

**Expediente:** 32/2012

**Objeto:** Proyecto de Decreto Foral de modificación del Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, sobre procedimiento y condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra.

**Dictamen:** 40/2012, de 22 de octubre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 22 de octubre de 2012,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta, y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don José Antonio Razquin Lizarraga,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Formulación y tramitación de la consulta**

El día 21 de septiembre de 2012 tuvo entrada en este Consejo un escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, se recaba dictamen preceptivo sobre el proyecto de Decreto Foral por el que se modifica el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra, tomado en consideración por el

Gobierno de Navarra en sesión celebrada el día 29 de agosto de 2012, solicitándose, además, su tramitación con carácter urgente.

El día 16 de octubre de 2012 tiene entrada en este Consejo de Navarra escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra, acompañando documentación complementaria a requerimiento de este Consejo.

### **I.2ª. Expediente del proyecto de Decreto Foral**

Del expediente remitido, una vez completado, resulta el desarrollo de las actuaciones siguientes:

1. Por Orden Foral 47/2012, de 20 de julio, de la Consejera de Salud, se inició el procedimiento para la elaboración de un proyecto de Decreto Foral por el que se modifica el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, el proyecto), designando como órganos responsables del procedimiento a la Dirección General de Salud y a la Secretaría General Técnica.

2. El expediente incorpora una memoria de 22 de agosto de 2012, suscrita por el Secretario General Técnico y la Directora General de Salud, con el visto bueno de la Intervención de Hacienda, que se refiere a la justificación de la propuesta, el marco normativo, los aspectos organizativos y los aspectos económicos.

La justificación de la propuesta expone la evolución normativa (entre otros, Decretos Forales 71/1991, de 21 de febrero, y 640/1996, de 18 de noviembre; y Real Decreto 1088/1989, de 8 de noviembre), señalando que las personas que no tienen ingresos (nacionales y no nacionales, regulares e irregulares) han obtenido la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud en virtud del Real Decreto 1088/1989 únicamente con el cumplimiento del requisito del empadronamiento y que los extranjeros han tenido acceso al Sistema Nacional de Salud a través del procedimiento previsto en el citado Real Decreto en virtud de la modificación del artículo 12

de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de extranjería, por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre. El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de las prestaciones, ha variado el acceso a la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, destacando la práctica inclusión en el sistema de todos los nacionales y no nacionales en situación de regularidad y la exclusión parcial de los inmigrantes irregulares. Esta nueva regulación incide en la Comunidad Foral de Navarra, ya que, de un lado, la práctica totalidad de los nacionales y no nacionales regulares que tenían reconocida la cobertura sanitaria en Navarra (exclusivamente) en virtud del Decreto Foral 640/1996 van a tener la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud, con la consiguiente pérdida de virtualidad del Decreto Foral; y, de otro, hay que regular la situación en que van a quedar los inmigrantes en situación irregular, considerándose, a partir del artículo 11 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, que la asistencia sanitaria pública, de cobertura universal, se extiende a todas las personas que residan en Navarra, incluidos los inmigrantes con independencia de su situación legal o administrativa, lo que se enmarca dentro de las competencias de Navarra, que puede sobrepasar el mínimo fijado por la normativa básica estatal, si bien a los solos efectos de utilizar los medios y servicios sanitarios del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea sin que ello pueda surtir efectos más allá de su territorio, es decir, no se puede otorgar la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud. A tal fin, la vía correcta es modificar el Decreto Foral 640/1996, sin obviar los dos requisitos de la Ley Foral (residencia y posibilidad de exigir una contraprestación económica), incorporando las modificaciones de relevancia siguientes: en primer lugar, se actualiza la aportación en el doble sentido de adecuar las cuantías a la realidad del gasto sanitario y de distinguir en función de edades (vinculadas al gasto) y no por función de renta; en segundo lugar, para hacer el sistema menos gravoso se posibilita el pago fraccionado (por trimestres) y la devolución en caso de obtener la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud; y en tercer lugar, se exime del requisito de residencia

efectiva durante un año en Navarra a aquellas personas que residiendo en Navarra ya hubiesen obtenido la TIS y que a 31 de agosto la fueran a perder por aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 (inmigrantes irregulares) y a aquellos que no habiéndola obtenido, en aplicación del citado Real Decreto-ley, si la hubiesen solicitado con anterioridad a 1 de septiembre de 2012. Añade que la cuota se ha adecuado al gasto real medio.

