



El Pleno del Tribunal Constitucional, compuesto por don Juan José González Rivas, Presidente, doña Encarnación Roca Trías, don Andrés Ollero Tassara, don Fernando Valdés Dal-Ré, don Santiago Martínez-Vares García, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Pedro José González-Trevijano Sánchez, don Antonio Narváez Rodríguez, don Alfredo Montoya Melgar, don Cándido Conde-Pumpido Tourón y doña María Luisa Balaguer Callejón, Magistrados, ha pronunciado

**EN NOMBRE DEL REY**

la siguiente

**S E N T E N C I A**

En el recurso de inconstitucionalidad núm. 501-2013, interpuesto por el Abogado del Estado en nombre del Presidente del Gobierno, contra la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra. Han comparecido y formulado alegaciones el Gobierno de la Nación y el Parlamento de Navarra, debidamente representados. Ha sido ponente el Magistrado don Alfredo Montoya Melgar, quien expresa el parecer del Tribunal.



TRIBUNAL  
CONSTITUCIONAL

## I. Antecedentes

1. Mediante escrito presentado en el Registro General de este Tribunal el día 28 de enero de 2013, el Abogado del Estado, en nombre del Presidente del Gobierno, interpuso recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra.

2. Comienza el Abogado del Estado recordando los títulos competenciales y la normativa en materia de prestación sanitaria.

a) Señala que la Constitución en su art. 149.1.1 CE, establece que es competencia exclusiva del Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Conectado este precepto con el art. 43 de la propia Constitución, resulta un título competencial claro atribuido al Estado sobre el establecimiento de las condiciones básicas para garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

Por su parte, el art. 149.1.16 CE establece que corresponde al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y sobre la legislación de productos farmacéuticos y el art. 149.1.17 CE atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Tras enumerar distintas normas aprobadas sobre la materia, afirma el Abogado del Estado que el Real Decreto-ley 16/2012 ha modificado la Ley 16/2003, con el fin de vincular la condición de beneficiario de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a la condición de asegurado o beneficiario del mismo, especificando que los extranjeros recibirán asistencia sanitaria cuando estén registrados o autorizados como residentes en España -anteriormente bastaba con que estuvieran empadronados-, salvo las excepciones previstas en el art. 3 ter de la Ley 16/2003, e igualmente modifica la Ley 29/2006, en relación con la ordenación de las oficinas de farmacia, la prescripción de medicamentos y productos sanitarios y la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.



El desarrollo reglamentario de dicha norma ha tenido lugar mediante el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Para el Abogado del Estado la relación normativa expuesta evidencia que, en el actual contexto de grave crisis socioeconómica, uno de los principales objetivos perseguidos por el Estado al legislar en materia sanitaria es la racionalización del gasto público al objeto de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, otro título competencial que considera de necesaria invocación en este procedimiento competencial viene constituido por el previsto en el art. 149.1.2 CE, en cuya virtud se reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de extranjería y a cuyo amparo se dictó la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social que, tras la modificación operada en su art. 12 por la disposición final tercera del Real Decreto-ley 16/2012, viene a remitir en bloque el reconocimiento y regulación del derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros a la regulación vigente en materia sanitaria. Al amparo de igual título competencial, el art. 1.º del Real Decreto-ley 16/2012 añade un nuevo artículo 3 ter "Asistencia sanitaria en situaciones especiales" a la Ley 16/2003, precisando las modalidades en las que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria.

b) Tras esta descripción general de las competencias y la normativa estatal en la materia, analiza el Abogado del Estado la trascendencia que tiene para este proceso constitucional la competencia reconocida en el artículo 149.1.1 CE, en tanto precepto que faculta al Estado para la consecución de la igualdad efectiva en el ámbito prestacional sanitario.

A su juicio, resulta indudable la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que el derecho que reconoce el art. 43.1 CE pertenece a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para su ejercicio. Las condiciones básicas garantizadoras de la igualdad se predicen de los derechos constitucionales de prestación (sanidad, seguridad social, medio ambiente, vivienda, etc.), pues como dice la STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2, que analiza precisamente la conexión del artículo



43 CE con el 149.1.1 CE, el perfil que los correspondientes preceptos constitucionales dibujan de los derechos prestacionales debe ser completado con el del artículo 149.1.1 CE.

Para el Abogado del Estado, a la vista de la doctrina constitucional, no hay dudas respecto al alcance que hay que dar a los criterios de igualdad y equidad manejados por la Ley 14/1986 y por la Ley 16/2003, como principios que obligan al Estado a garantizar un mínimo común denominador del sistema sanitario, tanto en lo referente a la uniformidad del régimen de acceso a las prestaciones sanitarias como en lo relativo a la común fijación de la aportación por los beneficiarios de la prestación farmacéutica ambulatoria, para hacer efectivo el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

Afirma que la prestación de la asistencia sanitaria es un ámbito material que concentra de modo preferente la preocupación del legislador por garantizar la igualdad efectiva de todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. Preocupación que se traduce en la formulación de unas reglas comunes sobre los sujetos que tienen derecho a la asistencia sanitaria, sobre el contenido de las prestaciones sanitarias y sobre las condiciones en las que éstas se materializan en todo el territorio nacional.

La definición del titular de la prestación sanitaria es típicamente una condición básica que tiende a garantizar la igualdad en el acceso al derecho previsto en el artículo 43 CE, cuya observancia se vería gravemente afectada si se admitiese la incidencia de la legislación autonómica sobre el ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria.

Del mismo modo, a su entender, resulta obvio que la definición legal del titular del derecho a la asistencia sanitaria pública es una condición básica que garantiza la igualdad de todos los españoles en el acceso al derecho reconocido en el artículo 43 CE. Por tanto, en esta materia las competencias Estado-Comunidades Autónomas no se articulan en torno al binomio bases-desarrollo, sino que las “condiciones básicas” agotan la materia, en cuanto son competencia exclusiva del Estado.

Señala que, en materia sanitaria, las bases no siempre han de identificarse con un mínimo normativo mejorable por las Comunidades Autónomas, en concreto, la determinación de quienes pueden acceder a la prestación sanitaria y la fijación de determinadas condiciones de acceso a tales prestaciones constituyen elementos comunes, no susceptibles de mejora por la legislación



autonómica, que persiguen garantizar la igualdad efectiva de los ciudadanos independientemente de cual sea su lugar de residencia.

c) Por lo que se refiere a la competencia estatal regulada en el art. 149.1.16 CE, señala que el servicio sanitario público es uno de los más importantes servicios prestados desde la Administración para cuyo diseño organizativo se ofreció un amplio margen a favor de la actuación de las Comunidades Autónomas. Si bien, en todo caso, la opción organizativa adoptada -Servicios Autonómicos de Salud- no puede funcionar como una serie de piezas inconexas, sino que, como pronto advirtiera este Tribunal, su conjunto debe conformar un «sistema». Así aparece ya en su STC 32/1983, de 28 de abril, donde se afirma que, de la interpretación de los arts. 43, 51, 149.1.1 y 139.2 CE, «se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la Sanidad nacional» (FJ 2).

Especial relevancia en este procedimiento presenta la coordinación general de la sanidad, como título competencial reservado expresamente al Estado en la propia Constitución, dada su trascendencia para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Afirma que el Tribunal Constitucional ha reiterado la relación existente entre esta competencia estatal de coordinación general de la sanidad y la “globalidad del sistema sanitario” (SSTC 32/1983, FJ 2; 42/1983, FJ 3; 87/1985, FJ 3; 182/1988, FJ 4 y 194/2004, FJ 8), afirmando que con esta competencia se “persigue la integración de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema (...)”.

La descentralización de la sanidad, y la consiguiente integración de todas las estructuras sanitarias y los servicios públicos en el SNS, hace necesario que se introduzcan los instrumentos precisos para conformar un sistema organizado y armónico, es decir, para que el SNS funcione como un órgano coordinado.

