

---

# REFLEXIONES JURÍDICAS SOBRE LA TASA DE UN EURO POR RECETA DE CATALUÑA Y MADRID (\*)

---

Albert Navarro García  
Área de Derecho Financiero y Tributario  
Universitat de Girona

## RESUMEN

El contexto actual de crisis económica ha provocado que los poderes públicos busquen alternativas a la financiación tradicional de los servicios públicos, debido a la considerable disminución de la recaudación de impuestos. Así, por ejemplo, en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid se introdujo la *llamada tasa de un euro por receta*. Ambas tasas están actualmente suspendidas por el Tribunal Constitucional como consecuencia de la presentación de recursos de inconstitucionalidad contra cada una de ellas. En este trabajo no sólo se estudia la configuración legal de estas tasas con la vocación de clarificar su verdadera naturaleza jurídica, sino también para reflexionar sobre las incertidumbres existentes sobre su constitucionalidad.

*Palabras clave:* Tasa, prestaciones farmacéuticas, sanidad, financiación pública.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. 2. EL ESTABLECIMIENTO DE LA TASA DE UN EURO POR RECETA EN CATALUÑA Y MADRID. 3. LA TASA POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA EMISIÓN DE RECETAS MÉDICAS Y ÓRDENES DE DISPENSACIÓN. 3.1. Hecho imponible y devengo. 3.2. Sujetos pasivos. 3.3. Exenciones tributarias. 3.4. Cuota tributaria. 3.5. Gestión del cobro. 4. NATURALEZA JURÍDICA. 5. ANÁLISIS DE CONSTITUCIONALIDAD DE LA TASA DE UN EURO POR RECETA. 6. REFLEXIONES FINALES. BIBLIOGRAFÍA.

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde hace ya algunos años, en España, concretamente desde 1967, así como en la mayoría de Estados miembros de la Unión Europea, existe el llamado «copago farmacéutico».

---

(\*) Este trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto sobre «Reordenación y financiación de las competencias locales en un contexto de crisis económica» (DER2012-39216-C02-02) finan-

Recientemente, la regulación de la aportación que realiza el paciente cuando compra un medicamento ha sido modificada 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. A grandes rasgos, por no ser el objeto de este estudio, quiero únicamente señalar que este Real Decreto-Ley además de elevar los porcentajes de participación que determinan la aportación económica que deberán satisfacer los ciudadanos, introduce la capacidad económica, según el nivel renta y la condición de asegurado en activo o asegurado pensionista de la Seguridad Social, para fijar dicha aportación. Así, por ejemplo, un ciudadano en activo que perciba rentas entre 18.000 y 100.000€ al año deberá aportar el 50% del coste de los medicamentos y un pensionista con unas rentas entre 18.000 y 100.000€ al año deberá aportar el 10% del coste de los medicamentos con un máximo de 18€ al mes (1).

El actual contexto de crisis económica y financiera, así como el déficit crónico y acumulado en algunos sectores de protección, como la sanidad pública, también ha conllevado que otros niveles territoriales de gobierno, con el fin de obtener ingresos para sufragar los costes derivados de las actuaciones y servicios públicos que las diferentes leyes les encomiendan, hayan buscado nuevas fórmulas de financiación, semejantes a la medida descrita adoptada por el Gobierno central.

Así, los gobiernos de la Generalitat de Cataluña y de la Comunidad de Madrid han aprobado una tasa por la prestación de servicios en la prescripción y dispensación de medicamentos mediante la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, que se añade al copago farmacéutico ya existente en todo el territorio español. Este tributo es conocido popularmente como la *tasa de un euro por receta*, y de esta manera me referiré a él a lo largo de este trabajo.

Según los gobiernos de Cataluña y de la Comunidad de Madrid, la finalidad de esta medida no es tanto únicamente recaudatoria, sino que el objeto es moderar la compra de medicamentos, creando, por tanto, una barrera de acceso a dicha compra que, en ocasiones, puede llegar a ser desproporcionada. Con esto se quiere limitar el alto coste que conlleva la financiación pública de productos farmacéuticos. No obstante, no me cabe duda que la intención de dichos gobiernos no es sólo la de establecer un «ticket moderador» sino la de obtener nuevos ingresos públicos.

Es necesario señalar que se emplea indistintamente el término «copago» para identificar realidades muy distintas. Así, por ejemplo, a la aportación económica que realiza el usuario cuando adquiere un medicamento se le denomina «copago farmacéutico» aunque en realidad la naturaleza de dicha aportación es la de precio privado, que se determina, por un lado, según los precios de referencia de los medicamentos establecidos por el Estado, que suponen un límite al nivel de cobertura del seguro al hacer responsable al consumidor del coste marginal de un determinado medicamento y, por el otro, mediante el baremo regulado en el Real Decreto-ley 16/2012. La otra parte del coste del medicamento es asumida por las Administraciones Públicas que subvencionan dichos precios. Ahora bien, en muchas otras ocasiones se utiliza la expresión «copago» para describir aquellas situaciones en las cuáles el usuario de un servicio público o el beneficiario de una actividad administrativa debe asumir parte de su coste me-

---

ciado por el Ministerio de Economía y Competitividad y dirigido por la Prof. Dra. María Luisa Esteve Pardo.

(1) Para una información completa sobre estas modificaciones, *vid.* LARIOS RISCO, D. (2012): «La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud: a propósito de las medidas introducidas por el Real Decreto-Ley 16/2012», pp. 163-248 en PALOMAR OLMEDA, A., LARIOS RISCO, D. y VÁZQUEZ GARRIDO, J.: *La Reforma Sanitaria*. Navarra: Ed. Aranzadi.

diante el pago de un tributo, concretamente, de una tasa, como ocurre en el caso de la *tasa de un euro por receta*.

Por último, conviene apuntar que el objetivo de este trabajo no es tan sólo analizar la configuración legal establecida en la normativa correspondiente de creación de esta tasa con el objeto de aclarar su naturaleza jurídica, sino también indagar sobre las dudas existentes sobre su constitucionalidad.

## 2. EL ESTABLECIMIENTO DE LA TASA DE UN EURO POR RECETA EN CATALUÑA Y MADRID

El Gobierno de Cataluña, conjuntamente con la aprobación de la Ley 1/2012, de 22 de febrero, de presupuestos de la Generalitat de Catalunya para el 2012, pretendió aprobar el Proyecto de Ley de medidas fiscales y financieras y de creación del impuesto sobre las estancias en establecimientos turísticos (2).

Antes de la aprobación de este Proyecto de Ley del Gobierno catalán, un grupo de diputados del Parlamento de Cataluña (3) plantearon dudas sobre la conformidad con la Constitución Española (en adelante, CE) y con el Estatuto de Autonomía de Cataluña (en adelante, EAC) sobre más de 50 preceptos de este Proyecto de Ley de medidas fiscales, según el procedimiento previsto en dicho Estatuto, ante el Consejo de Garantías Estatutarias de Cataluña (en adelante, CGE). Entre dichos preceptos, se encontraban los artículos que creaban la llamada *tasa de un euro por receta*. En concreto, los argumentos alegados se basan, por un lado, a la posible vulneración del art. 43 CE, que reconoce el derecho a la protección de la salud, en relación con los arts. 14 y 9.3 CE, y por el otro, y fundamentalmente, por la posible contradicción con los arts. 149.1.16 y 149.1.17 CE debido a la posible invasión competencial del legislador autonómico.

