

Sección del Tribunal Constitucional**TRIBUNAL CONSTITUCIONAL**

9656 *Pleno. Sentencia 97/2017, de 20 de julio de 2017. Conflicto positivo de competencia 6714-2012. Planteado por el Gobierno Vasco en relación con diversos preceptos del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se 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. Competencias sobre sanidad: adecuado ejercicio de las competencias estatales (STC 33/2017). Voto particular.*

ECLI:ES:TC:2017:97

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 y doña María Luisa Balaguer Callejón, Magistrados, ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

SENTENCIA

En el conflicto positivo de competencia núm. 6714-2012, promovido por el Gobierno Vasco contra los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se 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. Ha intervenido 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 el día 28 de noviembre de 2012, los Letrados de los servicios jurídicos centrales de la Administración general del Gobierno Vasco, en representación y defensa de su Gobierno, promovieron conflicto positivo de competencia contra los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se 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.

2. El conflicto se funda en los motivos que, resumidamente, se exponen a continuación:

a) Comienzan los representantes del Gobierno Vasco aludiendo al requerimiento previo de incompetencia que aquel dirigió al Gobierno de la Nación y que fue desestimado por el Consejo de Ministros en su sesión de 2 de noviembre de 2012. Dicha desestimación se fundamenta en síntesis, según indican, en los siguientes argumentos: la asistencia sanitaria sigue siendo una prestación de la Seguridad Social, aunque de carácter no contributivo y como tal, la regulación del reconocimiento de la condición de asegurado es legislación de Seguridad Social, y la competencia del Estado en la materia queda amparada en el título competencial en materia de régimen económico de la Seguridad Social ex artículo 149.1.17 CE; el artículo 149.1.16 CE atribuye al Estado la competencia

de coordinación general en materia de sanidad; y, el reconocimiento del acceso a la prestación sanitaria se ha reservado hasta la fecha pacíficamente a la Administración de la Seguridad Social.

b) A continuación señalan la conexión que este conflicto tiene con el conflicto positivo de competencia 4540-2012. Así, recuerdan que el Real Decreto 1192/2012 constituye desarrollo reglamentario 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, y que el Gobierno Vasco en su sesión de 29 de mayo de 2012 acordó interponer recurso de inconstitucionalidad contra el Real Decreto-ley 16/2012, citándolo a sus artículos 1.2, 2.3 y 4, 4.13 y 10.4.

El Real Decreto-ley 1192/2012, en cuanto desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012, ahonda en la senda iniciada por este Real Decreto-ley e incurre, en opinión del Gobierno Vasco, en los mismos vicios que motivaron la interposición del recurso de inconstitucionalidad frente al Real Decreto-ley 16/2012 en lo que al artículo 1.2 del mismo se refiere.

Asimismo también mencionan el conflicto positivo de competencia promovido por la Administración del Estado contra 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, conflicto en el que, desde una posición radicalmente opuesta a la propugnada por esta parte, el Estado considera que dicho decreto vulnera la normativa básica estatal contenida en el Real Decreto-ley 16/2012.

c) Afirman que de conformidad con el contenido de la disposición final primera del Real Decreto 1192/2012 se dicta al amparo de lo dispuesto en las reglas 16 y 17 del artículo 149.1 CE.

En el ámbito o sector de la asistencia sanitaria señalan que es habitual la alegación del título competencial que en materia de Seguridad Social atribuye al Estado el artículo 149.1.17 CE, por ser, en la perspectiva estatal, un título que atribuye un campo de actuación mayor que el artículo 149.1.16 CE. La invocación del artículo 149.1.17 CE implica, en su opinión, además de una indudable inseguridad jurídica, la permanente presencia de un elemento perturbador del orden constitucional de distribución de competencias.

Señalan que la regulación normativa de la prestación sanitaria pertenece en el esquema constitucional al ámbito material sanidad. Dicha ubicación competencial no resulta incompatible con el reconocimiento de que tradicionalmente la prestación sanitaria haya formado parte de la acción protectora dispensada por los distintos regímenes de la Seguridad Social. Ni tampoco con el hecho de que esa realidad deba ser tenida en cuenta por el legislador estatal cuando aborda el diseño del marco de la asistencia sanitaria. Ahora bien, a su juicio, en términos competenciales, ello no provoca una mutación competencial y convierte la prestación sanitaria en prestación de la Seguridad Social y mucho menos permite erigir al Instituto Nacional de la Seguridad Social, como hace el Real Decreto impugnado, en el órgano competente para el reconocimiento del derecho de acceso a la asistencia sanitaria.

Tras la aprobación de la Constitución consideran que la prestación sanitaria se desgaja de las propias de Seguridad Social. El hecho de que al establecer determinados contenidos de esa regulación se tome en cuenta la situación de partida (la acción protectora de la Seguridad Social) y ayude a entender aspectos del Sistema Nacional de Salud no permite negar que ya desde 1986 el legislador estatal procedió a unificar toda la materia sanitaria dentro de un único título competencial: la sanidad. El camino iniciado por la Ley 15/1986 es confirmado en los últimos años por distintas actuaciones que vienen a confirmar la segregación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En tal sentido, destacan la atribución de naturaleza no contributiva a las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria, desvinculándose financieramente tales prestaciones de la Seguridad Social al desaparecer la financiación por cotizaciones y asignando la responsabilidad financiera de las prestaciones a las Comunidades Autónomas conforme a los acuerdos de transferencias y al sistema de financiación autonómica.