Señala que de la Exposición de Motivos de la Ley 16/2003 se desprende que la voluntad del legislador es perseguir la existencia de una colaboración de las Administraciones públicas, una búsqueda de consensos y una toma de decisiones que conduzcan a que el SNS proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos, garantizando la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. Destaca que entre los principios y criterios que permiten configurar el SNS, se



encuentran, según señala la Ley 14/1986, su carácter público, la universalidad y gratuidad del sistema, la definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y también de los poderes públicos, la descentralización política de la sanidad, la integración de las estructuras y servicios públicos que atienden a la salud en el SNS, la organización en áreas de salud, el nuevo modelo de atención primaria que hace hincapié en la integración de las actividades asistenciales, preventivas, de promoción de la salud, etc. Asimismo, en relación con la necesaria cohesión de las prestaciones del SNS, interesa recordar cómo la Ley 16/2003 refuerza la interterritorialidad del SNS, porque reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir la asistencia sanitaria por el servicio de salud de la Comunidad en que se encuentren desplazados en las mismas condiciones que los residentes de dicha Comunidad (art. 4.c.) y así también se manifiesta, al referirse a las garantías de movilidad de los ciudadanos dentro del territorio nacional (art. 24.1).

De este modo, el art. 1 Ley 16/2003 define su objeto como el establecimiento del “marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias” e insiste en que se garanticen la equidad, la calidad y la participación social, pero con el objetivo de que el SNS colabore activamente en la reducción de las desigualdades en salud. El siguiente art. 2 Ley 16/2003 insiste en lo mismo, relacionando como primer principio general informador de la Ley, el de “la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”.

En definitiva, afirma el Abogado del Estado, mientras que la equidad del sistema sanitario se ha de procurar a través de una precisa normación de las “condiciones básicas de igualdad” y del diseño de un sistema de financiación que garantice una distribución territorial justa de los recursos económicos, debiendo velar el Estado por su cumplimiento a nivel autonómico y siendo, en definitiva, la equidad del sistema sanitario el resultado de esa normación y de su aplicación en todo el territorio del Estado, la cohesión viene a perseguir, a través del funcionamiento coordinado y armónico del sistema sanitario, el logro de una posición igualitaria de los ciudadanos en la protección de la salud con independencia de su lugar de residencia y de los desplazamientos que realicen por el territorio nacional.

Pero además en orden a evitar que una Comunidad Autónoma adopte una decisión sobre el régimen de las prestaciones sanitarias al margen de la coordinación estatal introduciendo en ella un elemento disgregador y disfuncional, se prevé que este tipo de decisiones tengan lugar en un órgano



de decisión común. En efecto, el órgano llamado a asumir esta competencia de coordinación general es el Consejo Interterritorial del SNS, que, tras ser creado por la Ley 14/1986, fue ampliamente configurado en la Ley 16/2003 como “el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los ciudadanos en todo el territorio del Estado” (art. 69.2

De lo hasta aquí expuesto resulta, a su juicio, que mientras que la regulación de cuestiones relativas a la estructura, organización y funcionamiento coherente del sistema sanitario se encuadra indudablemente en el título competencial del art. 149.1.16 CE, la regulación de la condición de asegurado y de las prestaciones sanitarias se incardina de manera fundamental en lo que son “condiciones básicas de igualdad” en el ejercicio del derecho a la protección de la salud y, por tanto, además de en el número 16, también en el título competencial que prevé el número 1 del art. 149.1 CE, de modo que la determinación de la condición de asegurado, su reconocimiento y control, así como la regulación del catálogo de prestaciones sanitarias fijan el contenido primario y común del derecho a la protección de la salud.

A continuación recuerda que el Real Decreto-ley 16/2012 ha introducido en esta materia importantes modificaciones. Concretamente, su capítulo I regula mediante la oportuna modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la condición de asegurado a efectos de garantizar el derecho a la asistencia sanitaria en España, su reconocimiento y control y la asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Afirma el Abogado del Estado que la legislación estatal, al fijar la cartera común de servicios del SNS, define el contenido primario y común del derecho a la protección de la salud. Mediante esta cartera se establecen las condiciones básicas y comunes para una atención integral, por lo que su contenido es indisponible para las Comunidades Autónomas. Éstas podrán añadir nuevas prestaciones con cargo a sus presupuestos en los términos del art. 8 quinquies mediante las correspondientes carteras complementarias, pero en ningún caso podrán excluir alguna de las previstas en la cartera común. Esta cartera complementaria autonómica podrá “incorporar (...) una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios”.



En definitiva, constituyendo la prestación farmacéutica una de las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera común, no es sólo el mínimo común normativo exigible en todo el territorio español para garantizar la igualdad de todos los españoles en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (art. 149.1.16 CE), sino una condición básica para todos los ciudadanos en el ejercicio de un derecho constitucional (art. 149.1.1 CE), como es el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43.1 CE.

d) Por lo que respecta a la competencia en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, recuerda que le corresponde al Estado la competencia normativa única y exclusiva, esto es, dictar la legislación completa, no sólo las bases, y, en consecuencia, lo que las Comunidades Autónomas pueden asumir es la competencia ejecutiva.

Tras exponer la doctrina constitucional sobre “productos farmacéuticos” y “ordenación farmacéutica o establecimientos farmacéuticos”, afirma que la regulación relativa a la dispensación de medicamentos corresponde al Estado, en tanto forma parte del régimen de los productos farmacéuticos. El ejercicio de esta competencia estatal la encontramos, fundamentalmente, en el Título V de la Ley 14/1986, en el Capítulo II “de la farmacia” de la Ley 16/2003 y, sobre todo, en la Ley 29/2006.

Esta exclusiva competencia estatal se ejerce por la “Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia”, mediante la aprobación del Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos del Sistema Nacional de Salud.

En desarrollo de la competencia sobre legislación de productos farmacéuticos, los arts. 85, 86, 90, 91, 92 y 93 de la Ley 29/2006, modificados por el Real Decreto-ley 16/2012, vienen a regular la prescripción y dispensación de medicamentos, así como lo relativo a la fijación y revisión de los precios de referencia.

e) Expuestas las anteriores consideraciones en torno a ambas vertientes del título competencial del Estado sobre sanidad, a continuación centra su argumentación en el art. 149.1.17 CE.

A su juicio, pese a que la asistencia sanitaria ha abandonado la partida presupuestaria especial de la SS -marcada por el principio de caja única- y ha pasado al sistema general de





financiación autonómica con el resto de partidas presupuestarias, esta nueva forma de financiación no puede significar la absoluta supresión de la conexión que existe entre la prestación farmacéutica y la Seguridad Social; muy al contrario, si atendemos a la propia Ley 21/2001 se observa que dicho sistema de financiación adopta como pilares básicos los principios de: a) generalidad, b) estabilidad, c) suficiencia, d) autonomía y e) solidaridad; y, concretamente, éste último principio “garantiza que las Comunidades Autónomas puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes” (Exposición Motivos Ley 21/2001). Condiciones equivalentes que no idénticas salvo en materia de prestación farmacéutica en atención a las propias características de la prestación que, como consecuencia de incluirse dentro de la asistencia sanitaria (arts. 98 y 105 y ss. LGSS 1974), constituye una prestación de la Seguridad Social. Así señala que el art. 38 LGSS al definir la acción protectora del sistema de Seguridad Social precisa que comprende la asistencia sanitaria.

También la Ley 16/2003 incluye la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social, mencionando su Exposición de Motivos los arts. 41 CE y 38.1 a) LGSS, y precisando su Disposición Final Primera que “esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1, 16 y 17 de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social”.

En cualquier caso, sea la financiación de la asistencia sanitaria por medio de la Seguridad Social, o se constituya en un sistema propio (SNS) de carácter universal y con cargo a presupuestos públicos soportada de forma principal a través de impuestos, ha de entenderse, afirma el Abogado del Estado, inadmisibles que por un cambio de los sistemas de organización financiera de las prestaciones los ciudadanos se resientan al recibir la prestación sanitaria como producto de la gestión de los poderes públicos.

Considera que, en ningún caso, un sistema de financiación de la asistencia sanitaria que pone a disposición de las Comunidades Autónomas la mayoría de los recursos financieros puede amparar la posibilidad de que tales Comunidades, haciendo una libre disposición de los recursos, desarrollen sin límite alguno sus propias políticas de prestaciones sanitarias; tal posibilidad deviene inadmisibles tanto por la igualdad y solidaridad interterritorial mínima, que viene a garantizar la competencia estatal sobre el “régimen económico de la Seguridad Social” como por preservar un mínimo igualitario en las prestaciones que asegura el art. 149.1.1 CE.



