

Sección del Tribunal Constitucional**TRIBUNAL CONSTITUCIONAL**

9658 *Pleno. Sentencia 99/2017, de 20 de julio de 2017. Conflicto positivo de competencia 766-2013. Planteado por el Gobierno Vasco en relación con diversos preceptos del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica. Competencias sobre sanidad: constitucionalidad de los preceptos reglamentarios que afectan a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

ECLI:ES:TC:2017:99

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 Narvárez Rodríguez, don Alfredo Montoya Melgar, don Ricardo Enríquez Sancho, don Cándido Conde-Pumpido Tourón y doña María Luisa Balaguer Callejón, Magistrados, ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

SENTENCIA

En el conflicto positivo de competencia núm. 766-2013, planteado por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma del País Vasco contra los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica. Ha formulado alegaciones el Abogado del Estado. Ha sido Ponente el Magistrado don Ricardo Enríquez Sancho, quien expresa el parecer del Tribunal.

I. Antecedentes

1. Mediante escrito registrado en este Tribunal con fecha 8 de febrero de 2013 el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma del País Vasco plantea conflicto positivo de competencia contra los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica, por entender que contravienen el artículo 149.1.16 CE y el artículo 18 de la Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco (EAPV). Ha formulado alegaciones el Abogado del Estado. El conflicto se fundamenta en las alegaciones que, resumidamente, se exponen a continuación.

a) Tras recordar que el Gobierno Vasco ha interpuesto recurso de inconstitucionalidad contra determinados preceptos del Real Decreto-ley 16/2012, analiza el contenido de los artículos 1, 5, 6 y la disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica

del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

Señala que el Real Decreto afirma expresamente que la prestación ortoprotésica realizada mediante dispensación ambulatoria está sometida a aportación del usuario y que debe ser objeto de importes máximos de financiación para conseguir una mayor eficiencia y homogeneidad en la prestación.

En opinión del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma del País Vasco el artículo 3 del Real Decreto 1506/2012 confunde el concepto de «cartera común suplementaria» con el de «catálogo» (art. 2.10) y en la medida en que atribuye a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la aprobación mediante una orden de una «relación de productos ortoprotésicos o tipos de productos» (art. 2.10), relega a las administraciones sanitarias autonómicas a meros agentes ejecutores de las decisiones de los diversos órganos de la Administración general del Estado.

Afirma que el Estado pasa de señalar un conjunto de prestaciones o servicios que, «como mínima, han de ofrecer todas las Comunidades Autónomas» (art. 3.2 Real Decreto 1506/2012) a recoger un catálogo de marcas comerciales con un precio que ha sido propuesto por las empresas y aceptado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. De esta manera, el Real Decreto 1506/2012 provoca un profundo cambio conceptual respecto de lo anteriormente enunciado en la Ley 16/2003, con plasmación pacífica hasta la actualidad en el Real Decreto 1030/2006.

b) A su juicio, el debate debe plantearse atendiendo a los artículos 149.1.16 CE y 18 EAPV, y una vez expuesta la doctrina constitucional sobre este título competencial pasa a examinar si la regulación impugnada resulta ajustada al concepto de bases o lo rebasa.

Señala que la regulación contenida en los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, encaminada toda ella al establecimiento de los importes máximos de financiación de los productos ortoprotésicos, delimita el objeto de la controversia en el sentido de que la materialización de las previsiones aprobadas constituirá una regulación acabada, impeditiva de un desarrollo legislativo ulterior por parte de la Comunidad Autónoma del País Vasco que hipoteca su actuación futura en ejercicio de sus directrices propias de política sanitaria. Los mencionados artículos que atribuyen al Estado la facultad de establecer y actualizar los importes máximos de financiación cercenan las competencias autonómicas porque, primero, el Real Decreto 1506/2012 no deja espacio normativo a la Comunidad Autónoma del País Vasco, al objeto de que, en ejercicio de su autonomía, puedan desarrollar y completar dicha normativa; y, segundo, porque reserva al Estado competencias ejecutivas cuando la ejecución corresponde a las Comunidades Autónomas, siendo así que sólo excepcionalmente esas competencias pueden corresponder al Estado en los términos declarados por el Tribunal Constitucional.