En segundo lugar, señalan, se produce la culminación del proceso de transferencias a los distintos servicios de salud de las Comunidades Autónomas de las competencias tradicionalmente asumidas por el Instituto Nacional de la Salud, con excepción de Ceuta y Melilla donde la prestación sanitaria se presta por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En tercer lugar, se dicta la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 149.1.16 CE establece las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Y, finalmente, mencionan la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, cuya disposición adicional sexta procede a extender el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

A la vista de esta evolución histórica, señalan que no puede sostenerse que en materia de asistencia sanitaria pública resulte de aplicación el fundamento constitucional competencial relativo a la materia de Seguridad Social y mucho menos que resulte ajustada al bloque constitucional de distribución de competencias la invocación del régimen económico de la Seguridad Social ex artículo 149.1.17 CE.

A su juicio, no existe vinculación entre el régimen económico de la Seguridad Social y la norma impugnada en la medida en que ésta se limita a abordar la regulación de la condición de persona asegurada y beneficiaria a efectos del derecho a la asistencia sanitaria, así como al establecimiento del procedimiento para el reconocimiento de aquella condición, pues la norma no afecta ni al régimen económico de la Seguridad Social, ni a sus recursos financieros, ni a la vigencia del principio de «caja única» por el que se rige. El que todavía pervivan continuas referencias a la asistencia sanitaria como una prestación de Seguridad Social en nuestro ordenamiento jurídico y que, en determinados supuestos, en base a esa tradición persista el uso de categorías conceptuales útiles para la regulación, no permite sostener que la asistencia sanitaria es en el texto constitucional una prestación de Seguridad Social y que sea el artículo 149.1.17 CE el que deba ser empleado para dilucidar las contiguas competencias en torno a la asistencia sanitaria.

Indican que la doctrina del Tribunal Constitucional avala su interpretación según la cual, a efectos del sistema de distribución de competencias, se puede afirmar que la asistencia sanitaria en todas sus vertientes prestacionales se integra en el concepto material sanidad interior y no en el de Seguridad Social, y en este sentido citan la STC 98/2004, de 25 de mayo.

Para finalizar este apartado analizan el encuadramiento competencial del Real Decreto 1192/2012 en el artículo 149.1.16 CE y sintetizan la doctrina constitucional sobre dicho título competencial con reproducción de distintas Sentencias del Tribunal Constitucional en relación con la noción de bases de la sanidad y la coordinación general de la sanidad.

d) Seguidamente analizan la inconstitucionalidad de los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012 por infracción del artículo 149.1.16 CE y del artículo 18 del Estatuto de Autonomía del País Vasco (EAPV).

Tras analizar el contenido de los distintos preceptos afirman que el examen del articulado permite constatar el extremo más relevante a efectos del presente conflicto: la atribución al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, en su caso, de las funciones de reconocimiento, control, extinción de la condición de asegurado y beneficiario, atribución que resulta cuestionable desde un doble punto de vista considerando el bloque constitucional de distribución de competencias.

En primer lugar, porque dada la condición de norma básica —ex artículo 149.1.16 CE, pues es el único título competencial que ampara esta regulación— ha de dejar un espacio normativo a las Comunidades Autónomas, al objeto de que en el ejercicio de su autonomía puedan desarrollar y completar dicha normativa. A su juicio, los términos en que aparecen redactados los preceptos impugnados cercenan dicha posibilidad, pues el Real Decreto 1192/2012 no deja ningún espacio para que se desplieguen las competencias

autonómicas de desarrollo normativo y ejecución, vulnerando así el régimen constitucional y estatutario de distribución de competencias.

En segundo lugar, en cuanto reserva al Estado la ejecución que corresponde a la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Afirman que la norma, al atribuir al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, en su caso, la competencia de reconocimiento, control, extinción de la condición de asegurado y beneficiario, introduce una actuación estatal previa sin la cual la Comunidad Autónoma no puede hacer efectivo el derecho de acceso a la asistencia sanitaria, invadiendo de este modo el ámbito competencial autonómico en cuanto que aquella competencia se refiere a una mera función ejecutiva que corresponde a la Comunidad Autónoma del País Vasco. Esta decisión resulta injustificada cuando la asistencia sanitaria ha dejado de configurarse como una prestación contributiva del sistema de Seguridad Social.

Consideran que el derecho a la asistencia sanitaria vinculado exclusivamente a la condición de asegurado o beneficiario no se circunscribe al «asegurado al sistema de seguridad social» sino más ampliamente a la prestación sanitaria proporcionada por el Sistema Nacional de Salud, conformado por la suma de los sistemas de salud autonómicos, con carácter universalista a todos los ciudadanos.

Afirman que la configuración de un Sistema Nacional de Salud como un modelo alejado de un sistema de seguro público contributivo ligado a la relación de empleo y a la actividad económica privada impide la atribución al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, en su caso, de unas competencias que encontraban su sentido cuando aquella vinculación se daba con carácter exclusivo.

A su juicio, nada cabría objetar a la presencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, en su caso, en el proceso que nos ocupa, si la misma se limitara al ejercicio de una función de colaboración con las Comunidades Autónomas en el procedimiento de reconocimiento, control y extinción de la condición de asegurado y beneficiario a través del suministro de la información obrante en su poder (afiliados a la Seguridad Social, pensionistas, etc.), teniendo en cuenta que en el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y a excepción de la información de acceso al Sistema de Seguridad Social, corresponden a dicha Comunidad Autónoma, en ejercicio de las competencias asumidas, todas aquellas actuaciones encaminadas a constatar extremos tales como el empadronamiento, el nivel de ingresos y situación tributaria y, también, la acreditación e inscripción en el Servicio Vasco de Empleo, información que inexcusablemente debe conocerse previamente al reconocimiento de la condición de asegurado que exclusivamente se atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Desde esta perspectiva, señalan, puede decirse que la Comunidad Autónoma del País Vasco dispone de la información necesaria para constatar que las personas cumplen la condición de asegurado o beneficiario del mismo —a diferencia de las Comunidades Autónomas de régimen común—.

