISM utiliza una aplicación informática denominada «TSE» para la gestión de la facturación recibida. Así, cuando los Servicios Centrales del ISM reciben una remesa de gastos de un organismo de enlace extranjero (a partir del 1 de mayo de 2010, por conducto del INSS), estos gastos se dan de alta en la aplicación «TSE» existente en el ISM.

La información disponible en la aplicación «TSE», clasificada por año de abono de los expedientes de gasto por parte del INSS a cada uno de los países, figura en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 56

Expedientes de gasto que figuraban en la aplicación «TSE» del ISM

Año de abono	Importe	%
2004	20,94	–
2005	390.017,30	27,53
2006	227.065,19	16,03

Año de abono	Importe	%
2007	156.706,90	11,06
2008	183.076,89	12,92
2009	401.464,14	28,34
2010	58.150,05	4,11
TOTAL	1.416.501,41	100

De acuerdo con el cuadro anterior, el importe total adeudado por el ISM en los últimos siete años ascendió a 1.416.501,41 euros. El aumento tan significativo existente entre los importes correspondientes a los ejercicios 2008 y 2009 se debió a que en el año 2009 el ISM pagó un cargo emitido por Francia por importe de 189.817,60 euros, ocasionado por una persona afiliada al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar que estuvo más de dos meses en la UVI de un hospital francés.

Respecto a los países que han facturado a personas correspondientes al citado Régimen Especial, el 84% de los importes pagados en estos siete años se concentran en tres países (Francia el 46%, Alemania el 24% y Portugal el 14%)

El siguiente cuadro muestra el importe de los pagos, en euros, efectuados por el ISM en el período 2007 a 2009, tanto por gasto real como por cuota global, a otros países, de acuerdo con los datos facilitados por el ISM al Tribunal de Cuentas:

CUADRO N.º 57

Pagos efectuados por el ISM a los organismos de enlace extranjeros

Tipo de gasto	2007	2008	2009
Gasto Real	77.064,36	166.336,16	420.281,00
Cuota Global	68.976,87	37.318,15	71.587,85
Total Reglamentos comunitarios	146.041,23	203.654,31	491.868,85
Andorra	635,26	129,80	311,39
Total Convenios Bilaterales	635,26	129,80	311,39
TOTAL	146.676,49	203.784,11	492.180,24

Este Tribunal de Cuentas ha verificado que la información disponible en el ISM sobre este tipo de prestaciones sanitarias presenta incoherencias entre la información existente en la aplicación informática «TSE» y la información contable y presupuestaria.

Por tanto, el ISM debe adoptar las medidas oportunas para que la información contenida en la aplicación informática «TSE», utilizada por el ISM para la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria recibida por trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores del Mar en el extranjero, sea coherente con la información presupuestaria y contable existente en el ISM.

Por lo que se refiere al procedimiento de gestión y control de las remesas recibidas en el ISM, es igual al establecido en el INSS, al que se ha hecho mención anteriormente, con una única excepción, su indebida, a juicio de este Tribunal de Cuentas, imputación al presupuesto de gastos.

En concreto, el ISM reconoce obligaciones presupuestarias por el importe a pagar a los organismos de enlace extranjeros. Si el formulario de liquidación incluye una asistencia por hospitalización, el gasto se imputa a la aplicación presupuestaria 2223 «Atención Especializada», 2524 «Con Entes u Organismos Internacionales». Si el gasto no incluye una asistencia por hospitalización (es decir, si se trata de un gasto por medicamentos, consultas, etc.), se imputa a la aplicación presupuestaria 2121 «Atención Primaria de Salud», 2514 «Con Entes u Organismos Internacionales». El INSS, como ya se ha comentado, lo aplica extrapresupuestariamente.

En consecuencia, la principal diferencia en el tratamiento de la compensación de la asistencia sanitaria internacional existente en el INSS y el ISM radica en que el ISM aplica a su presupuesto de gastos la totalidad de los abonos efectuados a los organismos de enlace extranjeros, mientras que el INSS, que gestiona el resto de Regímenes de la Seguridad Social, no lo imputa a su presupuesto de gastos, sino que compensa extrapresupuestariamente los gastos con los ingresos recibidos obtenidos de otros países, y el saldo resultante lo transfiere a las Comunidades Autónomas. A este respecto, este Tribunal de Cuentas considera lo siguiente:

– Carece de toda lógica presupuestaria que las mismas obligaciones generadas por la asistencia sanitaria recibida en el extranjero por personas protegidas por la Seguridad Social española, y que deben ser financiadas por España, sean imputadas presupuestaria o extrapresupuestariamente en función, exclusivamente, de la entidad gestora a la que corresponde la gestión de un Régimen Especial de la Seguridad Social. En consecuencia, no existe un tratamiento homogéneo de estas operaciones en el ámbito de la Seguridad Social, situación que debe subsanar el Ministerio de Trabajo e Inmigración.

– Toda la asistencia sanitaria que venía prestando el ISM correspondiente a las personas pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar está transferida a las Comunidades Autónomas, a excepción de la Comunidad Autónoma de Madrid y las Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas que han asumido las competencias en materia de asistencia sanitaria del ISM han integrado todas las instalaciones y medios sanitarios, así como el personal, dentro de un mismo sistema sanitario, sin diferenciar si procedían del INGESA o del ISM. Por ello, corresponde a dichas Comunidades Autónomas la imputación presupuestaria de las obligaciones y de los derechos derivados de las prestaciones de asistencia sanitaria por la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales, por lo que carece de sentido que el ISM realice imputaciones presupuestarias por estas mismas operaciones.

– A mayor abundamiento, dado que el ISM imputa a su presupuesto de gastos las transferencias realizadas a las Comunidades Autónomas que han asumido las competencias en materia de asistencia sanitaria del ISM, el importe de las obligaciones reconocidas por las personas residentes en estas Comunidades Autónomas cuando reciben asistencia sanitaria en sus desplazamientos a los países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales está duplicado.

– Todos los derechos que se generan por la prestación de asistencia sanitaria en España a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países son imputadas extrapresupuestariamente por el INSS, por lo que no existe la debida correlación entre ingresos y gastos generados para las personas afiliadas al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

Por tanto, a juicio de este Tribunal de Cuentas, todas las operaciones derivadas de la prestación de asistencia sanitaria en aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales deben tener la naturaleza de operaciones no presupuestarias para la Seguridad Social, como viene realizando el INSS, dado que la Seguridad Social es un mero intermediario entre los prestadores de la asistencia sanitaria (centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas) y los ingresos que recibe de los países (que también revierten a las Comunidades Autónomas).

En consecuencia, el ISM reconoció en el año 2009 indebidamente obligaciones presupuestarias, tanto por atención primaria como por atención especializada, por importe de 386.511,44 euros⁽⁴³⁾, por lo que el resultado presupuestario de la Seguridad Social correspondiente al ejercicio 2009 está infravalorado en este importe.

⁽⁴³⁾ De acuerdo con los datos facilitados por el ISM a este Tribunal de Cuentas, los formularios de derecho emitidos por las Direcciones Provinciales de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía no transferidas, es decir, Madrid, Ceuta y Melilla, representaban tan sólo un 2,62% del total de formularios emitidos, por lo que las obligaciones correspondientes a Madrid, Ceuta y Melilla no se han tenido en cuenta en el ajuste.

Por otra parte, a juicio de este Tribunal de Cuentas, las operaciones que realice el ISM relativas a los pagos efectuados a organismos de enlace extranjeros, una vez sean imputadas extrapresupuestariamente, deberían tenerse en cuenta en la compensación efectuada a las Comunidades Autónomas a través del Fondo de Cohesión Sanitaria y en la transferencia del importe del saldo neto positivo obtenido por España en concepto de cuotas globales, a las que se hace referencia en el capítulo siguiente, por lo que el Gobierno debería adoptar las medidas oportunas para la inclusión de dicho importe en el cálculo de la cantidad a compensar a las Comunidades Autónomas.

6. Compensación a las Comunidades Autónomas por las prestaciones de asistencia sanitaria a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países.

6.1 Compensación por las prestaciones de asistencia sanitaria facturadas mediante el sistema de gasto real.

La asistencia sanitaria prestada por centros, servicios y establecimientos sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a la asistencia a cargo de otro país, se compensa a las citadas Comunidades Autónomas y al INGESA con cargo al denominado Fondo de Cohesión Sanitaria, cuya gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El Fondo de Cohesión Sanitaria fue creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos Convenios Bilaterales. El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, reguló la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, según el cual las actividades objeto de compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria son las siguientes:

– Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre Comunidades Autónomas.

– Asistencia sanitaria a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia.

– Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre Comunidades Autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

En relación con la asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, el artículo 5 del Real Decreto 1207/2006 señala que se compensará con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria «la atención sanitaria a ciudadanos desplazados temporalmente a España, respecto a los que, en virtud de la aplicación de los Reglamentos (CEE) núm. 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y núm. 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, o de los convenios suscritos por España en materia de Seguridad Social, el derecho a la asistencia sanitaria sea por cuenta de una institución de otro Estado, siempre que dichos ciudadanos hayan entrado y permanezcan legalmente en España y la asistencia prestada esté cubierta por los citados convenios internacionales».

El artículo 8 del citado Real Decreto 1207/2006 regula los criterios de distribución de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a desplazados temporalmente en España a cargo de otro Estado:

– La cuantía global de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a estos desplazados será igual al saldo neto positivo resultante, en el ámbito nacional, entre el

importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados de otros Estados y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada, en otros Estados, a ciudadanos asegurados en España, al amparo de la normativa internacional.

– La distribución entre Comunidades Autónomas de dicho saldo neto positivo se realizará tomando como base la facturación que cada Comunidad Autónoma presente por dicho concepto al INSS y sea validada técnicamente por éste, y la que este organismo reciba de otros Estados por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de la Comunidad Autónoma desplazados en el extranjero.

– El reparto se realiza exclusivamente entre aquellas Comunidades Autónomas que presenten un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros Estados a asegurados de la Comunidad Autónoma desplazados en el extranjero, y será proporcional a los saldos netos de facturación registrados para cada Comunidad Autónoma.

En los ejercicios 2008 y 2009, los datos sobre la facturación emitida y recibida por las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía elaborados por el INSS y remitidos al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para la distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria destinado a la compensación por la asistencia sanitaria prestada a desplazados temporalmente en España a cargo de otro Estado fueron los siguientes:

CUADRO N.º 58

Saldos netos de los importes facturados por gasto real clasificados por Comunidades Autónomas en los ejercicios 2008 y 2009

Comunidad Autónoma o ciudad con Estatuto de Autonomía	Saldo neto 2008	Saldo neto 2009
ANDALUCÍA	9.904.841,14	16.488.723,20
COMUNIDAD VALENCIANA	10.472.009,04	11.351.583,37
ILLES BALEARS	6.656.682,79	9.128.910,05
CANARIAS	5.955.279,01	5.711.243,74
MURCIA	2.385.814,94	4.581.635,21
GALICIA	2.977.895,48	3.942.821,32
EXTREMADURA	1.102.967,50	1.028.365,53
CATALUÑA	-181.220,76	683.779,21
CASTILLA Y LEÓN	-141.395,81	396.836,55
CANTABRIA	261.551,40	200.114,55
NAVARRA	-66.437,80	134.684,76
CEUTA	21.391,65	43.924,02
LA RIOJA	24.029,36	-45.861,33
MELILLA	5.475,59	-53.920,05
ARAGÓN	-101.976,87	-273.807,82
ASTURIAS	187.933,83	-325.120,19
CASTILLA-LA MANCHA	-154.820,40	-332.463,72
PAÍS VASCO	-1.725.723,86	-2.308.756,72
MADRID	-3.231.807,56	-3.693.202,88
TOTAL	34.352.488,67	46.659.488,80

Como se ha comentado anteriormente, a partir de la entrada en vigor del Real Decreto 1207/2006, el reparto se realiza proporcionalmente, pero sólo entre aquellas Comunidades Autónomas que presenten un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros Estados a asegurados residentes en la Comunidad Autónoma desplazados en el extranjero.

El saldo neto de cada ejercicio está integrado por los cargos efectuados por cada una de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (situación de España acreedora por gasto real) menos los cargos recibidos por dichas Comunidades Autónomas (situación de España deudora por gasto real), así como los cargos efectuados por uso indebido de la TSE (si bien, como ya se ha señalado, en las Direcciones Provinciales del INSS visitadas por el Tribunal de Cuentas no se efectuó ninguna reclamación por uso indebido de TSE).

La cuantía global de la compensación que, como ya se ha señalado, es igual al saldo neto positivo resultante, entre el importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados de otros Estados y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada, en otros Estados, para el ejercicio 2009, fue de 55.461.089,71 euros. Dicho importe se repartió proporcionalmente entre las Comunidades Autónomas que presentaron un saldo neto positivo en su facturación por gasto real en el ejercicio 2009, en proporción a lo que representó la facturación de cada Comunidad Autónoma con saldo neto positivo respecto a la facturación total (46.659.488,80 euros).