El CGE legitimó este Proyecto de Ley ya que consideró que no se producía la vulneración de los artículos constitucionales indicados. Este órgano catalán estimó que la tasa no recae sobre el precio del medicamento, sino sobre los servicios que se desprenden de la receta electrónica, aunque este no es el único argumento al que recurre para declarar la legalidad de esta tasa. Más adelante analizaré con mayor profundidad el Dictamen emitido por el CGE.

Finalmente pues, mediante la Ley 5/2012, de 20 de marzo, de medidas fiscales, financieras y administrativas y de creación del impuesto sobre las estancias en establecimientos turísticos, se aprobó la *tasa de un euro por receta*, regulada en el Capítulo XXII en el título XXI (artículo 21.22) del Decreto Legislativo 3/2008, de 25 de junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de tasas y precios públicos de la Generalitat de Cataluña (en adelante, TRLTPPC).

La creación de la *tasa de un euro por receta*, así como de las demás medidas previstas por la Ley 5/2012, tiene su causa en la crisis económica y financiera actual, que está conllevando una reducción drástica de ingresos por parte de las Administraciones Públicas y, en consecuencia, provoca que los diferentes niveles de gobierno deban aplicar fuertes

---

(2) Este Proyecto de Ley se puede consultar en el Boletín Oficial del Parlament de Catalunya (BOPC) núm. 249, de 10 de febrero de 2012.

(3) Concretamente, plantearon estas dudas ante el Consejo de Garantías Estatutarias de Cataluña más de una décima parte de los diputados del Parlamento del Grupo parlamentario *Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Unida i Alternativa* y de los Subgrupos parlamentarios de *Solidaritat Catalana* y de *Ciutadans per Catalunya*.

restricciones presupuestarias para reducir el gasto público, además de encontrar nuevos mecanismos de financiación para sufragar los costes, por ejemplo, de servicios de especial sensibilidad para los ciudadanos, como la sanidad pública o la justicia. Como se señala en el preámbulo de esta Ley:

«Cataluña, como todas las economías de su entorno, sufre las consecuencias de la crisis económica y financiera internacional. Precisamente, los problemas estructurales de la economía catalana que han conducido a esta crisis y sus repercusiones ilustran la necesidad urgente de algunas de las medidas adoptadas en las disposiciones de la presente ley. Por este motivo, algunas medidas se dirigen a incrementar los ingresos –entre estas, las medidas tributarias recogidas en los títulos I y III–, y otras tratan de reducir el gasto público, fundamentalmente las que recoge el título II, que pretenden una estrategia de racionalización de los recursos humanos al servicio de la Administración catalana»

No obstante, creo que es de importancia recordar que, aunque la *tasa de un euro por receta* se recoge en el título I, y por tanto, según la literalidad del preámbulo su finalidad es la de incrementar los ingresos públicos, el propósito declarado por el Gobierno catalán para implantar esta medida se basaba en la intención de que se racionalizase o moderase la compra, en ocasiones abusiva, de medicamentos (4).

La tasa catalana de un euro por receta se empezó a exigir el día 23 de junio de 2012. Sin embargo, actualmente este tributo se encuentra suspendido de forma cautelar desde el 15 de enero de 2013 ya que el Presidente del Gobierno estatal, después de la preceptiva consulta al Consejo de Estado (5), presentó un recurso de inconstitucionalidad (6) contra la tasa creada por la Generalitat de Cataluña con base, entre otros argumentos, en la posible vulneración del art. 149.1.1 CE, en relación con el art. 43 CE, que promueve la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos, ya que se estima que esta tasa incide en el precio de los medicamentos, siendo esto además de competencia estatal.

Del mismo modo, la Comunidad de Madrid, aprobó junto a sus Presupuestos para el año 2013, la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. Esta Ley crea, entre otras, la tasa por la prestación de servicios administrativos complementarios de información, con ocasión de la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, por los órganos competentes de la Comunidad de Madrid (7), de características muy similares a la adoptada por Cataluña, aunque en este caso el legislador

---

(4) Afirma PIÑA GARRIDO, L. (2014): «El euro por receta de Cataluña y Madrid» en *Tribuna Fiscal: Revista Tributaria y Financiera*, nº 270, p. 9 que «(...) al fin fiscal de la figura que Cataluña y Madrid no niegan, los legisladores de ambos territorios han intentado sumar un fin extrafiscal que es al que más publicidad se ha dado, a saber, el de reducir el consumo de medicamentos en nuestro país. En España, se dice, el consumo de medicamentos está por encima de la media de los países de nuestro entorno y esto encarece la financiación de la Sanidad que corresponde a las Comunidades Autónomas. La subida del precio de los medicamentos – con la introducción del euro por receta – puede contribuir a la «racionalización» del consumo, a su reducción».

(5) El art. 22.6 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado dispone que la Comisión Permanente del Consejo de Estado deberá ser consultada sobre la impugnación de las disposiciones y resoluciones adoptadas por los órganos de las Comunidades Autónomas ante el Tribunal Constitucional, con carácter previo a la interposición del recurso.

(6) Recurso de inconstitucionalidad Nº 7208-2012, contra los artículos 16 (en lo relativo al nuevo artículo 3. bis.1-1, apartado 1, del texto refundido de la Ley de tasas y precios públicos de la Generalitat de Cataluña) y 41 de la Ley de Cataluña 5/2012, de 20 de marzo, de Medidas fiscales, financieras y administrativas y de creación del impuesto sobre las estancias en establecimientos turísticos.

(7) Esta tasa adiciona el Capítulo CVII (arts. 530 a 535) al Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto Legislativo 1/2002, de 24 de octubre.

madrileño, a mi parecer más cauto que el catalán, no expone en el preámbulo de la ley los objetivos que le han llevado a establecer esta tasa, aunque según el gobierno madrileño su creación, también, responde a la vocación de racionalizar la compra de medicamentos por parte de los ciudadanos. En concreto, el presidente de la Comunidad de Madrid anunció la adopción de esta medida, según dijo, de carácter disuasorio y no de carácter recaudatorio porque tiene un escaso impacto económico.

Esta «*ley de acompañamiento*» a los Presupuestos de la Comunidad de Madrid para 2013 añade cinco artículos, del 530 al 535, al Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto Legislativo 1/2002, de 24 de octubre (en adelante, TRLTPPM).