Añaden que la función normativa tendría que haber concluido con los artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012, pues los preceptos impugnados abordan una regulación detallada referida a una actividad material y jurídica claramente ejecutiva cual es el reconocimiento, control y extinción de la condición de asegurado y la comunicación de variaciones para que surtan los efectos oportunos ante las Administraciones sanitarias competentes. Se trata, como la propia norma dice (art. 5), de un reconocimiento automático que supone la simple comprobación de que las personas aseguradas y beneficiarias cumplen los requisitos establecidos para ostentar esa condición.

Por su parte, insisten, el reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario a petición del interesado (art. 6), evidencia nuevamente que nos hallamos ante supuestos de mera comprobación del cumplimiento de unos requisitos que hacen innecesaria una actuación previa del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, en su caso. Otro tanto cabría añadirse respecto de la regulación incorporada a los artículos 7 y 8.

Tratándose, a su juicio, de funciones puramente ejecutivas, inscritas estrictamente en el ámbito de la sanidad, resulta palmario que las mismas únicamente pueden corresponder a las Comunidades Autónomas, y particularmente al Gobierno Vasco, en mérito a lo previsto en el artículo 18 del Estatuto de Autonomía.

La regulación básica atribuida al Estado se agota, a su entender, en los artículos 2 y 3 del Real Decreto impugnado. No resulta en ningún caso justificable la exclusión de la Comunidad Autónoma del País Vasco de ninguna de las funciones ejecutivas 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 el Real Decreto regula. Asimismo, señalan, el mero hecho de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social disponga de parte de la información que puede hacer efectivo el acto de reconocimiento, no basta para enervar el ejercicio de dicha competencia autonómica, puesto que de otro modo se vulneraría el mentado régimen de distribución competencial.

Por todo lo anterior, concluyen las Letradas de la Administración general del País Vasco que los artículos 4, 5, 6, 7 y 8, exceden el ámbito competencial reconocido al Estado ex artículo 149.1.16 CE y conculca el atribuido a la Comunidad Autónoma del País Vasco en virtud de la Constitución (art. 149.1.21 CE) y el Estatuto de Autonomía (art. 18 EAPV) en materia de sanidad.

3. Por providencia de 18 de diciembre de 2012, el Pleno, a propuesta de la Sección Cuarta, acordó admitir a trámite el conflicto positivo de competencia promovido por el Gobierno Vasco, y en su representación y defensa, por las Letradas de los servicios jurídicos centrales de la Administración general del País Vasco, frente al Gobierno de la Nación, en relación con los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se 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. Se acordó también 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 cuanto documentos y alegaciones considere convenientes; comunicar la incoación del conflicto a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, por si ante la misma estuvieran impugnados o se impugnaren los citados preceptos, en cuyo caso se suspenderá el curso del proceso hasta la decisión del conflicto, según dispone el artículo 61.2 LOTIC; y publicar la incoación del conflicto en el «Boletín Oficial del Estado» y en el «Boletín Oficial del País Vasco».

4. Por escrito registrado en este Tribunal el día 21 de diciembre de 2012, el Abogado del Estado se personó en el proceso solicitando una prórroga del plazo concedido para formular alegaciones, que fue concedida mediante providencia de 8 de enero de 2013. Finalmente, dicho escrito tuvo entrada en el registro general de este Tribunal el día 4 de febrero de 2013, oponiéndose el Abogado del Estado a la demanda con fundamento en las razones que se resumen a continuación:

a) Tras exponer el objeto del conflicto, señala que los preceptos impugnados desarrollan lo establecido en el nuevo artículo 3 *bis*, sobre reconocimiento y control de la condición de asegurado, de la Ley 16/2003, introducido por el Real Decreto-ley 16/2012. Una vez reproducido el contenido de dichos artículos señala que en el contexto de graves 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, tal y como recoge la exposición de motivos del Real Decreto-ley 16/2012 que en parte reproduce.

b) A continuación analiza la evolución del Sistema Nacional de Salud en el ámbito subjetivo de cobertura con la finalidad de ofrecer una exacta delimitación del ámbito subjetivo de la sanidad pública.

Señala que el derecho a la asistencia sanitaria se ha venido regulando de forma diferente para los españoles, los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea y los extranjeros. Para los españoles tradicionalmente la asistencia sanitaria se configuró como una prestación contributiva de la Seguridad Social, a la que tenían derecho quienes se encontraban afiliados y dados de alta en el sistema y contribuían o habían contribuido económicamente a su mantenimiento mediante cotizaciones.

Tras la aprobación de la Constitución la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, consagró el derecho a la protección a de la salud y a la asistencia sanitaria de todos los españoles que tengan reconocida su residencia en territorio nacional, en lo que se conoce como principio de universalidad en el acceso a la sanidad pública. Añade que a impulso de este principio, junto a la asistencia sanitaria configurada como prestación contributiva de la Seguridad Social el artículo 80 de la Ley 14/1986 encomendó al Gobierno la regulación de la cobertura de la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social para las personas no incluidas en el mismo que carecieran de recursos económicos suficientes: esta asistencia no se realizaría con cotizaciones sino con cargo a transferencias estatales. El Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes, entendiéndose comprendidas aquellas personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al salario mínimo interprofesional.

Afirma el Abogado del Estado que el reconocimiento del principio de universalidad de la asistencia sanitaria en la Ley 14/1986 no se tradujo, sin embargo, en un acceso incondicionado de los españoles a esta prestación con cargo a fondos públicos, ya que este derecho continuó atribuyéndose únicamente a quienes estuvieran afiliados a la Seguridad Social como trabajador, pensionista o perceptor de prestaciones periódicas o a quienes, no estando afiliados a la Seguridad Social, carecieran de recursos económicos suficientes, sin perjuicio de determinados colectivos a quienes por norma singular se había reconocido ese derecho a lo largo del tiempo.

La Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 1999 desvinculó la prestación de asistencia sanitaria de las cotizaciones de la Seguridad Social, previendo que el Estado asumiría totalmente el coste de dicha asistencia a través de las transferencias presupuestarias a las Comunidades Autónomas competentes en la materia. Señala que los principios de universalidad y financiación pública de la asistencia sanitaria fueron recogidos en el artículo 2, apartados b) y e), de la Ley 16/2003. Pero el principio de universalidad tampoco se llevó hasta sus últimas consecuencias, por cuanto el acceso a la asistencia sanitaria siguió condicionado a la afiliación al Sistema de Seguridad Social o a la acreditación de falta de recursos económicos suficientes, sin perjuicio de determinados colectivos a quienes por norma singular se había reconocido ese derecho a lo largo del tiempo.

Para el Abogado del Estado el hito final en la realización de este principio vino dado por la disposición adicional sexta de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, que extendió en su apartado 1 «el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico», sin perjuicio de «la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia». En esta previsión legal se reconoció el derecho de todos los españoles a recibir asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de la obligación de sufragar dicha asistencia por parte de quienes, teniendo garantizada la cobertura obligatoria por otra vía, acudieran a la sanidad pública.

Por lo que se refiere a los nacionales pertenecientes a estados miembros de la Unión Europea, recuerda que el artículo 3.1 b) de la Ley 16/2003 establece que «son titulares del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria... los nacionales de los Estados

miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación».

Indica también que de conformidad con el Reglamento núm. 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y el Reglamento (CE) núm. 987-2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación, los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea que estén asegurados en su país de origen tendrán acceso a la asistencia sanitaria pública en España en las mismas condiciones que los españoles: de este modo, el desplazamiento del asegurado a otro país de la Unión Europea no conlleva el derecho a recibir la misma asistencia sanitaria que tenía en su país de origen, sino la que disponga el país de destino.

En relación con los extranjeros no pertenecientes a Estados miembros de la Unión Europea recuerda que el artículo 2.1 c) de la Ley 16/2003 establece que «son titulares del derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria... los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos... que les reconozcan las leyes, los tratados y convenio suscritos».

Concluye este apartado haciendo alusión al régimen jurídico del derecho de asistencia sanitaria tras el Real Decreto-ley 16/2012 que precisa los conceptos de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud. Tras reproducir los preceptos correspondientes de dicho Real Decreto-ley señala que la regulación que introduce presenta las siguientes notas características.

Con respecto a los nacionales indica que la condición de asegurado se sigue reconociendo sustancialmente a los mismos tres grandes colectivos que en la normativa anterior: las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social, quienes hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo y los que no estando en los supuestos anteriores, acrediten la carencia de recursos económicos suficientes. La condición de beneficiario se atribuye igualmente a aquellos familiares o asimilados del asegurado que ya gozaban de tal tratamiento en la regulación precedente.

Afirma que se respeta también el principio de igualdad de trato en el acceso a la asistencia sanitaria de los nacionales de otros Estados miembros de la Unión Europea, y solo quienes sean trabajadores por cuenta propia o ajena o quienes, no siéndolo, dispongan de un seguro de enfermedad podrán residir en España durante más de tres meses, evitando así que el coste de su asistencia sanitaria tenga que ser asumido por el erario público.

Por lo que se refiere a los extranjeros no pertenecientes a Estados miembros de la Unión Europea señala que tras la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012 los extranjeros tendrán acceso a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, con cargo a fondos públicos, si se les reconoce la condición de asegurado o beneficiario, para lo que deberán contar con la previa autorización de residencia.

c) Una vez expuesta la evolución del Sistema Nacional de Salud el Abogado del Estado analiza las competencias estatales previstas en los artículos 149.1.1, 149.1.16 y 149.1.17 CE.

En relación con el 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.

A la vista de la doctrina constitucional que reproduce considera el Abogado del Estado 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.

Señala 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.

A su juicio, los aspectos nucleares relativos a la protección de la salud, como sería singularmente la definición de los beneficiarios, han de abordarse desde la perspectiva del artículo 149.1.1 CE, en virtud del cual el Estado ostenta competencia exclusiva, no susceptible propiamente de desarrollo autonómico. En concreto, 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.

Señala que 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 su lugar de residencia.

Sobre la competencia estatal regulada en el artículo 149.1.16 CE reproduce el contenido de la STC 98/2004, de 25 de mayo, FFJJJ 6 y 7, sobre «bases y coordinación general de la sanidad». Para el Abogado del Estado presenta especial relevancia en el presente conflicto competencial 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 órgano coordinado.

A juicio del 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.

Señala que si bien la Ley 16/2003 se ocupa de establecer fórmulas organizativas y mecanismos de relación interadministrativos al servicio de los objetivos 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 fundamentada 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 núm. 16, también en el título competencial que prevé el núm. 1 del artículo 149.1.1 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.

Sobre la competencia estatal prevista en el artículo 149.1.17 CE reproduce distintas Sentencias del Tribunal Constitucional que recogen la doctrina constitucional sobre este

precepto y afirma que, en cualquier caso, sea la financiación de la asistencia sanitaria por medio de la Seguridad Social, o se constituya en un sistema propio (Sistema Nacional de Salud) 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 sistema 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 ha de rechazarse 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 artículo 149.1.1 CE.

Para el Abogado del Estado 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 artículo 149.1.17 al artículo 149.1.16 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.