Así, los importes del Fondo de Cohesión Sanitaria destinados a la compensación por la asistencia sanitaria prestada a desplazados temporalmente en España a cargo de otro Estado en el período comprendido entre los ejercicios 2006 a 2009 y su distribución por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 59

Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria destinado a la compensación por la asistencia sanitaria a desplazados a cargo de otro Estado en el periodo 2006-2009

Comunidad Autónoma o ciudad con Estatuto de Autonomía	2006	2007	2008	2009
ANDALUCÍA	6.358.120	13.006.051	6.941.241	17.032.100,65
COMUNIDAD VALENCIANA	10.161.638	4.841.139	7.338.707	11.724.474,36
ILLES BALEARS	3.519.673	2.680.312	4.664.955	9.428.385,25
CANARIAS	3.746.749	2.809.471	4.173.416	5.901.059,95
MURCIA	1.958.528	989.586	1.671.962	4.730.830,95
GALICIA	2.043.681	1.873.024	2.086.886	4.076.390,09
EXTREMADURA	255.460	677.257	772.952	1.064.852,92
CATALUÑA	-	-	-	704.355,84
CASTILLA Y LEÓN	-	-	-	410.412,06
CANTABRIA	141.922	137.139	183.293	205.206,03
NAVARRA	-	-	-	138.652,72
CEUTA	-	5.688	14.991	44.368,87
ASTURIAS	198.691	49.449	131.703	-
LA RIOJA	-	-	16.840	-
MELILLA	-	-	3.837	-
ARAGÓN	-	-	-	-
CASTILLA-LA MANCHA	-	-	-	-
MADRID	-	-	-	-
NAVARRA	-	-	-	-
PAÍS VASCO	-	-	-	-
TOTAL	28.384.462	27.069.116	28.000.783	55.461.090

Como se desprende del cuadro anterior, en el ejercicio 2009, las Comunidades Autónomas que más importe recibieron del Fondo de Cohesión Sanitaria fueron Andalucía (30,71%), la Comunidad Valenciana (21,14%), Illes Balears (17%) y Canarias (10,64%).

Por el contrario, las Comunidades Autónomas con saldos negativos y que, por tanto, no percibieron ningún importe del Fondo de Cohesión Sanitaria por este concepto en el ejercicio 2009 fueron Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha, Madrid, Navarra, País Vasco, La Rioja y la Ciudad Autónoma de Melilla.

Este Tribunal de Cuentas ha verificado que las Comunidades Autónomas en las que se realizaron actuaciones fiscalizadoras y que han recibido recursos financieros procedentes del Fondo de Cohesión Sanitaria, no transferían los importes correspondientes a los centros, servicios y establecimientos sanitarios que prestaron el servicio a los asegurados de otros Estados. A juicio de este Tribunal de Cuentas, una medida para incentivar la mejora de la eficacia y eficiencia de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas a la hora de realizar la facturación de prestaciones de asistencia sanitaria a asegurados de otros Estados en estancia temporal en España sería el establecimiento de un sistema mediante el cual las Comunidades Autónomas entregaran el importe recibido procedente del Fondo de Cohesión Sanitaria por este concepto a sus Servicios de Salud, y éstos a su vez, a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, repartiendo los importes de forma proporcional a la facturación efectuada por dichos centros.

En este contexto, conviene hacer referencia a la Resolución de 25 de febrero de 2008, conjunta de la Dirección General de Emigración y de la Dirección General del INSS, por la que se regula el procedimiento para acceder a la asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y para pensionistas y trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en el exterior que se desplacen temporalmente al territorio nacional.

La disposición cuarta de dicha Resolución establece que, para el reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria a los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales al territorio nacional, dichos pensionistas y trabajadores deberán presentar la siguiente documentación: certificado de inscripción en el Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero, certificación literal de nacimiento, documento expedido por las autoridades laborales o de Seguridad Social del país de procedencia que acredite la existencia de contrato en vigor y certificado emitido por la institución de Seguridad Social competente en el país de procedencia acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, entre otra documentación.

Es decir, de acuerdo con la Resolución anterior, para el reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria a los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales al territorio nacional es necesaria la presentación de documentación que justifique, entre otros requisitos, que el solicitante no tiene derecho a la asistencia sanitaria por otra vía o título.

Sin embargo, la Comunidad de Madrid envió, al menos durante el ejercicio objeto de análisis de esta fiscalización, es decir, al menos durante el ejercicio 2009, un documento denominado «Salud Madrid Exterior» a todos los españoles residentes en el extranjero que se encontraban inscritos en el CERA (Censo Electoral de Residentes Ausentes) en dicho ejercicio, de conformidad con la Resolución de 21 de marzo de 2007, de la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales, por la que se establecen las disposiciones complementarias necesarias para la ejecución y homogeneización del procedimiento de emisión de la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid. El documento «Salud Madrid Exterior» permite el acceso al Sistema Sanitario Público Madrileño.

A juicio de este Tribunal de Cuentas, el envío de oficio por parte de la Comunidad de Madrid, sin que medie solicitud ni presentación de la documentación preceptiva por los interesados que justifique que no tienen derecho a la asistencia sanitaria por otras vías, de un documento que permite el acceso a los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de la Comunidad de Madrid a todos los españoles residentes en el extranjero inscritos en el CERA sin excepción, conlleva el riesgo de que algunas de

estas personas a las que se envió dicho documento tuvieran derecho a la asistencia sanitaria en sus Estados de residencia.

En ese caso, si dichas personas acuden a los centros, servicios o establecimientos sanitarios en la Comunidad de Madrid en virtud del documento «Salud Madrid Exterior», y no en virtud de una TSE, CPS u otro formulario de derecho emitido por su país de residencia, como sería preceptivo, las prestaciones sanitarias servidas no podrán ser facturadas por España, a diferencia de si acudieran con una TSE, CPS o formulario equivalente de Convenios Bilaterales, como sucedería si la Comunidad de Madrid no hubiera realizado el envío masivo del documento «Salud Madrid Exterior». Por tanto, esta situación supone un más que probable perjuicio económico para España.

En este sentido, es necesario destacar que la Comunidad de Madrid presentó un saldo neto negativo de facturación por gasto real en el período 2006 a 2009, por lo que no recibió ningún importe procedente del Fondo de Cohesión Sanitaria en ningún ejercicio.

La misma situación se produjo en la Comunidad Autónoma de La Rioja, de acuerdo con el artículo 2 de la Orden 6/2007, de 14 de noviembre, de la Consejería de Salud, por la que se regula el documento «Rioja Salud Exterior». El citado artículo 2 establece que «todos los riojanos residentes en el exterior, que se encuentren inscritos en el Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero (...) recibirán por correo ordinario el documento denominado «Rioja Salud Exterior». Por tanto, la Comunidad Autónoma de La Rioja también emitió un documento a favor de personas que podían estar aseguradas por otros Estados, lo que pudo ocasionar un perjuicio económico para España. Cabe destacar que en los ejercicios 2006, 2007 y 2009 la Comunidad Autónoma de La Rioja presentó un saldo neto negativo de facturación por gasto real.

Cabe mencionar también que la emisión de los documentos «Salud Madrid Exterior» y «Rioja Salud Exterior» genera un efecto positivo, al cubrir la asistencia de urgencia a los españoles residentes en el extranjero, durante sus estancias temporales en España, que no tengan cubierta su cobertura sanitaria por la Seguridad Social española, la del país de residencia, por convenios internacionales de Seguridad Social, o no sean autónomos o pensionistas. No obstante, como se ha mencionado anteriormente, estos documentos sólo deberían emitirse a los españoles que no tengan cubiertas estas contingencias por los sistemas mencionados.

Por otra parte, como ya se ha señalado, este Tribunal de Cuentas ha detectado que figuraban imputadas a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 3.395 facturas, cuyo importe ascendía a 354.849,89 euros, por prestaciones de asistencia sanitaria servidas en centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía (en concreto, en hospitales de las provincias de Cádiz, Granada, Córdoba, Huelva, Jaén, Málaga, Almería) y de la Comunidad Autónoma de Cataluña (centro de atención primaria de Tarragona). Esta situación produce un exceso de facturación a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por importe de 354.849,89 euros, en detrimento de otras Comunidades Autónomas, situación que debe corregir el INSS.

6.2 Compensación por las prestaciones de asistencia sanitaria facturadas mediante el sistema de cuotas globales.

De acuerdo con la disposición adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, relativa a la transferencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas en relación a asegurados en otro Estado que residen en España:

«Anualmente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social transferirá a las Comunidades Autónomas el saldo neto positivo obtenido en el ejercicio inmediato anterior y resultante de la diferencia, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria a los miembros de la familia de un trabajador asegurado en otro Estado que residen en territorio español, así como a los titulares de pensión y miembros de su familia asegurados en otro Estado que

residan en España, y el importe abonado a otros Estados por los familiares de un trabajador asegurado en España que residan en el territorio de otro Estado, así como por los titulares de pensión y sus familiares asegurados en España que residan en el territorio de otro Estado, todo ello al amparo de la normativa internacional».

La Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, establece el procedimiento para la determinación y liquidación del importe a transferir en cumplimiento de lo establecido en la citada disposición adicional quincuagésima, señalando que durante el primer semestre de cada año, el INSS realizará «las operaciones de cierre y liquidación necesarias para la distribución del saldo neto positivo a nivel nacional, correspondiente al ejercicio anterior, en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria en los supuestos a que se refiere la citada disposición».

De dicho saldo neto positivo resultante se deducen los gastos de gestión soportados por el INSS, según se establece en el inciso final del párrafo segundo del artículo 1 de la Orden TAS/131/2006, que se imputan al Programa presupuestario 1393.—«Gestión internacional de Prestaciones» del presupuesto de gastos del INSS.

El importe del saldo neto positivo «será transferido [a las Comunidades Autónomas] por la Tesorería General de la Seguridad Social, a propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social, durante el tercer trimestre de cada ejercicio», como se dispone en el último párrafo del artículo 1 de la referida Orden TAS/131/2006.

Para la distribución de la cuantía resultante el INSS «calculará el porcentaje del saldo neto positivo que corresponde a cada una de las Comunidades Autónomas, en función del número de meses de residencia efectiva, durante el ejercicio al que se refiere el saldo, de los asegurados con cobertura sanitaria derivada de un certificado emitido por el organismo asegurador y debidamente inscrito en las correspondientes Direcciones Provinciales de la entidad gestora en la Comunidad Autónoma de que se trate».

El saldo neto obtenido en el periodo 2005-2008 en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria fue el siguiente:

CUADRO N.º 60

Asistencia sanitaria derivada de normas internacionales por residencia habitual

(D.A. 58.ª Ley 30/2005 y Orden TAS 131/2006)				
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008
INGRESOS RECIBIDOS	275.240.237,06	270.343.589,07	457.392.121,66	446.377.435,57
PAGOS EFECTUADOS	10.957.549,09	1.612.605,15	2.135.267,29	6.467.423,76
GASTOS DE GESTIÓN DEL INSS	4.551.455,16	4.638.116,88	4.446.869,63	4.615.616,57
SALDO NETO	259.731.232,81	264.092.867,04	450.809.984,74	435.294.395,24

La liquidación en concepto de cuotas globales correspondiente al ejercicio 2008 se efectuó por el INSS en julio de 2009 (sobrepasado el primer semestre que indica la Orden TAS/131/2006).

La distribución del saldo neto efectuada entre las Comunidades Autónomas en relación con el reembolso de gastos de asistencia sanitaria en concepto de cuota global correspondiente al período 2007 a 2008 fue la siguiente:

CUADRO N.º 61

Distribución del saldo neto a efectuar a las Comunidades Autónomas en relación con el reembolso de gastos de asistencia sanitaria en concepto de cuota global

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DISTRIBUCIÓN SALDO NETO 2007	DISTRIBUCIÓN SALDO NETO 2008
COMUNIDAD VALENCIANA	169.043.902,76	164.691.457,97
ANDALUCÍA	115.834.951,51	112.126.177,39
GALICIA	34.848.387,16	32.066.396,92
CANARIAS	24.484.840,87	24.110.085,96
CATALUÑA	23.407.408,60	22.549.555,56
MURCIA	22.393.019,10	22.506.026,12
BALEARES	14.622.498,84	14.292.891,47
CASTILLA Y LEÓN	10.713.562,02	9.921.229,86
MADRID	10.282.817,32	9.367.970,68
ASTURIAS	5.168.080,60	4.944.509,03
EXTREMADURA	4.828.049,02	4.570.591,15
CASTILLA LA MANCHA	3.788.841,78	3.556.790,50
PAÍS VASCO	3.421.995,63	3.173.296,14
NAVARRA	2.335.720,26	2.185.177,86
CANTABRIA	2.355.118,03	2.154.707,26
ARAGÓN	2.259.270,21	2.059.377,78
CEUTA Y MELILLA	646.687,57	643.800,41
LA RIOJA	374.833,47	374.353,18
TOTAL	450.809.984,75	435.294.395,24

Este Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que los documentos contables disponibles en el Tribunal de Cuentas relativos a la liquidación en concepto de cuotas globales del ejercicio 2008 que las propuestas de pago del INSS («OE.K»), de fecha 7 de julio de 2009, se efectuaron a los órganos de gobierno correspondientes de las distintas Comunidades Autónomas. Las aportaciones a las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra se efectuaron a favor de la Dirección General del Tesoro y Política Financiera (por el sistema especial de financiación de estas Comunidades Autónomas) y, en el caso de las Ciudades con Estatuto de Autonomía de Ceuta y Melilla, a favor del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

7. Gestión realizada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA.

7.1 introducción.

Como ya se ha señalado, la facturación de la asistencia sanitaria prestada a los asegurados de un país, con ocasión de desplazamiento temporal o residencia habitual en el territorio de otro Estado en el que sean aplicables los Reglamentos comunitarios o los Convenios Bilaterales que España tiene suscritos con otros Estados, puede efectuarse bien mediante la justificación de los gastos efectivos, o bien sobre la base de un tanto alzado o cuota global.

La gestión de la facturación por cuota global a organismos de enlace extranjeros corresponde al INSS, y en dicha gestión, los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas no tienen asignada ninguna función específica. En cambio, en la facturación por gasto real, dichos centros dependientes de los Servicios de Salud Públicos de las Comunidades Autónomas y del INGESA sí deben registrar, en general a través de la aplicación «FISS-WEB», la facturación de las prestaciones

sanitarias servidas, principalmente a titulares de TSE, CPS, formularios de derecho E-106 y los formularios equivalentes a los mencionados para los Convenios Bilaterales.