El marco normativo menciona la normativa europea, nacional y foral de aplicación. En cuanto a los aspectos organizativos, se indica que no supone afección a la estructura organizativa del Departamento de Salud ni al trabajo de sus unidades. Y respecto de los aspectos económicos, se expresa que la cuantificación económica de la modificación propuesta es muy complicada en razón de las características de los colectivos de personas a los que va a afectar y, tras diversas estimaciones cuantitativas, concluye que no se puede establecer a ciencia cierta cual es el gasto derivado de esta modificación, pero que éste se asumirá con los presupuestos anuales del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

3. Obra en el expediente el informe relativo al impacto por razón de sexo, suscrito por la Secretaría General Técnica el 22 de agosto de 2012, en el que se afirma que el proyecto no incluye ningún contenido que pueda atentar contra el principio de igualdad entre hombres y mujeres o que pueda dar lugar a discriminaciones por razón de sexo. Asimismo, se incluye un estudio de cargas administrativas, suscrito por la Secretaría General Técnica el 22 de agosto de 2012, en el que se afirma que el proyecto no contempla ninguna disposición que suponga nuevas cargas administrativas.

4. La Secretaría General Técnica del Departamento de Salud emitió, con fecha 22 de agosto de 2012, informe jurídico sobre el proyecto. En él se explica la evolución normativa en la materia mostrando la nueva situación derivada del Real Decreto-ley 16/2012 y su incidencia en Navarra; se contempla el régimen competencial y, a la vista del bloque de constitucionalidad, de la legislación aplicable y de la jurisprudencia constitucional (con cita de la STC 136/2012), se considera que, respetando el mínimo básico estatal, la Comunidad Foral de Navarra puede establecer

otros servicios que lo mejoren, siempre y cuando no se modifique la condición de asegurado y beneficiario a los solos efectos de su vinculación con el Sistema Nacional de Salud, lo que no se hace en el proyecto; en cuanto al procedimiento, alude al cumplimiento del procedimiento de elaboración de disposiciones generales previsto en la Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y su Presidente (en lo sucesivo, LFGNP); y, en fin, concluye que el proyecto se está tramitando de conformidad con el ordenamiento jurídico y que, en cuanto al fondo, se ajusta a Derecho.

5. El proyecto ha sido sometido, mediante comunicación de 28 de agosto de 2012, a consulta de todos los departamentos, para que puedan realizar, en el plazo de diez días hábiles, alguna consulta y observación al mismo.

6. El Servicio de Secretariado del Gobierno y Acción Normativa emitió informe, con fecha 28 de agosto de 2012, en el que, tras formular distintas observaciones, concluye considerando que el proyecto se está tramitando adecuadamente y recomienda la consideración de las modificaciones propuestas referentes a la forma y estructura con el fin de lograr una mejor redacción y calidad técnica.

7. La Secretaría General Técnica del Departamento de Salud emitió, el 28 de agosto de 2012, informe en el que se analizan las observaciones puestas de manifiesto por el Servicio de Secretariado de Gobierno y Acción Normativa, aceptando unas y rechazando otras.

8. La Comisión de Coordinación, en sesión celebrada el 27 de agosto de 2012, examinó el proyecto que previamente había sido remitido a todos los Departamentos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

9. El Consejo Navarro de Salud, en sesión celebrada el 28 de agosto de 2012, fue informado sobre el proyecto.

10. El Gobierno de Navarra, en sesión celebrada el 29 de agosto de 2012, acordó tomar en consideración el proyecto a efectos de la preceptiva

consulta al Consejo de Navarra, señalando el carácter urgente en la emisión del dictamen por éste.

11. Mediante correo electrónico remitido por el Secretario General Técnico del Departamento de Salud con fecha 29 de agosto de 2012, se trasladó el proyecto a las organizaciones profesionales, económicas y sociales representadas en el Consejo Navarro de Salud confiriéndoles un plazo para realizar aportaciones hasta las catorce horas del 3 de septiembre de 2012. Con posterioridad, el 28 de septiembre de 2012 se remitió nuevamente el proyecto a las organizaciones e instituciones representadas en el citado Consejo otorgando un plazo de siete días hábiles para presentar alegaciones o propuestas.