Por ello, entiende que procede dotar a la asistencia sanitaria pública de un doble encaje 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. La vinculación de la asistencia sanitaria al referente conceptual de la Seguridad Social viene a subrayar la dimensión de solidaridad a nivel nacional que resulta inherente a nuestro sistema de asistencia sanitaria pública propiciando una visión unitaria del mismo.

Afirma que el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro de la Seguridad Social conlleva la aplicación de la competencia exclusiva del Estado sobre régimen económico de la Seguridad Social y, aunque este título competencial está pensado para mantener la unidad financiera propia de una Seguridad Social de carácter contributivo —de la que hoy queda fuera la asistencia sanitaria—, el mismo puede tener también implicaciones en ámbitos de la Seguridad Social configurados como no contributivos. Es por todo ello que, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley 16/2003 el derecho a la asistencia sanitaria está, en principio vinculado a la condición de asegurado o beneficiario del mismo, lo cual tiene su razón de ser en el hecho de que, como se indica en el artículo 38 de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS), la asistencia sanitaria facilitada por el Sistema Nacional de Salud constituye una de las prestaciones comprendidas dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social tanto en los casos de maternidad, como de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo. En concreto, como se indica en el artículo 86.2 LGSS, las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social tienen naturaleza de prestación no contributiva.

Para el Abogado del Estado la asistencia sanitaria sigue siendo una prestación de la Seguridad Social y como tal, la regulación del reconocimiento de la condición de asegurado puede considerarse legislación de Seguridad Social. Por ello, 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 artículo 149.1.16 CE, tampoco cabe negar la incidencia que sobre el mismo tiene igualmente el título competencial en materia de régimen económico de la Seguridad Social ex artículo 149.1.17 CE, tanto en cuanto prestación contributiva (en determinados supuestos) como asistencial.

Por lo que se refiere a las competencias del País Vasco en la materia, reproduce el contenido del artículo 18 EAPV, que delimita las competencias en materia de sanidad. Tal atribución competencial, afirma, ha de actuarse dentro de los límites de lo establecido en los números 1, 16 y 17 del apartado 1 del artículo 149 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.

d) Finalmente, el Abogado del Estado analiza el carácter básico que, a su juicio, concurre en los preceptos objeto de impugnación.

A su juicio, el carácter materialmente básico de los preceptos impugnados debe ser razonado desde el artículo 149.1.16 CE sin perjuicio de que la regulación de la condición de asegurado 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 artículo 149.1 CE, de modo que la determinación de la condición de asegurado, su reconocimiento y control fijan el contenido primario y común del derecho a la protección de la salud.

De esta forma, afirma que partiendo de recordar que en la fijación por el Estado de la condición de asegurado concurre la exigencia material de lo básico (STC 136/2012, FJ 5), destaca la trascendencia que en este supuesto presenta la necesidad de uniformizar el marco jurídico aplicable en materia de definición de la condición de asegurado y de beneficiario, siendo forzoso reconocer que ese marco jurídico uniforme no puede romperse en el momento de su aplicación concreta y, por consiguiente, tienen plena justificación, en cuanto elementos de mantenimiento del mismo las potestades administrativas de reconocimiento y control atribuidas a la Administración del Estado que, al asegurar la aplicación e interpretación uniforme de los conceptos de asegurado y beneficiario, se configuran como instrumentos de mantenimiento del principio de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias impidiendo discriminaciones territoriales que podrían derivarse de la interpretación diferenciada en cada Comunidad Autónoma de unas mismas normas jurídicas.

En definitiva, para el Abogado del Estado el régimen básico establecido para el reconocimiento, extinción y control de la condición de asegurado y beneficiario 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.

Afirma que la competencia estatal de coordinación general de la sanidad permite que las previsiones recogidas en los artículos objeto de conflicto reserven la permanencia de algunas facultades ejecutivas en el ámbito funcional de los poderes centrales. 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 definición de la condición de asegurado y de beneficiario. Es más, dada la innegable repercusión que en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud tiene el número de asegurados y beneficiarios, resulta evidente que en los preceptos impugnados se hallan implícitas actuaciones administrativas de alcance supracomunitario que justifican su atribución a la instancia estatal.

En todo caso, señala, la regulación impugnada sobre el reconocimiento, extinción y control de la condición de asegurado y beneficiario no menoscaba el ámbito propio de la Comunidad Autónoma 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, por cuanto son las administraciones competentes las que «facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual» (art. 4.4 del Real Decreto 1194/2012).

Señala que presenta particular interés el artículo 6 del Real Decreto 1192/2012 en el que se regula el procedimiento de reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario a solicitud del interesado, pues en este precepto se relacionan los requisitos documentales que han de cumplimentarse para el reconocimiento de dicha condición.

A su entender, la competencia estatal que ampara el dictado de los preceptos impugnados se ejercita en este supuesto mediante la determinación de unas pautas procesales para el reconocimiento, extinción y control que tratan de impedir que la divergente actuación de las Comunidades Autónomas pueda llegar a repercutir

negativamente en la propia sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y, en definitiva, en el derecho a la protección de la salud. Se trata realmente de imponer una homogeneidad en la observancia de los conceptos de asegurado y de beneficiario, a través de la reserva del ejercicio de las facultades administrativas, exigida por la igualdad en el acceso a la prestación sanitaria.

En conclusión, para el Abogado del Estado no hay razones para negar que los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012 puedan quedar amparados en el artículo 149.1.1 y 16 CE.

5. Por escrito registrado en este Tribunal 30 de abril de 2013 el Procurador de los Tribunales, don Felipe Juanas Blanco, 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 7 de mayo de 2013 se acordó hacer entrega al Gobierno Vasco, a los solos efectos de su conocimiento, de copia del escrito presentado por el Abogado del Estado el 4 de febrero de 2013.