La aprobación del catálogo general de material ortoprotésico incluye la determinación concreta de los importes máximos de cada producto y los porcentajes de aportación del usuario y de los importes máximos de financiación pública. Afirma que no resulta justificada en ningún caso la exclusión de la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones que constitucional y estatutariamente le corresponden. El ámbito material en el cual se está desarrollando la actuación estatal es la sanidad ex artículo 149.1.16 CE, materia en la que la Comunidad Autónoma del País Vasco ostenta competencias de desarrollo legislativo y ejecución, comprensivas en todo caso de las funciones que la norma impugnada regula.

Insiste en que, en la medida en que la actuación del legislador estatal se enmarca en el ámbito de su competencia en materia de bases de la sanidad del artículo 149.1.16 CE, la Comunidad Autónoma del País Vasco debe tener margen para desarrollar y, en su caso, mejorar en su ámbito territorial el mínimo común denominador —cuyo establecimiento corresponde al Estado— a través del ejercicio de las competencias estatutariamente reconocidas. Esto es, a través de la aprobación de sus catálogos y de la determinación de los importes propios de financiación máxima.

En su opinión, la regulación impugnada resulta incompatible con la pretensión estatal de facilitar el acceso a una prestación más racional, eficiente y equitativa de los pacientes

que requieran un producto ortoprotésico, al alejarse de la implantación del mínimo común denominador que corresponde al Estado en virtud de las atribuciones constitucionales para pasar a instaurar lo que podríamos denominar un «máximo común uniforme» de aplicación obligatoria a todas las Comunidades Autónomas.

Para concluir reitera que los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda referidos a la determinación de los importes máximos de financiación de la prestación ortoprotésica, a su actualización y a la atribución a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de la facultad para el establecimiento de aquellos importes, exceden ampliamente de la competencia atribuida al Estado por la Constitución ex artículo 149.1.16 CE y vulneran la competencia autonómica ex artículo 18 EAPV.

2. Por providencia de 26 de febrero de 2013, el Pleno del Tribunal, a propuesta de la Sección Cuarta, acordó admitir a trámite el conflicto positivo de competencia promovido por el Gobierno del País Vasco y, en su representación, por el procurador don Felipe Juanas Blanco, frente al Gobierno de la Nación contra los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica. Se acordó, asimismo, dar traslado de la demanda y documentos presentados al Gobierno de la Nación, por conducto de su Presidente, al objeto de que en el plazo de veinte días y por medio de la representación procesal que determina el artículo 82.2 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (LOTIC), aporte cuantos documentos y alegaciones considere pertinentes. Se acordó también comunicar la incoación del conflicto a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, a los efectos del artículo 61.2 LOTIC, y publicar dicha incoación en el «Boletín Oficial del Estado» y en el «Boletín Oficial del País Vasco».

3. Por escrito registrado ante este Tribunal el 8 de marzo de 2013, la Abogacía del Estado se personó en el proceso solicitando una prórroga del plazo concedido para formular alegaciones, lo que le fue concedido mediante providencia de 11 de febrero de 2013.

Con fecha de 19 de abril de 2013 se presentó por el Abogado del Estado, en la representación que ostenta, su escrito de alegaciones en el que termina solicitando que se dicte sentencia desestimatoria de la demanda, declarando que la competencia controvertida corresponde al Estado.

a) Tras exponer el objeto del conflicto positivo de competencias suscitado, y resumir los argumentos principales planteados por la Comunidad Autónoma del País Vasco, el Abogado del Estado analiza la evolución del sistema de establecimiento de importes máximos de financiación de las prestaciones complementarias. Señala que el Real Decreto 1506/2012 y el Real Decreto-ley 16/2012 del que trae causa, no introducen el sistema de importes máximos de financiación sino que tal sistema ya existía con anterioridad y se aplicó, sin discusión por las Comunidades Autónomas, respecto de la prestación con productos dietéticos. Así, la previsión del establecimiento de un importe máximo de financiación en cuanto a prestación ortoprotésica, ya estaba recogida en el artículo 124 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. A su vez, tal sistema se ha venido usando respecto de la financiación de productos dietéticos sin conflicto con las Comunidades Autónomas ya desde el año 2010 por medio del Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

b) A continuación, analiza los títulos competenciales que considera relevantes para la resolución del conflicto, que son los recogidos en los números 1, 16 y 17 del artículo 149.1 CE.