En dichos períodos han presentado alegaciones diversas organizaciones e instituciones, que pueden resumirse del modo siguiente:

a) Comisiones Obreras: señala que el Real Decreto-ley 16/2012 invade las competencias de Navarra y nos lleva a un ataque brutal al derecho a la asistencia sanitaria y a la universalización de su acceso, plantea diversas cuestiones respecto del proyecto (derogación del Decreto Foral 71/1991; necesaria aclaración de la expresión “residencia habitual”; y aumento brutal de las aportaciones de los usuarios), alude a la necesidad de conocer previamente la propuesta de desarrollo normativo en cuanto a las medidas que se vienen anunciando sobre la financiación mediante políticas sociales de la atención a las personas inmigrantes ilegales con escasos recursos que no se contempla en el proyecto y destaca la incidencia de las modificaciones en la prestación de los servicios especialmente la atención de urgencias y el aumento de problemas de salud pública derivado de la creación de elementos de exclusión del acceso a la sanidad, por lo que no comparte ni aprueba el proyecto pues resulta muy problemático y dañino por derogar el principio de universalidad y propone la formulación de otra propuesta en la que se actualice la normativa de 1996 sin generar más nichos de exclusión y/o el deterioro de la atención sanitaria, garantizando de forma fehaciente y sin excepción el derecho a una atención sanitaria pública, universal y de calidad.

b) Asociación de Consumidores de Navarra "Irache": tras referirse al derecho a la protección de la salud, señala que con el Real Decreto-ley 16/2012 han quedado fuera del sistema sanitario personas que tenían derecho a acceder a él y el proyecto extiende la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular que residan en Navarra pero prevé obligaciones económicas, y es fundamental que paralelamente se apruebe otra norma que contemple ayudas económicas para las personas que no puedan afrontar el pago de las cuotas de participación.

c) Colegio de Diplomados/as en Trabajo Social y AA. SS. de Navarra: solicita la retirada del proyecto, ya que no ha habido participación alguna de los profesionales y supone una indefensión total de los usuarios, discriminación y aumento de la xenofobia, así como no recoge el derecho constitucional a la protección de la salud.

12. La Secretaría General Técnica del Departamento de Salud ha emitido, con fecha 8 de octubre de 2012, un breve informe explicativo del trámite de audiencia llevado a cabo y, con fecha 9 de octubre de 2012, un informe sobre las alegaciones presentadas.

### **I.3ª. El proyecto de Decreto Foral**

El proyecto de Decreto Foral sometido a consulta está integrado por una exposición de motivos, un artículo, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y una disposición final, así como un anexo.

El artículo único modifica, en cuatro apartados, los artículos 2.1, 4.1.e), 7.1 y 7.3 del Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra.

La disposición adicional primera se refiere a la tarjeta sanitaria individual; y la segunda a la igualdad de género.

La disposición transitoria única contempla la excepción al requisito de residencia habitual en Navarra.

La disposición derogatoria única deroga el Decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, sobre universalización de la asistencia sanitaria, y cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en el presente Decreto Foral.

La disposición final única establece la entrada en vigor del Decreto Foral, que se producirá el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

El Anexo recoge la solicitud de acceso al régimen de universalización de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Foral de Navarra.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen**

El proyecto sometido a consulta viene a modificar el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra, que se dictó en desarrollo de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (en adelante, LFS), y a su vez, desarrolla la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, atendiendo al nuevo régimen derivado del Real Decreto-ley 16/2012. Por tanto, el presente dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con el artículo 16.1.f) de la LFCN.

Por otra parte, el Gobierno de Navarra ha puesto de manifiesto la urgencia del expediente y, atendida esta sugerencia, el Consejo de Navarra emite el dictamen dentro del plazo más breve posible.

### **II.2ª. Competencia de la Comunidad Foral y del Gobierno de Navarra. Marco normativo**

La Constitución Española (en adelante, CE) reconoce el derecho a la protección de la salud y ordena a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, señalando que la Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto (artículo 43 CE).

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea contempla en su artículo 35 la protección de la salud en los términos siguientes: “Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”; lo que ha de entenderse y aplicarse de acuerdo con las disposiciones generales previstas en los artículos 51 a 54 de ella. Por otra parte, ha de tenerse en cuenta la regulación comunitaria contenida, primordialmente, en el Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y en el Reglamento (CE) nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) no 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

Corresponde al Estado la competencia exclusiva en materias de nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo (artículo 149.1.2ª CE), de sanidad exterior, de bases y coordinación general de la sanidad y de legislación de productos farmacéuticos (artículo 149.1.16ª CE) y de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (artículo 149.1.16ª CE).

En el ordenamiento jurídico estatal, son dignas de mención, a los efectos que aquí interesan, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 16/2003 (en la redacción

dada por la Ley 26/2011), son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, 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 y los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los tratados y convenios suscritos. Por su parte, el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 (en la redacción dada por la Ley Orgánica 2/2009), reconocía el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles a los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, así como a los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España; y asimismo establecía el derecho de los extranjeros que se encuentren en España a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica, y para las extranjeras embarazadas que se encuentren en España el derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. Y, en último término, la disposición adicional sexta (“Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública”) de la Ley 33/2011 extiende 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 que ello modifique el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico.

La Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (en lo sucesivo, LORAFNA), atribuye a la Comunidad Foral, en materia de sanidad interior e higiene, las competencias y facultades que ostentaba a su entrada en vigor y, además, las de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado y la facultad de organizar y administrar todos los servicios, correspondiendo al

Estado la coordinación y alta inspección conducente al cumplimiento de las facultades y competencias que a él le corresponden (artículo 53 LORAFNA); y en materia de seguridad social, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la Seguridad Social, y la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, pudiendo Navarra, dentro de su territorio, organizar y administrar todos los servicios correspondientes a las materias a las que se refiere el apartado anterior y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones relacionadas con las mismas, y correspondiendo al Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las facultades y competencias contenidas en este artículo (artículo 54 LORAFNA).

La Comunidad Foral de Navarra tiene una legislación propia en materia sanitaria, de la que pueden destacarse, en lo que aquí interesa, la LFS y la Ley Foral 17/2010, así como las disposiciones que las desarrollan. En lo que ahora concierne, el artículo 3 de la LFS (hoy derogado por la Ley Foral 17/2010) dispuso la extensión de la asistencia sanitaria pública dentro de su territorio a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra; y, en su desarrollo, primero por Decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, se extendió la asistencia sanitaria pública a todas aquellas personas que carezcan de protección sanitaria pública o posibilidad de acceso a la misma por cualquier título jurídico, y luego por Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, se estableció el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de Universalización de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Foral de Navarra. Y, finalmente, de acuerdo con el artículo 11 de la Ley Foral 17/2010, la asistencia sanitaria pública, de cobertura universal, se extiende a todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra, incluidos los inmigrantes que residan en los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa; a los transeúntes en el territorio de la Comunidad Foral se les garantizará la asistencia sanitaria pública en la forma y condiciones que establezca la legislación vigente, el derecho de la Unión Europea y los convenios nacionales o internacionales que resulten de aplicación; igualmente se garantiza la asistencia sanitaria pública a las personas menores de edad y a las mujeres gestantes no incluidas en los

apartados 1 y 2 del presente artículo; y además, se garantiza a todas las personas la atención sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

Este marco normativo, tanto estatal como foral, resulta afectado por el 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, sobre cuya constitucionalidad se pronunció este Consejo en el dictamen 29/2012, de 30 de julio, en el que se indican las novedades que aquél incorpora y su incidencia en la normativa estatal y en la legislación foral de Navarra, así como se concluye, en lo que ahora interesa, que su artículo 1.Uno y Dos, la disposición transitoria primera y la disposición adicional tercera no vulneran las competencias que Navarra ostenta en materia de sanidad. Por tanto, hemos de partir y nos remitimos a lo señalado en dicho dictamen, bastando ahora recordar el alcance de la reforma que a través del Real Decreto-ley 16/2012 se introduce en el extremo ahora considerado, así como una referencia a la doctrina general sobre la delimitación de competencias en materia de sanidad.

El Real Decreto-ley 16/2012 introduce un nuevo régimen con las modificaciones siguientes:

a) La regulación de la condición de asegurado (nueva redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) por referencia a las personas a las que se garantizará la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, por lo que aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial. Se considera asegurado al trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta, al pensionista del sistema de la Seguridad Social, al perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo y a quien ha agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figura inscrito en la oficina correspondiente como demandante

de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título. En los demás casos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente. Además, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%. Ello no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

- El reconocimiento y control de la condición de asegurado corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social y, en su caso, al Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales, y se hará de forma automática en los supuestos previstos en el artículo 3.2. 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 (nuevo artículo 3 bis añadido a la Ley 16/2003). Así pues, esta tarjeta será interoperable en todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

- Se prevé la asistencia sanitaria en casos especiales, referida a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, con las modalidades siguientes: de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, y de asistencia al embarazo, parto y postparto; así como, en todo caso, los

extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles (nuevo artículo 3 bis añadido a la Ley 16/2003).

- Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria (nueva redacción del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social). Asimismo, se modifica el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

- Y, finalmente, las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor del real decreto-ley, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España y no ostenten la condición de asegurado con arreglo a la nueva regulación o en aplicación de reglamentos comunitarios o convenios bilaterales, así como los beneficiarios de unas y otras, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de asegurado o de beneficiario del mismo (disposición transitoria primera del Real Decreto-ley 16/2012); esto es, a partir del 1 de septiembre de 2012 se aplica el nuevo régimen de asegurado y beneficiario.