6. Por providencia del Pleno, de 18 de julio de 2017, se señaló para deliberación y votación del recurso el 20 del mismo mes y año.

II. Fundamentos jurídicos

1. El presente proceso constitucional tiene por objeto resolver el conflicto positivo de competencia formulado por el Gobierno Vasco contra el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se 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, y, específicamente, contra los artículos 4, 5, 6, 7 y 8.

Como más ampliamente ha quedado expuesto en los antecedentes, el Gobierno Vasco considera que los preceptos impugnados abordan una regulación detallada referida a una actividad material y jurídica claramente ejecutiva como es el reconocimiento, control y extinción de la condición de asegurado y la comunicación de variaciones para que surtan los efectos oportunos ante las Administraciones sanitarias competentes. Nos hallamos, a su juicio, ante supuestos de mera comprobación del cumplimiento de unos requisitos que hacen innecesaria una actuación previa del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, en su caso. Sostiene el Gobierno Vasco que al tratarse de funciones puramente ejecutivas, inscritas estrictamente en el ámbito de la sanidad, las mismas únicamente pueden corresponder a las Comunidades Autónomas, y particularmente al Gobierno Vasco en virtud de lo previsto en el artículo 18 de su Estatuto de Autonomía.

El Abogado del Estado, por las razones que han quedado expuestas en los antecedentes, interesa la desestimación íntegra del conflicto.

2. La disposición final segunda 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, autoriza al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este Real Decreto-ley. El desarrollo reglamentario de esta norma se ha llevado a cabo por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto. Este Real Decreto procede, por tanto, a regular la condición de persona asegurada y de beneficiaria de ésta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Junto a ello, establece el procedimiento para el reconocimiento de la condición de persona asegurada y beneficiaria por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, regulándose igualmente el control y la extinción de dicha condición a efectos del derecho a la asistencia sanitaria pública.

Así, de conformidad con lo establecido en este Real Decreto, todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Los artículos impugnados regulan el reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario (art. 4), el reconocimiento de oficio de la condición de asegurado o beneficiario (art. 5), el reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario previa solicitud del interesado (art. 6), la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario (art. 7) y la comunicación y control de las circunstancias modificativas o extintivas de la condición de asegurado o de beneficiario (art. 8).

Durante la pendencia del presente proceso ha variado la redacción de dos de los preceptos impugnados. En concreto, los artículos 5 y 6 han sido modificados por la Ley 25/2015, de 28 de julio, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de la carga financiera y otras medidas de orden social. En ambos casos se trata de modificaciones puntuales que no han afectado a la controversia suscitada, centrada en la delimitación de competencias en materia de asistencia sanitaria, que subsiste en los términos en los que se planteó.

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; 63/2017, de 25 de mayo, y 64/2017, 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.

En este sentido, conviene recordar que es el título competencial previsto en el artículo 149.1.16 CE, el que tiene carácter prevalente en lo que respecta a la determinación de la condición de asegurado (STC 33/2017, de 1 de marzo, FJ 3). Que «el Real Decreto-ley 16/2012 se haya decantado por configurar un régimen de acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, basado en el principio del aseguramiento no determina que la materia haya de encuadrarse en el título competencial de Seguridad Social (art. 149.1.17 CE). De la regulación contenida en el artículo 3 de la Ley 16/2003, en la redacción dada por el artículo 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012, se desprende que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria precisa de un título jurídico, bien sea la previa vinculación con la Seguridad Social o bien el reconocimiento expreso a determinados colectivos que carecen de esa vinculación. Una vez reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, la prestación de los servicios que formen parte en cada momento de las carteras del Sistema Nacional de Salud corresponde a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, como venía sucediendo antes de la reforma. El cambio de criterio del legislador, en lo que se refiere a la regulación del concepto de asegurado como título para tener derecho a la asistencia sanitaria, no afecta al régimen económico de la Seguridad Social, ni a sus recursos financieros, ni a la vigencia del principio de 'caja única' por el que se rige» (STC 64/2017, de 24 de mayo, FJ 3). Por tanto, 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 la corresponde al Estado en la regulación de las bases de la sanidad ex artículo 149.1.16 CE, más específica y que puede dotarse de un mayor contenido».

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 recordar que 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 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).

4. Como hemos señalado, el Gobierno Vasco impugna con carácter general los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 del Real Decreto 1192/2012 al considerar que la atribución al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, en su caso, de las funciones de reconocimiento, control y extinción de la condición de asegurado, resulta cuestionable desde un punto de vista competencial: en primer lugar, porque dada la condición de norma básica ha de dejar un espacio normativo a las Comunidades Autónomas y los preceptos impugnados no lo hacen y, en segundo lugar, porque reservan al Estado competencias de ejecución que corresponden a la Comunidad Autónoma.

El artículo 4 prevé que el reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario, se realizará de oficio o a instancia del interesado, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales y que, una vez reconocida tal condición, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las Administraciones sanitarias competentes.

El artículo 5 establece los supuestos y el procedimiento para el reconocimiento de oficio de la condición de asegurado o de beneficiario.

El artículo 6 regula, para los supuestos no previstos en el artículo anterior, el procedimiento y los requisitos documentales para el reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario a solicitud de los interesados.

El artículo 7 enumera los motivos de extinción de la condición de asegurado o de beneficiario.

El artículo 8 señala que la variación o extinción de la condición de asegurado o de beneficiario corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina a través de sus direcciones provinciales; que los asegurados y los beneficiarios están obligados a comunicar la modificación de las circunstancias que afecten a tal condición en el plazo de un mes; y que, en caso de incumplimiento de esta obligación, la variación o extinción de la condición de asegurado o de beneficiario producirá efectos retroactivos desde el momento en que debiera haber tenido lugar.