En definitiva, para el Abogado del Estado si bien no se desconoce que el reconocimiento del derecho a la prestación sanitaria forma parte del núcleo de lo básico como ha señalado el Tribunal Constitucional desde la perspectiva del art. 149.1.16 CE, no cabe negar la incidencia que sobre el mismo tiene también el art. 149.1.17 CE tanto en cuanto prestación contributiva (en determinados supuestos) como asistencial.

Por otra parte, entrando en la normativa de aplicación de este concreto título competencial, pone de manifiesto que en el preámbulo de la Ley 29/2006 se indica que, al objeto de contribuir a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se hace preciso enmarcar el crecimiento de las necesidades en materia de prestación farmacéutica en estrategias de uso racional de los medicamentos y de control del gasto farmacéutico, añadiendo que la modificación que introduce en el sistema de precios de referencia está orientada a “posibilitar los necesarios ahorros al Sistema Nacional de Salud”.

Señala, además, que sólo el Estado puede excluir de financiación pública un determinado medicamento o someter a reservas singulares las condiciones de prescripción, dispensación o financiación de determinados medicamentos. En ningún caso las Comunidades Autónomas pueden establecer unilateralmente estas reservas singulares de prescripción, dispensación o financiación de fármacos.

f) A continuación, reproduce el contenido de los artículos 53, 54 y 58.1.g de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral (LORAFNA), que delimitan las competencias de Navarra en materia de sanidad.

Recuerda que en atención precisamente a las competencias estatutariamente asumidas, la Ley 16/2003 permite a las Comunidades Autónomas la fijación de carteras de servicios complementarias (artículo 8 quinquies Ley 16/2003), carteras que deben incluir “cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo”. Ahora bien, de acuerdo con reiterada doctrina del Tribunal esas competencias autonómicas se hallan condicionadas a la absoluta indemnidad de las estatales reconocidas en la Constitución, con la extensión que las ha definido su Supremo Intérprete. Así pues, tal atribución competencial a la Comunidad Autónoma ha de actuarse dentro de los límites de lo establecido en los números 1, 2,



16 y 17 del apartado 1 del art. 149 CE, pues las Comunidades Autónomas asumen sus competencias en el marco de la Constitución y respetando las competencias reservadas al Estado ex art. 149.1 CE.

Señala que se hace preciso comprobar si por la normativa básica de contraste se respeta efectivamente la doble dimensión, formal y material, consustanciales a la noción constitucional de bases. A su juicio, se dan los requisitos formales y materiales para confirmar que el régimen contenido en la normativa que sirve de parámetro de constitucionalidad constituye bases de la sanidad, según lo previsto en el artículo 149.1.16 CE.

Los correspondientes preceptos de la Ley 16/2003 y 29/2006 y del Real Decreto-ley 16/2012 relativos a la ordenación de las prestaciones sanitarias cumplimentan la perspectiva formal que permite acreditar su carácter básico, al hallarse incluidos en norma de rango legal. Por su parte, el Real Decreto 1192/2012 tampoco puede tacharse de insuficiente rango pues, además de haberse dictado al amparo de lo establecido en las reglas 16 y 17 del artículo 149.1 CE (disposición final primera), este Tribunal tiene señalado con carácter general, en lo atinente al alcance o intensidad de las bases, que cuando la Constitución utiliza el término bases está comprendiendo funciones normativas que aseguren, en lo que es menester, un común uniforme, unas reglas a partir de las cuales las Comunidades Autónomas que tengan asumidas competencias en la materia puedan ejercerlas, pero estas competencias no se agotan con las propias legislativas, pues cuando la preservación de un tratamiento uniforme reclame el complemento reglamentario, y aún el ejecutivo, se justifica la reserva de estas competencias en la medida indispensable.

Desde la perspectiva material, la competencia básica ejercida al dictar las Leyes 16/2003 y 29/2006, el Real Decreto-ley 16/2012 y el Real Decreto 1192/2012, también resulta, a su entender, innegable. Así, si se atiende al carácter de elementos normativos uniformes o de denominador común en todo el ámbito nacional que las bases tienen necesariamente, dicho carácter se advierte en el contenido de los preceptos que en el presente recurso sirven como parámetro de constitucionalidad. Tales preceptos, teniendo en cuenta la trascendencia de la prestación que regulan, tratan de proporcionar al sistema sanitario una regulación mínimamente uniforme, a partir de la cual podrá cada Comunidad Autónoma desarrollar sus competencias estatutarias, sin olvidar, como ha quedado señalado, que en esta materia las competencias Estado-Comunidades Autónomas no se articulan en torno al binomio bases-desarrollo, sino que las “condiciones básicas” agotan la materia, en cuanto son competencia exclusiva del Estado.



En la fijación por el Estado de la condición de asegurado concurre indudablemente la exigencia material de lo básico, y así se pronuncia la STC 136/2012, FJ 5, en la que se afirma el carácter materialmente básico de la definición de quiénes pueden considerarse asegurados y tener acceso al SNS.

Por otra parte, en cuanto a la regulación por el Estado de la participación de los beneficiarios en el pago de la prestación sanitaria sobre este extremo se pronuncia el FJ 5 de la STC 136/2012, en el sentido de calificar “como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad” y considerando incluida en tal definición “tanto la garantía general de financiación pública como, dentro de esta garantía, los supuestos en los que algunas prestaciones comunes que no son básicas (las “suplementarias” y de “servicios accesorios”) pueden estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario del servicio (tasa o “copago)””, concluyendo el Tribunal que “la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional”.

De esta forma, el Tribunal considera que la financiación es un elemento esencial de las prestaciones básicas del sistema nacional de salud y su regulación ha de reservarse al Estado para garantizar la igualdad en todo el territorio nacional tanto de su definición como de las condiciones en que las mismas han de ser prestadas.

Resulta pues, a su juicio, que tratándose de prestaciones comunes suplementarias y de servicios accesorios sólo al Estado corresponde determinar los supuestos y las condiciones en los que procede su financiación adicional con cargo al usuario del servicio, esto es, sujetarlas a tasa o copago. Por su parte, las Comunidades Autónomas únicamente podrán entrar a definir la financiación de la cartera de servicios complementaria que decidan aprobar, aprobación para la que se habrá de contar con “la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria” (art. 8 quinquies.3 Ley 16/2003).

Afirma que la regulación uniforme de este elemento nuclear del ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias que constituye la financiación y, en concreto, una de sus condiciones de



prestación cual es la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, se halla contenida en los arts. 94 y 94 bis Ley 29/2006. El primero de ellos, dictado al amparo del artículo 149.1.17ª CE (Disposición Final Primera Ley 29/2006), establece que el Gobierno revisará periódicamente la participación en el pago a satisfacer por los ciudadanos por la prestación farmacéutica incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, y los supuestos de financiación íntegra con cargo a fondos públicos y que la participación en el pago podrá modularse por el Gobierno con criterios que tengan en cuenta: a) La capacidad de pago; b) La utilidad terapéutica y social de los medicamentos o de los productos sanitarios; c) Las necesidades específicas de ciertos colectivos; d) La gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para los que resulten indicados; e) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica y f) Existencia de medicamentos o productos sanitarios ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones.

Del mismo modo, en cuanto regula la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, también podríamos estimar amparado en la competencia estatal del art. 149.1.17 CE el art. 94 bis Ley 29/2006, añadido por el RD-ley 16/2012.

g) Seguidamente, el Abogado del Estado analiza la contradicción del régimen navarro de prestaciones sanitarias con la normativa estatal.

Indica que la Comunidad Foral navarra persigue consolidar con la Ley Foral 18/2012 su propia política sanitaria -complementando el estatus prestacional básico estatal y las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud- amparándose formalmente en el desarrollo del ordenamiento básico. Así, a su entender, del tenor del art. 1 de la Ley Foral 18/2012 ya se deduce con toda claridad que la finalidad de la Ley recurrida entraña una vulneración de las competencias estatales a cuyo amparo se ha dictado la normativa vigente en materia de prestación sanitaria (art. 149.1.1, 2, 16 y 17 CE). Si lo que se persigue es la complementación de las condiciones financieras básicas de las prestaciones farmacéuticas en los términos que seguidamente desarrolla, la Ley Foral 18/2012 incurre en inconstitucionalidad mediata por contradicción con la normativa estatal expuesta.

