

Sentencia del TC n.º 17/2018, de 22 de febrero
[BOE n.º 72, de 23-IV-2018]

**LA COMPETENCIA ESTATAL PARA FIJAR EL DERECHO DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA GRATUITA
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Tribunal Constitucional (TC) ha adoptado en el último lustro una postura firme sobre la competencia del Estado para fijar el ámbito subjetivo del derecho de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud. Este criterio se ha mantenido en varias sentencias que forman parte de lo que se conoce como «jurisprudencia de la crisis», en la que el máximo intérprete de la Constitución acude a argumentos extrajurídicos para decidir sobre la validez de las medidas adoptadas por los poderes públicos, al mismo tiempo que se produce una recentralización de competencias.

En materia sanitaria esta jurisprudencia se inaugura con la [Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016](#), en la que se utiliza la coyuntura económica como parámetro para declarar la constitucionalidad de la decisión del Gobierno de limitar la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, mediante el [Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril](#) que según la propia Sentencia «[...] supone un giro en la anterior política de progresiva extensión de la asistencia sanitaria gratuita o bonificada, a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud» (FJ 8.º). Según el TC prohibir el acceso de los extranjeros sin permiso de residencia a la asistencia sanitaria pública gratuita no vulnera el artículo 43 CE, ya que el legislador puede modular las condiciones de las prestaciones médicas. El TC invoca su propia doctrina al señalar que «[...] el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria será determinado y podrá ser limitado por las normas correspondientes. El legislador puede tomar en consideración el dato de su situación legal y administrativa en España y, por ello, exigir a los extranjeros la autorización de su estancia o residencia como presupuesto para el ejercicio de algunos derechos constitucionales». Dentro del margen del que dispone el legislador, la nueva regulación «[...] no responde a una opción arbitraria, sino a la preservación de bienes o intereses constitucionalmente protegidos, como el mantenimiento del sistema sanitario público». Todo ello, añade, teniendo en cuenta «[...] las posibilidades del sistema en un momento de intensas complicaciones económicas» (FJ 10.º).

Frente a las restricciones introducidas por el [Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril](#), varias Comunidades Autónomas (CC. AA.) decidieron mantener el acceso universal a las prestaciones sanitarias en sus respectivos territorios. Esta postura no fue bien acogida por el Estado que ha recurrido, sistemáticamente, ante el TC todas las medidas autonómicas adoptadas en ese sentido. Para resolver esos recursos, el TC se ha inspirado en la [Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016](#), que ha marcado la

línea argumental de los pronunciamientos sobre la competencia del Estado para fijar el ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria. En concreto, las [SSTC 134/2017](#), [145/2017](#) y [2/2018](#) que resuelven, respectivamente, los recursos del Gobierno del Estado contra el [Decreto 114/2012 del País Vasco](#), el [Decreto-Ley 3/2015 del Gobierno de la Comunidad Valenciana](#) y la [Ley 7/2016, de 21 de julio, de medidas extraordinarias contra la exclusión social de la Comunidad Autónoma de Extremadura](#). Estas normas autonómicas pretendían ampliar la cobertura de las prestaciones sanitarias básicas a todas las personas residentes y empadronadas en esas CC. AA., extendiendo el ámbito subjetivo del derecho a la asistencia médica más allá de lo establecido en el [Decreto-Ley 16/2012](#) que solo incluye a los «asegurados» o «beneficiarios» del Sistema Nacional de Salud. En opinión de las CC. AA., su competencia de desarrollo les permitiría desplegar la norma estatal básica, entendida como un mínimo común uniforme pero mejorable, según una jurisprudencia del propio TC hasta ese momento consolidada. Sin embargo, la [STC 134/2017](#), cuya doctrina se repite en las [SSTC 145/2017](#) y [2/2018](#), modifica esta línea interpretativa y otorga a la norma básica un carácter de exhaustividad regulatoria que no deja margen de intervención normativa a las Comunidades Autónomas, lo que se justifica, según el TC, por la necesidad de racionalizar el gasto público. Así, el principio de estabilidad presupuestaria aparece como criterio dominante para resolver un conflicto competencial, legitimando la ampliación de la competencia estatal básica y avalando una progresiva restricción de los mandatos constitucionales de optimización de los derechos de prestación al imponerse como principio prevalente el de estabilidad presupuestaria ([STC 134/2017](#), FJ 5.º).