El pago de esta tasa en la Comunidad de Madrid fue obligatorio desde el 1 de enero de 2013 aunque el Tribunal Constitucional, siguiendo el mismo criterio adoptado para la tasa catalana, acordó la suspensión de la aplicación de la tasa madrileña el 29 de enero de 2013 como consecuencia a la presentación de un recurso de inconstitucionalidad por parte del Presidente del Gobierno (8). Además, el Grupo Parlamentario Socialista en el Senado también ha interpuesto otro recurso de inconstitucionalidad contra la *tasa de un euro por receta* madrileña (9). Más tarde, se analizarán los argumentos invocados en estos recursos sobre la posible inconstitucionalidad de la tasa.

### **3. LA TASA POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA EMISIÓN DE RECETAS MÉDICAS Y ÓRDENES DE DISPENSACIÓN**

Como se ha dicho ya, el Capítulo XXII del título XXI del TRLTPPC regula la tasa sobre los actos preparatorios y los servicios accesorios de mejora de la información inherentes al proceso para la prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios mediante la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación. Por su parte, el Capítulo CVII del TRLTPPM regula la tasa por prestación de servicios administrativos complementarios de información, con ocasión de la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, por los órganos competentes de la Comunidad de Madrid.

En este apartado se va analizar el régimen legal de ambas tasas. Para ello es necesario delimitar el hecho imponible de estas nuevas figuras tributarias, así como los sujetos obligados a satisfacer el pago de estas tasas y analizar la cuota tributaria y los mecanismos previstos de recaudación de las mismas. En los siguientes apartados analizaremos, por un lado, la configuración establecida en la Ley de Cataluña, y por otro, en la Ley de la Comunidad de Madrid, de forma comparativa, pese a que a la regulación de dicha tasa es sustantivamente similar en ambas CCAA.

#### **3.1. Hecho imponible y devengo**

El artículo 21.22-1 del Capítulo XXII del Título XXI del TRLTPPC dispone que constituyen el hecho imponible de la tasa los actos preparatorios y los servicios accesorios de

---

(8) Recurso de inconstitucionalidad N° 349-2013, contra el apartado nueve del artículo 2 de la Ley de la Comunidad de Madrid 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. Sobre los motivos de presentación de este recurso, también *vid. infra*. Apartado 3.3. del Capítulo III.

(9) Recurso de inconstitucionalidad N° 191-2013, contra el apartado nueve del artículo 2 de la Ley de la Comunidad de Madrid 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.

mejora de la información inherentes al proceso para la prescripción y dispensación de productos sanitarios mediante la emisión de recetas médicas (10) y órdenes de dispensación (11) que se tienen que entregar en las oficinas de farmacia.

En cambio, el legislador madrileño –probablemente porque el establecimiento de la tasa fue posterior a la presentación del recurso de constitucionalidad por parte del Gobierno Central contra la tasa catalana de un euro por receta y por tanto era conocedor de los argumentos en contra de la tasa expuestos por el Consejo de Estado– ha sido más cuidadoso a la hora de delimitar el hecho imponible de esta tasa y aclara que esta tasa es ajena al acto médico, puesto que el beneficio redundará directamente en el paciente en tres situaciones concretas: en primer lugar, a causa de la inclusión de la prescripción íntegra en la historia clínica del paciente, por medios informáticos, con posibilidad de acceso actualizado a los datos por parte de cualquier centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. En segundo lugar, el paciente se favorece debido al seguimiento permanente y actualizado, igualmente por procedimientos informáticos, de las prescripciones emitidas en relación con pacientes polimeditados, crónicos o con tratamientos de duración superior a cuatro meses. Y por último, debido a la entrega, en los casos en que proceda, a cada paciente y junto con la receta u orden de dispensación de la hoja de medicación comprensiva de la pauta del tratamiento farmacológico (art. 530 TRLTPPM).

En definitiva, el legislador madrileño especifica e identifica los servicios concretos de los cuáles se beneficia el paciente que debe pagar esta tasa, que desde mi punto de vista, no son otros que los derivados de la utilización de la receta electrónica, regulada en los arts. 6 y siguientes del Real Decreto del Gobierno español 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Ahora bien, pese a que la redacción del hecho imponible de las normas catalana y madrileña no lo especifique, la regulación que hacen del sujeto pasivo y de otros elementos de la tasa –como la cuota– implica que un elemento más íntegro necesariamente el hecho imponible de estas tasas. Este elemento consiste en que el medicamento recetado o prescrito efectivamente se dispense.

En este sentido, es necesario apuntar que en Cataluña, según el art. 21.22.-3 TRLTPPC la tasa se devengará en el momento en que la receta u orden de dispensación sea dispensada en la oficina de farmacia. En cambio, en la Comunidad de Madrid, según el art. 533 TRLTPPM, la tasa se devengará en el momento de la emisión de la receta médica u orden de dispensación aunque la tasa no será exigible hasta el momento en que el medicamento prescrito en la receta u orden de dispensación es entregado en la

---

(10) Según el art. 1.a) del Real Decreto 1718/2010, de 17 diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.

(11) Según el art. 1.b) del Real Decreto 1718/2010, de 17 diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la orden de dispensación hospitalaria para pacientes no ingresados es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio para la prescripción por los médicos, odontólogos y podólogos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, que deban ser dispensados por los servicios de farmacia hospitalaria a dichos pacientes.

oficina de farmacia. Es decir, en ambos casos, aunque el facultativo médico correspondiente emita una receta a un paciente, éste último sólo pagará la tasa si acude a la farmacia a comprar el medicamento recetado.

El art. 21 de la LGT establece que el devengo de los tributos se produce en el momento en que se entiende realizado el hecho imponible y, en consecuencia, se origina el nacimiento de la obligación tributaria principal aunque las leyes propias de cada tributo pueden establecer la exigibilidad de la cantidad a ingresar en un momento distinto al del devengo del tributo. Pues bien, si el hecho imponible de la *tasa de un euro por receta* se vincula con el servicio de prescripción de los medicamentos prestado por los Institutos de Salud catalán o madrileño, el devengo del tributo se debería producir en el momento que se realizan todos los actos necesarios para la prescripción de productos sanitarios y, en concreto, cuando se emita la receta.

Así, deberían pagar esta tasa, con independencia de la compra o no del medicamento, todos los usuarios a los que se les preste algún acto de los descritos en los preceptos legales que regulan el hecho imponible de cada una de estas dos tasas. Cuestión diferente es cuando será exigible este tributo, que en este caso, es en el momento de la efectiva dispensación en las oficinas de farmacia. En mi opinión, esta configuración que se realiza del devengo y la posterior exigibilidad de la tasa muestra cual es el auténtico hecho imponible de estas dos tasas y descubre la verdadera intención del legislador catalán y madrileño, que no es otra que la de articular un nuevo recurso de financiación con independencia del servicio que se presta, puesto que el tributo no se pagará hasta la compra efectiva del producto sanitario.

### 3.2. Sujetos pasivos

Según lo dispuesto en la normativa catalana serán contribuyentes las personas físicas a las cuales se les prescriba y —este dato es relevante— dispense un medicamento o producto sanitario, siempre que ello sea documentado en la correspondiente receta médica u orden de dispensación (art. 21.22-2 TRLTPPC). Esta misma configuración jurídica se dispone en la legislación madrileña (art. 532 TRLTPPM).