Por lo que se refiere a la regulación de los sujetos titulares del derecho a la complementación de las prestaciones farmacéuticas reconocido en el art. 2 de la Ley Foral 18/2012 afirma que no puede el legislador foral ampararse formalmente en la previa existencia del régimen



normativo contenido en la Ley Foral 17/2010, para continuar incluyendo en tal régimen a personas que, con arreglo a la nueva normativa básica estatal, no ostentan la condición de asegurado o beneficiario.

Una vez operada la modificación de la legislación básica, como ocurre en este supuesto con la regulación que introducen el Real Decreto-ley 16/2012 y el Real Decreto 1192/2012, las Comunidades Autónomas tienen la obligación de adaptar su normativa de desarrollo a la nueva definición de lo básico. De esta forma, añade, a la vista de la regulación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, la Ley Foral 17/2010, a la que se remite la Ley Foral 18/2012, adolecería de inconstitucionalidad sobrevenida, al constituir las previsiones de la Ley Foral objeto de recurso una disciplina divergente de la estatal e incompatible con ella. Ni la legislación básica del Estado deja espacio para, en este concreto punto, modificar su regulación material de las condiciones de asegurado y beneficiario ni puede presentarse como un desarrollo de la ley estatal una norma que tiene por finalidad establecer el acceso de personas que la nueva normativa estatal excluye del Sistema Nacional de Salud.

Para el Abogado del Estado, la regulación de la condición de asegurado se incardina entre las "condiciones básicas de igualdad" en el ejercicio del derecho a la protección de la salud y, por tanto, queda amparada además de en el número 16, en el título competencial que prevé el número 1 del art. 149.1 CE, de modo que la determinación de la condición de asegurado, su reconocimiento y control, junto con la regulación del catálogo de prestaciones sanitarias vienen a fijar el contenido primario y común del derecho a la protección de la salud, ya que en esta materia no pueden articularse las competencias Estado-Comunidades Autónomas en torno al binomio bases-desarrollo, sino que las "condiciones básicas" agotan la materia, en cuanto son competencia exclusiva del Estado.

Por otra parte, considera el Abogado del Estado que los apartados 1 y 2 del art. 3 de la Ley Foral 18/2012 en que se recogen las "Normas para la aplicación del régimen de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud", en la medida que contienen normas aplicativas del régimen de la prestación farmacéutica ambulatoria del SNS a los asegurados a los que la Ley Foral recurrida extiende indebidamente el acceso a la complementación de las prestaciones farmacéuticas, también adolecen de inconstitucionalidad por los mismos motivos predicados respecto del art. 2 Ley Foral 18/2012.



A continuación, se refiere el Abogado del Estado al art. 5 de la Ley Foral 18/2012 que contiene las previsiones esenciales en cuanto a la definición del alcance de la extensión de la cobertura financiera de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Foral de Navarra. Insiste en que el Real Decreto-Ley 16/2012 ha venido a incluir la concreta prestación a que el art. 5 impugnado se refiere dentro de la “cartera común suplementaria” del SNS, cuando, al añadir el art. 8 ter a la Ley 16/2003, este precepto se encarga de precisar en su apdo. 1 que tal cartera “incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario”.

El porcentaje de aportación del usuario en la prestación farmacéutica ambulatoria, de acuerdo con la configuración que establece el apdo. 5 del art. 8 ter Ley 16/2003, ha sido asimismo fijado por el Real Decreto-ley 16/2012 en el art. 94 bis que añade a la Ley 29/2006 y en el que se define la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria concretando unos porcentajes de aportación sobre el precio de venta, proporcionales al nivel de renta del usuario, entre el 60 por cien y el 10 por cien con topes de aportación para determinadas categorías de medicamentos y de asegurados y con exención de aportación para ciertos usuarios y sus beneficiarios.

Afirma que, del contraste del tenor de los preceptos estatal y foral, resulta que difieren tanto en lo que respecta a la fijación del porcentaje de aportación como en la relación de los usuarios y beneficiarios exentos, que resulta ser más amplia en la norma autonómica. Así pues, a su juicio, la Ley Foral 18/2012 vulnera la competencia exclusiva del Estado en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, en relación con la dispensación de productos farmacéuticos.

En efecto, las previsiones que se contienen en su art. 5 desconocen la normativa estatal que establece el régimen de dispensación de los productos farmacéuticos: por un lado, ignorando lo dispuesto en el art. 30 Ley 16/2003 que reserva al Estado la decisión sobre la financiación pública de un determinado medicamento o producto sanitario mediante la aprobación del Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos del SNS; por otro, incumpliendo lo previsto en el art. 89.1 in fine de la Ley 29/2006 que, tras la reforma operada por el Real Decreto-Ley 16/2012, impide que las Comunidades Autónomas establezcan “de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios”.



Por otra parte, considera también ignorada la competencia exclusiva del Estado en materia de financiación pública de las prestaciones farmacéuticas en el Sistema Nacional de Salud, al fijar un porcentaje de aportación distinto a los previstos en la norma estatal y ampliar respecto de la misma las categorías de usuarios y beneficiarios a los que declara exentos de tal aportación. Según los arts. 94 y 94 bis de la Ley 29/2006 es competencia del Gobierno determinar, en los casos de financiación de medicamentos y productos sanitarios con cargo al Sistema Nacional de Salud, la participación en el pago a satisfacer por los ciudadanos en cada caso. En esos casos de participación del ciudadano en el pago de la prestación farmacéutica, el Estado fija un porcentaje que debe satisfacer el prestatario del servicio en función de su nivel de renta. Ese porcentaje se aplica sobre el precio de venta al público fijado para todo el Sistema Nacional de Salud, y que se integra por el precio industrial máximo y los conceptos correspondientes a la distribución y la dispensación.

Por tanto, de acuerdo con el marco competencial constitucionalmente establecido, la concreción de la participación de los usuarios en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud corresponde única y exclusivamente al Estado, como garante de la equidad y cohesión del sistema. Las Comunidades Autónomas no están facultadas para diseñar cada una libremente el complemento financiero de la aportación de los usuarios de la prestación farmacéutica pues ello supondría una ruptura de la igualdad en el acceso a tal prestación. De la aplicación del sistema previsto por la normativa foral resultará una muy grave alteración del régimen fijado por el Gobierno en cuanto a la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria impidiéndose así alcanzar el objetivo perseguido con la normativa estatal de dotar al Sistema Nacional de Salud de la solvencia y viabilidad adecuadas.

Por tanto, la extensión de la cobertura financiera que se prevé en el art. 5 repercute directamente en la financiación de productos farmacéuticos cuando esta es una cuestión cuya regulación corresponde al Estado, al amparo de la competencia que le reconoce el art. 149.1.16 y 17 CE.

Por su íntima conexión con el art. 5 denuncia igualmente el Abogado del Estado la inconstitucionalidad de los apartados 2 y 3 del art. 4: el apartado 2 en cuanto reconoce el derecho a la cobertura del art. 5 a las personas que menciona el apartado 2 del art. 2, y el apartado 3 al prescribir el reintegro de gastos por el exceso abonado en oficinas de farmacias ubicadas fuera de la Comunidad Foral de Navarra a quienes “tengan derecho a la extensión de la cobertura financiera”.





La Disposición final primera, al facultar a la titular de la Consejería de Salud para modificar libremente -esto es, para realizar “adaptaciones del modelo oficial de receta y órdenes de enfermería que se precisen para su actualización o adaptación a la normativa o a los requerimientos operativos que requiera la prestación farmacéutica en la Comunidad Foral de Navarra”- el modelo oficial de receta médica y órdenes de enfermería, se halla para el Abogado del Estado también viciada de inconstitucionalidad por infringir el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación que, dictado en desarrollo de los arts. 19.6 y 77.6 y 8 de la Ley 29/2006, se ampara en la competencia exclusiva que en materia de legislación sobre productos farmacéuticos atribuye al Estado el artículo 149.1.16 CE (exposición de motivos y disposición final primera. 1). El contenido de este Real Decreto no puede tacharse de insuficiente rango, al objeto de satisfacer el carácter formal básico, pues este Tribunal ha admitido reiteradamente normas básicas aprobadas por Reales Decretos, especialmente, la STC 32/1983, dictada en materia sanitaria, reconoce el carácter básico de determinadas disposiciones en las que no concurre rango formal de Ley por contener medidas inseparables de la ordenación normativa básica si se quiere que ésta tenga el efecto pretendido (reiterado en el FJ 60, STC 31/2010).