En su desarrollo, el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, 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. En la condición de personas aseguradas se incluye, amén de las personas comprendidas en alguno de los supuestos del artículo 3.2 de la Ley 16/2003 [artículo 2.1.a)], también –actualizando la remisión al reglamento- a las “no comprendidas en el apartado anterior ni en el artículo 3 de este real decreto que, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos: 1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español; 2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico

Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros; y 3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica” [artículo 2.1.b)]. Y la definición de la condición de personas beneficiarias (artículo 3.1 y 2) va acompañada de la exigencia del cumplimiento de los dos requisitos siguientes: no ostentar la condición de personas aseguradas con base en el artículo 2.1.a) y tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de aquellas personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que éstos se encuentren en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español (artículo 3.3).

De todo ello resultan, como novedades destacadas, según explican acertadamente tanto la memoria como el informe jurídico de la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud obrantes en el expediente remitido, la práctica inclusión en el Sistema Nacional de Salud de todos los nacionales y no nacionales en situación de regularidad (con la excepción de los no vinculados a la Seguridad Social con ingresos superiores a cien mil euros al año) y la exclusión parcial de los inmigrantes irregulares, a los que se reconoce la asistencia de urgencias, las asistencias ligadas al embarazo y al parto y la total a los menores de edad; por lo que el proyecto pasa a contemplar esencialmente a los irregulares y a los nacionales o extranjeros “legales” con ingresos superiores a cien mil euros y no vinculados con la seguridad social por los medios que reconocen la condición de asegurado o beneficiario.

En cuanto a la delimitación de competencias en materia de sanidad, basta reseñar, que, según resulta de la reciente STC 136/2012, de 19 de junio, se articula del modo siguiente (FJ 4):

“En segundo lugar, desde la perspectiva material, tempranamente establecimos que tendrán tal condición las normas dirigidas a “garantizar en todo el Estado un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, los intereses generales a partir [de los cuales] pueda cada Comunidad

Autónoma, en defensa de sus propios intereses, introducir las peculiaridades que estime convenientes y oportunas, dentro del marco competencial que en la materia le asigne su Estatuto" (STC 69/1988, de 19 de abril, FJ 5, doctrina recogida en la citada STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 4).

Sobre el concreto alcance de las bases de la sanidad, nos pronunciamos en la citada STC 98/2004, de 25 de mayo, en la que afirmamos que la financiación pública del medicamento, constituye "un aspecto esencial o nuclear de la regulación de la prestación farmacéutica, al ser un presupuesto necesario para el acceso de los ciudadanos a los medicamentos en condiciones de igualdad, a precio razonable y con un precio público ajustado", quedando garantizada "una uniformidad mínima en las condiciones de acceso a los medicamentos con independencia del lugar en el que dentro del territorio nacional se resida y se evita la introducción de factores de desigualdad en la protección básica de la salud" (FJ 7).

Constatamos también entonces que, en materia de sanidad, "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 art. 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" (mismo FJ 7), doctrina que ha sido reiterada recientemente, en la supra citada STC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3."

Y más adelante esta STC 136/2012 declara el carácter básico de los artículos 2.e) y 3 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en los términos siguientes (FJ 5):

"Pues bien, en aplicación de la doctrina *supra* recogida, cabe concluir que la decisión acerca de quiénes 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. En efecto, la definición de quiénes pueden considerarse asegurados y en consecuencia tener acceso al Sistema Nacional de Salud, así como las concretas prestaciones sanitarias que deben ser garantizadas a todos ellos, por integrarse en la «cartera común», permite establecer un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, el acceso a la sanidad por parte de todos los ciudadanos incluidos en el ámbito subjetivo de la norma, con independencia de su lugar de residencia. Vinculado con ello, forma lógicamente también parte del ámbito de lo básico la concreta definición de las diferentes modalidades de prestaciones sanitarias comunes (básicas, suplementarias o de servicios accesorios).

Además, también por aplicación de nuestra doctrina (SSTC 98/2004, de 25 de mayo; y 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3) cabe considerar como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, lo que incluye tanto la garantía general de financiación pública como, dentro de esta garantía, los supuestos en los que algunas prestaciones comunes que no son básicas (las «suplementarias» y de «servicios accesorios») pueden estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario del servicio (tasa o «copago»). En efecto, la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional.