Por lo que respecta al artículo 149.1.1 CE señala que el Estado no asume exclusivamente la garantía del derecho a la protección de la salud, garantía que deben perseguir todos los poderes públicos, lo que el Estado garantiza —mediante la regulación

de sus condiciones básicas— es el derecho a la igualdad de los españoles en el ejercicio del derecho a la protección de la salud tal y como legislativamente se desarrolle. De lo expuesto, afirma, resulta indudable la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que el derecho que reconoce el artículo 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.

Tras reproducir varias Sentencias del Tribunal Constitucional sobre el artículo 149.1.1 CE, señala que 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 en lo referente a la uniformidad del régimen de acceso a las prestaciones sanitarias.

A su juicio, 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.

Afirma el Abogado del Estado que en materia sanitaria, las bases no siempre han de identificarse con un mínimo normativo mejorable por las Comunidades Autónomas, en concreto, la fijación de determinadas condiciones de acceso a prestaciones calificadas como básicas (comunes) constituyen elementos comunes, que persiguen garantizar la igualdad efectiva de los ciudadanos independientemente de cual sea su lugar de residencia, sin perjuicio de la mejora que las propias Comunidades Autónomas quieran establecer a través de su cartera suplementaria.

c) Sobre el artículo 149.1.16 CE, señala que de las tres materias que comprende, no están en cuestión en el presente conflicto la sanidad exterior ni la legislación sobre productos farmacéuticos, interesando únicamente la competencia sobre «bases y coordinación general de la sanidad», entendida ésta como sanidad interior, o lo que es lo mismo, sanidad dentro del territorio español.

Entiende el Abogado del Estado que en el presente conflicto competencial cobra especial relevancia 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. La descentralización de la sanidad y la consiguiente integración de todas las estructuras sanitarias y los servicios públicos en el Sistema Nacional de Salud, hace necesario que se introduzcan los instrumentos precisos para conformar un sistema organizado y armónico, es decir, para que el Sistema Nacional de Salud funcione como un órgano coordinado.

Señala que si bien la Ley 16/2003 se ocupa de establecer fórmulas organizativas y mecanismos de relación interadministrativos al servicio de los objetivos perseguidos por dicha Ley —equidad, cohesión y calidad—, contiene no obstante importantes regulaciones sustantivas con proyección sobre el estatus jurídico de los ciudadanos, lo que sucede de modo bien visible con la regulación de la condición de asegurado y de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Y 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 artículo 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 el título competencial que prevé el artículo 149.1.1 CE, de modo que tanto 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.

d) En relación con la competencia estatal prevista en el artículo 149.1.7 CE, legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, tras reproducir el contenido de varias Sentencias del Tribunal Constitucional sobre este título competencial, afirma

que, sea la financiación de la asistencia sanitaria por medio de la Seguridad Social, o se constituya en un sistema propio de carácter universal y con cargo a presupuestos públicos soportada de forma principal a través de impuestos, ha de entenderse 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.

Estima 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 ha de rechazarse tanto por la igualdad y solidaridad interterritorial mínimas, 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 artículo 149.1.1 CE.

A su juicio, la circunstancia de que las prestaciones sanitarias dejen de estar incardinadas en el marco conceptual de la Seguridad Social para pasar a ser prestaciones del Sistema Nacional de Salud no puede suponer un arrastre absoluto de las competencias del número 17 al número 16 del artículo 149.1 CE, pues ello supondría una ruptura del principio de equidad del Sistema Nacional de Salud en tanto crearía diferencias entre los beneficiarios de la prestación que residan en distintas Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo expuesto, considera que procede dotar a la asistencia sanitaria pública de un doble anclaje desde el punto de vista competencial: por una parte, considerándola un aspecto del Sistema Nacional de Salud construido al amparo de la competencia estatal sobre las bases de la sanidad y por otra, una prestación incluida en el concepto de Seguridad Social.

e) Por lo que se refiere a las competencias del País Vasco en materia de sanidad (art. 18 EAPV), recuerda que tales competencias autonómicas se hallan condicionadas a la absoluta indemnidad de las estatales reconocidas en la Constitución, con la extensión que las ha definido el Tribunal Constitucional. Así pues, tal atribución competencial a la Comunidad Autónoma ha de actuarse dentro de los límites de lo establecido en los números 1, 16 y 17 del apartado 1 del artículo 149.1 CE, pues las Comunidades Autónomas asumen sus competencias en el marco de la Constitución y respetando las competencias reservadas al Estado ex artículo 149.1 CE.

f) Una vez analizados los títulos competenciales que a juicio del Abogado del Estado son relevantes para la resolución del presente conflicto, pasa a examinar el carácter básico de los preceptos objeto de impugnación.