Igualmente estima que adolece de inconstitucionalidad por los motivos imputados a los arts. 2 y 5 de la Ley Foral 18/2012, la previsión contenida en el último inciso de esta Disposición final primera facultando a la Consejera de Salud para dictar cuantas disposiciones requiera el establecimiento del procedimiento de reintegro de gastos previsto en el artículo 5.2.

Finalmente, al contener el resto de disposiciones que integran la Ley Foral objeto de recurso -Disposición adicional y Disposición final segunda-, normas aplicativas de la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra, denuncia que tales disposiciones adolecen asimismo de inconstitucionalidad en base a los motivos predicados de los arts. 2 y 5 de la Ley Foral 18/2012.

3. Por providencia de 12 de febrero de 2013, el Pleno acordó admitir a trámite el recurso y, de conformidad con lo establecido en el art. 34 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (LOTC), dar traslado de la demanda al Congreso de los Diputados y al Senado, por conducto de sus Presidentes, así como al Gobierno de Navarra y al Parlamento de Navarra, por conducto de sus Presidentes, al objeto de personarse en el proceso y formular alegaciones en el plazo de quince días. Asimismo, se tuvo por invocado por el Presidente del Gobierno el art. 161.2 CE, lo que, a su tenor, produjo la suspensión de la vigencia y aplicación de los preceptos impugnados. Finalmente, se



acordó publicar la incoación del recurso de inconstitucionalidad en el “Boletín Oficial del Estado” y en el Boletín Oficial de Navarra.

4. El día 20 de febrero de 2013, el Presidente del Senado comunicó el acuerdo de la Mesa de la Cámara de personarse en el procedimiento y ofrecer su colaboración a los efectos del art. 88.1 LOTC. Lo mismo hizo el Presidente del Congreso por escrito que tuvo entrada en este Tribunal el día 21 de febrero de 2013.

5. Por escrito presentado en el Registro General de este Tribunal el 12 de marzo de 2013 se comunicó el Acuerdo del Gobierno de Navarra por el que se considera suficiente y bastante la personación del Parlamento de Navarra para la defensa de la Ley Foral 18/2012.

6. El 15 de marzo de 2013 presentó su escrito de alegaciones el Parlamento de Navarra.

Tras sintetizar el contenido del recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Abogado del Estado, el Letrado del Parlamento de Navarra hace referencia al Título VIII CE que reconoce y garantiza el derecho a la autonomía –política– de las nacionalidades y regiones que integran la Nación española haciendo además alguna referencia a la doctrina constitucional sobre las consecuencias que de ello se derivan.

Por lo que se refiere ya al objeto del recurso de inconstitucionalidad, señala que la demanda incurre en algunas contradicciones porque toda la doctrina constitucional a la que se hace referencia en ella no se corresponde con la pretensión de declaración de inconstitucionalidad que solicita.

Afirma que en la demanda se realizan multitud de consideraciones en torno a los conceptos de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria pública, es decir, en torno al aspecto subjetivo de las prestaciones sanitarias públicas, y sobre si la Comunidad Foral de Navarra ostenta o no competencias al respecto, cuestión que no está regulada por la Ley Foral 18/2012. Señala que esta Ley se limita a establecer la complementación de la prestación farmacéutica, que se aplicará a aquellas personas que sean titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública – en los términos de la legislación básica del Estado (Real Decreto-ley 16/2012) y también a aquellas que ostenten derecho a las prestaciones sanitarias en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra en los términos establecidos en el art. 11 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, una ley que no fue impugnada por el Estado cuando fue aprobada, ni tampoco lo es en el presente recurso, por lo que todas las manifestaciones que se realizan en la demanda



relativas a la falta de competencias de la Comunidad Foral de Navarra para intervenir en el ámbito subjetivo del derecho de acceso a la asistencia sanitaria sufragada con fondos públicos carecen de trascendencia alguna en este proceso y no deberían ser tenidas en cuenta.

Recuerda que el Parlamento de Navarra ha interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra diversos artículos del Real Decreto-ley 16/2012, y que este recurso está pendiente de resolución.

Afirma que la Comunidad Foral de Navarra ha venido ejerciendo competencias tanto en el ámbito subjetivo como en el ámbito material de las prestaciones farmacéuticas, sin que hayan sido ni cuestionadas ni recurridas las normas dictadas a tal efecto con anterioridad.

Por lo que se refiere al título competencial que ha de tenerse en cuenta para la resolución del recurso, señala que la financiación pública de una prestación sanitaria proporcionada por el Sistema Nacional de Salud encaja en el art. 149.1.16 CE. Cita, en este sentido, entre otras, las SSTC 136/2012 y 227/2012.

Una vez expuesto que el título competencial es el art. 149.1.16 CE, hace una breve referencia al concepto de bases en materia de sanidad. Señala que cuando el Estado ostenta competencia exclusiva para la determinación de las bases sobre una materia, es necesario tener en cuenta que nos encontramos ante una materia compartida, en la que concurren competencias estatales y autonómicas de forma que la competencia normativa estatal no puede agotar la regulación sobre la materia en cuestión. La normativa básica tiene como cometido establecer un mínimo común denominador que en ningún caso puede suponer un uniformismo estricto.

Afirma que a partir de la STC 98/2004, confirmada por las SSTC 22/2012 y 136/2012, está claro que para el Tribunal Constitucional las normas autonómicas pueden tener por objeto una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado. El Tribunal Constitucional ha admitido que las Comunidades Autónomas pueden mejorar las prestaciones básicas establecidas por el Estado, bien adicionando nuevas prestaciones sobre las mínimas establecidas por el Estado, bien mejorando su contenido o nivel mediante financiación propia.

Para el Letrado del Parlamento de Navarra, la Ley Foral 18/2012 es plenamente constitucional al haber sido dictada en ejercicio de las competencias que para el desarrollo de la legislación básica del Estado en materia de sanidad le atribuye el artículo 53 de la LORAFNA, que incluye la de complementar con cargo a sus propios presupuestos la financiación de las prestaciones farmacéuticas por encima de lo que establezca



TRIBUNAL  
CONSTITUCIONAL

la legislación básica del Estado.

Insiste en que la Ley 16/2003 en su versión actual (la derivada de las reformas operadas en la misma por el Real Decreto-ley 16/2012), como en la anterior a la aprobación de dicho Real Decreto-ley, tiene entre sus finalidades configurar un catálogo de prestaciones sanitarias, y entre ellas la prestación farmacéutica. Como afirma el TC en su STC 98/2004 el establecimiento de una prestación farmacéutica, -y en el caso que nos ocupa en concreto la determinación de la cuantía de la aportación que corresponde a los beneficiarios de la asistencia pública cuando aquella se recibe de forma ambulatoria - y su financiación pública constituyen un criterio básico en materia de sanidad pues satisface las exigencias formales (por su inclusión en norma legal) y las materiales, por tratarse de un aspecto esencial o nuclear de la regulación de un aspecto de la prestación farmacéutica, que constituye presupuesto necesario para el acceso de los ciudadanos a los medicamentos en condiciones de igualdad, por lo que partiendo de este carácter básico forzosamente hay que concluir que su regulación corresponde al Estado (art. 149.1.16 CE) garantizándose de esta forma una uniformidad mínima en las condiciones de acceso a los medicamentos con independencia del lugar del territorio nacional en que se resida. Pero esa necesaria uniformidad mínima que corresponde establecer al Estado "...puede ser susceptible de mejora por las Comunidades Autónomas en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera siempre que no se contravengan las exigencias que impone el principio de solidaridad". A su juicio, para el TC el acceso en condiciones de igualdad lo que presupone no es una uniformidad total como mantiene la abogacía del Estado sino una uniformidad mínima de vigencia en todo el territorio nacional que garantice a todos los ciudadanos el disfrute de los medicamentos financiados en un porcentaje mínimo, susceptible, de ser incrementado en virtud de las disponibilidades financieras de cada Comunidad.