Pues bien, los artículos 4, 5, 6 y 8 son desarrollo reglamentario del artículo 3 *bis*) 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 1.2 del Real Decreto-ley 16/2012. Sobre este precepto del Real Decreto-ley 16/2012, que regula el reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario, se ha pronunciado este Tribunal en su Sentencia 33/2017, de 1 de marzo.

En concreto, el artículo 1.2 del Real Decreto-ley 16/2012 fue impugnado por la Comunidad Autónoma de Andalucía por los mismos motivos alegados por el Gobierno Vasco en el presente conflicto. La Comunidad Autónoma de Andalucía impugnó la reserva al Estado del ejercicio de competencias ejecutivas en materia de reconocimiento y control de la condición de asegurado, tratamiento de datos y comunicación de variaciones, para que surtan los efectos oportunos ante las Administraciones sanitarias, que serán las que expidan la tarjeta sanitaria individual y faciliten el acceso de los ciudadanos a las prestaciones correspondientes. En definitiva, lo que se discutía en el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por la Comunidad Autónoma de Andalucía, al igual que en el presente conflicto positivo de competencias, es si la competencia en materia de bases que corresponde al Estado *ex* artículo 149.1.16 CE incluye las actuaciones relativas a lo que la norma denomina «reconocimiento y control de la condición de asegurado», cuya competencia se atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales.

En consecuencia, basta con remitirnos a lo dispuesto en dicha Sentencia, que estimó que las facultades discutidas se insertan en el ámbito específico de las competencias estatales en materia de coordinación general de la sanidad, para desestimar la impugnación de los artículos 4, 5, 6 y 8 del Real Decreto 1192/2012. Como señala la STC 33/2017, FJ 4, «lo que se atribuye en este precepto a los órganos estatales, no es una facultad de naturaleza ejecutiva o de desarrollo de las bases estatales en materia de sanidad, sino, más propiamente, una función previa y coadyuvante al ejercicio por la Comunidad Autónoma de su competencia para el otorgamiento de la tarjeta sanitaria, que consiste en coordinar la información existente para hacer posible la acreditación de que el asegurado o beneficiario reúne en cada momento las condiciones subjetivas previstas en la legislación aplicable para tener acceso a las prestaciones contempladas en la norma». En orden a garantizar el acceso a la asistencia sanitaria «en condiciones de igualdad, a todos los ciudadanos incluidos en el ámbito subjetivo de la norma, con independencia de su lugar de residencia, se reconocen a los órganos estatales unas facultades que tienen por único objeto la coordinación de una información compleja, dirigida a verificar y acreditar la situación individual de los sujetos y su inserción en alguno de los supuestos específicos que permiten el acceso a las correspondientes prestaciones; esto es, la concurrencia y permanencia de los requisitos legales habilitantes, que les permiten a cada uno de ellos ser titulares, en su condición de asegurado o beneficiario, de la tarjeta sanitaria individual». La función coordinadora que se atribuye a los órganos estatales «no interfiere en el ejercicio de las competencias autonómicas en materia de sanidad, limitándose a facilitar su ejercicio en relación a una multiplicidad de personas, que circulan por todo el territorio y cuyas circunstancias personales en relación al acceso al sistema pueden variar en el tiempo. Estamos, por tanto, ante lo que podemos calificar, en los términos utilizados por nuestra doctrina, como facultades de coordinación del sistema general de sanidad, con el fin de hacer posible la información recíproca y la homogeneidad técnica para el ejercicio conjunto de las competencias que corresponden a las autoridades estatales y autonómicas en esta materia».

El objeto de este conflicto se ciñe, como hemos dicho, al examen del amparo competencial de las actuaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina para el reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario reguladas en los artículos 4 a 8 del Real Decreto 1192/2012, que son las disposiciones del Estado impugnadas por el Gobierno Vasco en este proceso constitucional. No forman parte de este proceso, por el contrario, las condiciones materiales o sustantivas requeridas para ostentar esa condición de asegurado o beneficiario, establecidas en los artículos 2 y 3 de este mismo Real Decreto 1192/2012, dictados en desarrollo del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras la modificación efectuada en el mismo por el artículo 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012. El Gobierno Vasco no ha impugnado en este conflicto los citados artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012. No obstante, resulta obligado recordar que la STC 139/2016, de 21 de julio, declaró inconstitucional y nula la remisión «en blanco» a reglamento que hacía el artículo 3.3 de la Ley 16/2003, en la redacción dada por el artículo 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012, para que el Gobierno fijase el nivel de ingresos por encima del cual determinadas personas, no cubiertas de otra manera, se ven excluidas de la condición de asegurado. El Tribunal consideró en aquella Sentencia que esa remisión «en blanco» infringía la reserva de ley establecida en el artículo 43.2 CE. Y el artículo 2.1 b) del Real Decreto 1192/2012 es el que da cumplimiento a esa habilitación reglamentaria, fijando el máximo de ingresos para ostentar la condición de asegurado en los supuestos que menciona en cien mil euros en cómputo anual. Pues bien, aunque este artículo 2.1 b) no haya sido impugnado, como ya se ha dicho, los artículos 5.1 b), 6.1, 6.2 d) y 7.1 a), párrafo segundo, del Real Decreto 1192/2012, que sí son objeto de este conflicto, contienen una remisión al citado artículo 2.1 b), precepto este que ha de entenderse afectado por el pronunciamiento contenido en la STC 139/2016, FJ 9, que declaró inconstitucional y nulo el inciso «siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente» del artículo 3.3 de la Ley 16/2003, en la redacción dada por el Real Decreto-ley 16/2012.