El siguiente cuadro muestra los importes facturados por cada Comunidad Autónoma a través del sistema de gasto real en el ejercicio 2009, por prestaciones sanitarias servidas a asegurados procedentes de países donde son aplicables los Reglamentos comunitarios, de acuerdo con los datos facilitados por el INSS:

CUADRO N.º 62
ESPAÑA ACREEDORA GASTO REAL

**Cargos emitidos en el ejercicio 2009 a países de Reglamentos comunitarios.
Formularios de liquidación por Comunidades Autónomas**

Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía	N.º Formularios	% N.º Total formularios	Importe	Importe medio formularios	% Importe total formularios
ANDALUCÍA	50.879	18,44	19.148.840,06	376,36	24,49
COMUNIDAD VALENCIANA	33.465	12,13	14.720.950,62	439,89	18,83
ILLES BALEARS	27.574	9,99	9.515.449,89	345,09	12,17
CATALUÑA	62.448	22,64	8.393.023,74	134,40	10,73
CANARIAS	33.032	11,97	7.379.723,43	223,41	9,44
MURCIA	16.667	6,04	5.389.624,46	323,37	6,89
GALICIA	11.714	4,25	5.007.843,96	427,51	6,41
CASTILLA Y LEÓN	10.058	3,65	1.882.737,87	187,19	2,41
MADRID	11.949	4,33	1.881.955,84	157,50	2,41
EXTREMADURA	2.943	1,07	1.406.278,27	477,84	1,80
PAÍS VASCO	2.416	0,88	1.209.486,58	500,62	1,55
NAVARRA	1.335	0,48	615.754,59	461,24	0,79
ASTURIAS	5.719	2,07	487.195,80	85,19	0,62
ARAGÓN	1.751	0,63	448.644,35	256,22	0,57
CANTABRIA	2.270	0,82	350.936,25	154,60	0,45
CASTILLA-LA MANCHA	306	0,11	116.844,59	381,85	0,15
MELILLA	700	0,25	98.355,00	140,51	0,13
LA RIOJA	504	0,18	73.388,83	145,61	0,09
CEUTA	155	0,06	57.735,93	372,49	0,07
TOTAL CC.AA. Y CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	275.885	100	78.184.770,06	283,40	100

De acuerdo con el cuadro anterior, las Comunidades Autónomas que facturaron un mayor importe por gasto real en el ejercicio 2009 fueron Andalucía, Comunidad Valenciana, Illes Balears, Cataluña, Canarias y Murcia.

Este Tribunal de Cuentas realizó trabajos de campo en los Servicios de Salud y en centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Illes Balears, Madrid, Región de Murcia y la Comunidad Valenciana.

En el desarrollo de sus trabajos de campo, el Tribunal de Cuentas solicitó a dichas Comunidades, entre otra documentación, información correspondiente a las tarjetas sanitarias individuales emitidas y relativa a los pacientes atendidos por los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las mismas.

Tras el análisis de esta información y documentación, el Tribunal encontró, con carácter general, algunas incoherencias en las bases de datos de pacientes atendidos, puesto que la facturación emitida por el INSS era, de forma ilógica, muy superior a los pacientes atendidos por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas.

Por otra parte, las bases de datos de pacientes estaban incompletas, ya que, en numerosas ocasiones, los servicios de admisión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en el momento de gestionar la admisión de un paciente, no introducían todos sus datos identificativos en las aplicaciones de gestión de dichos centros, lo que impidió conocer a este Tribunal, en numerosos casos, en virtud de qué formulario de derecho había sido atendido el paciente y verificar su correcta facturación.

Al margen de lo anterior, el Tribunal de Cuentas efectuó un análisis comparativo similar al realizado anteriormente a nivel global en España, referido a las Comunidades Autónomas, para analizar la relación entre el número de facturas por prestaciones de asistencia sanitaria y su importe correspondiente por Comunidad Autónoma, y el número de turistas recibidos, sobre la base de la proporcionalidad que debiera existir entre ambas magnitudes.

Para ello se cruzaron los datos sobre visitas de extranjeros en el ejercicio 2008 clasificados por Comunidades Autónomas, procedentes del Instituto Nacional de Estadística, con los datos relativos al número de formularios de liquidación e importe facturado por gasto real por Comunidad Autónoma, procedentes de los listados emitidos a través de la aplicación ASIA, entregados por los Servicios Centrales del INSS a este Tribunal de Cuentas.

Al no existir datos publicados de turistas extranjeros por Comunidad Autónoma, para todos los países objeto de análisis y para todas las Comunidades Autónomas⁽⁴⁴⁾, para determinar el número de turistas procedentes de la Unión Europea, clasificados por Comunidades Autónomas, este Tribunal de Cuentas calculó la proporción existente del número de turistas procedentes de la Unión Europea que visitaron cada Comunidad Autónoma, en función del número total de turistas extranjeros de todo el mundo que recibieron dichas Comunidades.

⁽⁴⁴⁾ El Instituto de Estudios Turísticos, a través de Frontur-Movimientos Turísticos en Fronteras-, publica datos relativos a la entrada de turistas no residentes con destino España según Comunidad Autónoma de destino, si bien no existen datos de todos los países ni de todas las Comunidades Autónomas.

CUADRO N.º 63

Número de visitas de turistas extranjeros a España en 2008 e importe facturado y formularios de liquidación por gasto real emitidos por España en el ejercicio 2009 a países de Reglamentos comunitarios por prestaciones de asistencia sanitaria (Por cada 10.000 turistas)

Comunidades Autónomas o Ciudades con Estatuto de Autonomía	Total turistas extranjeros recibidos por España 2008	Total turistas Procedentes de Europa recibidos por España 2008 (A)	N.º formularios liquidación emitidos por España Por gasto real Reg. Comunit. 2009 (B)	Importe facturado por España Por gasto real Reg. Comunit. 2009 (C)	Formularios emitidos por España por cada 10.000 Turistas europeos (B)/(A) * 10.000	Importe facturado por cada 10.000 Turistas (C)/(A) * 10.000
MURCIA	790.210	732.333	16.667	5.389.624,46	227,59	73.595,28
EXTREMADURA	229.569	212.755	2.943	1.406.278,27	138,33	66.098,56
GALICIA	932.870	864.544	11.714	5.007.843,96	135,49	57.924,68
NAVARRA	188.124	174.345	1.335	615.754,59	76,57	35.318,11
PRINCIPADO DE ASTURIAS	181.493	168.200	5.719	487.195,80	340,01	28.965,27
COMUNIDAD VALENCIANA	5.713.312	5.294.854	33.465	14.720.950,62	63,20	27.802,38
ANDALUCÍA	7.975.202	7.391.077	50.879	19.148.840,06	68,84	25.908,05

Comunidades Autónomas o Ciudades con Estatuto de Autonomía	Total turistas extranjeros recibidos por España 2008	Total turistas Procedentes de Europa recibidos por España 2008 (A)	N.º formularios liquidación emitidos por España Por gasto real Reg. Comunit. 2009 (B)	Importe facturado por España Por gasto real Reg. Comunit. 2009 (C)	Formularios emitidos por España por cada 10.000 Turistas europeos (B)/(A) * 10.000	Importe facturado por cada 10.000 Turistas (C)/(A) * 10.000
CASTILLA Y LEÓN	999.334	926.140	10.058	1.882.737,87	108,60	20.328,87
PAÍS VASCO	838.751	777.319	2.416	1.209.486,58	31,08	15.559,73
LA RIOJA	63.634	58.973	504	73.388,83	85,46	12.444,42
CANTABRIA	320.277	296.819	2.270	350.936,25	76,48	11.823,24
ARAGÓN	434.825	402.977	1.751	448.644,35	43,45	11.133,24
ILLES BALEARS	10.020.782	9.286.833	27.574	9.515.449,89	29,69	10.246,17
CANARIAS	9.356.641	8.671.335	33.032	7.379.723,43	38,09	8.510,48
CASTILLA-LA MANCHA	187.039	173.340	306	116.844,59	17,65	6.740,77
CATALUÑA	14.344.333	13.293.716	62.448	8.393.023,74	46,98	6.313,53
MADRID	4.615.616	4.277.556	11.949	1.881.955,84	27,93	4.399,61
CEUTA	–	–	155	57.735,93	–	–
MELILLA	–	–	700	98.355,00	–	–
TOTAL	57.192.012	53.003.116	275.885	78.184.770,06	52,05	14.750,98

De acuerdo con los datos que se desprenden del cuadro anterior, la media nacional en cuanto a número de formularios tramitados por cada 10.000 turistas europeos ascendió a 52,05 formularios. Por Comunidades Autónomas, las que se sitúan muy por encima de esa media son el Principado de Asturias (340,01), Murcia (227,59), Extremadura (138,33) y Galicia (135,49).

Por importes, las Comunidades Autónomas con mejor ratio de facturación fueron Murcia (73.595,28 euros por cada 10.000 turistas), Extremadura (66.098,56 euros) y Galicia (57.924,68).

Para aquellas Comunidades Autónomas que recibieron mayor número de turistas (Cataluña, Illes Balears, Canarias, Andalucía, Comunidad Valenciana y Madrid), la Comunidad Valenciana es la que presenta una mejor ratio de facturación respecto al resto de Comunidades, seguida de Andalucía. Por su parte, Cataluña, Canarias y Madrid se sitúan por debajo de la media.

En resumen, las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha, Madrid y Cataluña presentan unos ratios de facturación por debajo de la media de España, lo que repercute negativamente en sus propios recursos financieros, dado que, como ya se ha señalado, sólo las Comunidades Autónomas que presentan un saldo positivo entre las facturas emitidas a extranjeros y las presentadas al cobro por otros países por prestaciones sanitarias servidas a residentes en su Comunidad Autónoma, reciben financiación del Fondo de Cohesión Sanitaria. En consecuencia, las precitadas Comunidades Autónomas deben establecer las medidas oportunas para mejorar la eficacia y eficiencia en la gestión de su facturación.

7.2 Personas extranjeras con derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes clasificadas por Comunidades Autónomas.

En el apartado 3 de este Informe se analiza, a nivel global del Estado, la asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes. A continuación se muestra el número de personas con derecho a asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes a 15 de junio de 2010, clasificadas por Comunidad Autónoma de residencia, cuya procedencia era uno de los 37 países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios o Convenios Bilaterales, de acuerdo con los datos existentes en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA):

CUADRO N.º 64

Personas con derecho a asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes a 15/06/2010 de nacionales de los 37 países objeto de fiscalización, clasificados por CC.AA. de residencia

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	N.º Personas	%
MADRID	200.364	44,20
CASTILLA-LA MANCHA	47.609	10,50
MURCIA	39.066	8,62
ARAGÓN	27.689	6,11
PAÍS VASCO	25.563	5,64
CASTILLA Y LEÓN	19.253	4,25
ANDALUCÍA	17.714	3,91
GALICIA	17.126	3,78
CATALUÑA	8.888	1,96
CANARIAS	8.740	1,93
ILLES BALEARS	8.427	1,86
ASTURIAS	7.084	1,56
COMUNIDAD VALENCIANA	5.764	1,27
LA RIOJA	5.159	1,14
EXTREMADURA	4.779	1,05
NAVARRA	4.439	0,98
CANTABRIA	3.298	0,73
CEUTA	637	0,14
MELILLA	528	0,12
Sin identificar	1.222	0,27
TOTAL	453.349	100

– De acuerdo con el cuadro anterior, el 44,20% de las personas a las que se reconoció el derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes cuya procedencia era alguno de los 37 países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales residían en la Comunidad de Madrid, el 10,50% en Castilla-La Mancha y el 8,62% en Murcia.

Asimismo, como se ha comentado anteriormente, las personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria por no tener recursos económicos suficientes, sólo pueden exportar ese derecho al exterior un máximo de 90 días al año. En consecuencia, estas personas no pueden ser titulares de una TSE emitida por España (en su caso, únicamente de un CPS).

Sin embargo, este Tribunal de Cuentas ha comprobado que 2.586 personas con derecho a la asistencia sanitaria por tener la consideración de «personas sin recursos económicos suficientes» eran a su vez titulares de una TSE emitida por el INSS. El siguiente cuadro clasifica a estas personas por Comunidad Autónoma de residencia:

CUADRO N.º 65

Personas sin recursos económicos suficientes, clasificadas por Comunidad Autónoma de residencia, que a su vez eran titulares de una TSE emitida por España, a 15/6/2010

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	N.º Personas	%
MADRID	713	27,57
CASTILLA-LA MANCHA	385	14,89

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	N.º Personas	%
MURCIA	365	14,11
PAÍS VASCO	209	8,08
ARAGÓN	183	7,08
CATALUÑA	161	6,23
ANDALUCÍA	121	4,68
COMUNIDAD VALENCIANA	117	4,52
CASTILLA Y LEÓN	82	3,17
NAVARRA	65	2,51
CANARIAS	59	2,28
GALICIA	43	1,66
ASTURIAS	27	1,04
LA RIOJA	16	0,62
CANTABRIA	14	0,54
EXTREMADURA	9	0,35
BALEARES	8	0,31
MELILLA	1	0,04
SIN IDENTIFICAR	8	0,32
TOTAL	2.586	100

Como se desprende del cuadro anterior, el 27,57% de estas personas residían en la Comunidad de Madrid, el 14,89% en Castilla-La Mancha y el 14,11% en la Región de Murcia, con el consiguiente más que probable perjuicio económico para España, puesto que estas personas con TSE expedida por España pueden estar recibiendo asistencia sanitaria en la Unión Europea hasta el plazo máximo de la TSE de dos años (en vez del plazo máximo del CPS de 90 días), por lo que existe un evidente riesgo de uso fraudulento de este formulario de derecho, máxime teniendo en cuenta que estas personas pueden regresar a sus Estados de origen y recibir asistencia sanitaria con cargo a España.

En consecuencia, los Servicios Centrales del INSS, que efectúan la emisión de la TSE, y los Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas, encargados de gestionar la emisión de las TSI, deben establecer un procedimiento de coordinación que permita evitar la incidencia descrita, especialmente en la Comunidad de Madrid, que es la Comunidad Autónoma que presenta un mayor porcentaje de personas en esta situación. Por su parte, el INSS debe analizar estas duplicidades para determinar, en su caso, si procede su anulación.

– Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Canario de Salud inició acertadamente en el ejercicio 2010 un proceso de depuración de titulares de TSI con derecho a la asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes.

Este proceso se estructuró en dos fases. La primera, a punto de concluir en el momento de cierre de los trabajos de fiscalización, afectó a los expedientes pertenecientes a ciudadanos nacionales de países del Espacio Económico Europeo y Suiza. Su resultado fue la baja de la mayoría de los titulares de TSI concedidas por carecer de recursos económicos suficientes y su alta como titulares de una TSI por haber tramitado los formularios E-109 y E-121, o bien su alta como titulares de la TSE, lo que benefició económicamente a dicha Comunidad Autónoma, puesto que estas medidas permitirán facturar las prestaciones servidas a dichos titulares. La segunda fase afectó a expedientes pertenecientes a ciudadanos nacionales de países extranjeros distintos a los anteriores y, fundamentalmente, a ciudadanos de Marruecos. En este caso, el Servicio Canario de Salud trató de determinar si eran o no residentes, con el fin de realizar la oportuna depuración.

Es decir, tal y como se constató en el Servicio Canario de Salud, existe el riesgo de que titulares a los que el INSS reconoció el derecho a la asistencia sanitaria, y a los que los Servicios de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma emitieron una TSI,

por carecer de recursos económicos suficientes, tuvieran cobertura de asistencia sanitaria a cargo de sus países de procedencia, si bien dichos titulares prefirieran solicitar la TSI en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes» para no perder determinados privilegios fiscales en sus países de origen.

La pérdida de privilegios fiscales para un asegurado por otro país pero residente en España en la realidad, puede producirse ante la necesidad de comunicar un cambio de residencia para la obtención de los formularios de derecho E-109 y E-121. Asimismo, determinados países también minoran el importe de la pensión de un beneficiario por la cobertura sanitaria en un país al cambiar de residencia.

Por ello, y ante el riesgo de la existencia de personas que obtengan el derecho a la asistencia sanitaria en España a través de la figura de «personas sin recursos económicos suficientes», teniendo cobertura sanitaria en sus países de procedencia, este Tribunal de Cuentas considera conveniente que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas establezcan los oportunos controles para evitar esta incidencia y, en consecuencia, la saturación y la carga económica innecesaria por prestación de asistencias sanitarias a favor de estas personas en los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes del Sistema Nacional de Salud.

En segundo lugar, tal y como se ha señalado, existe un segundo riesgo a tener en cuenta: la posible existencia de titulares de TSI por carecer de recursos económicos suficientes, procedentes de alguno de los 37 países objeto de fiscalización, que no residan de hecho en la Comunidad Autónoma donde les fue emitida la TSI. Así, a modo de ejemplo, existe el riesgo de que ciudadanos nacionales de Marruecos, titulares de una TSI por carecer de recursos económicos suficientes emitidas en Andalucía, Región de Murcia u otra Comunidad Autónoma, residan de hecho en Marruecos y acudan a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Ciudades Autónomas de Ceuta o Melilla.

En consecuencia, y puesto que de acuerdo con el artículo 3 de la Orden de 13 de noviembre de 1989, uno de los requisitos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes es la residencia en territorio nacional, este Tribunal de Cuentas considera conveniente que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA establezcan controles y revisiones periódicas que permitan verificar la residencia efectiva en la Comunidad Autónoma de los titulares de TSI por carecer de recursos económicos suficientes.

– Por otro lado, el INSS debe adoptar las medidas oportunas para coordinar los controles que, en su caso, establezcan los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, así como los resultados de dichos controles, puesto que, como ya se ha señalado, corresponde al INSS el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, de acuerdo con el artículo 1.2 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del INSS.

7.3 Deficiencias en la emisión y control de tarjetas sanitarias individuales por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 57 que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular. Asimismo, dicho artículo 57 señala que el Ministerio de Sanidad y Consumo (actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud. Dicha base de datos es la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, establece en su artículo 5 que la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e

Igualdad, será mantenida por las Administraciones sanitarias emisoras de la tarjeta sanitaria individual (con carácter general, los Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas y el INGESA). Dichas Administraciones serán las competentes para la inclusión en la citada base de datos de las personas protegidas en su ámbito territorial.

Este Tribunal de Cuentas, al objeto de verificar la situación en que figuraban en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) los titulares de tarjetas sanitarias individuales procedentes de los 37 países objeto de fiscalización, solicitó al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad información de la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud que gestiona dicho Ministerio, relativa a las personas procedentes de dichos 37 países que eran titulares de una tarjeta sanitaria individual emitida por una Comunidad Autónoma, encontrándose, entre otras, con las siguientes limitaciones fundamentales:

– La nacionalidad es el campo más adecuado para determinar el país de aseguramiento de una persona en materia sanitaria. Sin embargo, el campo relativo a la nacionalidad, en la inmensa mayoría de los registros de la base de datos, estaba vacío, puesto que éste no era un campo obligatorio cuando se elaboró la base por primera vez, por lo que este Tribunal tuvo que utilizar el campo relativo al país de nacimiento para efectuar su análisis.

– En la base de datos no figuraba la fecha de caducidad de la tarjeta ni tampoco la fecha de baja, por lo que existe la posibilidad de que un número indeterminado de tarjetas sanitarias individuales que figuraban en la base estuvieran caducadas.

– La base contaba con una serie de campos comunes, como aquel donde figuraban los titulares de TSI con derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes. Sin embargo, determinadas Comunidades Autónomas crearon sus propios campos (v.gr.: la Comunidad Valenciana, que creó un código propio para las personas con derecho a asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos suficientes al margen del campo común donde figuraban los datos del resto de Comunidades), sin que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad homogeneizara la base de datos.

A juicio de este Tribunal de Cuentas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en virtud de las competencias atribuidas por la Ley 16/2003, debe adoptar las medidas oportunas para que la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, cuyo desarrollo tiene encomendado, esté completa con carácter general, debiendo recomendar a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la inclusión de los datos relativos a la nacionalidad de los titulares de las TSI, así como el registro de la fecha de baja de dichas tarjetas. Asimismo, este Tribunal entiende implícitas como funciones inherentes al Ministerio la homogeneización, el control y el tratamiento de información existente en la citada base.

Al margen de las limitaciones anteriores, este Tribunal de Cuentas verificó la situación en la que figuraban en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social (SILTGA) los titulares de una tarjeta sanitaria individual emitida por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o el INGESA desde el 1 de enero de 2007 hasta noviembre de 2010, así como las emitidas con anterioridad pero que estuvieran vigentes a dicha fecha, cuyo país de nacimiento, en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, era uno de los 37 países objeto de fiscalización, obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO N.º 66

Situación en el siltga de titulares de Tarjeta Sanitaria Individual procedentes de países del Espacio Económico Europeo y Suiza

Países	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Tesorería General de la Seguridad Social (SILTGA)			
	N.º Titulares tarjetas sanitarias individuales	N.º Titulares tarjetas sanitarias individuales	Sin datos	Con derecho a la asistencia sanitaria	Sin derecho a asistencia sanitaria
RUMANIA	494.754	307.554	93	285.690	21.771
REINO UNIDO	145.980	81.038	195	73.650	7.193
BULGARIA	112.174	71.893	25	65.541	6.327
ITALIA	51.917	32.721	108	28.364	4.249
PORTUGAL	62.599	32.464	278	27.994	4.192
ALEMANIA	62.550	34.453	337	30.544	3.572
POLONIA	49.819	27.942	37	24.582	3.323
FRANCIA	41.030	23.387	223	20.433	2.731
PAÍSES BAJOS	18.012	10.604	53	9.558	993
BÉLGICA	9.355	5.546	30	4.871	645
SUECIA	8.265	4.693	36	4.052	605
LITUANIA	9.987	6.229	7	5.730	492
IRLANDA	5.442	3.010	14	2.652	344
DINAMARCA	4.567	2.656	16	2.311	329
ESLOVAQUIA	4.122	2.136	1	1.817	318
REP. CHECA	4.131	2.386	–	2.069	317
SUIZA	5.197	2.491	43	2.134	314
HUNGRÍA	3.732	2.080	3	1.772	305
NORUEGA	6.240	3.796	10	3.509	277
AUSTRIA	3.060	1.758	17	1.521	220
FINLANDIA	4.309	2.483	18	2.252	213
GRECIA	1.701	848	–	711	137
LETONIA	1.444	811	1	704	106
ESTONIA	519	267	–	224	43
ESLOVENIA	451	342	–	311	31
ISLANDIA	273	126	–	97	29
LUXEMBURGO	201	77	–	72	5
CHIPRE	123	30	–	25	5
MALTA	116	66	–	64	2
LIECHTENSTEIN	15	9	1	8	–
TOTAL	1.112.085	663.896	1.546	603.262	59.088
		100%	0,23%	90,87%	8,90%

Es conveniente precisar en primer lugar qué entidades tienen competencia para grabar los datos en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA).

a. Corresponde hacerlo al INSS para la Situación Adicional de Afiliación (SAA) 201: Asistencia Sanitaria Internacional – Familiar de Trabajador, 202: Asistencia Sanitaria Internacional – Pensionistas, y 203: Asistencia Sanitaria Internacional – Familiar de Pensionista.

b. Respecto a la Situación Adicional de Afiliación (SAA) 213 – Personas sin recursos económicos suficientes, la competencia también corresponde al INSS o, en su caso, a las Comunidades Autónomas o al INGESA, como ya se ha señalado.

c. En casos excepciones es la TGSS la que graba los datos en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA).

De acuerdo con el cuadro anterior, en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, que gestiona el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, existían 1.112.085 personas titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o el INGESA desde el 1 de enero de 2007 hasta noviembre de 2010, así como emitidas con anterioridad pero que estaban vigentes a dicha fecha, correspondientes a personas nacidas en países donde eran aplicables los Reglamentos comunitarios.

De estas 1.112.085 personas, un total de 663.896 figuraban en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA), teniendo derecho a asistencia sanitaria el 90,87%. No obstante, un total de 59.088 (el 8,90% de las 663.896) figuraban en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) como personas sin derecho a asistencia sanitaria.

En relación con los siete países con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales, esta situación era aún más grave, tal y como se muestra en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 67

Situación en el siltga de titulares de Tarjeta Sanitaria Individual procedentes de países con los que España tiene suscrito un Convenio Bilateral

Países	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Tesorería General de la Seguridad Social (SILTGA)			
	N.º de titulares de tarjetas sanitarias individuales	N.º de titulares de tarjetas sanitarias individuales	Sin datos	Con derecho a la asistencia sanitaria	Sin derecho a asistencia sanitaria
MARRUECOS	431.220	283.261	382	216.229	66.650
ECUADOR	349.279	200.315	47	178.022	22.246
PERÚ	104.265	64.622	44	56.513	8.065
BRASIL	62.220	36.529	38	33.665	2.826
CHILE	28.029	14.319	11	12.988	1.320
TÚNEZ	1.112	598	–	518	80
ANDORRA	161	54	–	47	7
TOTAL CONVENIOS BILATERALES	976.286	599.698	522	497.982	101.194
		100%	0,09%	83,04%	16,87%

Como se desprende del cuadro anterior, el porcentaje de titulares de tarjeta sanitaria individual procedentes de los siete países con los que España tiene suscrito un Convenio Bilateral, que figuraban en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) como personas sin derecho a asistencia sanitaria, fue igual al 16,87% (101.194 personas de un total de 599.698) destacando especialmente los titulares de TSI procedentes de Marruecos.

Por tanto, de acuerdo con lo anterior, casi un 9% de titulares de tarjetas sanitarias individuales, procedentes de los países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios, y más del 16% de titulares de tarjetas sanitarias individuales procedentes de países con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales, emitidas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA figuraban como personas sin derecho a la asistencia sanitaria en España en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA), a pesar de lo cual, al disponer de tarjetas sanitarias individuales podían acceder a la asistencia sanitaria prestada por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas.

La clasificación de los titulares de tarjetas sanitarias individuales que carecían de derecho a asistencia sanitaria según la información disponible en la TGSS, por Comunidades Autónomas, fue la siguiente:

CUADRO N.º 68

Clasificación por Comunidades Autónomas de los titulares de Tarjeta Sanitaria Individual procedentes de países del Espacio Económico Europeo, Suiza y Convenios Bilaterales que carecían de derecho a asistencia sanitaria

Comunidad Autónoma	Número de titulares	% Respecto al total
MADRID	11.013	6,87
COMUNIDAD VALENCIANA	7.698	4,80
ILLES BALEARS	3.496	2,18
CANARIAS	3.496	2,18
ARAGÓN	2.038	1,27
CASTILLA Y LEÓN	1.876	1,17
ANDALUCÍA	1.719	1,07
CATALUÑA	1.340	0,84
MURCIA	783	0,49
ASTURIAS	483	0,30
CANTABRIA	401	0,25
LA RIOJA	316	0,20
EXTREMADURA	159	0,10
CASTILLA-LA MANCHA	–	–
GALICIA	–	–
NAVARRA	–	–
PAÍS VASCO	–	–
CEUTA	–	–
MELILLA	–	–
Sin Datos	125.464	78,28
TOTAL	160.282	100

Es decir, no es posible establecer una clasificación de los titulares de tarjetas sanitarias individuales que carecen de derecho a asistencia sanitaria en función de la Comunidad Autónoma que emitió la TSI, con objeto de determinar qué Comunidades Autónomas gestionan y controlan la emisión de sus respectivas TSI de forma más eficiente, puesto que en el 78,28% de los registros existentes no figuraba la Comunidad Autónoma emisora.

Aun cuando no sea posible establecer en qué Comunidades Autónomas se produjo esta incidencia con mayor trascendencia, a juicio de este Tribunal de Cuentas, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el INSS y la TGSS, deben adoptar las medidas oportunas para evitar la citada incidencia.