El más reciente de los pronunciamientos en materia sanitaria que se suma a la «jurisprudencia de la crisis» es la [STC 17/2018, de 22 de febrero](#), que resuelve el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Presidente del Gobierno contra la [Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero](#), por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público de salud. En este caso, el TC reitera su nueva línea jurisprudencial al declarar inconstitucional la norma autonómica por incurrir en una supuesta extralimitación competencial. Explica el TC que estamos ante lo que la doctrina denomina una «inconstitucionalidad mediata o indirecta». Esto significa que «[...] la norma autonómica no vulneraría directamente la Constitución, sino que lo haría de manera secundaria o derivada, por infringir una norma de rango infraconstitucional dictada por el Estado en el ejercicio de sus competencias propias». La norma en cuya vulneración se fundamenta la demanda es, de nuevo, el art. 3 de la [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#), en la redacción introducida por el art. 1.1. del Decreto-Ley 16/2012, que garantiza la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado o de beneficiario. Como viene reiterando el TC determinar quiénes entran en las categorías de asegurado y beneficiario forma parte de la competencia estatal para fijar las bases en materia sanitaria ([SSTC 134/2017](#), FJ 5.º y [145/2017](#), FJ 2.º).

Según la Ley Foral impugnada «[...] todas las personas con residencia en Navarra tienen derecho de forma gratuita a la asistencia sanitaria primaria o especializada, prestada por el sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra, con cargo a los presupuestos generales de Navarra, cualquiera que sea su edad, nacionalidad o situación legal o administrativa». Para el TC esta regulación contradice la normativa estatal. La norma foral, al extender la cobertura sanitaria a aquellas personas que acrediten, por cualquier medio admitido en Derecho, incluido el empadronamiento, que su domicilio está en un municipio de Navarra, sin exigir un período mínimo de estancia en España, resulta incompatible con la regulación estatal, que determina que «[...] una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual», que es la que acredita la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud.

La [STC 17/2018, de 22 de febrero](#), al igual que los pronunciamientos anteriores sobre esta misma cuestión, cuenta con dos votos particulares discrepantes, uno de ellos suscrito por cuatro magistrados, que coinciden plenamente con los que fueron formulados a la [STC 134/2017, de 16 de noviembre](#), y que ponen de manifiesto un profundo disenso sobre esta materia en el seno del TC.

Los magistrados VALDÉS DAL-RÉ, XIOL RIOS, CONDE-PUMPIDO TERRÓN y la magistrada BALAGUER CALLEJÓN expresan su desacuerdo con «[...] esa desmedida noción de lo básico, que no se diferencia sustancialmente de una competencia legislativa exclusiva del Estado. Se socava por esta vía una más que consolidada doctrina constitucional sobre las competencias normativas compartidas en un Estado de estructura plural». Esta nueva concepción de la legislación básica la convierte en «[...] un muro rígido e infranqueable, que impide por completo el despliegue de las competencias autonómicas de desarrollo legislativo». Puesto que la reforma sanitaria introducida por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, ha dejado sin cobertura a determinados colectivos,

[...] el nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, cuya fijación compete al Estado ex art. 149.1.16 CE, es susceptible de mejora si así lo deciden las Comunidades Autónomas en sus respectivos ámbitos territoriales. Al hacerlo así actúan en el espacio normativo que es propio de la competencia autonómica de desarrollo legislativo en materia de sanidad, sometida al principio de solidaridad y a la existencia de financiación propia, principios que condicionan pero en modo alguno cercenan el principio de autonomía. Es esta una concepción consustancial a la diversidad territorial que otorga a nuestro ordenamiento una estructura compuesta, que supone necesariamente una diversidad de regímenes jurídicos, pues la autonomía significa precisamente la capacidad de adoptar políticas propias, en el marco de la Constitución y del Estatuto. Esta concepción no solo no contradice, sino que deriva de la doctrina previa del Tribunal.