Así pues, tendrán que abonar esta tasa todas aquellas personas, residentes o no en Cataluña o Madrid, a las cuales el facultativo oportuno de un centro sanitario gestionado por el Servicio Catalán o Madrileño de Salud, respectivamente, les haya prescrito una receta médica oficial de estos servicios. Así, los ciudadanos, aunque sean residentes en otras Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA), que sean atendidos por los Servicios de Salud de Cataluña o Madrid tendrán que pagar la *tasa de un euro por receta*, pero sólo si acuden a comprar el medicamento prescrito a una farmacia catalana o madrileña. En cambio, si el paciente compra el medicamento en otra Comunidad Autónoma distinta, aunque haya sido prescrito por un facultativo dependiente del Servicio Catalán o Madrileño de Salud, no pagará la *tasa de un euro por receta*. Los extranjeros que acudan al médico en Cataluña o Madrid y compren los medicamentos recetados en una farmacia catalana o madrileña también pagarán un euro por cada una de las recetas emitidas en estos territorios.

Por otra parte, si realizamos una interpretación de esta normativa a *sensu contrario* quedarán exentos del pago de la tasa aquellas personas a las que el medicamento sea recetado por MUFACE, ISFAS o MUGEJU, por mutuas de seguro o se realice a través de recetas privadas, dado que esta tasa grava las recetas que emitan los Servicios oficiales de Salud catalán y madrileño.

Por último, es necesario señalar que el legislador madrileño, mucho más claro que el catalán, añade, en un segundo apartado, un supuesto de sustituto del contribuyen-

te, en el caso de los padres, tutores y guardadores legales o de hecho de los menores e incapacitados, para garantizar el cobro de esta tasa, desplazando así la figura del contribuyente.

### 3.3. Exenciones tributarias

Como consecuencia de la sensibilidad de la materia tratada, los productos farmacéuticos, así como fruto de las presiones llevadas a cabo por algunos partidos políticos, se han establecido toda una serie de exenciones al pago de esta tasa.

En la Comunidad catalana, según el art. 21.22-5 TRLTPPC, en primer lugar, no deben pagar esta tasa, dada su baja capacidad económica, los siguientes colectivos: los perceptores de una pensión no contributiva, los beneficiarios del Programa de la renta mínima de inserción, los perceptores de la prestación de la Ley de integración social de los minusválidos y los beneficiarios del Fondo de asistencia social (12). Con esta exención se pretende garantizar que las personas con dificultades económicas puedan acceder a los medicamentos. En este sentido, los diferentes departamentos competentes deben colaborar y actuar coordinadamente entre ellos para facilitar la información requerida por el departamento competente en materia de salud para las actuaciones derivadas de la gestión de la exención de la tasa.

En segundo lugar, están exentos aquellos medicamentos o productos sanitarios incluidos en la receta u orden de dispensación correspondiente cuyo precio de venta al público, IVA incluido, sea inferior a 1,67 €.

Y por último, se establece una exención a partir de la receta u orden de dispensación efectivamente dispensada número 62, en el período de un año, como consecuencia de los efectos negativos que el establecimiento de esta tasa puede provocar, entre otros, en los enfermos crónicos. Esta exención objetiva produce que la cantidad máxima anual a pagar por cada contribuyente será de 61 euros al año.

Por su parte, en la Comunidad de Madrid, además de establecerse una serie de exenciones a favor de los beneficiarios de la renta mínima de inserción; de los perceptores de pensiones no contributivas y para afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica, se añaden dos exenciones subjetivas más: una para los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, mientras perdure dicha situación y otra en beneficio de las personas con tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Asimismo, de manera idéntica a Cataluña, se establece una exención para todos los sujetos pasivos cuando el precio de venta del medicamento incluido en la receta correspondiente sea inferior a 1,67 € (IVA incluido).

A diferencia de Cataluña, en Madrid, la exención objetiva por lo que respeta al número de recetas emitidas durante un año se eleva a 72, lo que conlleva que los residentes en esta Comunidad o aquellos que pese a no ser residentes sean tratados en el Servicio Público de Salud madrileño y compren los medicamentos prescritos en farmacias concertadas madrileñas pueden llegar a pagar al año 10 euros más que los ciudadanos catalanes.

Además, el art. 531 TRLTPPM, añade dos exenciones pretendidamente clarificadoras que hacen referencia a todos los sujetos pasivos que no presenten a efectiva dispensa-

---

(12) Según una nota de prensa de la Generalitat de Cataluña de 22 de junio de 2012, concretamente, resultarán unos 127.000 los ciudadanos exentos de esta tasa.

ción la receta médica en el plazo de validez previsto para las mismas y aquellos sujetos portadores de recetas con defectos que impidan su efectiva dispensación. En mi opinión, estas dos exenciones no son tales sino que se tratan de supuestos de no sujeción puesto que en las situaciones descritas no se producirá el hecho imponible de la tasa y, por tanto, no nacerá la obligación tributaria de satisfacer dicha tasa.

### 3.4. Cuota tributaria

El importe de la tasa es de 1 euro por receta u orden de dispensación efectivamente dispensada (art. 21.22-4 TRLTPPC y 533 TRLTPPM).

En Cataluña, según lo establecido en el art. 3.3 del Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de Salud, se deberá pagar un euro por cada envase recetado ya que cada uno de ellos debe estar prescrito en un receta electrónica independiente:

«El sistema debe generar una receta electrónica para cada envase de un producto incluido en la prestación farmacéutica. En caso de que la prescripción incluya más de un envase de productos incluidos en la prestación farmacéutica que se deben dispensar en diferentes actos de dispensación diferidos en el tiempo, el sistema debe generar las correspondientes recetas electrónicas, de acuerdo con lo posología indicada por el médico o médica habilitado y el número de unidades por envases del producto incluido en la prestación farmacéutica, con indicación de la fecha a partir de la cual podrán ser dispensadas»

Sin embargo, en la Comunidad de Madrid la receta electrónica no estará implantada en todo su territorio hasta la segunda mitad del 2014. Ello no obstaculiza que, aunque la receta sea manual, si todos los envases de medicamentos están prescritos en la misma receta, el paciente deberá abonar sólo 1 euro por todos ellos (13), lo que refuerza los argumentos para afirmar que, en esta Comunidad Autónoma, estamos ante una verdadera tasa, ya que esta se cobra por la actividad administrativa de emisión de la receta, con independencia de los envases prescritos en ella.

### 3.5. Gestión del cobro

El cobro de la *tasa de un euro por receta* lo llevarán a cabo los titulares de las oficinas de farmacia concertadas con los Servicios de Salud de Cataluña y de la Comunidad de Madrid y establecidas en el territorio de las Comunidades Autónomas en cuestión. Reiterando una idea ya expuesta, si el paciente compra el medicamento prescrito en una oficina de farmacia situada fuera del territorio de Cataluña o de la Comunidad de Madrid no abonará esta tasa, aunque el servicio efectivamente se le haya prestado por el facultativo médico del Servicio de Salud catalán o madrileño.