En caso contrario, seguirá produciéndose la situación actual, en la que un porcentaje alto de personas titulares de tarjeta sanitaria individual acceden a prestaciones de asistencia sanitaria, sin que dichas personas tengan derecho a ello, con el consiguiente perjuicio económico para España. Asimismo, esta situación también produce una saturación y una peor calidad en las asistencias sanitarias prestadas al resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Adicionalmente, de la comparación de ambas bases de datos (base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y el Fichero General de Afiliación de la TGSS

(SILTGA), se deduce la existencia de una diferencia entre las mismas de 824.777 beneficiarios (cantidad obtenida de la suma de 1.112.085 y 976.286 menos 663.896 y 599.698). En parte, esta diferencia puede deberse a la falta de informatización del documento P-1 de beneficiarios, es decir, a la no inclusión en el Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) de los beneficiarios a cargo de un titular que cuentan con derecho a asistencia sanitaria, por lo que este Tribunal considera fundamental que el INSS estudie la conveniencia de informatizar dicha información, con el objetivo de que España cuente con un registro fiable y completo de las personas a cargo del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, este Tribunal recomienda al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al INSS y a la TGSS, en coordinación con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, el estudio de las diferencias anteriores y, en su caso, el establecimiento de las medidas oportunas en la emisión y control de la TSI, con el objetivo de determinar si existen titulares de TSI que carecen del derecho a la asistencia sanitaria en España.

– En relación a las bases de datos de tarjetas sanitarias individuales solicitadas a las Comunidades Autónomas en las que el Tribunal de Cuentas realizó trabajos de fiscalización, dicho Tribunal verificó la existencia de titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por una Comunidad Autónoma que eran a su vez titulares de una TSE o titulares o beneficiarios de un formulario E-106 emitido por una institución competente extranjera.

Respecto a la tarjeta sanitaria individual, el artículo 2 del Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, que la regula, establece que «las Administraciones sanitarias autonómicas y el INGESA emitirán una tarjeta sanitaria individual con soporte informático a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública. La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes, será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente».

Por su parte, la TSE es una tarjeta que acredita el derecho de su titular a recibir, en sus desplazamientos temporales al territorio de otro Estado, las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

Por tanto, ambas tarjetas son incompatibles entre sí. Un asegurado de otro país no puede ser titular de una TSE emitida por un Estado miembro distinto a España y a su vez ser titular de una tarjeta sanitaria individual, puesto que las tarjetas sanitarias individuales se emiten por parte de las administraciones sanitarias autonómicas o el INGESA a personas que residen en su ámbito territorial, mientras que las TSE son emitidas por los países en los que son de aplicación los Reglamentos comunitarios para recibir prestaciones sanitarias en los desplazamientos temporales a otros estados de sus titulares.

Asimismo, como ya se ha señalado, los formularios de derecho E-106 y los CPS también son incompatibles con la tarjeta sanitaria individual.

Este Tribunal de Cuentas verificó la existencia de titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por las Consejerías de Salud visitadas a favor de personas que eran a su vez titulares de una TSE, un CPS o titulares o beneficiarios de un formulario de derecho E-106 emitidos por otro Estado, a partir de las bases de datos de tarjetas sanitarias individuales entregadas a este Tribunal de Cuentas en las Comunidades Autónomas visitadas, de las bases de datos entregadas por el INSS, y del Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA), obteniéndose los siguientes resultados:

CUADRO N.º 69

Titulares de Tarjetas Sanitarias Individuales que eran titulares a su vez de una TSE, CPS o formulario de derecho E-106 emitidos por otro Estado

	Andalucía	Canarias	Illes Balears	Murcia	Comunidad Valenciana
TSE	110	42	255	23	177
CPS	–	2	–	1	–
E-106	4	–	–	1	–
TOTAL	114	44	255	25	177

La existencia de titulares de tarjetas sanitarias individuales emitidas por las Comunidades Autónomas a favor de titulares de TSE o de titulares y beneficiarios de formularios de derecho E-106 emitidos por otros países, conlleva el riesgo de que los centros, servicios y establecimientos sanitarios realicen prestaciones de asistencia sanitaria a favor de estas personas, las cuales, si son servidas en virtud de una tarjeta sanitaria individual, no pueden ser facturadas al Estado en el cual está asegurada la persona que recibió la prestación y, por tanto, serán soportadas de forma indebida por la Seguridad Social española.

En consecuencia, este Tribunal de Cuentas recomienda al INSS y a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas el establecimiento de medidas de coordinación y de intercambio de información para evitar la emisión de tarjetas sanitarias individuales a titulares de TSE, CPS o formularios E-106 emitidos por otros Estados a sus asegurados.

Este Tribunal de Cuentas considera conveniente que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INSS promuevan la instauración paulatina de la conexión al Fichero General de Afiliación de la TGSS (SILTGA) en los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes del Sistema Nacional de Salud que todavía no cuentan con dicha posibilidad de consulta, con el objetivo de verificar que dichos solicitantes no son titulares de ningún formulario de derecho emitido por otro Estado.

– Por último, en relación a la base de datos de tarjeta sanitaria individual existente en la Comunidad Autónoma de Andalucía, es conveniente precisar lo siguiente: el procedimiento del Servicio Andaluz de Salud para el reconocimiento a extranjeros del derecho de asistencia sanitaria y su registro en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público Andaluz, comienza con la propuesta de alta en la BDU de toda persona que lo solicite, independientemente del tiempo estimado de permanencia en la Comunidad Autónoma.

En esta fase, el interesado realiza una solicitud de alta en la BDU, con carácter general en la unidad de atención al ciudadano del centro de atención primaria, facilitando sus datos personales, documento de identificación personal y el documento acreditativo de la asistencia sanitaria. Para estancias superiores a tres meses, también es necesario el Certificado de Inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Con estos datos, que son introducidos en la BDU por la unidad que ha atendido al solicitante, se le asigna un Número de Historia Única de Salud de Andalucía (NUHSA). En los datos identificativos de la persona se especifica si su estancia en la Comunidad Autónoma es ocasional o no y por defecto se le asigna la opción de «Asistencia Sanitaria: Pública Sistema Nacional de Salud».

Este Tribunal de Cuentas ha comprobado que este procedimiento conlleva el riesgo de que las personas extranjeras que acuden a un centro de atención primaria para recibir asistencia por primera vez sin aportar toda la documentación necesaria, especialmente

cuando solicitan atención en urgencias, sean dados de alta como usuarios vigentes no validados⁽⁴⁵⁾.

⁽⁴⁵⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía asume «la necesidad de modificar el procedimiento de registro en la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía», si bien señala que se suele solicitar un compromiso de pago, no obstante, esta actuación conlleva un riesgo de poca efectividad, puesto que la AEAT no suele tener información sobre este colectivo, además de que dicho pago depende, en último extremo, de la voluntad del deudor.

Si con posterioridad estas personas no aportan el resto de documentación, como el sistema por defecto ha asignado «Asistencia Sanitaria: Pública Sistema Nacional de Salud», las asistencias que reciban estos extranjeros en atención primaria son cubiertas por el Sistema Nacional de Salud y no por el país de origen.

En conclusión, a juicio de este Tribunal de Cuentas, el procedimiento seguido para la obtención de la tarjeta sanitaria individual utilizada por el Servicio Andaluz de Salud permite que se preste asistencia sanitaria a cargo del Sistema Nacional de Salud a personas que podrían contar con derecho a la asistencia sanitaria a cargo de otros países, asumiendo gastos que no les corresponden los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Por ello, este Tribunal de Cuentas considera necesario que el Servicio Andaluz de Salud depure la citada base de datos, eliminando a los extranjeros que no deben tener derecho a la TSI y estableciendo los oportunos controles que eviten la citada incidencia.

7.4 Facturación en los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los servicios de salud de las comunidades autónomas visitadas.

No existe un procedimiento homogéneo de facturación para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes del Sistema Nacional de Salud, debido a las diferencias existentes, no sólo entre centros pertenecientes a Comunidades Autónomas diferentes, sino también entre distintos centros de una misma Comunidad, cuando éstas no cuentan con programas de gestión comunes para sus centros, servicios y establecimientos sanitarios. No obstante, en general, las fases principales de los procedimientos de facturación existentes en los distintos centros objeto de fiscalización fueron las siguientes:

– En el supuesto de que el paciente resida habitualmente en España, existen tres posibilidades, con carácter general: que sea titular o beneficiario de un formulario de residencia habitual E-106, que sea titular o beneficiario de un formulario de residencia habitual E-121 o que sea beneficiario de un formulario de residencia habitual E-109. Los formularios E-109 y E-121 dan derecho a la obtención de la tarjeta sanitaria individual de la Comunidad Autónoma donde residan. Si es titular de un formulario E-106, cada vez que acuda a un centro, servicio o establecimiento sanitario, deberá presentar dicho formulario E-106.

– En el supuesto de que sean visitantes ocasionales a España, el paciente deberá presentar una TSE o, en su caso, un CPS, emitidos por el país en el cual estén asegurados. En la gran mayoría de los casos, los asegurados que son visitantes ocasionales acuden con una Tarjeta Sanitaria Europea.

– Sin embargo, también existe la posibilidad de que la persona que acude a un centro, servicio o establecimiento sanitario no presente ninguna documentación que acredite su derecho a recibir asistencia sanitaria, en cuyo caso, la mayoría de centros toman sus datos identificativos para emitirle posteriormente una factura por los servicios sanitarios prestados.

En este último supuesto, la facturación se realiza por el propio centro, servicio o establecimiento sanitario directamente, sin que el INSS intervenga en el proceso en ningún momento, siendo una facturación a terceros o particulares. Así, existe un evidente riesgo de que el centro, servicio o establecimiento sanitario nunca llegue a cobrar la asistencia sanitaria prestada, puesto que sólo puede enviar la factura por correo al

domicilio facilitado por el propio paciente (que en muchas ocasiones es un hotel), dependiendo el cobro de la voluntad de dicho paciente. En todo caso, el procedimiento debe continuar con la comunicación a la AEAT para que inicie la vía de apremio para el cobro de estas deudas.

Por lo que se refiere a aquellas prestaciones servidas a titulares de una TSE (o CPS, formularios E-106, E-112 o E-123, en su caso), los servicios de facturación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas en las que existe el aplicativo FISS-WEB introducen los datos relativos a la prestación sanitaria, importe de la prestación, tipo de prestación y datos del paciente en la aplicación. Los datos de esta aplicación se vuelcan en la aplicación ASIA, que permite al INSS facturar a los países de procedencia de los atendidos el importe de las prestaciones servidas en España.

A través de los trabajos de fiscalización realizados por este Tribunal de Cuentas en las Consejerías de Salud y en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas visitadas se han detectado diversas incidencias comunes en la mayoría de los centros visitados, que se analizan en los subapartados siguientes:

7.4.1 Prestaciones sanitarias servidas a titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas emitidas por otros Estados no necesarias desde un punto de vista médico.

Como ya se ha señalado, la TSE es una tarjeta que acredita el derecho de su titular a recibir, en sus desplazamientos temporales al territorio de otro Estado miembro, las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

Por tanto, la TSE (así como el CPS) otorga a su titular el derecho a percibir aquellas prestaciones de asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales que, desde el punto de vista médico, no puedan posponerse hasta su regreso.

Sin embargo, este Tribunal de Cuentas comprobó a través de la información solicitada en sus visitas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas, la existencia de prestaciones sanitarias servidas a titulares de TSE que, a la vista de la tipología de las prestaciones, sí podrían haber sido pospuestas hasta que el titular regresara a su país.

En consecuencia, existe el riesgo de que en los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles se estén sirviendo prestaciones sanitarias a titulares de TSE emitidas por otros Estados miembros, para acceder a prestaciones sanitarias que en España son gratuitas y en otros Estados no. A modo de ejemplo se señalan los siguientes casos, si bien existen otros muchos supuestos similares:

– Este Tribunal de Cuentas detectó que una titular de TSE emitida por Francia recibió en un Hospital del Sistema Nacional de Salud un total de 223 prestaciones sanitarias durante el ejercicio 2009, que según la información entregada por la Consejería de Salud correspondiente, incluyeron tratamientos de mecanoterapia, masoterapia, cinesiterapia, termoterapia, electroestimulación y ultrasonidos, por un importe total que ascendió a 24.645,30 euros.

Al margen de que, a juicio de este Tribunal de Cuentas, un titular de una TSE no debe percibir prestaciones que se puedan posponer hasta el regreso a su país, como en este caso, a mayor abundamiento, del importe de 24.645,30 euros que el INSS debió facturar al organismo de enlace francés por dichas prestaciones, esta Entidad Gestora únicamente emitió formularios de liquidación E-125 (ES) por importe de 4.388,59 euros correspondientes a esta titular.

Un titular de TSE emitida por Alemania también fue atendido en otro Hospital del Sistema Nacional de Salud en el ejercicio 2009, recibiendo 52 prestaciones sanitarias en dicho ejercicio, que incluyeron tratamientos de cinesiterapia activa, pasiva y consultas sucesivas, entre otros, por un importe total de 5.725 euros.

El INSS debió facturar al organismo de enlace alemán 5.725 euros por dichas prestaciones, si bien este Tribunal de Cuentas ha verificado que no existió ningún

formulario de liquidación E-125 emitido por esta Entidad Gestora por las prestaciones sanitarias servidas a dicho titular de TSE.

– En otro Hospital público, una titular de una TSE emitida por Italia recibió prestaciones relativas a una dolencia de rodilla, incluyendo consultas de atención primaria, láser, analíticas, ecocardiograma, preoperatorio, intervención quirúrgica y consultas sucesivas, las cuales ascendieron en conjunto, en el período que comprendió entre los meses de noviembre de 2008 y abril de 2010, a un total de 8.102,92 euros. Además de haberse prestado tales asistencias sanitarias a una persona titular de TSE, el INSS sólo emitió formularios de liquidación E-125 (ES) al organismo de enlace italiano por prestaciones servidas a dicha titular de TSE por importe de 478,57 euros.