Señala que el argumento impugnatorio del escrito de la Comunidad Autónoma del País Vasco se centra en la forma en que se ha regulado la oferta de productos ortoprotésicos ya que es, sobre la forma en que juega esa oferta de la que, materialmente, la Comunidad Autónoma del País Vasco deduce la vulneración de su competencia al reducirla en una selección de marcas comerciales y esta regulación, contenida en los artículos 2 y 4 del Real Decreto 1506/2012, no ha sido impugnada.

Afirma que la principal novedad que introduce el Real Decreto 1506/2012 es la regulación de la oferta de productos ortoprotésicos. Y es, como consecuencia de la regulación de dicha oferta y su aplicación material, prevista en el artículo 2 y 4 del Real Decreto 1506/2012 respecto de la cual la Comunidad Autónoma del País Vasco extrae la consecuencia de que su competencia queda reducida a una selección de los productos del listado elaborado por el Estado.

El Abogado del Estado insiste en que, en el presente conflicto, no se impugna la regulación de la oferta de productos ortoprotésicos sino, exclusivamente, los artículos que reproducen la previsión legal en cuanto a la competencia del titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para fijar el importe máximo de financiación y su actualización, por lo que en ello centra sus alegaciones.

De este modo, señala que en la presente disputa competencial se niega el cumplimiento por los preceptos reglamentarios impugnados de las condiciones impuestas

por la jurisprudencia constitucional para considerar válido el ejercicio por el Estado de su competencia sobre bases y coordinación general de la sanidad.

Afirma que la competencia básica ejercida al dictar el Real Decreto 1506/2012 resulta innegable tanto desde la perspectiva material como formal. 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 impugnados en el presente conflicto. Tales preceptos, teniendo en cuenta la trascendencia de la prestación que regulan, tratan de proporcionar al sistema sanitario una regulación uniforme pues 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.

Sobre la base de la doctrina sentada en la STC 136/2012, FJ 5, destaca la trascendencia que en este supuesto presenta la necesidad de uniformizar el marco jurídico aplicable en materia de cartera común suplementaria, siendo forzoso reconocer que ese marco jurídico uniforme no puede romperse en el momento de su aplicación concreta y, por consiguiente, tiene plena justificación, en cuanto elemento de mantenimiento del mismo la competencia del Estado para fijar los importes máximos de financiación del catálogo común en que consiste la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica.

En definitiva, para el Abogado del Estado el régimen básico establecido para la fijación por el Estado de los importes máximos de financiación y su revisión, puede considerarse en la perspectiva del título competencial del artículo 149.1.16 CE como el mínimo regulatorio necesario para garantizar un tratamiento común, en todo el territorio nacional, de los españoles y residentes legales en España en el acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, a su juicio, el concepto mismo de coordinación general que recoge el número 16 del artículo 149.1 CE se halla indisolublemente ligado a la competencia estatal de fijación de bases y, en tanto técnica que es de reducción a la unidad, postula una ordenada integración en un sistema general de los sistemas autonómicos. En este supuesto de concurrencia competencial, cobra gran relevancia la potestad estatal de coordinación, en orden a establecer un mínimo normativo que obvие posibles contradicciones entre Administraciones y busque la integración de una diversidad de competencias en un conjunto unitario y operativo.

Concluye que la competencia estatal de coordinación general de la sanidad permite que la previsión recogida en los artículos objeto de conflicto reserven la permanencia de la facultad ejecutiva de fijación de importes máximos en el ámbito funcional de los poderes públicos. Con el ejercicio de esta competencia del Estado para la coordinación general se asegura un mínimo de operatividad y eficacia a nivel nacional en la prestación ortoprotésica ambulatoria. Es más, dada la innegable repercusión que en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud tiene la financiación del sistema, resulta evidente que en los preceptos impugnados se hallan actuaciones administrativas de alcance supracomunitario que justifican su atribución a la estancia estatal.