Una vez más, el legislador madrileño, más preciso que el catalán, clarifica que tanto la gestión, como la liquidación y recaudación del tributo es de competencia del Servicio Madrileño de Salud que es quien presta el servicio que supuestamente grava la tasa, aunque el pago se efectúe en las oficinas de farmacia en el momento de la dispensación. En cambio, el legislador catalán tan sólo apunta que el cobro de la tasa lo llevan a cabo los titulares de las oficinas de farmacia, sin indicar qué órgano es el encargado de gestionar dicha tasa.

---

(13) PIÑA GARRIDO, L. (2014): *Op. Cit.* p. 7.

Ambas regulaciones coinciden en que la transferencia de estos ingresos se realizará a la Generalitat de Catalunya o la Comunidad de Madrid, minorando los ingresos obtenidos con el cobro de la tasa de la factura de la prestación farmacéutica que las oficinas de farmacia cobran del Servicio Catalán o Madrileño de Salud, respectivamente (art. 21.22-6 TRLTPPC y art. 535 TRLTPPM).

Que esta tasa la tengan que recaudar los titulares de las oficinas de farmacia ha suscitado muchas críticas ya que dichos titulares están ejerciendo una función pública tal como la de recaudación de tributos, aunque esto no es novedoso, ya que por ejemplo, en la mayoría de CCAA que tienen implantado un canon de saneamiento del agua quien recauda dicho tributo es la empresa suministradora mediante la factura del agua.

Además, los farmacéuticos no tienen los mecanismos suficientes para asegurar que todos los obligados al pago de este tributo efectivamente lo abonen ya que no se ha articulado ningún procedimiento a seguir en el caso de la negativa al pago por algún sujeto. Ante esta situación, me surgen las dudas sobre si el farmacéutico debe dispensar el medicamento aunque el obligado tributario se niegue a realizar el pago de un euro por receta. Y si el titular de la oficina de farmacia se niega a dispensar el medicamento prescrito ¿puede incurrir en algún tipo de responsabilidad? (14).

La mayoría de estas cuestiones, además de que en ocasiones las farmacias no disponen de los medios electrónicos necesarios para, por ejemplo, determinar que sujetos están exentos del pago de la tasa, no fueron ni han sido resueltas por Cataluña ni por la Comunidad de Madrid.

#### 4. NATURALEZA JURÍDICA

Como ya se ha señalado, tanto según el gobierno madrileño como catalán, la finalidad de las respectivas tasas es lograr moderar la demanda de consumo de medicamentos, o lo que es lo mismo, racionar la utilización abusiva de medicamentos que pueden llegar a realizar algunos pacientes.

Los tiques moderadores consisten en importes disuasorios que pagan los usuarios para acceder a un servicio o a una prestación determinada sin tener en cuenta el coste real de estos servicios, ya que su finalidad no es contribuir a sostener dicho coste sino que es crear una barrera de acceso a algunos servicios y contener el uso, indiscriminado en ocasiones, que realizan algunos usuarios cuando un servicio es parcialmente o totalmente gratuito. Por ello, la cuantía de los tiques moderadores se determina con independencia del coste del servicio mediante, usualmente, el establecimiento de importes de carácter simbólico (15). En el caso de la *tasa de un euro por receta*, el paciente paga-

---

(14) Parece que esta situación se resolvió, permitiéndose la objeción al pago de la tasa. Así, los pacientes podrán oponerse al pago de la tasa rellenando y firmando un formulario por receta, que se les facilita en la farmacia, junto con una fotocopia del DNI. La farmacia, además de estar obligada a dispensar el medicamento aunque no se haya abonado la tasa, debe remitir estos formularios junto a la receta a la Consejería de Sanidad correspondiente. Una vez recibida esta documentación, la Administración procederá a la liquidación y recaudación de la tasa mediante el procedimiento de apremio imponiéndose los recargos que correspondan.

(15) Para una información más detallada sobre los mecanismos de copago y los tiques moderadores, *vid.*, entre otros, LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (2003): «Los mecanismos de copago: precios, tasas y tiques moderadores» en *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. La Caixa, pp. 55-96 y PUIG-JUNOY, J. (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué» en *Hacienda Pública Española*, n° 158, pp. 105-134.

rá siempre 1 euro con independencia de la intensidad del servicio prestado o del precio del medicamento.

La diferencia entre un tique moderador y una tasa en sentido estricto reside en que la finalidad principal de la tasa es contributiva, con independencia de que en determinadas circunstancias también puedan moderar el uso de un servicio determinado.

Ahora bien, en mi opinión, esta presunta finalidad choca tanto con la del preámbulo de la ley catalana —que proclama que la implantación de la *tasa de un euro por receta* responde a la necesidad de incrementar los ingresos públicos—, como con la configuración de la tasa. Además, se presupone que si la receta es prescrita por el médico, que es el profesional encargado de decidir el tratamiento de sus pacientes, no puede existir un uso abusivo de los medicamentos, ya que los beneficiarios de los mismos no han decidido dicho tratamiento.

Como se ha dicho, tanto la normativa catalana como la madrileña se refieren al tributo que grava la prestación de servicios en la prescripción y dispensación de medicamentos mediante la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación como tasa.

Es de todos conocido, que el art. 2.2.a) LGT establece que tendrán la consideración de tasas aquellos tributos cuyo hecho imponible consiste, por un lado, en la utilización privativa o el aprovechamiento especial del dominio público y, por el otro, por la prestación de servicios o la realización de actividades en régimen de derecho público, siempre y cuando estos servicios se refieran, afecten o beneficien de modo particular al obligado tributario y, además, estos servicios no sean de solicitud o recepción voluntaria para los obligados tributarios o bien no se presten por el sector privado (16).

Según el Tribunal Constitucional la naturaleza jurídica de los tributos no depende de su *nomen iuris*, ni exclusivamente de la delimitación del hecho imponible, sino de la configuración de la figura en cuestión que resulta del conjunto de su regulación. Entre otras, la STC 296/1994, de 10 de noviembre, resuelve varias cuestiones de inconstitucionalidad acumuladas planteadas por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña contra la Ley 2/1987, de 5 de enero, del Parlamento de Cataluña, por la que se establece un recargo sobre la tasa estatal que grava las máquinas tragaperras. Dicho Tribunal argumentaba que la posibilidad de que una Comunidad Autónoma establezca un recargo sobre una tasa estatal pugna con el sistema de financiación de las CCAA, ya que éstas sólo pueden establecer recargos sobre impuestos estatales. El TC consideró constitucional este recargo catalán aunque realmente lo que la Ley calificaba de tasa era realmente un «impuesto». Es importante traer a colación lo dispuesto en el fundamento jurídico cuarto de esta STC:

«El Real Decreto 16/1977 y legislación posterior complementaria así como la propia Ley aquí cuestionada asignan a la carga fiscal que grava los juegos de azar la denominación de «tasa», pero sería *puro nominalismo entender que tal denominación legal sea elemento determinante de su verdadera naturaleza fiscal, pues las categorías tributarias, más allá de las denominaciones legales, tienen cada una de ellas la naturaleza propia y específica que les corresponde de acuerdo con la configuración y estructura que reciban en el régimen jurídico a que vengan sometidas, que debe ser el argumento decisivo a tener en cuenta para delimitar el orden constitucional de competen-*

---

(16) De similar manera, este concepto de tasa es recogido por el art. 7 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (en adelante, LOFCA) que contiene la misma regulación que la aportada en la LGT, aunque añade que no se considerará voluntaria la solicitud por parte de los administrados cuando venga impuesta por disposiciones legales o reglamentarias o cuando los bienes, servicios o actividades requeridos sean imprescindibles para la vida privada o social del solicitante. Esta misma regulación es la que se contiene en el art. 1.2-1 del TRLTPPC y en el art. 8 del TRLTPPM.

cias, el cual, al no ser disponible por la ley, *no puede hacerse depender de la mera denominación que el legislador, a su discreción, asigne al tributo*. Procede por ello indagar cuál es la clasificación tributaria que se deriva de su régimen legal (17)»

En nuestro caso, considero que la verdadera naturaleza de la *tasa de un euro por receta* es un tanto difusa. En este sentido, PIÑA GARRIDO (18) indica que la mera posibilidad de que sea un médico privado quien firme la receta, dado que el ciudadano tiene la posibilidad de elegir entre este tipo de médico y un médico de la sanidad pública, provoca que nunca podrá exigirse una tasa por el servicio prestado, sino tan sólo de un precio público en el caso de quien intervenga sea finalmente un médico del sector público, calificación que, aún la imprecisa definición del hecho imponible establecida por el legislador catalán y madrileño, no comparto. Si bien es cierto que la descripción del hecho imponible en ambas normativas autonómicas es vaga e imprecisa, a mi parecer, la naturaleza jurídica de esta denominada tasa es la de prestación patrimonial de carácter público en donde concurre cierta dosis de coactividad, dado que entiendo que si un médico emite una receta prescribiendo un medicamento determinado a un ciudadano que esté enfermo, esta actividad es imprescindible para su vida, y en palabras del Alto Tribunal, según su conocida STC 185/1995, de 14 de diciembre, en estos casos estamos ante una prestación patrimonial de carácter público, y por tanto, debe respetarse la reserva de ley en materia tributaria (art. 31.3 CE):

«(...) el problema de la determinación del alcance del concepto de prestación patrimonial de carácter público se centra, pues, en precisar cuándo puede considerarse que una prestación patrimonial resulta coactivamente impuesta (...) Con todo, debe precisarse que la libertad o la espontaneidad exigida en la realización del hecho imponible y en la decisión de obligarse debe ser real y efectiva. Esto significa que deberán considerarse coactivamente impuestas no sólo aquellas prestaciones en las que la realización del supuesto de hecho o la constitución de la obligación es obligatoria, sino también aquellas en las que el bien, la actividad o el servicio requerido es objetivamente indispensable para poder satisfacer las necesidades básicas de la vida personal o social de los particulares de acuerdo con las circunstancias sociales de cada momento y lugar o, dicho, con otras palabras, cuando la renuncia a estos bienes, servicios o actividades priva al particular de aspectos esenciales de su vida privada o social (FJ 3)».

Así, por tanto, pienso que la naturaleza jurídica de la denominada *tasa de un euro por receta*, si aceptamos, aunque en el caso catalán también me suscita alguna duda, que grava los servicios administrativos constituidos por los actos preparatorios y los servicios de mejora de la información inherentes al proceso para la prescripción y dispensación de medicamentos mediante la emisión de recetas médicas, es la de tributo. Y en concreto la de una verdadera tasa, dado que, si bien es cierto que las recetas también pueden ser emitidas por médicos privados que no dependan de los Institutos públicos de Salud catalán y madrileño, considero, siguiendo el criterio establecido por el TC, que la emisión de recetas médicas es imprescindible para la vida social y privada de los ciudadanos y estos no pueden renunciar a este servicio, puesto que de la utilización de dicho servicio puede depender la curación de sus enfermedades. Asimismo, es importante señalar que la dispensación efectiva de un gran número de medicamentos está supeditada a que se emita la receta médica correspondiente. También, se debe indicar que para que un medicamento pueda ser subvencionado públicamente es necesario que se haya emitido una receta por parte del médico de un servicio público de salud autonómico.

(17) La cursiva es mía.

(18) PIÑA GARRIDO, L. (2014): *Op. Cit.* p. 4.

Por último, creo que puede ser útil a estos efectos comparar estas denominadas tasas con los tributos semejantes exigidos desde hace años en algunos países europeos a nivel europeo. Uno de estos países es Francia.

La *franchise médicale* se exige en Francia desde el 1 de enero de 2008 y fue introducida en el ordenamiento jurídico francés por la Ley N° 2007-1786, de 19 de diciembre, de financiación de la Seguridad Social para 2008 (art. 52-1), regulándose específicamente por el art. L.322-2 (III) (19) y desarrollado por los arts. D. 322-5 a D. 322-9 del Código francés de la Seguridad social. Además, se añade la Circular DSS/2A/2008/179 de 5 de junio de 2008 relativa a la aplicación de la *franchise médicale*.

Según esta Circular y el art. D.322-5 del Código francés de la Seguridad social, la *franchise médicale* es una carga que debe soportar el asegurado (20), a mi juicio, en concreto, un impuesto, por las siguientes prestaciones médicas: por cada medicamento que se compre en una farmacia, se deben pagar 0,50€ por envase; por actos efectuados por un auxiliar médico, cuando el paciente no está ingresado (actos paramédicos: dentistas, fisioterapeutas, etc.) se deben abonar 0,50€ por acto; y por transportes efectuados en vehículo sanitario o en taxi, a excepción de los transportes de urgencias, el coste será de 2€ por transporte.

Es necesario señalar que como máximo los usuarios de estos servicios pagarán 5€ al año para el conjunto de los actos (art. D322-6), 2€ al día para las intervenciones paramédicas y 4€ al día para los gastos de transporte (art. D-322-7). Además, están exentos del pago de esta contribución los menores de 18 años, las mujeres embarazadas beneficiarias del seguro de maternidad, los beneficiarios de la cobertura de salud complementaria universal y las víctimas e inválidos de guerra. El dinero que se recauda con la *franchise médicale* es de 850 millones de euros al año. Estos ingresos están afectados para financiar el aumento de gasto derivado de la enfermedad de Alzheimer, el cáncer y el plan de cuidado de enfermos paliativos (21).

Así en Francia, no se vincula el pago de los 0,50 € a la emisión y posterior dispensación de recetas médicas y los procesos de información inherentes a las mismas, como las recetas electrónicas, sino que lo que se grava es la compra efectiva de los productos farmacéuticos, con independencia de la prescripción médica del facultativo correspondiente. Así, no se grava un servicio previo a la dispensación del medicamento en las oficinas de farmacia, como sucede en Cataluña o en Madrid, sino lo que tributa directamente en Francia es la compra efectiva del medicamento o del uso de actos paramédicos (22).