En los ejemplos citados, este Tribunal de Cuentas no conoce el motivo de la falta de facturación de la totalidad de las prestaciones sanitarias servidas. En consecuencia, considera necesario que los Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas la implantación de procedimientos de control que permitan detectar la existencia de prestaciones no facturadas, con el fin de evitar posibles perjuicios económicos para España.

Por ello, a juicio de este Tribunal, es necesario que desde los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas se establezcan procedimientos e instrucciones claras dirigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en los que se determine qué prestaciones sanitarias deben servirse a titulares de formularios de derecho de estancia temporal⁽⁴⁶⁾.

⁽⁴⁶⁾ En el trámite de alegaciones, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana informa que la Gerencia de la Agencia Valenciana de Salud, mediante Circular 1/2009, ha dictado instrucciones en relación a las prestaciones sanitarias que deben dispensarse a los extranjeros.

Además de las prestaciones sanitarias mencionadas en el apartado anterior, este Tribunal de Cuentas también detectó la existencia de otras prestaciones sanitarias servidas a asegurados por otros países que no fueron facturadas por los centros, servicios o establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas visitadas.

No obstante, este Tribunal de Cuentas ha verificado que la Comunidad Valenciana y también, aunque en menor medida, la Comunidad Autónoma de Canarias, presentaron en su facturación un nivel de eficiencia muy superior al del resto de Comunidades Autónomas visitadas por este Tribunal, debido a que la validación de datos y la liquidación de las prestaciones de asistencia sanitaria a desplazados extranjeros (también la facturación a compañías de seguros, mutualidades, desplazados de otras Comunidades Autónomas, etc.), se realiza de forma automática. En el caso de la Comunidad Valenciana, a través del programa informático «COMPÁS», que genera un proceso periódico diario, que recoge dicha asistencia, la introduce en un fichero y la remite a la aplicación FISS-WEB. En el caso de Canarias, mediante un sistema de volcado de los datos directamente en FISS-WEB. Es decir, ambas Comunidades Autónomas evitan, eficientemente, tener que introducir los datos manualmente en la aplicación FISS-WEB.

7.4.2 Existencia de titulares de Tarjetas Sanitarias Europeas que residen habitualmente en España.

La TSE es una tarjeta que acredita el derecho de su titular a recibir, en sus desplazamientos temporales al territorio de otro Estado, las prestaciones en especie de asistencia sanitaria que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

Sin embargo, este Tribunal de Cuentas verificó en sus visitas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de las Comunidades Autónomas, la existencia de prestaciones sanitarias servidas a titulares de TSE emitidas por otros Estados miembros que residan habitualmente en España, y que acuden a los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles en virtud de una TSE, en vez de con un formulario de derecho de residencia habitual (E-106, E-109 o E-121).

A pesar de que en las bases de datos de pacientes atendidos entregadas al Tribunal de Cuentas por las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas visitadas que contaban con información centralizada o por los centros, servicios y establecimientos sanitarios, para aquellas Consejerías de Salud que no tenían dicha información centralizada (Andalucía), no figuraba con carácter general, el tipo de documento en virtud del cual el paciente había sido atendido, en aquellos casos en que el campo sí estaba completo y figuraba que la persona había sido atendida en virtud de una TSE emitida por otros países, este Tribunal de Cuentas obtuvo los siguientes resultados:

– En un Hospital, una titular de una TSE emitida por Italia, recibió durante el período 2008 a 2010, un total de 36 prestaciones sanitarias (4 en noviembre de 2008, 2 en diciembre de 2008, 25 en los meses de enero a junio y noviembre del ejercicio 2009 y 5 en el ejercicio 2010).

– En otro Hospital Universitario, un titular de TSE emitida por Alemania, recibió una prestación sanitaria en el ejercicio 2008, 51 prestaciones sanitarias en los ejercicios 2009 (durante todo el año excepto en el mes de enero) y 46 a lo largo del ejercicio 2010, lo que evidencia que dicha persona reside habitualmente en España, si bien en este caso España facturó las prestaciones correctamente por gasto real.

– En otro Hospital atendieron a diferentes beneficiarios por periodos prolongados de tiempo. Es el caso de la siguiente muestra de beneficiarios:

– El beneficiario con CIP terminado en 659, fue atendido 32 veces en asistencia primaria, lo que implica una visita cada 26 días.

– El beneficiario con CIP terminado en 420 fue atendido 62 veces (visitas sucesivas de asistencia primaria y traumatología fundamentalmente), actuaciones que suponen que este beneficiario recibió una prestación sanitaria cada 29 días.

– El beneficiario con CIP terminado en 7420 fue atendido 46 veces, fundamentalmente por los servicios de asistencia primaria. La media, en este caso, fue de 23 días.

– Incidencias similares se produjeron en distintos centros hospitalarios públicos, como en el caso de los componentes de otra muestra:

– Beneficiario con CIP terminado en 016, que recibió 72 prestaciones sanitarias de los servicios de asistencia primaria (una cada 12 días).

– Beneficiario con CIP acabado en 830, que recibió 50 prestaciones de los servicios de asistencia primaria (una cada 22 días).

– Beneficiario con CIP terminado en 445, que recibió de los servicios de asistencia primaria una prestación cada 19 días (54 prestaciones en total).

– También en el caso de otro Hospital, donde se atendió a pacientes extranjeros titulares de TSE, cual es el caso del beneficiario con CIP terminado en 012, con 50 prestaciones de diferente tipo (desde asistencia primaria hasta prestaciones oftalmológicas, cirugía torácica o medicina interna) o en otro Hospital, donde se prestó asistencia traumatológica y ortopédica, en 36 ocasiones, al beneficiario del CIP terminado en 321, o de tipo de cirugía general, urología, medicina interna y asistencia primaria al beneficiario del CIP terminado en 965, en este caso en 34 ocasiones.

Por su parte, el Servicio Canario de Salud inició un proceso de verificación de la residencia de aquellos beneficiarios que, habiendo recibido asistencia sanitaria durante más de seis meses al año, eran poseedores de una TSE. Para ello, remitió cartas a estos beneficiarios informándoles del derecho a la asistencia sanitaria que les correspondía durante su «estancia temporal» como beneficiarios de dicha tarjeta y requirió a estos beneficiarios que comunicaran su lugar de residencia. Este proceso, iniciado con los ciudadanos ingleses, estaba en fase de realización durante la visita efectuada por este Tribunal de Cuentas al Servicio Canario de Salud.

Por tanto, los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los Servicios de Salud deben realizar las actuaciones oportunas para que los titulares de TSE sólo reciban

prestaciones necesarias desde un punto de vista médico y no reiteradamente a lo largo del tiempo.

7.4.3 Facturación de las prestaciones farmacéuticas.

De acuerdo con los datos facilitados por el INSS a este Tribunal de Cuentas, los importes facturados por prestaciones farmacéuticas, así como el número de formularios de liquidación E-125 (ES) que incluían este tipo de prestaciones, correspondientes al ejercicio 2009, clasificados por Comunidades Autónomas fueron los siguientes:

CUADRO N.º 70

Formularios de liquidación E-125 (es) emitidos e importes facturados por España por prestaciones farmacéuticas en el ejercicio 2009

Comunidad Autónoma	Formularios E-125 (ES) que incluían prestaciones farmacéuticas	Importes facturados	% Importes Facturados Respecto Al Total
MURCIA	13.464	781.031,31	53,78
COMUNIDAD VALENCIANA	307	217.017,69	14,94
CATALUÑA	562	190.423,12	13,11
ANDALUCÍA	1.605	85.879,82	5,91
MADRID	47	45.522,31	3,13
CASTILLA Y LEÓN	20	35.125,06	2,42
GALICIA	5	31.252,34	2,15
ILLES BALEARS	18	29.845,29	2,06
CANARIAS	23	18.297,25	1,26
EXTREMADURA	7	11.855,02	0,82
PAÍS VASCO	5	3.449,40	0,24
CEUTA	19	2.000,53	0,14
CANTABRIA	12	270,67	0,02
CASTILLA-LA MANCHA	6	237,92	0,02
ARAGÓN	-	-	-
ASTURIAS	-	-	-
LA RIOJA	-	-	-
MELILLA	-	-	-
NAVARRA	-	-	-
TOTAL	16.100	1.452.207,73	100

La Región de Murcia es la Comunidad Autónoma que más importe por gasto farmacéutico facturó en el ejercicio 2009, a través de la aplicación de un coste medio en concepto de medicamentos, por cada asistencia de atención primaria servida. Este sistema resultó ser muy efectivo, puesto que sólo en el ejercicio 2009, el importe facturado por esta Comunidad representó el 53,78% del importe total facturado por España por gastos farmacéuticos.

Así, de acuerdo con el artículo único de la Orden de 7 de octubre de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden de 17 de mayo de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean los precios públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud, por la prestación de servicios sanitarios y por el suministro de productos hemoderivados, «en tanto no se culmine el proceso que permita la informatización de todas las recetas expedidas a pacientes cuya asistencia médica es objeto de cobro (...), el importe de los costes derivados de receta médica (...) se concreta en una cantidad a tanto alzado, equivalente al coste medio por asistencia».

La Comunidad Valenciana sólo incluyó facturación por prestaciones farmacéuticas en 307 facturas en el ejercicio 2009. No obstante, en el ejercicio 2010 había comenzado a implantar un sistema a través del cual se efectuaría la facturación basándose en datos proporcionados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Por su parte, las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, La Rioja, Navarra y la Ciudad Autónoma de Melilla⁽⁴⁷⁾ no facturaron ningún importe en el ejercicio 2009 por gastos farmacéuticos, por lo que existe evidencia de que dichas Comunidades Autónomas soportaron gastos farmacéuticos que no les correspondían y que debieron ser facturados a los correspondientes Estados miembros o países con Convenio Bilaterales.

⁽⁴⁷⁾ En el trámite de alegaciones, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad señala que «se van a llevar a cabo acciones con el objeto de que el INGESA pueda realizar el control de la facturación de farmacia de la manera más operativa posible».

Asimismo, las cifras de Cantabria y Castilla-La Mancha también son pequeñas, y las del resto de Comunidades Autónomas, exceptuando la Región de Murcia, representan un porcentaje nimio en relación con la facturación emitida por prestaciones de asistencia sanitaria.

Para realizar una aproximación del importe que España dejó de facturar en el ejercicio 2009 por gastos farmacéuticos por recetas médicas, este Tribunal ha efectuado una comparación entre el precio de una consulta de atención primaria, de acuerdo con las normativas autonómicas de precios públicos vigentes a 31 de diciembre de 2009, con el importe de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria para dicho ejercicio. Este último dato fue calculado por este Tribunal a través de los datos del «gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud», y el número de consultas de atención primaria (excluyendo enfermería) para el ejercicio 2009, establecido en el SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria), publicados ambos por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

CUADRO N.º 71

Comparación entre el precio de consultas de Atención Primaria con el gasto farmacéutico por consulta de Atención Primaria para el ejercicio 2009

Comunidad Autónoma	Precio de consulta de atención primaria (A)	Coste de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria (B)	Total (A) + (B)	% Coste de gasto farmacéutico entre total
ANDALUCÍA	43,50	35,72	79,22	45,09
ARAGÓN	—	65,10	—	—
ASTURIAS	62,96	62,33	125,29	49,75
CANARIAS	58,09	51,40	109,49	46,94
CANTABRIA	53,14	48,49	101,63	47,71
CASTILLA-LA MANCHA	61,82	43,33	105,15	41,21
CASTILLA Y LEÓN	72,00	38,32	110,32	34,74
CATALUÑA	36,00	73,52	109,52	67,13
EXTREMADURA	51,70	39,48	91,18	43,30
GALICIA	61,40	54,66	116,06	47,10
ILLES BALEARS	59,00	48,94	107,94	45,34
MADRID	39,00	36,83	75,83	48,57
MURCIA	81,14	47,98	129,12	37,16
NAVARRA	60,00	50,94	110,94	45,92
PAÍS VASCO	—	56,07	—	—
LA RIOJA	97,00	55,66	152,66	36,46
COMUNIDAD VALENCIANA	49,00	63,03	112,03	56,26

Comunidad Autónoma	Precio de consulta de atención primaria (A)	Coste de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria (B)	Total (A) + (B)	% Coste de gasto farmacéutico entre total
CEUTA Y MELILLA	81,80	35,58	117,38	30,31
MEDIA	60,47	56,71	117,18	45,19

De acuerdo con el cuadro anterior, los gastos farmacéuticos por cada consulta de atención primaria representaron de media para el conjunto de todas las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía el 45,19% del coste total de una prestación sanitaria de atención primaria (es decir, atención médica más gasto farmacéutico). Por tanto, excepto en la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas dejan de facturar, de media, un importe igual al 45% del coste total de las prestaciones de atención primaria, que es lo que supone de media el coste farmacéutico en una prestación de atención primaria, de acuerdo con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A continuación se muestra la comparación entre el número de formularios E-125 emitidos por prestaciones de atención primaria en el ejercicio 2009, y el número formularios E-125 emitidos que incluían gastos farmacéuticos por este tipo de asistencia, de acuerdo con los datos facilitados por el INSS a este Tribunal. La diferencia entre ambos se ha multiplicado por el coste de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria establecido en el cuadro anterior, con objeto de estimar el importe que determinadas Comunidades Autónomas dejaron de facturar en el ejercicio 2009 por gastos farmacéuticos de recetas médicas, obteniéndose los siguientes resultados:

CUADRO N.º 72

Estimación de importes no facturados por gastos farmacéuticos de recetas médicas en el ejercicio 2009

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	N.º de formularios E-125 por prestaciones de atención primaria emitidos en 2009 según base de datos INSS (A)	N.º de formularios E-125 emitidos en 2009 por prestaciones farmacéuticas en atención primaria (B)	Total prestaciones de atención primaria por las que no se facturaron prestaciones farmacéuticas (C) = (A) - (B)	Coste de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria (D)	Estimación de gastos farmacéuticos no facturados (C) * (D)
CATALUÑA	30.356	310	30.046	73,52	2.208.982
ANDALUCÍA	17.769	1.584	16.185	35,72	578.128
CANARIAS	10.442	-	10.442	51,40	536.719
ILLES BALEARS	6.194	-	6.194	48,94	303.134
MADRID	7.169	-	7.169	36,83	264.034
ASTURIAS	4.143	-	4.143	62,33	258.233
GALICIA	2.893	3	2.890	54,66	157.967
CASTILLA Y LEÓN	1.122	14	1.108	38,32	42.459
ARAGÓN	607	-	607	65,10	39.516
CANTABRIA	634	12	622	48,49	30.161
NAVARRA	378	-	378	50,94	19.255
EXTREMADURA	396	-	396	39,48	15.634
CEUTA Y MELILLA	373	19	354	35,58	12.595
LA RIOJA	314	-	314	55,66	17.477
MURCIA	5.627	5.548	79	47,98	3.790

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	N.º de formularios E-125 por prestaciones de atención primaria emitidos en 2009 según base de datos INSS (A)	N.º de formularios E-125 emitidos en 2009 por prestaciones farmacéuticas en atención primaria (B)	Total prestaciones de atención primaria por las que no se facturaron prestaciones farmacéuticas (C) = (A) – (B)	Coste de gasto farmacéutico por consulta de atención primaria (D)	Estimación de gastos farmacéuticos no facturados (C) * (D)
COMUNIDAD VALENCIANA	181	143	38	63,03	2.395
CASTILLA-LA MANCHA	37	-	37	43,33	1.603
TOTAL	88.635	7.633	81.002	-	4.492.082

Como se desprende del cuadro anterior, la falta de facturación del gasto farmacéutico supone para España un coste estimado en, al menos, 4.492.082 euros anuales.