En todo caso, afirma, la regulación impugnada sobre competencia para la fijación de importes máximos no menoscaba el ámbito propio de la Comunidad del País Vasco sino que diseña un modelo de gestión básicamente reconocible en todo el país y será el marco competencial autonómico el encargado de desarrollar el resto de la actividad administrativa que permita hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria, en concreto y respecto de la cartera común suplementaria, mediante la fijación del importe financiable por cada Comunidad Autónoma dentro de los importes máximos de financiación fijados por el Estado y su propio catálogo de prestaciones; así como y sobre este mínimo común para todo el Estado, establecer una cartera complementaria con mayores prestaciones para los ciudadanos de la respectiva Comunidad Autónoma y respecto de ella, la fijación de la forma de financiación (con o sin aportación del usuario) y la fijación de la oferta de productos para este tipo de prestaciones no comunes a todo el territorio sino complementaria establecida por cada Comunidad Autónoma.

4. Por escrito presentado en este Tribunal el 30 de abril de 2013, el Procurador de los Tribunales, don Felipe Juanas Blanco, actuando en nombre y representación de la Comunidad Autónoma del País Vasco, solicitó copia del escrito de alegaciones presentado por el Abogado del Estado.

Por diligencia de ordenación de la Secretaria de Justicia de Pleno de 6 de mayo de 2013 se acordó hacerle entrega, a los solos efectos de su conocimiento, de copia del escrito presentado por el Abogado del Estado el 19 de abril de 2013.

5. Por providencia de 18 de julio de 2017, se señaló para deliberación y votación de la presente Sentencia el día 20 del mismo mes y año.

II. Fundamentos jurídicos

1. El presente proceso constitucional tiene por objeto resolver el conflicto positivo de competencia planteado por el Gobierno Vasco contra los artículos 1,5, 6 y la disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

Como se ha expuesto en los antecedentes, el Gobierno Vasco considera, por un lado, que los preceptos impugnados no dejan espacio normativo a las Comunidades Autónomas, al objeto de que, en ejercicio de su autonomía, puedan desarrollar y completar dicha normativa y, por otro, que reservan al Estado competencias ejecutivas. Para el Gobierno Vasco, en la medida en que la actuación del legislador estatal se enmarca en el ámbito de su competencia en materia de bases de la sanidad del artículo 149.1.16 CE, las Comunidades Autónomas deben tener margen para desarrollar y, en su caso, mejorar en su ámbito territorial el mínimo común denominador —cuyo establecimiento corresponde al Estado— a través del ejercicio de las competencias estatutariamente reconocidas. Esto es, a través de la aprobación de sus catálogos y de la determinación de los importes propios de financiación máxima.

El Abogado del Estado —como más ampliamente se expone en los antecedentes— rechaza las vulneraciones denunciadas, señalando que los preceptos impugnados responden a un adecuado ejercicio de las competencias estatales contempladas en el artículo 149.1.16 CE.

2. El artículo 2 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha modificado el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para distinguir en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tres modalidades: la cartera común básica de servicios asistenciales; la cartera común suplementaria; y la cartera común de servicios accesorios.

La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, regulada en el artículo 8 *ter* de la Ley 16/2003 introducido por el artículo 2 del Real Decreto-ley 16/2012, incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, e incluye las siguientes prestaciones: prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica y prestación de productos dietéticos. También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

Para estas prestaciones, a excepción de la prestación farmacéutica que se registrará por su normativa, señala el citado artículo 8 *ter* de la Ley 16/2003, que «se aprobarán por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a

aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final». El «porcentaje de aportación del usuario se registrará por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación».

En desarrollo de lo dispuesto en artículo 8 *ter* de la Ley 16/2003 para las prestaciones ortoprotésicas se aprueba el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

Los preceptos impugnados por el Gobierno Vasco regulan el objeto de la norma (art. 1), el importe máximo de financiación de la prestación ortoprotésica (art. 5), la actualización de los importes máximos de financiación (art. 6) y la habilitación a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar cuantas disposiciones requiera la aplicación y desarrollo de este Real Decreto (disposición final segunda).

Como señala el artículo 1 del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, esta norma tiene un doble objeto: por un lado, determinar el régimen de financiación al que se someterá la adquisición de ortoprotésis por el Sistema Nacional de Salud, y, por otro, regular la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica. De este doble objetivo que tiene la norma, el que afecta al presente conflicto positivo de competencia es el primero pues se impugnan todos los preceptos del Real Decreto 1506/2012 relativos a la fijación del importe máximo de financiación de las prestaciones ortoprotésicas.