Y esto es lo que ha hecho la Comunidad Foral de Navarra al aprobar la ley foral impugnada: incrementar el porcentaje de financiación de la prestación farmacéutica ambulatoria con cargo a los propios presupuestos de la Comunidad Foral, sin lesión alguna del principio de igualdad y con respeto absoluto a los mínimos básicos garantizados por el Estado.

Señala el Letrado del Parlamento de Navarra que los artículos de las normas que se dicen infringidos, calificados expresamente como básicos por el Real Decreto-ley 26/2012 (disposición final 1ª), pueden ser interpretados de dos maneras. La primera sería la mantenida en la demanda, según la cual estos preceptos prohíben -aun cuando no lo establezcan así- cualquier desarrollo legislativo por las Comunidades Autónomas. En este caso incurrirían en inconstitucionalidad por no respetar el concepto material de "bases", por exceder de ese mínimo común denominador que el TC atribuye a las normas básicas y, por tanto,



deberían ser declarados inconstitucionales. La segunda, sería la mantenida por esta parte, que los analiza desde el punto de vista del reparto competencial establecido en la CE, y según la cual todos ellos admiten un desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas.

A su juicio, el Abogado del Estado pretende una nueva categoría de legislación básica que no permite su desarrollo por las Comunidades Autónomas y esto no se ajusta ni a la Constitución ni a la doctrina constitucional.

Finalmente señala que no comparte la tesis mantenida por el Consejo de Estado y la Abogada del Estado según la cual los artículos citados prohíben cualquier desarrollo normativo por las Comunidades Autónomas. Una norma que se califica como básica por el propio Estado no puede implicar como se pretende una prohibición de mejora por las Comunidades Autónomas porque iría contra el propio concepto constitucional de lo que es una norma básica.

6. Mediante ATC 88/2013, de 23 de abril, el Pleno acordó, levantar la suspensión de los arts. 2.1, 4.1, disposiciones adicionales y final segunda de la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, y mantener la suspensión de los demás preceptos de la Ley.

7. Por providencia de 28 de noviembre de 2017 se señaló para deliberación y votación del presente recurso el día 30 del mismo mes y año.

## II. Fundamentos jurídicos

1. El Abogado del Estado, en nombre del Presidente del Gobierno, impugna mediante este recurso, la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra.

El Abogado del Estado sostiene que la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, incurre en una inconstitucionalidad mediata, por vulneración de la normativa básica estatal que desarrolla las competencias estatales previstas en los apartados 1, 2, 16 y 17 del art. 149.1 CE. Tal normativa básica vendría integrada por el Real Decreto-ley 4/2010, de 26 marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, por el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, por el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y



cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 y, muy especialmente, por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, a cuya publicación respondió el Parlamento de Navarra con la aprobación de la Ley Foral que es objeto del recurso de inconstitucionalidad.

A su entender, la inconstitucionalidad mediata de la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, vendría dada porque su finalidad expresa es la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica (art. 1). Así, de un lado, la regulación de los sujetos titulares del derecho a la complementación de las prestaciones farmacéuticas (art. 2) configura un ámbito subjetivo contrario a la norma básica; y, de otro lado, la extensión de la cobertura financiera de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma de Navarra (art. 5) resulta ser más amplia que la que establece la norma estatal, lo que vendría a repercutir directamente en la financiación de productos farmacéuticos, cuando esta es una cuestión cuya regulación corresponde al Estado con arreglo a los arts. 149.1.16 y 17 CE; mientras que la queja de inconstitucionalidad frente a los apartados 2 y 3 del artículo 4 de la Ley Foral deriva de su íntima conexión con el art. 5. Finalmente, la inconstitucionalidad de la disposición final primera de la Ley Foral 18/2012, por la que se faculta a la Consejera de Salud para adaptar el modelo oficial de receta médica y órdenes de enfermería, y para dictar las disposiciones precisas para el establecimiento del procedimiento de reintegro de gastos previstos en el art. 5.2, infringe el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, e incurre en las mismas infracciones denunciadas respecto de los arts. 2 y 5 de la Ley Foral 18/2012.

Por su parte, la Letrada del Parlamento de Navarra considera que la Ley Foral 18/2012 es plenamente constitucional al haber sido dictada en ejercicio de las competencias que para el desarrollo de la legislación básica del Estado en materia de sanidad le atribuye el artículo 53 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del régimen foral de Navarra (LORAFNA), que incluye la de complementar con cargo a sus propios presupuestos la financiación de las prestaciones farmacéuticas por encima de lo que establezca la legislación básica del Estado.

2. La Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra, tiene por objeto “regular en la Comunidad Foral de Navarra la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica” (art. 1). Como señala su exposición de motivos, “la presente Ley Foral pretende la ampliación o mejora del ordenamiento básico que le es propio al espacio competencial



de nuestra Comunidad Foral con capacidades de desarrollo y ejecución de las políticas públicas correspondientes”.

En este sentido, es necesario recordar que el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modificó sustancialmente el régimen de copago de los medicamentos y productos sanitarios, introduciendo un nuevo art. 94 bis en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. La nueva regulación del copago de medicamentos financiados con cargo a fondos públicos, que introdujo el Real Decreto-ley 16/2012, eliminó las exenciones para pensionistas y estableció una regulación totalmente nueva del copago para los pacientes activos, con el criterio de tramos de renta para determinar la cuantía y tope de las aportaciones de los usuarios. El contenido del art. 94 bis de la Ley 29/2006 ha sido recogido en los mismos términos en el art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. El art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, tras definir la prestación farmacéutica ambulatoria como aquella que “se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia”, dispone que la misma estará “sujeta a aportación del usuario”, que “se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario”, y que “será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente”.

Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema (art. 102.5 Real Decreto Legislativo 1/2015):

a) Un 60 por 100 del precio de venta al público para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 por 100 del precio de venta al público para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 por 100 del precio de venta al público para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.



d) Un 10 por 100 del precio de venta al público para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Este sistema general de aportación de los usuarios en función de su condición de activos o pensionistas y de su nivel de renta resulta parcialmente modulado por el apartado 6 del art. 102 Real Decreto Legislativo 1/2015 para los pacientes sometidos a tratamientos crónicos o pensionistas con tratamientos de larga duración mediante la fijación de topes máximos de aportación.

Por su parte, la Ley Foral 18/2012 permite la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Foral, en las mismas condiciones y para todas las personas que tengan acceso a dicha prestación según se contempla en el art. 11 de la Ley Foral 17/2010, de derechos y deberes de las personas en materia de salud (art. 2). De este modo, tendrán derecho de acceso a la complementación de las prestaciones farmacéuticas todas las personas que tienen la condición de asegurados y beneficiarios del Sistema Nacional de Salud y, además, todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra incluidos los inmigrantes que residan en los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa.

Por lo que se refiere a la cobertura financiera prevista en la norma, el art. 5 señala las siguientes condiciones económicas:

“a) Con carácter general, el porcentaje de aportación económica que corresponderá satisfacer a las personas usuarias, será del 40 por 100 sobre el precio de venta al público. Se exceptúan de tales condiciones los medicamentos sujetos al sistema de aportación reducida.

b) Con carácter singular, estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías:

- i. Pensionistas, incluidas las personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- ii. Personas afectadas de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- iii. Personas perceptoras de Renta de Inclusión Social.
- iv. Personas paradas que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.





v. Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

vi. Así mismo, están exentas de aportación aquellas personas que se relacionan a continuación:

- Mayores de 65 años.
- Personas viudas.
- Personas huérfanas menores de 18 años.
- Personas con minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100”.

3. Puesto que del examen de la demanda se deduce con claridad que nos encontramos ante un recurso de inconstitucionalidad de carácter competencial, debemos comenzar por el examen del contexto competencial en el que se inserta la norma controvertida, con el fin de efectuar la delimitación de competencias en la materia regulada.