En conclusión, este Tribunal de Cuentas considera necesario que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas efectúen sin más dilación la facturación de las prestaciones farmacéuticas servidas a personas aseguradas por otros países, en particular por las recetas médicas expedidas, a través del sistema de costes medios establecido de forma acertada por la Región de Murcia, si no fuera posible realizarlo a través del sistema de gastos farmacéuticos efectivos, como ya se realiza por parte de la Comunidad Valenciana. De otro modo, esta falta de facturación seguirá ocasionando un grave perjuicio económico para los intereses públicos.

– Asimismo, con la finalidad de verificar la facturación de las prestaciones farmacéuticas servidas a asegurados de los 37 países objeto de fiscalización, este Tribunal de Cuentas analizó el gasto en productos farmacéuticos autorizados por la Inspección Farmacéutica del Gobierno Canario, único gasto del que queda constancia del beneficiario.

El número de beneficiarios ascendió a 248, siendo el valor de las prestaciones farmacéuticas recibidas por los mismos de 64.399,72 euros, excluidos aquellos productos farmacéuticos sin Código Nacional de Medicamento (CNM), así como las fórmulas magistrales.

Del examen de la base de datos facilitada por el Servicio Canario de Salud, este Tribunal obtuvo los siguientes resultados:

– Tanto en el caso de los medicamentos autorizados por la Inspección Farmacéutica del Gobierno Canario como en el caso de los medicamentos para los que no existe dicho control, el importe de los mismos no es facturado ni a los organismos de enlace extranjeros ni a las correspondientes entidades aseguradoras nacionales que les dan cobertura, lo que supone que el gasto en el que incurre la Comunidad Autónoma del Gobierno Canario por este concepto, y para el colectivo citado, no es recuperado.

– Este Tribunal comprobó que en más del 21,70% de los beneficiarios controlados por la Inspección Farmacéutica del Gobierno Canario, los consumos de medicamentos que dichos beneficiarios realizaron se produjeron en un periodo superior a los dos años, dado que:

– Más del 78% de los beneficiarios disponían de Tarjeta Sanitaria Europea. Por tanto, los centros, servicios y establecimientos sanitarios debieron facturar al país emisor de la TSE los medicamentos facilitados a estas personas, situación que no se produjo.

– Tenían una edad superior a los 65 años, por lo que dichas personas obtuvieron todos los medicamentos de forma gratuita.

– En el caso de estos pacientes, la ratio entre el gasto farmacéutico controlado y el gasto médico realizado fue del 3,09. Es decir, los gastos farmacéuticos de dichas personas fueron tres veces superiores al importe de las prestaciones sanitarias servidas a dichas personas.

– Como ya se ha señalado, el gasto en medicamentos «per cápita» fue muy elevado (349,10 euros), si bien esta cifra no es representativa, puesto que la Inspección Farmacéutica utiliza como variable de selección para realizar el análisis los precios elevados.

Por tanto, a juicio de este Tribunal de Cuentas, existe el riesgo de que, por parte del colectivo que consume este tipo de productos farmacéuticos en Canarias, se esté produciendo un acopio gratuito de los mismos en España, situación que podría extrapolarse al resto de Comunidades Autónomas que cuentan con un elevado porcentaje de residentes procedentes del extranjero.

7.4.4 Facturación de los servicios de emergencias.

Las prestaciones de asistencia sanitaria por los servicios de emergencia dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónoma a asegurados de países en los que son aplicables los Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales deben ser facturadas por España. Sin embargo, sólo dos Comunidades Autónomas, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia, han facturado las prestaciones de asistencia sanitaria servidas por sus servicios de emergencia a asegurados de otros países. El número de facturas emitidas por la Región de Murcia en el ejercicio 2009 por este concepto ascendió a 141, por un importe total de 48.534,38 euros, mientras que la Comunidad Valenciana emitió 1.120 por un importe de 415.764,15 euros.

De estas dos Comunidades Autónomas, la Comunidad Valenciana fue la que recibió un mayor número de turistas y la que prestó un mayor número de asistencias a través de sus servicios sanitarios de emergencias. El importe medio facturado por asistencia de emergencia sanitaria realizada fue igual a 371,22 euros para la Comunidad Valenciana y a 344,22 euros para la Región de Murcia, y el porcentaje entre los formularios de liquidación por gasto real E-125 emitidos por la asistencia sanitaria de los servicios de emergencia sobre el total de los turistas recibidos fue de 0,02, igual para las dos Comunidades Autónomas citadas, tal y como se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO N.º 73

Importe medio facturado por Murcia y la Comunidad Valenciana por las prestaciones sanitarias servidas por sus servicios de emergencia en el ejercicio 2009

Comunidad Autónoma	N.º de formularios E-125 emitidos por prestación de servicios de emergencias en el ejercicio 2009 (A)	Importe facturado en el ejercicio 2009 (B)	Importe medio facturado por formulario (C) = (B)/(A)	Total turistas procedentes de Europa recibidos por la Comunidad Autónoma 2008 (D)	Porcentaje entre formularios E-125 emitidos por asistencia sanitaria de servicios de emergencia sobre el total turistas recibidos (E)=(A)/(D)*100
MURCIA	141	48.534,38	344,22	732.333	0,02
COM. VALENCIANA	1.120	415.764,15	371,22	5.294.854	0,02
TOTAL	1.261	464.298,53	357,72	6.027.187	0,02

Este Tribunal de Cuentas ha realizado una estimación de la facturación que deberían haber emitido el resto de Comunidades Autónomas en función del importe medio facturado obtenido de las dos Comunidades citadas, 357,72 euros, y del porcentaje mencionado, 0,02, que es el mismo para ambas, así como de los turistas recibidos por cada Comunidad Autónoma, desglosados en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 74

Estimación de importes no facturados por prestaciones sanitarias realizadas por los servicios de emergencias de las Comunidades Autónomas en el ejercicio 2009

Comunidad Autónoma	Total turistas procedentes de Europa recibidos por España en el ejercicio 2008 (F)	Número de formularios E-125 emitidos en 2009 por prestaciones de servicios de emergencias	Importe facturado por prestaciones de servicios de emergencias en el ejercicio 2009	Estimación de formularios E-125 que debieron emitirse por prestaciones de servicios de emergencias en 2009 (G)=(E)*(F)/100	Estimación del importe que debieron facturar los servicios de salud por prestaciones de servicios de emergencias en 2009 (H)=(G)*(357,72 €)
CATALUÑA	13.293.716	–	–	2.812	1.005.908,64
ILLES BALEARS	9.286.833	–	–	1.964	702.562,08
CANARIAS	8.671.335	–	–	1.834	656.058,48
ANDALUCÍA	7.391.077	–	–	1.563	559.116,36
MADRID	4.277.556	–	–	905	323.378,88
CASTILLA Y LEÓN	926.140	–	–	196	70.113,12
GALICIA	864.544	–	–	183	65.462,76
PAÍS VASCO	777.319	–	–	164	58.666,08
ARAGÓN	402.977	–	–	85	30.406,20
CANTABRIA	296.819	–	–	63	22.536,36
EXTREMADURA	212.755	–	–	45	16.097,40
NAVARRA	174.345	–	–	37	13.235,64
CASTILLA-LA MANCHA	173.340	–	–	37	13.235,64
PRINCIPADO DE ASTURIAS	168.200	–	–	36	12.877,92
LA RIOJA	58.973	–	–	12	4.292,64
MURCIA	732.333	141	48.534,38	–	–
COMUNIDAD VALENCIANA	5.294.854	1.120	415.764,15	–	–
TOTAL	53.003.116	1.261	464.298,53	9.937	3.553.948,20

La estimación de la facturación no realizada por el resto de las Comunidades Autónomas supone un importe, como mínimo, 3.553.948,20 euros, que evidencia la importancia de que las Comunidades Autónomas deben facturar la asistencia sanitaria que sus servicios de emergencia prestan a aquellos asegurados que residan habitualmente en otros Estados de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo.

7.5 Análisis de los precios de servicios sanitarios aplicados por las Comunidades Autónomas.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad». Asimismo, reconoce en su artículo 43 «el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios».

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciéndose los principios y criterios que han permitido crear el Sistema Nacional de Salud.

Todas las Comunidades Autónomas, al amparo de la Constitución Española y de sus correspondientes Estatutos de Autonomía, han ido asumiendo paulatinamente competencias en materia sanitaria. Este proceso se completó con la aprobación de la Ley

21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Cada Comunidad Autónoma aprueba la normativa relativa a las tarifas existentes en su correspondiente ámbito autonómico, las cuales se aplican para la facturación del gasto real de los pacientes atendidos que no estén a cargo de la Seguridad Social española.

El siguiente cuadro muestra la normativa autonómica reguladora de los precios de los servicios sanitarios, para cada Comunidad Autónoma, vigente a la fecha de finalización de los trabajos de fiscalización:

CUADRO N.º 75

Normativa autonómica reguladora de los precios de los servicios sanitarios en España

Comunidad Autónoma	Normativa	Fecha publicación
ANDALUCÍA	Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía n.º 210, de 27 de octubre de 2005.
ARAGÓN	Orden de 21 de enero de 2010, de la Consejería de Salud y Consumo, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestaciones de servicios sanitarios.	Boletín Oficial de Aragón n.º 29, de 12 de febrero de 2010.
ASTURIAS	Decreto 87/2009, de 29 de julio, por el que se establecen los precios públicos a aplicar por el Servicio de Salud del Principado de Asturias por la prestación de servicios sanitarios y Decreto 156/2010, de 29 de diciembre, por el que se actualizan los precios públicos de cuantía fija.	Boletín Oficial del Principado de Asturias n.º 186, de 11 de agosto de 2009, y n.º 301, de 31 de diciembre de 2010.
CANARIAS	Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías, y Decreto 139/2010, de 4 de octubre, que modifica el anterior.	Boletín Oficial de Canarias n.º 123, de 26 de junio de 2009 y n.º 203, de 14 de octubre de 2010.
CANTABRIA	Orden SAN/8/2008, de 4 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud.	Boletín Oficial de Cantabria n.º 74, de 16 de abril de 2008.
CASTILLA Y LEÓN	Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, por el que se aprueban los precios públicos de servicios sanitarios por actos asistenciales y servicios sanitarios a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago y Decreto 25/2010, de 17 de junio, por el que se actualizan los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios.	Boletín Oficial de Castilla y León n.º 224, de 19 de noviembre de 2008 y n.º 119, de 23 de junio de 2010.
CASTILLA-LA MANCHA	Resolución de 6 de abril de 2010 de la Dirección Gerencia, sobre precios a aplicar por sus centros sanitarios a terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a asistencia sanitaria.	Diario Oficial de Castilla-La Mancha n.º 79, de 27 de abril de 2010.
CATALUÑA	Orden SLT/483/2005, de 15 de diciembre, por la que se aprueban los precios públicos correspondientes a los servicios que presta el Instituto Catalán de la Salud, modificada por Resolución SLT/383/2009, de 21 de enero, sobre la revisión de precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios que presta el ICS y por Órdenes 182 a 192/2010, de 25 de marzo.	Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña n.º 4540, de 30 diciembre 2005, n.º 5325, de 24 febrero 2009 y n.º 5599, de 31 de marzo de 2009.
EXTREMADURA	Decreto 21/2009, de 13 de febrero, por el que se modifican las cuantías de los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud establecidos en el Decreto 272/2005 de 27 de diciembre de 2005.	Diario Oficial de Extremadura, n.º 34, de 19 de febrero de 2009.