5. Una vez desestimada la impugnación de los artículos 4, 5, 6 y 8 por los motivos señalados, el único precepto que resta por enjuiciar es el artículo 7, que lleva por rúbrica «De la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario», y cuyo contenido literal es el siguiente:

«1. La condición de persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas en el artículo 2.

En este caso, la condición de persona asegurada se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquél en que concurra la causa extintiva, salvo que se trate de la superación del límite de ingresos a que se refiere el artículo 2, en cuyo caso la extinción de la condición de persona asegurada se producirá con efectos del día uno de enero del año siguiente a aquél en que tal hecho se produzca.

La extinción de la condición de persona asegurada en este supuesto conlleva también la de las personas beneficiarias del mismo.

b) Por fallecimiento.

2. La condición de beneficiario de una persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas en el artículo 3.

No obstante, el hecho de dejar de residir en territorio español no conllevará la pérdida de la condición de persona beneficiaria cuando así lo establezcan las normas internacionales en materia de seguridad social que resulten de aplicación.

En este caso, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquél en que concurra la causa extintiva.

b) Por pasar a ostentar la condición de persona asegurada del artículo 2.1.a). En este supuesto, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el día en que se adquiera la condición de persona asegurada. Si, con posterioridad, se pierde la condición de persona asegurada pero se siguen reuniendo los requisitos previstos en el artículo 3 para ostentar la condición de persona beneficiaria, el reconocimiento de esta última condición tendrá efectos desde el día siguiente a aquél en que se extinga la condición de persona asegurada.

c) Por fallecimiento.»

Este precepto enumera los motivos de extinción de la condición de asegurado o de beneficiario y la fecha a partir de la cual la extinción tendrá efectos, pero no atribuye esta facultad específicamente a ningún órgano. No estamos, por tanto, ante un precepto que tenga naturaleza ejecutiva sino normativa, lo que implica que, para que pueda considerarse conforme con el orden competencial, el precepto debe tener carácter básico en la doble perspectiva formal y material.

Por lo que se refiere a la perspectiva formal hay que partir de que «en las materias de competencia compartida en las que, como ocurre en este caso, corresponde al Estado el establecimiento de las normas básicas, y a las Comunidades Autónomas el desarrollo normativo y la ejecución de dichas bases, la fijación de las bases debe hacerse con el soporte de la ley formal siempre que sea posible o, en todo caso, a través de norma reglamentaria del Gobierno que regule los aspectos centrales del régimen jurídico de la materia correspondiente» (STC 7/2016, de 21 de enero, FJ 5). Así, se ha aceptado que las normas básicas sean de rango reglamentario siempre que tengan una conexión clara con una norma legal y que la remisión a la norma reglamentaria se justifique por la naturaleza de la materia (STC 8/2012, de 18 de enero, FJ 6). En el presente supuesto, la norma reglamentaria tiene una clara conexión con la norma legal reguladora de la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud y se encuentra amparada en el carácter técnico de la materia que se pone de manifiesto de la propia redacción del precepto. Aunque ningún artículo de la Ley hace alusión expresa a la extinción de la condición de asegurado y de beneficiario, los motivos de extinción que regula el artículo 7 del Real Decreto 1192/2012 están implícitos en la norma legal (pérdida de las condiciones previstas

y fallecimiento) y la norma reglamentaria lo que hace es especificar dichas causas y completar el régimen de extinción fijando el día exacto a partir del cual se pierde la condición de asegurado y beneficiario por dejar de cumplir las condiciones establecidas legalmente.

Desde una perspectiva material, hay que recordar que, como señala la STC 136/2012, de 19 de junio, FJ 5, y reitera la STC 63/2017, de 25 de mayo, FJ 4, «la decisión acerca de quienes deban ser beneficiarios de las prestaciones sanitarias y cuáles sean dichas prestaciones, pertenece indudablemente al núcleo de lo básico, pues define los ámbitos subjetivo y objetivo de la propia materia». Por lo tanto, la decisión acerca de en qué supuestos se pierde la condición de asegurado y beneficiario de las prestaciones sanitarias pertenece también al núcleo de lo básico pues afecta al ámbito subjetivo de la garantía de la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud con cargo a fondos públicos.

En suma, por lo expuesto, la impugnación del artículo 7 del Real Decreto 1192/2012 ha de ser también 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. 6714-202.

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 Narvárez Rodríguez.—Alfredo Montoya Melgar.—Ricardo Enríquez Sancho.—Cándido Conde-Pumpido Tourón.—María Luisa Balaguer Callejón.—Firmado y rubricado.

Voto particular que formulan los Magistrados don Fernando Valdés Dal-Ré y don Juan Antonio Xiol Ríos a la Sentencia dictada en el conflicto positivo de competencia núm. 6714-2012

En ejercicio de la facultad que nos confiere el artículo 90.2 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional, y con el máximo respeto a la opinión defendida por la mayoría, discrepamos de la fundamentación jurídica de la Sentencia y, parcialmente, del fallo desestimatorio.

Nos remitimos a lo que quedó razonado en el Voto particular formulado a la STC 33/2017, de 1 de marzo: la atribución a órganos estatales del reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario del Sistema Nacional de Salud, recogida en el artículo 3 bis de la Ley 16/2003, y desarrollada por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, objeto de este conflicto, no tiene encaje en las competencias reservadas al Estado por el artículo 149.1.16 CE en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Las mismas razones nos llevan en este caso a discrepar de la decisión de la mayoría en cuanto, a nuestro juicio indebidamente, la norma ahora impugnada recoge dicha atribución en los artículos 4.1 y 4, 6.1 y 4, y 8.1 y 2.

Y en tal sentido emitimos este Voto particular.

Madrid, a veinte de julio de dos mil diecisiete.—Fernando Valdés Dal-Ré.—Juan Antonio Xiol Ríos.—Firmado y rubricado.