El Abogado del Estado encuadra la titularidad de la materia discutida, esto es, la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica, en los títulos competenciales de las reglas 1, 16 y 17 del art. 149.1 CE, ya sea como condición básica del ejercicio de un derecho constitucional (el derecho a la salud), ya lo sea como bases y coordinación general de la sanidad, como legislación sobre productos farmacéuticos, o, en fin, como régimen económico de la Seguridad Social.

Pues bien, como recuerda la STC 210/2016, de 15 de diciembre, FJ 5, la regulación relativa a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se encuadra en el ámbito de las bases y la coordinación general de la sanidad (art. 149.1.16 CE). En efecto, de acuerdo con la doctrina reiterada de este Tribunal (SSTC 98/2004, FFJJ 5 y 9; 136/2012, FJ 3; y 211/2014, de 18 de diciembre, FJ 4, 64/2017, de 25 de mayo, FJ 3, por todas), debemos concluir que el ámbito material más estrechamente relacionado con la presente controversia constitucional es el correspondiente a la “sanidad” (art. 149.1.16 CE). Como título competencial específico y preferente, prevalece sobre el referido a la materia de Seguridad Social (art. 149.1.17 CE). Asimismo debe descartarse a estos efectos la competencia estatal del artículo 149.1.1 CE, que queda absorbida por la que le corresponde al Estado en la regulación de las bases de la sanidad ex artículo 149.1.16 CE, más específica.

Alcanzada la anterior conclusión sobre la materia en la que la norma impugnada se incardina dentro del orden competencial previsto en el bloque de la constitucionalidad, procede



ahora examinar las competencias que sobre la misma ostentan tanto el Estado como la Comunidad Autónoma de Navarra.

El Estado, de acuerdo con el artículo 149.1.16 CE, tiene competencia exclusiva tanto sobre la “sanidad exterior”, como sobre las “bases y coordinación general de la sanidad”, entendida esta última como “sanidad interior” (SSTC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2, y 98/2004, FJ 6). Por su parte, a la Comunidad Autónoma de Navarra le corresponde “el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado” en materia de sanidad interior (artículo 53.1 LORFNA). En el ejercicio de esta competencia, “la Comunidad Autónoma podrá organizar y administrar [...] dentro de su territorio, todos los servicios relacionados” con dicha materia “y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones” en materia de sanidad (artículo 53.2 LORFNA).

Por lo que se refiere al alcance de la competencia estatal para dictar las bases de la sanidad, la doctrina de este Tribunal constata que en dicha materia “la Constitución no sólo atribuye al Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias [...] dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y a los Estatutos. Y se lo exige cuando en el artículo 149.1.16 CE le atribuye las bases en materia de «sanidad», para asegurar —como se ha dicho— el establecimiento de un mínimo igualitario de vigencia y aplicación en todo el territorio nacional en orden al disfrute de las prestaciones sanitarias, que proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos” (STC 98/2004, FJ 7, doctrina reiterada en las SSTC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3; 136/2012, FJ 5; 211/2014, FJ 4; y 33/2017, FJ 4).

En cuanto a la competencia estatal de coordinación general de la sanidad, “nuestra doctrina ha efectuado determinadas precisiones. Es una competencia distinta a la de fijación de bases. Presupone lógicamente que hay algo que debe ser coordinado; esto es, la existencia de competencias de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar. La coordinación general, por su propio carácter, incluye a todas las instituciones territoriales en la medida en que tengan competencias en materia sanitaria y, por tanto, a las corporaciones locales. Además, la competencia estatal de coordinación general significa no sólo que hay que coordinar las partes o subsistemas del sistema general de sanidad, sino que esa coordinación le corresponde hacerla al Estado. Por último, la coordinación general



debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias; de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario” (por todas, SSTC 32/1983, FJ 3; 42/1983, FJ 3; 22/2012, FJ 3; y 33/2017, FJ 4)” (STC 64/2017, de 25 de mayo, FJ 4).

4. Una vez recordada la doctrina constitucional en relación con el sistema de distribución de competencias en materia de sanidad, debemos tener en cuenta que en el presente recurso de inconstitucionalidad nos encontramos ante lo que hemos denominado como un supuesto de inconstitucionalidad mediata o indirecta, por derivar la posible infracción constitucional, no de la incompatibilidad directa de las disposiciones impugnadas con la Constitución, sino de su eventual contradicción con preceptos básicos estatales. Por ello, según es norma en este tipo de conflictos, “el éxito de la impugnación requerirá, de un lado, la constatación de que en efecto la norma estatal reúne la condición de básica y que, por lo tanto, ha sido dictada al amparo de la distribución constitucional de competencias. De otra parte habrá de verificarse si existe una verdadera y real contradicción entre la norma impugnada y la norma estatal básica que no pueda ser salvada con una interpretación de la norma cuestionada conforme con la Constitución (STC 4/1981, de 2 de febrero), toda vez que el principio de conservación de la ley (SSTC 63/1982, de 20 de octubre, y 16/1998, de 26 de enero) habilita a este Tribunal para concluir que, de esa manera interpretada, la norma impugnada no sería contraria al orden constitucional de competencias” (por todas STC 91/2013, de 22 de abril, FJ 2).

Pues bien, como ya hemos recordado, es el actual art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el que regula la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica. Este precepto recoge el contenido del art. 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que fue añadido por el art. 4.13 del Real Decreto-ley 16/2012.

Sobre el carácter básico de este precepto nos hemos pronunciado en la STC 64/2017, de 25 de mayo, FJ 6, cuyo contenido ha sido reproducido en la STC 80/2017, de 22 de junio, afirmando que la regulación del procedimiento de gestión para articular la aportación de los usuarios o beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria que se establece en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006 (actualmente, en el artículo 102 del texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015), tiene un carácter básico, “que responde a la legítima finalidad de contribuir a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Esto justifica la aprobación de



medidas de uso racional de los medicamentos y de control del gasto farmacéutico, entre las que se encuentra la aportación económica del usuario o beneficiario; con diversos porcentajes en función del nivel de renta, sin perjuicio de la exención de determinados usuarios que la base también determina”.

En efecto, la prestación farmacéutica ambulatoria forma parte de la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, estando sujeta a la aportación del usuario (art. 8 *ter* de la Ley 16/2003). Como ya ha señalado este Tribunal en la STC 136/2012, FJ 5, debe considerarse “básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, lo que incluye tanto la garantía general de financiación pública como, dentro de esta garantía, los supuestos en los que algunas prestaciones comunes que no son básicas (las ‘suplementarias’ y de ‘servicios accesorios’) pueden estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario del servicio (tasa o ‘copago’). En efecto, la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional”.

Por tanto, “estando la prestación farmacéutica ambulatoria incluida entre las prestaciones de la cartera común suplementaria, sólo al Estado corresponde, en virtud de su competencia exclusiva sobre “bases y coordinación general de la sanidad” (art. 149.1.16 CE), conforme a la citada doctrina constitucional, determinar los supuestos y las condiciones en los que procede la financiación adicional de esa prestación con cargo al usuario del servicio (tasa o copago)” (STC 64/2017, de 25 de mayo, FJ 6).

5. Afirmado el carácter formal y materialmente básico de la norma estatal de contraste (art. 102 Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios) ha de afirmarse, igualmente, la contradicción entre aquella y la norma autonómica cuestionada.

Como ya hemos señalado, el art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015 fija el porcentaje de aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, estableciendo que la aportación se llevará a cabo en el momento de la dispensación. Fija una escala completa que asigna importes concretos de aportación en función de las cuantías de la base liquidable del IRPF; en el caso de los pensionistas con tratamientos de larga duración introduce una nueva escala para fijar una cantidad de 4,24 €, 8,23 €, 18,52 € o 61,75 € de



aportación máxima mensual en función de su renta e impone un sistema de reintegro autonómico con una periodicidad determinada para los importes que excedan de dichas cuantías máximas. Finalmente, indica qué usuarios están exentos de aportación en atención a determinadas circunstancias (afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; personas perceptoras de rentas de integración social; personas perceptoras de pensiones no contributivas; parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional).