Comunidad Autónoma	Normativa	Fecha publicación
LA RIOJA	Resoluciones de 6 de febrero y 27 de febrero de 2009 del Consejero de Salud por las que se dispone la publicación de las tarifas por servicios sanitarios prestados a particulares en los centros del Servicio Riojano de Salud.	Boletín Oficial de la Rioja n.º 27, de 27 febrero de 2009, y n.º 18, de 6 de febrero de 2009.
GALICIA	Decreto 160/2010, de 23 de septiembre, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias.	Diario Oficial de Galicia n.º 188, de 29 de septiembre de 2010.
ILLES BALEARS	Orden del Consejero de Salud y Consumo, de 11 de septiembre de 2008, y Resolución de 12 de noviembre de 2009 del Director General del Servicio de Salud, modificando la Orden de la Consejería de Salud y Consumo de 22 de diciembre de 2006.	Boletín Oficial de Illes Balears n.º 131, de 18 septiembre de 2008, y n.º 171, de 21 de noviembre de 2009.
MADRID	Orden 629/2009, de 31 de agosto, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid.	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid n.º 215, de 10 de septiembre de 2009.
MURCIA	Orden de 17 de mayo de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean los precios públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud, por la prestación de servicios sanitarios, modificada por la Orden de 7 de octubre de 2009 y por la Orden de 24 de enero de 2011.	Boletín Oficial de la Región de Murcia n.º 129, de 6 junio 2007, n.º 241, de 19 de octubre de 2008, y n.º 36, de 14 de febrero de 2011.
NAVARRA	Resolución 882/2010, de 3 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	Boletín Oficial de Navarra n.º 71, de 11 de junio de 2010
PAÍS VASCO	Acuerdo de 13 de diciembre de 2010, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza, por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago durante el ejercicio 2011.	Boletín Oficial del País Vasco n.º 2011009, de 14 de enero de 2011.
COMUNIDAD VALENCIANA	Decreto legislativo 1/2005, de 25 de febrero, por el que se aprueba el Texto Refundido de la ley de tasas. Artículo 42.1 de la Ley 13/2009, de la Generalitat, de Presupuestos para el ejercicio 2010 y Ley 16/2010, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.	Diario Oficial de la Generalitat Valenciana n.º 4.971 y 6.176, de 22 marzo de 2005 y 31 de diciembre de 2009, y n.º 6429, de 31 de diciembre de 2010.
INGESA (Ceuta y Melilla)	Resolución de 16 de junio de 2009, del INGESA, sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios de las ciudades con Estatuto de Autonomía de Ceuta y Melilla.	Boletín Oficial del Estado n.º 150, de 22 de junio de 2009.

– Conviene señalar que la falta de actualización anual de estos precios públicos supone un evidente perjuicio económico para aquellas Comunidades Autónomas cuya normativa tiene una antigüedad superior al año en curso y, en particular, un coste financiero derivado de la facturación a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países.

En concreto, en la fecha de finalización de los trabajos de fiscalización, la normativa vigente de precios públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía era la publicada en el año 2005, y la de Extremadura, Illes Balears, Madrid y La Rioja correspondía al ejercicio 2009.

De acuerdo con el artículo 25 de la Ley 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos, «los precios públicos se determinarán a un nivel que cubra, como mínimo, los costes económicos originados por la realización de las actividades o la prestación de los servicios». En consecuencia, y puesto que la falta de actualización anual de la normativa autonómica de los precios de los servicios sanitarios supone en la práctica la facturación de un importe menor que el necesario para sufragar los costes efectivos de las

prestaciones servidas a los pacientes que no estén a cargo de la Seguridad Social española, este Tribunal de Cuentas considera necesario que los correspondientes Gobiernos autonómicos realicen la actualización anual de dicha normativa.

– Este Tribunal de Cuentas, con el objeto de determinar el grado de adecuación de los precios públicos aplicados por las diferentes Comunidades Autónomas, en relación con el coste de las prestaciones servidas, procedió a comparar, en una muestra de cuatro de las seis Comunidades Autónomas visitadas, el precio de un conjunto de GRD significativos en cada una de las Comunidades (de acuerdo con sus respectivas normativas autonómicas de precios públicos) con el coste efectivo de dichos GRD, los cuales fueron facilitados por las Consejerías de Salud o por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Comunidades Autónomas.

Los GRD se denominan «GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico», y constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados con el coste que representa su asistencia. Es decir, son una herramienta de gestión normalizadora, en la que mediante un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria –el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)–, se clasifica a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

Las comparaciones efectuadas se muestran en el siguiente cuadro:

CUADRO N.º 76

Comparación de los precios de determinados GRD en relación a sus costes

DESCRIPCIÓN GRD	ANDALUCÍA			CANARIAS			ILLES BALEARS			MURCIA		
	PRECIO PÚBLICO (A)	COSTE (B)	DIF. (A) - (B)	PRECIO PÚBLICO (A)	COSTE (B)	DIF. (A) - (B)	PRECIO PÚBLICO (A)	COSTE (B)	DIF. (A) - (B)	PRECIO PÚBLICO (A)	COSTE (B)	DIF. (A) - (B)
Meningitis vírica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.968,08	2.461,98	-493,90
Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta	-	-	-	1.565,07	3.193,70	-1.628,63	-	-	-	-	-	-
Bronquitis y asma	-	-	-	-	-	-	3.010,00	2.069,85	940,15	-	-	-
Proc. Extr. Inferior Húmero Cadera pie Fémur	4.838,00	3.644,00	1.194,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proc. sobre útero y anejos	-	-	-	1.736,79	4.562,88	-2.826,09	-	-	-	-	-	-
Cesárea con complicaciones	-	-	-	3.881,69	5.884,34	-2.002,65	-	-	-	-	-	-
Cesárea sin complicaciones	-	-	-	3.012,43	4.889,04	-1.876,61	3.580,00	3.520,41	59,59	-	-	-
Parto vaginal con diagnóstico de CC.	-	-	-	3.702,62	4.478,78	-776,16	3.082,00	2.995,54	86,46	-	-	-
Parto vaginal sin diagnóstico de CC.	1.779,00	1.838,00	0,97	2.143,17	3.701,01	-1.557,84	2.352,00	2.349,53	2,47	-	-	-
Embarazo ectópico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.808,49	5.368,83	-2.560,34
Aborto con dilatación y legrado, aspiración	-	-	-	1.516,49	3.058,46	-1.541,97	-	-	-	-	-	-
Psicosis	5.612,00	13.474,00	-7.862,00	5.218,18	15.497,88	-10.279,70	-	-	-	-	-	-
Proc. quirúrgico con diagnóstico	-	-	-	1.613,63	3.845,50	-2.231,87	-	-	-	-	-	-
Trasplante hepático	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83.444,46	83.253,77	190,69
Trat. Respiratorio Infecciones bronquitis asma con CC	9.055,00	4.097,00	4.958,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bypass coronario con CC mayor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.910,31	24.883,04	-3.972,73
Intervención mayor estómago, esófago, duodeno e intestino con CC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cesárea de alto riesgo con CC	-	-	-	4.131,95	8.114,66	-3.982,71	20.846,00	19.082,30	1.763,70	-	-	-
Cesárea de alto riesgo sin CC	-	-	-	3.447,06	5.688,24	-2.221,18	4.501,00	4.620,41	-119,41	-	-	-
Fibrosis quística	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.927,79	6.609,97	-1.682,18
Intervención de columna vertebral salvo fusión espinal sin CC	-	-	-	-	-	-	4.535,00	3.617,55	917,45	-	-	-
Bronquitis y asma edad < 18 sin CC	-	-	-	2.581,95	4.619,37	-2.037,42	2.066,00	2.389,34	-323,34	-	-	-
Sustitución de cadera por CC	-	-	-	-	-	-	12.357,00	10.325,19	2.031,81	-	-	-
Otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico	-	-	-	1.488,26	3.612,95	-2.124,69	-	-	-	-	-	-

Del cuadro anterior se desprenden las siguientes conclusiones:

– En términos generales, el coste de los GRD es superior al precio público por el que los centros, servicios y establecimientos sanitarios facturan dichos GRD.

Se exceptúa de este hecho a la Comunidad Autónoma de Illes Balears, en la que los precios públicos aprobados son superiores al coste efectivo de la asistencia para la mayoría de los GRD analizados.

– En la Comunidad Autónoma de Canarias todos los GRD considerados tienen un coste superior al precio público establecido, en una ratio superior al 215%. Esta situación (el coste de los GRD considerados es superior al de los precios públicos) también se produce en la Región de Murcia.

Como ya se ha señalado, de acuerdo con el artículo 25 de la Ley 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos, «los precios públicos se determinarán a un nivel que cubra, como mínimo, los costes económicos originados por la realización de las actividades o la prestación de los servicios».

Sin embargo, existe evidencia de que, en términos generales, los precios públicos aprobados por las Comunidades Autónomas no cubren los costes efectivos de las prestaciones servidas a los pacientes que no estén a cargo de la Seguridad Social española, por lo que este Tribunal de Cuentas considera necesario que los correspondientes Gobiernos autonómicos actualicen anualmente los precios públicos, con el objetivo de que dichos precios cubran, al menos, los costes de las prestaciones sanitarias servidas.

Por último, debe destacarse la falta de homogeneidad en la normativa autonómica por lo que se refiere a los criterios para la fijación de precios.

Algunas Comunidades Autónomas fijan sus precios en virtud de los GRD, si bien la mayoría de las Comunidades Autónomas que utilizan este método para fijar sus precios no tasan todos los GRD existentes. Otras Comunidades Autónomas, como Aragón, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia, no utilizan la clasificación por GRD en sus normativas de precios. En el caso de Aragón, emplea la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Este Tribunal de Cuentas ha efectuado una comparación de los precios de cuatro tipos distintos de asistencias sanitarias que figuraban en cada normativa autonómica, que no son ningún tipo de GRD. Es necesario aclarar que las Comunidades Autónomas que emplean en su normativa de precios la clasificación GRD, también incluyen los precios de estos cuatro tipos de asistencia.

CUADRO N.º 77

Comparación de los precios de los servicios sanitarios en España por Comunidades Autónomas vigentes en marzo de 2011

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	Precio analítica (litotricia renal)	Precio primera consulta médico familia	Precio urgencia	Precio estancia UCI
ANDALUCÍA	2.245,21	43,50	144,24	–
ARAGÓN	889,69	–	44,18	548,30
ASTURIAS	1.144,62	62,96	136,38	1.130,62
CANARIAS	1.088,88	58,09	199,02	1.348,91
CANTABRIA	939,07	53,14	111,65	989,88
CASTILLA Y LEÓN	1.003,95	73,01	100,40	1.043,28
CASTILLA-LA MANCHA	1.176,53	64,44	187,61	1.293,07
CATALUÑA	1.224,48	36,00	174,60	984,00
EXTREMADURA	1.389,93	51,70	205,95	2.035,55
GALICIA	849,64	65,20	340,46	1.075,71
ILLES BALEARS	1.070,00	59,00	176,00	1.343,00

Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía	Precio analítica (litotricia renal)	Precio primera consulta médico familia	Precio urgencia	Precio estancia UCI
LA RIOJA	1.629,00	97,00	200,00	1.260,00
MADRID	983,00	39,00	122,00	–
MURCIA	1.357,45	81,14	180,00	980,00
NAVARRA	1.905,72	84,00	265,00	1.315,00
PAÍS VASCO	–	–	–	–
COMUNIDAD VALENCIANA	959,23	54,73	124,89	1.217,48
CEUTA Y MELILLA	1.965,00	81,80	119,39	–

De acuerdo con el cuadro anterior, existen diferencias significativas de precios entre las diferentes Comunidades Autónomas, para un mismo tipo de prestación sanitaria. Asimismo, una misma Comunidad puede no presentar una tendencia uniforme en sus precios en la comparación con otras Comunidades. A modo de ejemplo, el precio establecido por la Comunidad Autónoma de Andalucía para la realización de una litotricia renal era el de mayor importe de todas las Comunidades Autónomas, mientras que para las consultas de médico de familia se situaba en la posición decimocuarta, y para las urgencias en la décima respecto al resto de Comunidades.

Por tanto, no es posible establecer una clasificación de las Comunidades Autónomas en función del importe de sus precios sanitarios, puesto que una misma Comunidad Autónoma puede tener un precio elevado para un determinado servicio sanitario, en comparación con otra Comunidad, y para otro servicio tener un precio más económico.

La consecuencia de que las diferentes Comunidades Autónomas presenten unas diferencias significativas de precios en sus servicios sanitarios respecto a otras Comunidades, es que el precio es una de las variables que determinan el volumen de facturación por gasto real a asegurados de otros países que reciben prestaciones sanitarias en la Comunidad Autónoma en cuestión. Así, una Comunidad Autónoma con precios altos facturará más importe que otra con precios más bajos, a igual número y tipo de prestaciones.

Tal y como está establecido el sistema de compensación a las Comunidades Autónomas por gasto real, sólo reciben importes del Fondo de Cohesión Sanitaria aquellas Comunidades Autónomas que hayan tenido un saldo neto positivo (es decir, aquellas Comunidades Autónomas donde las facturas emitidas por haber prestado asistencia sanitaria a asegurados de otros países en sus centros, servicios y establecimientos sanitarios tuvieran un saldo mayor que las facturas recibidas por desplazamientos de asegurados de la Comunidad Autónoma respectiva a otros países). Por tanto, se puede producir una situación de desventaja, independientemente de la eficacia y eficiencia de la gestión de la facturación existente en cada Comunidad Autónoma, entre aquellas Comunidades Autónomas que tengan establecidos unos precios de servicios sanitarios más bajos que otras.

Es conveniente señalar que en la reunión de la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria, celebrada el 15 de noviembre de 2006, dicha Comisión acordó la creación de un grupo de trabajo para el estudio de la armonización de las tarifas de asistencia sanitaria y su aplicación en la facturación a ciudadanos extranjeros en estancia temporal en nuestro país.

Sin embargo, en el ejercicio 2009, que es objeto de análisis en esta fiscalización, ni siquiera existía una tarifa única de reembolso a nivel nacional. La necesidad de esta tarifa de reembolso se establece en los nuevos Reglamentos comunitarios, que entraron en vigor el 1 de mayo de 2010. Al carecer de esta tarifa única, España optó por que cada CC.AA. estableciera su propia tarifa de reembolso, que coincide con los precios públicos aplicables a terceros obligados al pago.

Madrid, 29 de marzo de 2012.–El Presidente, Manuel Núñez Pérez.