Por otro lado, los magistrados en sus consideraciones explican que la efectividad del derecho a la protección de la salud hubiera debido presidir la interpretación de los títulos competenciales confrontados, a fin de cumplir el mandato proclamado en el artículo 43 CE. Recuerdan los magistrados —aludiendo al [ATC 239/2012, de 12 de diciembre](#), por el que se resolvió el incidente de suspensión del Decreto vasco 114/2012— que la protección de la salud tienen una dimensión pública y una particular vinculada al derecho a la salud individual de las personas receptoras de los servicios prestados por los Gobiernos estatal y autonómico. Su efectividad depende del cumplimiento del deber de los poderes públicos de garantizar a todos los ciudadanos ese derecho individual, cuya tutela les corresponde y ha de ser articulada «a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios» (art. 43.1 y 2 CE). Por otro lado, en el [ATC 239/2012](#) se recuerda la vinculación entre el principio rector del art. 43 CE y el art. 15 CE que recoge el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral. Un eventual ahorro económico no puede suponer un riesgo para la salud y la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, ni tampoco para la salud del conjunto de la sociedad ([ATC 239/2012](#), FJ 5.º).

Concluyen su voto particular VALDÉS DAL-RÉ, XIOL RIOS, CONDE-PUMPIDO TERRÓN y la magistrada BALAGUER CALLEJÓN denunciando que

[...] el Real Decreto-ley 16/2012 ha comportado un intenso retroceso en la promoción y desarrollo del derecho a la protección de la salud (artículo 43.1 CE) [...] aquella norma de urgencia ha vuelto a emparentar el derecho a la protección de la salud, que es de seguro el principio rector más estrechamente relacionado con el valor de la dignidad de la persona (artículo 10.1 CE) así como con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral (artículo 15 CE), con una noción vinculada a una muy concreta e históricamente superada situación jurídica: la de asegurado o, en su caso, beneficiario de la seguridad social. A resultas de esta involución normativa, ese legislador excepcional que es el Gobierno ha colocado entre paréntesis el fatigoso pero constante proceso de construcción y consolidación en la sociedad española del Estado de Bienestar. Por este lado, la concepción del *Welfare State*, propia del constitucionalismo social más avanzado, ha sido suplantada, en aras al logro de presuntos objetivos tales como la eficiencia y la racionalización económicas, por la del *Workfare State*.

El segundo de los votos particulares que se formulan en la [STC 17/2018](#) lo firma el magistrado NARVÁEZ RODRÍGUEZ, que como sus colegas se remite a los razonamientos formulados en la [STC 134/2017](#). En su opinión, el conflicto se debería haber desestimado, ya que las CC. AA. tienen la capacidad de ampliar el ámbito subjetivo de las prestaciones sanitarias aplicando una doctrina consolidada del TC sobre el concepto de «bases» que se han concebido «[...] como un mínimo común uniforme, pero mejorable, por parte de las Comunidades Autónomas, al hilo de interpretar el alcance de lo básico en una serie de materias, como la que ahora se enjuicia, referente a las prestaciones sanitarias». Indica NARVÁEZ RODRÍGUEZ que la capacidad del Estado de preservar la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español es compatible con las

normas que sobre la materia, y en relación tanto con el ámbito objetivo como con el ámbito subjetivo, puedan dictar las CC. AA. para mejorar en su ámbito territorial ese mínimo común denominador. Para ello deberán hacer una previsión financiera con cargo a sus propios presupuestos que asegure el cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria. En palabras de NARVÁEZ RODRÍGUEZ, las restricciones económicas podrían ser consideradas, en tal caso, como «[...] un límite al ejercicio de la competencia constitucionalmente atribuida a la Comunidad Autónoma en esta materia», pero no como un límite a la titularidad de esa competencia.

Marta LEÓN ALONSO
Profesora Contratada doctora
Universidad de Salamanca
martala@usal.es