En efecto, con el fin de proporcionar una prestación más racional, equitativa y eficiente a los usuarios del Sistema Nacional de Salud el Real Decreto 1506/2012 establece el llamado «importe máximo de financiación», para cada tipo de producto incluido en la prestación ortoprotésica que define el artículo 2.7 como la «cuantía máxima fijada para cada tipo de producto a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo en su caso, la aportación del usuario».

De acuerdo con lo establecido en el artículo 8 *ter*.4 de la Ley 16/2003, el artículo 5 del Real Decreto 1506/2012 atribuye al Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a propuesta del comité asesor para la prestación ortoprotésica, y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la competencia para establecer el importe máximo de financiación correspondiente a cada uno de los tipos de productos ortoprotésicos susceptibles de financiación por el Sistema Nacional de Salud.

Partiendo de esos importes máximos de financiación, las adquisiciones de productos ortoprotésicos se llevarán a cabo de entre aquellos que se incluyan en la llamada «oferta de productos ortoprotésicos del Sistema Nacional de Salud». Tal «oferta», que será gestionada por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (art. 4.2), es la relación de todos los productos ortoprotésicos (por sus marcas comerciales) susceptibles de ser financiados por el Sistema Nacional de Salud —con los importes máximos de financiación de cada uno—.

Los proveedores formularán sus ofertas con su correspondiente «precio de oferta», que es el «propuesto por la empresa y aceptado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para cada producto ortoprotésico ofertado al Sistema Nacional de Salud, que ha de ser igual o inferior al importe máximo de financiación. Incluye impuestos y, en el caso de la prestación ortoprotésica suplementaria, también los márgenes de distribución y de los establecimientos dispensadores, así como costes de adaptación o elaboración individualizada» (artículo 2.8).

Sin perjuicio de la relación común de productos ortoprotésicos adquiribles que apruebe la Administración del Estado —artículo 3.1—, las Comunidades Autónomas y las mutualidades de funcionarios podrán añadir otros (artículo 3.5), si bien se exige que aquellas establezcan los recursos adicionales necesarios para atender su adquisición y garanticen la suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria; las Comunidades Autónomas deberán además informar al

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud motivadamente con anterioridad a la incorporación de nuevos productos.

3. Expuesto el contenido del Real Decreto y el alcance de la impugnación que se dirige contra determinados preceptos, debemos señalar que, las SSTC 139/2016, de 21 de julio; 183/2016, de 3 de noviembre; 33/2017, de 1 de marzo; 64/2017, de 25 de mayo, y 63/2017, de 25 de mayo, han resuelto diversos recursos de inconstitucionalidad interpuestos contra el Real Decreto-ley 16/2012. Por esta razón, se da aquí por reproducido el encuadramiento competencial recogido en dichas resoluciones, que enmarca en sus propios términos el enjuiciamiento de la controversia trabada ahora en torno a su desarrollo reglamentario.

Partiendo del contenido de los preceptos impugnados y atendiendo a la doctrina de este Tribunal (SSTC 98/2004, FFJJ 5 y 9; 136/2012, FJ 3; 211/2014, de 18 de diciembre, FJ 4, y 64/2017, de 25 de mayo, FJ 3, por todas), debemos concluir que el ámbito material más estrechamente relacionado con la presente controversia competencial es el correspondiente a la sanidad (art. 149.1.16 CE). En tanto que la fijación de importes máximos de financiación de las prestaciones ortoprotésicas afecta al régimen jurídico de una de las prestaciones proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud, la materia regulada es la sanidad, sobre la que el Estado tiene la competencia sobre las bases y la coordinación general (art. 149.1.16 CE).

Ello es así en cuanto «el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto y finalidad garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, cometido que se instrumentaliza a través de un conjunto de servicios y prestaciones sanitarias de carácter preventivo, terapéutico, de diagnóstico, de rehabilitación, así como de promoción y mantenimiento de la salud. De este modo, proporciona a todos los ciudadanos una serie de prestaciones de atención sanitaria de índole diversa, como la atención primaria y especializada, las prestaciones complementarias (entre ellas, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario), los servicios de información y documentación sanitaria, y la “prestación farmacéutica” (configurada tanto por los medicamentos como por los productos sanitarios necesarios para conservar o restablecer la salud de acuerdo con las concretas necesidades clínicas de los usuarios)» (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 5).