Por su parte, la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra, “tiene por objeto regular en la Comunidad Foral de Navarra la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica” (art. 1). El art. 2 establece los titulares del derecho a la complementación; el art. 3 contiene normas para la aplicación del régimen de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud; el art. 4 recoge normas para la extensión de la cobertura financiera pública de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Foral de Navarra; y, por último, el art. 5 establece el alcance de la extensión de la cobertura financiera, reduciendo el porcentaje de contribución al pago de medicamentos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Foral de Navarra (de manera que, con carácter general, el porcentaje de aportación económica que corresponderá satisfacer a las personas usuarias, será del 40 por 100 sobre el precio de venta al público) y ampliando los sujetos beneficiarios de la exención al copago (así, además de los sujetos enumerados en la norma estatal, la Ley Foral 18/2012 considera también exentos de aportación a los pensionistas, mayores de 65 años, personas viudas, personas huérfanas menores de 18 años y personas con minusvalía en un grado igual o superior al 33 por 100).

La norma autonómica de referencia, al igual que este Tribunal ha declarado recientemente en relación con la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica establecida en el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, “introduce diferencias en las condiciones de aportación de los usuarios y, por tanto, en las condiciones de financiación de los medicamentos fijadas en la normativa básica estatal, que no se corresponden con los criterios que determina la norma básica estatal, lo que determina la estimación del conflicto” (STC 134/2017, FJ 6) y la declaración de inconstitucionalidad y consiguiente nulidad de aquellos preceptos e incisos de la Ley Foral 18/2012 que contradicen la normativa básica estatal.



Así, deben ser declarados inconstitucionales y nulos los siguientes artículos, apartados e incisos de la Ley Foral 18/2012:

- El apartado 2 del art. 2 al extender el derecho de acceso a la complementación de las prestaciones farmacéuticas a sujetos que según la norma estatal no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud. En efecto, la Ley Foral 17/2010, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, a la que se remite el apartado 2 del art. 2 de la Ley Foral 18/2012 al definir quiénes son los titulares del derecho de acceso a la complementación de las prestaciones farmacéuticas, recoge como titulares del derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra y a los inmigrantes que residan en los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa, lo que entra en contradicción con el art. 3 de la Ley 16/2003. Como señala la STC 134/2017, “la normativa básica estatal cierra toda posibilidad a las normas autonómicas de desarrollo para configurar un sistema de acceso a las prestaciones sanitarias que no atienda a los conceptos de asegurado o de beneficiario que han establecido las bases recogidas en el (...) art. 3 de la Ley 16/2003, a excepción del supuesto residual de la suscripción del convenio especial previsto en el apartado 5 del citado precepto”.

-El art. 4, que establece las normas para la extensión de la cobertura financiera pública de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Foral de Navarra. Este artículo, en su apartado 1, señala que “las personas que accedan a la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud con el derecho reconocido en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y que no se encuentren entre los colectivos de personas a que se refiere el artículo 2.2 de la presente Ley Foral, se registrarán por las normas sobre aportación de las personas usuarias que establece la Ley 29/2006, de 26 de junio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, quedando garantizada en todo caso la igualdad efectiva de todas las personas en el acceso a las prestaciones”. Por su parte, el apartado 2 establece que “tendrán derecho a la cobertura regulada en el artículo 5 todas las personas a las que se refiere al artículo 2.2 de la presente Ley Foral”. La remisión de ambos apartados al art. 2.2, que ha sido declarado inconstitucional, conlleva, por conexión, la declaración de inconstitucionalidad de los mismos.

El apartado 3 de este artículo hace referencia al reintegro de gastos por el exceso abonado en oficinas de farmacia ubicadas fuera de la Comunidad Foral de Navarra en relación con lo que hubiese abonado en las oficinas de farmacia ubicadas en dicha Comunidad. Al no poder establecer las Comunidades Autónomas diferencias en las condiciones de aportación de los usuarios fijadas en la normativa básica estatal, este apartado debe ser también declarado inconstitucional.



-El art. 5.1 a), pues la fijación del porcentaje de aportación económica que corresponde satisfacer a las personas usuarias (el 40 por 100 sobre el precio de venta al público) contradice el régimen de aportaciones variables en función de la renta de los ciudadanos que ha establecido la norma básica estatal.

-Por desconocer el régimen de exención de aportación fijado por las bases, debe ser declarada inconstitucional la referencia a los pensionistas recogida en el art. 5.1 b) i., así como el art. 5.1. b) vi, que alude a los mayores de 65 años, a las personas viudas, a las personas huérfanas menores de 18 años y a las personas con minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100, toda vez que estos colectivos de personas aparecen como exentos de toda aportación económica en su enunciado general y sin hacer ninguna precisión delimitadora.

- Por lo que se refiere al art. 5.2 debe ser declarado inconstitucional el inciso “si la dispensación se realiza en una oficina de farmacia ubicada fuera de la Comunidad Foral de Navarra, el reintegro de lo abonado en exceso se ajustará a lo dispuesto en el art. 4.3”, una vez que el art. 4 ha sido declarado inconstitucional.

- La disposición adicional única, según la cual “por el Departamento de Salud se adoptarán las medidas oportunas para trasladar e integrar las normas de la presente Ley Foral a las oficinas de farmacia legalmente establecidas en la Comunidad Foral de Navarra que colaboran profesionalmente en la dispensación de medicamentos correspondiente a la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud”, pues pretende ejecutar el alcance de la extensión de la cobertura financiera previsto en el art. 5 que ha sido declarado inconstitucional.

- Por lo que respecta a la disposición final primera, la precedente declaración de inconstitucionalidad del señalado inciso del art. 5.2, conlleva, por conexión, la misma declaración de inconstitucionalidad y nulidad del inciso: “así como para dictar las disposiciones precisas para el establecimiento del procedimiento de reintegro de gastos previsto en el artículo 5.2 de la presente Ley Foral”.

Por último, y en lo que se refiere al art. 3.2 relativo a los sistemas de información para apoyo a la prescripción en el ámbito de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud, que debe ponerse en conexión con el art. 2 relativo al ámbito subjetivo de la norma, no se entiende contrario al sistema de distribución de competencias una vez depurada la inconstitucionalidad del art. 2.

**FALLO**

En atención a todo lo expuesto, el Tribunal Constitucional, POR LA AUTORIDAD QUE LE CONFIERE LA CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ESPAÑOLA,

Ha decidido

Estimar parcialmente el recurso de inconstitucionalidad núm. 501-2013, y declarar que son contrarios al orden constitucional de distribución de competencias y, en consecuencia inconstitucionales y nulos los preceptos de la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra que, a continuación, se enuncian:

- a) El artículo 2.2.
- b) El artículo 4.
- c) Del artículo 5.1:
  - El apartado a).
  - El apartado b) i.
  - El apartado b) vi.
- d) Del art. 5.2 el inciso: “si la dispensación se realiza en una oficina de farmacia ubicada fuera de la Comunidad Foral de Navarra, el reintegro de lo abonado en exceso se ajustará a lo dispuesto en el art. 4.3”.
- e) La disposición adicional.
- f) De la disposición final primera el inciso: “así como para dictar las disposiciones precisas para el establecimiento del procedimiento de reintegro de gastos previsto en el artículo 5.2 de la presente Ley Foral”.

Publíquese esta Sentencia en el “Boletín Oficial del Estado”.

Dada en Madrid, a treinta de noviembre de dos mil diecisiete.





**Voto particular que formulan los Magistrados don Fernando Valdés Dal-Ré, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Cándido Conde-Pumpido Tourón y la Magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón a la Sentencia dictada en el recurso de inconstitucionalidad núm. 501-2013**

En el ejercicio de la facultad que nos confiere el art. 90.2 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional, y con el máximo respeto a la opinión de la mayoría, formulamos el presente Voto Particular por discrepar de la fundamentación y del fallo de la Sentencia recaída en el recurso de inconstitucionalidad núm. 501-2013, interpuesto por el Presidente del Gobierno contra la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra.

Las razones de nuestra discrepancia son las mismas que han quedado detalladamente expuestas en el Voto particular formulado a la STC 134/2017, de 16 de noviembre, al que nos remitimos.

En tal sentido emitimos nuestro Voto particular.

Madrid, treinta de noviembre de dos mil diecisiete.