Finalmente, dichas bases habilitan un margen para el desarrollo, por parte de las Comunidades Autónomas, de su propia política sanitaria. Éstas podrán, respetando el mínimo formado por las carteras comunes, aprobar sus propias carteras de servicios (art. 8 quinquies), y establecer servicios adicionales para sus residentes. Es decir, las Comunidades Autónomas podrán mejorar el mínimo estatal, pero en ningún caso empeorarlo.”

Expuesta esta doctrina constitucional, procede ahora verificar, desde una perspectiva general, si el proyecto objeto de consulta se ajusta a la referida delimitación competencial, esto es, si se dicta dentro de las competencias de Navarra y respeta la legislación básica estatal en materia de sanidad.

El proyecto sometido a consulta tiene por finalidad adecuar la anterior normativa foral a la nueva situación derivada del Real Decreto-ley 16/2012 y lo hace –como se insiste en la memoria y el informe jurídico precitados– contemplando primordialmente a las personas que carecen de la condición de asegurado y de beneficiario del Sistema Nacional de Salud, a los solos efectos de utilizar los medios y servicios sanitarios del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, sin que ello pueda surtir efectos más allá de su territorio y, en particular, sin que se pueda otorgar la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud. Así pues, pretende la actualización de una regulación propia, a partir de la consideración y respeto de la legislación básica del Estado recientemente reformada.

En tal sentido el proyecto guarda cierto parangón con un precedente normativo autonómico que ha sido cuestionado por la Administración General del Estado. Como expresó este Consejo de Navarra en el precitado dictamen 29/2012, el Consejo de Estado en su dictamen 796/2012, de 12 de julio, ha considerado inconstitucional el artículo 2.2 y 3 del Decreto del Gobierno Vasco 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, y frente a tales preceptos el Gobierno de la Nación ha planteado conflicto positivo de competencias con invocación del artículo 161.2 CE, lo que produce la suspensión de la vigencia y aplicación del Decreto impugnado, desde la fecha de interposición del conflicto (BOE núm. 183, de 1 de agosto de 2012).

Sin embargo, este Consejo entiende, reiterando lo señalado en su dictamen 29/2012, que, de acuerdo con la referida delimitación competencial en materia de sanidad, la Comunidad Foral de Navarra es competente, con respeto y más allá de la normativa básica estatal, para desarrollar su propia política sanitaria mediante la adopción de aquellas medidas que estime convenientes en orden a mejorar los aspectos subjetivos u objetivos de la asistencia sanitaria, o de las prestaciones a ella inherentes, a los residentes en su territorio, como ha venido realizando hasta ahora, según resulta de la legislación foral antes reseñada. Y esto es lo que hace, desde una perspectiva general y como luego se analizará pormenorizadamente, el

proyecto objeto de la presente consulta, que regula, respetando y más allá del nuevo régimen de la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, el acceso a los servicios y prestaciones de la asistencia sanitaria pública de Navarra.

En definitiva, el proyecto de Decreto Foral examinado se dicta en virtud de las facultades de desarrollo legislativo y ejecución que ostenta la Comunidad Foral en materia de sanidad interior (artículo 53.2 LORAFNA). Por otra parte, hay que indicar que el artículo 23.1 de la LORAFNA atribuye al Gobierno la función ejecutiva, comprendiendo la reglamentaria; y, de acuerdo con la Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y su Presidente (en lo sucesivo, LFGNP), corresponde al Gobierno de Navarra la potestad reglamentaria (artículos 7, 12 y 55.1) y sus disposiciones generales adoptarán la forma de Decreto Foral (artículos 12.3 y 55.2).

En consecuencia, el proyecto examinado se dicta al amparo de las competencias de Navarra en materia de sanidad interior, en ejercicio de la potestad reglamentaria que corresponde al Gobierno de Navarra y su rango es el adecuado.

### **II.3ª. Tramitación del proyecto de Decreto Foral**

La LFGNP establece el procedimiento de elaboración de las disposiciones reglamentarias en el ámbito foral navarro (Capítulo IV del Título IV, artículos 58 a 63).

De acuerdo con el artículo 58.2 de la LFGNP, el ejercicio de la potestad reglamentaria debe realizarse motivadamente, en su preámbulo o por referencia a los informes que sustenten la disposición general. En el presente caso, el proyecto dispone la justificación legalmente requerida, tanto en su exposición de motivos como en la memoria e informe jurídico incorporados al expediente.