De acuerdo con el artículo 149.1.16 CE, el Estado tiene competencia exclusiva tanto sobre la «sanidad exterior», como sobre las «bases y coordinación general de la sanidad», entendida esta como «sanidad interior» (SSTC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2, y 98/2004, FJ 6). Por su parte, a la Comunidad Autónoma del País Vasco le corresponde «el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior» (art. 18.1 del Estatuto de Autonomía para el País Vasco EAPV). 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» (art. 18.4 EAPV).

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).

Una vez que hemos recordado la doctrina constitucional en relación con el sistema de distribución de competencias en materia de sanidad, debemos comprobar seguidamente si, en los concretos preceptos impugnados, el Estado se ha excedido en el ejercicio de las competencias que le reconoce el artículo 149.1.16 CE, invadiendo así las competencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco en la materia, como se aduce en el presente conflicto positivo de competencia.

4. Pues bien, para el Gobierno Vasco los artículos impugnados impiden a las Comunidades Autónomas desarrollar y completar la normativa en materia de financiación de las prestaciones ortoprotésicas y reservan al Estado competencias ejecutivas. A su juicio, la vulneración resulta patente si se analiza la normativa reguladora de la prestación ortoprotésica hasta la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012. Así, afirma que frente a lo dispuesto en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006 que incorporaba la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica y facultaba a cada Administración sanitaria para determinar su contenido en virtud de los catálogos que a tal efecto elaboren en desarrollo de lo establecido en los apartados 6, 7, 8, 9 y 10 del citado anexo, y, por ende, para el establecimiento del precio máximo de financiación y del importe de la aportación del usuario, la nueva disposición atribuye al Estado el conjunto de facultades que hasta la fecha desarrollaba la Comunidad Autónoma del País Vasco en virtud de sus competencias estatutarias.

Asimismo, sostiene el Gobierno Vasco que corresponde al Estado, en el ámbito de su competencia en materia de bases de la sanidad del artículo 149.1.16 CE, fijar el mínimo común denominador en relación con la prestación ortoprotésica, mínimo que podrá ser mejorado por las Comunidades Autónomas a través del ejercicio de las competencias estatutariamente reconocidas, esto es, a través de la aprobación de sus catálogos y de la determinación de los importes propios de financiación máxima.

El Gobierno Vasco impugna, con carácter general, los artículos 1, 5, 6 y disposición final segunda del Real Decreto 1506/2012, pero no desarrolla una argumentación específica con respecto a cada uno de dichos preceptos. Impugna todos ellos en la medida en que regulan los importes máximos de financiación de la prestación ortoprotésica. Por lo tanto, no procede que este Tribunal lleve a cabo un análisis individual de cada uno de los preceptos cuestionados, sino que, tal y como se plantea por el Gobierno Vasco, lo que procede es determinar si el Estado, al fijar los importes máximos de financiación de las prestaciones ortoprotésicas, se ha excedido de las bases y no deja margen de desarrollo a las Comunidades Autónomas.

Los preceptos cuestionados, como ya hemos señalado, son desarrollo reglamentario del artículo 8 *ter* de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, introducido en dicha norma por el artículo 2.3 del Real Decreto-ley 16/2012. Sobre este precepto del Real Decreto-ley 16/2012, que regula la cartera común

suplementaria del Sistema Nacional de Salud, se ha pronunciado este Tribunal en su Sentencia 64/2017, de 25 de mayo.

En concreto, el artículo 2.3 del Real Decreto-ley 16/2012 fue impugnado por el Gobierno Vasco por los mismos motivos alegados en el presente conflicto positivo de competencia. El Gobierno Vasco sostuvo que la previsión de establecimiento de importes máximos de financiación de la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios excede del ámbito competencial reconocido al Estado por el artículo 149.1.16 CE, «en la medida en que la materialización de dicha previsión constituirá una regulación acabada, impeditiva de un desarrollo legislativo ulterior por parte de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se hipoteca así la actuación futura de esta Comunidad Autónoma en ejercicio de sus directrices propias de política sanitaria».