(19) El mencionado artículo establece que: «En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° (...).

(20) Así llaman al paciente.

(21) Según el EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES en su informe de 2010 sobre Francia *Health Systems in transition*, Vol. 12, n° 6, p. 63.

(22) Además, de otros posibles pagos que los ciudadanos franceses deben realizar con motivo de la utilización de servicios sanitarios y farmacéuticos.

## 5. ANÁLISIS DE CONSTITUCIONALIDAD DE LA TASA DE UN EURO POR RECETA

Como se ha dicho, el Gobierno del Estado presentó sendos recursos de inconstitucionalidad contra las tasas creadas por la Generalitat de Cataluña y por la Comunidad de Madrid, después de la publicación por parte del Consejo de Estado de dos dictámenes en relación con la *tasa de un euro por receta* catalana (23) y madrileña (24), respectivamente, sobre si estas tasas se adecuan a la CE y a la normativa sanitaria y tributaria (25). Asimismo, el grupo parlamentario socialista del Senado también presentó un recurso de inconstitucionalidad contra la tasa aprobada en Madrid. Por su parte, el CGE de la Generalitat de Cataluña emitió el Dictamen 4/2012, de 6 de marzo, sobre el Proyecto de ley medidas fiscales y financieras y de creación del impuesto sobre las estancias en establecimientos turísticos que promovió más de una décima parte de los diputados del Parlamento de Cataluña.

Actualmente, la aplicación de estas tasas se encuentra suspendida por parte del TC, a la espera de un pronunciamiento del Alto Tribunal (26).

En concreto, el gobierno del Estado alega la vulneración por parte de la normativa catalana y madrileña que regula la *tasa de un euro por receta* de la competencia exclusiva del Estado en relación con las bases y coordinación general de la sanidad y con la legislación sobre productos farmacéuticos establecida en el art. 149.1.16 CE junto con la violación del art. 149.1.1 CE que reconoce la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales, con atención expresa, en este caso, del derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 CE (27). Así, no se reprocha una eventual falta de competencia de las CCAA en cuestión para el establecimiento de tributos propios, pues no cabe cuestionar la potestad tributaria de las CCAA, sino el hecho de que la instauración de esta tasa pueda vulnerar el orden constitucional de competencias.

Por su parte, el grupo parlamentario socialista alega, por un lado, que la regulación de la tasa madrileña viola el art. 31 CE por la creación de una figura tributaria que no respeta los principios de capacidad económica, igualdad y progresividad con base en que esta figura tributaria no recae sobre aquellos ciudadanos con mayor capacidad económica sino sobre los usuarios del sistema público de salud y, especialmente, sobre aquéllos que por razones de enfermedad precisan un mayor número de recetas. Y por el otro, al igual que el gobierno del Estado, considera que la normativa madrileña viola el art.

(23) Dictamen del Consejo de Estado de 21 de junio de 2012 con número de expediente 623/2012.

(24) Dictamen del Consejo de Estado de 17 de enero de 2013 con número de expediente 18/2013.

(25) El art. 22.6 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, dispone que la Comisión Permanente del Consejo de Estado deberá ser consultada cuando el Gobierno tenga la intención de impugnar las disposiciones y resoluciones adoptadas por los órganos de las CCAA, con carácter previo a la interposición del recurso.

(26) El TC ha prorrogado la suspensión de estas tasas hasta la resolución de los recursos presentados, mediante, en el caso catalán, el Auto 122/2013, de 21 de mayo, y en Madrid por Auto 142/2013, de 4 de junio.

(27) En términos propios del Consejo de Estado «la creación de este tributo autonómico supone una vulneración de las competencias que en materia de sanidad atribuye al Estado el artículo 149.1.16ª de la Constitución y provoca además una ruptura de las condiciones básicas que deben garantizar la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de los derechos constitucionales, cuya fijación corresponde de manera exclusiva al Estado en virtud del artículo 149.1.1.»

149.1.16 CE sobre competencia estatal en bases y coordinación general de la sanidad y el art. 149.1.1 CE por vulnerar el principio de igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio del derecho a la protección a la salud reconocido en el art. 43 CE.

Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCCSNS), que define la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (art. 8 *bis*), incluye en ésta todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios, además de disponer que estas actividades serán cubiertas de forma completa por financiación pública sin que sean admisibles para su financiación las aportaciones de los usuarios. En este sentido, considera el grupo parlamentario socialista, que la *tasa de un euro por receta* recae sobre actividades inherentes a prestaciones incluidas en la cartera común básica ya que, por ejemplo para realizar el diagnóstico no cabe duda que es preciso disponer del historial clínico y farmacológico, así como es necesario para prescribir el tratamiento disponer de los antecedentes y de las pautas de medicación. Además esta infracción provoca una vulneración conexas del art. 149.1.1 CE al vulnerar la garantía de igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en concreto, el derecho a la protección de salud previsto en el art. 43 CE.

En primer lugar, uno de los argumentos expuestos sobre la posible inconstitucionalidad de estas tasas autonómicas, y quizá el fundamental, es la vulneración del art. 149.1.16 CE que establece que la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad exterior, en las bases y la coordinación general de la sanidad y en la legislación sobre productos farmacéuticos. Así, el Estado español, en virtud de dicha competencia aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que tiene como objeto principal regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 CE y crea el Sistema Nacional de Salud gestionado entonces por el Instituto Nacional de la Salud y actualmente por los órganos creados por las CCAA después de la transferencia de las competencias en materia de sanidad (28). Asimismo, años más tarde, aprobó la LCCSNS que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, para así garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, el Tribunal Constitucional en su STC 98/2004, de 25 de mayo (29), en relación a esta competencia, declara que:

---

(28) Al amparo de lo previsto constitucionalmente los respectivos Estatutos de Autonomía de todas las CCAA han asumido competencias en materia de sanidad. Así, en el año 1981, la Generalitat de Cataluña recibió las transferencias en materia sanitaria (RD 1517/1981, de 8 julio) y en el año 1984 las acogió Andalucía (RD 400/1984, de 22 de febrero). A estas CCAA, se fueron sumando las demás: País Vasco (RD 1536/1987, de 6 de noviembre), Comunidad Valencia (RD 1612/1987, de 27 de noviembre), Galicia (RD 1679/1990, de 28 de diciembre), Navarra (RD 1680/1990, de 28 de diciembre), Canarias (RD 446/1994, de 11 de marzo), Asturias (RD 1471/2001, de 27 de diciembre), Cantabria (RD 1471/2001, de 27 de diciembre), La Rioja (RD 1473/2001, de 27 de diciembre), Región de Murcia (RD 1474/2001, de 27 de diciembre), Aragón (RD 1475/2001, de 27 de diciembre), Castilla La-Manca (RD 1476/2001, de 27 de diciembre), Extremadura (RD 1477/2001, de 27 de diciembre), Islas Baleares (1478/2001, de 27 de diciembre), Comunidad de Madrid (RD 1479/2001, de 27 de diciembre) y Castilla y León (RD 1480/2001, de 27 de diciembre).