Siguiendo los trámites fijados en los preceptos de la LFGNP, el procedimiento de elaboración de la disposición consultada se ha iniciado

mediante Orden Foral de la Consejera de Salud que designó a la Dirección General de Salud y a la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud, como órganos responsables de su elaboración y tramitación.

En el expediente consta una memoria de carácter justificativo, normativo, económico y organizativo, en la que se explica el contenido del proyecto y se razona la conveniencia de su regulación y la adecuación de la propuesta a los fines perseguidos. En cumplimiento de lo ordenado por el artículo 62 de la LFGNP, también se ha incorporado un informe de impacto por razón de sexo. Asimismo, se incluye un estudio de cargas administrativas.

Se ha informado del proyecto al Consejo Navarro de Salud, órgano de participación comunitaria en la Administración sanitaria de la Comunidad Foral (artículos 41 a 43 LFS y 46 de la Ley Foral 17/2010); y se ha dado audiencia a las organizaciones profesionales, económicas y sociales representadas en dicho Consejo, algunas de las cuales han formulado alegaciones, que han sido objeto de un informe de la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud. Sin embargo, no se ha consultado al Consejo Navarro de la Inmigración, por considerar, a decir del informe de la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud de 28 de agosto de 2010, que se trata de una reforma en el ámbito sanitario que tiene efecto y alcance más allá de la inmigración y que era suficiente la consulta al Consejo Navarro de Salud; lo que, a juicio de este Consejo de Navarra, hubiera sido recomendable.

Obran en el expediente el informe de la Secretaría General Técnica del Departamento y el realizado por el Servicio de Secretariado del Gobierno y Acción Normativa.

El proyecto fue enviado a todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y examinado en la sesión de la Comisión de Coordinación celebrada el 27 de agosto de 2012. Y, finalmente, el proyecto con el expediente reseñado se ha remitido a consulta de este Consejo.

Por lo expuesto, la tramitación del proyecto se ajusta en términos generales al ordenamiento jurídico.

#### **II.4ª. Sobre la adecuación jurídica del proyecto**

Según se desprende de lo establecido por los artículos 51 y 62.2 de la LRJ-PAC y 56 de la LFGNP, el ejercicio de la potestad reglamentaria encuentra como límite infranqueable el respeto a los principios de constitucionalidad, legalidad y jerarquía normativa, de modo que las disposiciones reglamentarias no podrán vulnerar la Constitución, la LORAFNA, las leyes u otras disposiciones de rango superior, ni regular materias reservadas a la ley, ni establecer la retroactividad de disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de los derechos individuales.

Junto a esta consideración de carácter general, el primordial parámetro de referencia para fundamentar nuestro pronunciamiento sobre la adecuación jurídica del proyecto el marco normativo más atrás reseñado, en particular, la Ley Foral 17/2010 y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en la redacción dada a la misma por el Real Decreto-ley 16/2012.

#### **A) *Justificación***

Como se indica en la exposición de motivos y en la memoria e informe jurídico obrantes en el expediente, el proyecto se justifica en la necesidad de adaptar el contenido del Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra, a la vista de la incidencia de la nueva condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, resultante de la reforma de la Ley 16/2003 por el Real Decreto-ley 16/2012, y del Real Decreto 1192/2012, que no contemplan todos los supuestos en los que se demanda la prestación de la asistencia sanitaria. Resulta, por tanto, debidamente motivada la justificación y conveniencia del proyecto sometido a consulta.

## **B) *Modificación del Decreto Foral 640/1996***

El artículo único del proyecto modifica, en cuatro apartados, distintos preceptos del Decreto Foral 640/1996. Su ponderación jurídica, a la luz del reseñado marco normativo que le sirve de referencia, ofrece el resultado siguiente:

a) El apartado Uno del artículo único del proyecto modifica el artículo 2 del Decreto Foral 640/1996, sobre los beneficiarios, dando nueva redacción a su apartado 1, de modo que donde antes decía “no tengan la obligación legal de cotizar a la Seguridad Social o a cualquier otro sistema de previsión sanitaria pública, o no tengan la posibilidad de acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título jurídico, y carezcan de la condición de beneficiarios de un régimen público de asistencia sanitaria”, ahora pasa a decir “no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del Sistema Nacional de Salud según lo establecido en la normativa estatal básica”. Nada ha de objetarse a este precepto, que adecua la regulación anterior al nuevo régimen derivado del Real Decreto-ley 16/2012.