En consecuencia, basta con remitirnos a lo dispuesto en dicha Sentencia, que desestimó la impugnación dirigida con el artículo 2.3 del Real Decreto-ley 3/2012, al entender que las Comunidades Autónomas tienen un margen para desarrollar su propia política sanitaria. Como señala la STC 64/2017, FJ 5, «la previsión de establecimiento por el Estado de importes máximos de financiación de la cartera común suplementaria y de la cartera común de servicios accesorios tiene materialmente carácter básico; atiende a garantizar la uniformidad mínima en las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias, con independencia del lugar en el que dentro del territorio nacional se resida, evitando la introducción de factores de desigualdad en la protección de la salud.

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articula en torno a las modalidades de cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios (financiadas en los términos que se establecen por los artículos 8 *bis*, 8 *ter* y 8 *quater* de la Ley 16/2003) y se configura como un mínimo básico, susceptible de mejora por las Comunidades Autónomas a través de la cartera de servicios complementaria. Esta, financiada con cargo a sus propios presupuestos, está sujeta a la exigencia de contar con «la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria» y, en el caso de las Comunidades Autónomas que se hayan adherido al instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario, que concurra la circunstancia de que «la variación interanual al cierre del ejercicio de los indicadores de gasto farmacéutico y de productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación no superen la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española», prevista en el artículo 12.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera (artículo 8 *quinquies* de la Ley 16/2003, añadido también por el Real Decreto-ley 16/2012 y modificado en su apartado tercero por la disposición final cuarta de la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio). En suma, las bases contenidas en los preceptos impugnados «habilitan un margen para el desarrollo, por parte de las Comunidades Autónomas, de su propia política sanitaria. Estas podrán, respetando el mínimo formado por las carteras comunes, aprobar sus propias carteras de servicios (artículo 8 *quinquies*) y establecer servicios adicionales para sus residentes» (STC 136/2012, FJ 5), asumiendo el coste de estas carteras complementarias; que en ningún caso estarán incluidas en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud».

Por último, el Gobierno Vasco también alega que los preceptos impugnados reservan al Estado competencias ejecutivas. Sin embargo, esta impugnación adolece de parquedad argumentativa y no se precisa cuáles son esas competencias. Se realiza esta afirmación general pero sin ningún tipo de argumentación específica al respecto.

Una constante jurisprudencia constitucional tiene establecido que es carga de quien impugna la ley aportar en la demanda la argumentación suficiente con vistas a fundamentar la inconstitucionalidad denunciada; sin que sean admisibles impugnaciones globales carentes de razonamiento desarrollado que las sustente (por todas, STC 101/2013, de 23 de abril, FJ 11, y 12/2015, de 5 de febrero, FJ 2).

Esto determina que nuestro enjuiciamiento, ceñido a la argumentación del recurrente, conduzca a apreciar que los preceptos impugnados no contienen reserva alguna de

facultades ejecutivas a favor del Estado. Establecen una remisión a las órdenes del Ministerio de Sanidad, a efectos de aprobar —a propuesta del Comité asesor para la prestación ortoprotésica y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del que forman parte las Comunidades Autónomas— cuestiones eminentemente técnicas y cambiantes, que por ello exigen el complemento indispensable del reglamento. Así ocurre con los importes máximos de financiación en la prestación ortoprotésica y su actualización. Estamos, por tanto, ante uno de los supuestos en los que conforme a nuestra doctrina, la preservación de un tratamiento uniforme reclama el complemento reglamentario, incluso mediante orden ministerial, como es el caso (STC 64/2017, de 25 de mayo, FJ 5).

En suma, por todo lo expuesto, la impugnación de los artículos 1, 5, 6 y disposición adicional segunda del Real Decreto 1506/2012 debe ser desestimada.

FALLO

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

Ha decidido

Desestimar el presente conflicto positivo de competencia núm. 766-2013.

Publíquese esta Sentencia en el «Boletín Oficial del Estado».

Dada en Madrid, a veinte de julio de dos mil diecisiete.—Juan José González Rivas.—Encarnación Roca Trías.—Andrés Ollero Tassara.—Fernando Valdés Dal-Ré.—Santiago Martínez-Vares García.—Juan Antonio Xiol Ríos.—Pedro José González-Trevijano Sánchez.—Antonio Narváez Rodríguez.—Alfredo Montoya Melgar.—Ricardo Enríquez Sancho.—Cándido Conde-Pumpido Tourón.—María Luisa Balaguer Callejón.—Firmado y rubricado.