b) El apartado Dos del artículo único del proyecto modifica el artículo 4.1.e) del Decreto Foral 640/1996, que exige la aportación ahora del “Modelo cumplimentado de solicitud de Documento de Identificación de acceso al régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública, con validez únicamente en Navarra”, que se recoge en el anexo; lo que supone básicamente sustituir la anterior referencia a la “Tarjeta Individual Sanitaria” por “Documento de Identificación” y el anterior anexo I. Tampoco ha de formularse tacha a esta reforma, que trata de ajustarse a la nueva regulación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012.

c) El apartado Tres del artículo único del proyecto modifica el artículo 7.1 del Decreto Foral 640/1996, sobre las aportaciones: donde la contribución a la financiación consistía en “una cuota de participación por importe de 18.000 pesetas al año para unos ingresos anuales de hasta 2.000.000 de pesetas y con el tres por ciento del total de los ingresos anuales, cuando éstos superen dicha cantidad, y hasta un máximo de aportación de 126.000 pesetas al año”, se pasa ahora a una cuota de 764,46

euros al año para las personas físicas entre 0 y 64 años de edad y de 2.675,62 euros para las personas físicas de 65 y más años de edad. Tampoco se formula reproche jurídico a esta reforma, que, manteniendo el precedente criterio contributivo, lo adapta al nuevo régimen básico estatal con la supresión de las referencias a cifras de ingresos en razón del umbral mínimo fijado en el artículo 2.b) del Real Decreto 1192/2012 y la adecuación de las cuantías de la aportación –a decir de la memoria- conforme al gasto real medio y al sistema de cálculo previsto en un proyecto de “Orden Ministerial por la que se regula la suscripción de convenios especiales de asistencia sanitaria y la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en situaciones especiales” en curso de elaboración por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con inclusión, en el caso de Navarra, también de la cartera suplementaria.

d) El apartado Cuatro del artículo único modifica el artículo 7 del Decreto Foral 640/1996, sobre las aportaciones, añadiendo un nuevo apartado 3, a cuyo tenor la cuantía de la aportación podrá abonarse de forma anual o trimestral y, de ser anual, si el interesado obtiene posteriormente la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud podrá devolverse, previa solicitud, la cuantía proporcional al periodo de tiempo que reste de anualidad. No se formula objeción a esta previsión.

No obstante, es preciso significar que estas dos últimas reformas han de entenderse de forma armónica con el régimen de convenio especial de prestación sanitaria previsto en el régimen estatal (disposición adicional tercera del Real Decreto 1192/2012); lo que, en su caso, sería conveniente precisar en el proyecto.

### **C) Otras disposiciones**

La disposición adicional primera, relativa a la tarjeta individual sanitaria, dispone que, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 16/2003, a las personas que se incluyan en el régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra no se le tramitará tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud y tampoco generarán

derecho a la Tarjeta Sanitaria Europea. Con ello, a fin de respetar la legislación básica estatal, se ciñe el alcance del derecho reconocido en el Decreto Foral al acceso a los servicios y prestaciones de la asistencia sanitaria pública de Navarra.

La disposición adicional segunda, sobre la igualdad de género, prevé que en los casos en que se utilizan sustantivos del género masculino debe entenderse que se hace por mera economía de la expresión, incluyendo tanto a hombres como a mujeres con estricta igualdad en cuanto a los efectos jurídicos. No se formula objeción a este precepto.

La disposición transitoria única exceptúa del cumplimiento del requisito de la residencia habitual en Navarra con una antigüedad mínima de un año a las personas que se encuentran en algunas de las dos situaciones siguientes: 1) Que, siendo residentes en Navarra, hubiesen obtenido la Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud y que, no obstante, hayan perdido el derecho al acceso a la asistencia sanitaria en aplicación de lo dispuesto en la disposición transitoria primera del Real Decreto-ley 16/2012; y 2) Que, siendo residentes en Navarra, hubiesen solicitado el acceso al Sistema Nacional de Salud con posterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 y antes del 1 de septiembre de 2012, sin haber obtenido el derecho de acceso como consecuencia de las modificaciones operadas por dicho Real Decreto-ley. Ningún reproche merece tal previsión, que, a la vista del referido marco competencial, se encuadra dentro de las competencias de Navarra y respeta la legislación básica estatal.

La disposición derogatoria prevé la derogación expresa del anterior Decreto Foral 71/1991, sobre universalización de la asistencia sanitaria, e incluye una cláusula general derogatoria de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la regulación que se propone. Nada hay que objetar.

La disposición final única preceptúa la entrada en vigor del Decreto Foral al día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra, lo que es conforme a Derecho.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que el proyecto de Decreto Foral por el que se modifica el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra, se ajusta al ordenamiento jurídico.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.