(29) Esta STC resuelve el recurso de inconstitucionalidad presentado por el Presidente del Gobierno contra el art. 51 y la disposición adicional vigésima quinta de la Ley del Parlamento de Canarias 5/1996, de 27 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de 1997, por vulneración de los títulos competenciales previstos en los arts. 149.1.1, 149.1.16, 149.1.17 y 149.1.18 CE. La regulación canaria regulaba qué especialidades farmacéuticas se financiaban en su territorio así como el alcance de la aportación económica que debían realizar los enfermos.

«Efectivamente, 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. Lo expuesto se concreta en el art. 23 de la propia Ley 16/2003, que establece que todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en ella reconocidas en condiciones de igualdad efectiva (...) (FJ. 7)»

Además, el TC añade que el art. 23 de la LCCSNS establece que todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en ella reconocidas en condiciones de igualdad efectiva, siendo una de ellas el medicamento. Así, el Alto Tribunal señala que:

«(...) es evidente que el acceso al mismo (al Sistema Nacional de Salud) en condiciones de igualdad presupone necesariamente una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español que establezca un sistema de precios de referencia (de los medicamentos) a los efectos de determinar el alcance de su financiación pública, de tal modo que quede garantizado a todos los ciudadanos, con independencia de la Comunidad Autónoma en que residan, el disfrute de medicamentos financiados públicamente al menos en un mismo porcentaje mínimo, susceptible, como ha quedado ya dicho, de ser incrementado en virtud de las disponibilidades financieras de cada Comunidad en cuestión».

En este sentido, no excede de nuestro ámbito señalar que el artículo 30 LCCSNS, en el epígrafe dedicado a las competencias de la Administración General del Estado en materia de farmacia, señala que:

«*Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo el ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los productos sanitarios, así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del precio correspondiente, en los términos previstos en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las comunidades autónomas*» (30).

Asimismo, el art. 88.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (en adelante, LGURM) reconoce el derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud. Este artículo, sin embargo, permite que las CCAA, en el ámbito de sus competencias, adopten medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios. A mi modo de ver, la autorización por parte de esta Ley a que las CCAA adopten medidas para moderar el uso de medica-

---

En concreto, este art. 51 atribuía al Gobierno canario la fijación de precios de referencia y el régimen de justificación, mediante informe complementario, para financiar públicamente especialidades más caras. Así, el TC declaró la constitucionalidad de la normativa canaria siempre y cuando se interprete según el criterio contemplado en el Fundamento jurídico 8, entendiendo que la facultad que atribuye al Gobierno de Canarias este art. 51 es sólo la de fijar precios de referencia, siempre que se respeten los mínimos establecidos por la norma básica estatal.

(30) La cursiva es mía.

camentos, no conlleva el permiso para que las CCAA creen tributos que incidan y aumenten el precio de los medicamentos, ya que la fijación de los precios de referencia de los mismos corresponde al Estado de manera exclusiva. Máxima es esta justificación, si traemos a colación lo dispuesto en el art. 89.1 de esta misma ley. En concreto, dicha disposición prohíbe que las CCAA establezcan, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios para garantizar, así, el derecho de todas las personas al acceso a las prestaciones farmacéuticas en condiciones de igualdad. Refuerza, asimismo, este argumento, la aprobación de la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, que añade un segundo párrafo al art. 88 LGURM al indicar que las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos que pueden adoptar las CCAA, como he apuntado arriba, no podrán producir diferencias en las condiciones de acceso a dichos medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, estas medidas de racionalización deberán ser homogéneas en la totalidad del territorio español y no podrán provocar distorsiones en el mercado único de medicamentos y productos sanitarios.

Es por este motivo, que el Consejo de Estado afirma que las CCAA no pueden incidir, ni directa ni indirectamente, en la fijación de los precios de los medicamentos que son objeto de financiación pública, por ser esta una competencia exclusiva del Estado (art. 149.1.16 CE). En este sentido, considera que no se puede admitir que las CCAA, aún en el ejercicio de su potestad tributaria, impongan gravámenes cuya exacción comporte, en última instancia, un incremento del coste que los ciudadanos deben abonar para obtener un medicamento, siendo este el efecto que provoca el establecimiento de la tasa de un euro por receta, dado que tiene una clara repercusión sobre el coste final de los medicamentos que se dispensen en territorio catalán o madrileño.

Por su parte, el CGE de Cataluña descarta la vulneración del art.149.1.16 CE con base en que la tasa no recae sobre el medicamento en sí sino desde la perspectiva de la prestación sanitaria que se inicia con el diagnóstico y la prescripción de un tratamiento por parte del facultativo autorizado y continúa con las tareas propias de la prestación farmacéutica mediante la receta electrónica y por tanto, se vincula a este servicio concreto (31). Así, afirma que la introducción de la *tasa de un euro por receta* se ha realizado dentro de la competencia autonómica en materia de establecimiento de tributos propios (art. 202.5 EAC) y en materia de sanidad y salud pública (art. 162 EAC) además de que añade que:

«lo que se grava con la tasa no es la entrega del producto sino las actuaciones en el ámbito de la prestación sanitaria para coadyuvar al hecho que el medicamento que se dispense sea el más seguro, efectivo y eficiente en el ámbito del tratamiento médico prescrito».

Sin embargo, a mi juicio, aunque aceptemos que la *tasa de un euro por receta* se ha establecido para sufragar los costes de un servicio, en concreto las actuaciones previstas en el art. 21.22-1 del Capítulo XXII del Título XXI del TRLTPPC y en el art. 530 TRLTPPM, incide, a mi parecer, directamente en el coste final de los medicamentos, incrementando la aportación económica que debe realizar el ciudadano lo que constituye,

---

(31) La receta electrónica se regula mediante el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación que desarrolla el art. 33 de la LCCSNS. La receta electrónica se estableció en Cataluña mediante el Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el cual se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de Salud que desarrolla la Orden STL/72/2008, de 12 de febrero.

y aquí me uno al parecer del Consejo de Estado, una quiebra del principio esencial de igualdad efectiva consagrado en los arts. 2 y 23 de la LCCSNS y 89.1 LGURM.

Por último, y en relación con las razones expuestas, creo que la *tasa de un euro por receta* vulnera el art. 149.1.1 en relación con el art. 43 CE debido a que esta medida puede impedir el acceso a las prestaciones farmacéuticas en condiciones de igualdad en todo el territorio del Estado. Como se afirma en el recurso de inconstitucionalidad presentado por el grupo parlamentario socialista, con la normativa que se recurre los ciudadanos de la Comunidad de Madrid (añado que también los de Cataluña) que utilicen el servicio público de salud se verán gravados con la obligación de realizar aportaciones adicionales no contempladas para el resto de ciudadanos.

## 6. REFLEXIONES FINALES

En nuestro país, como se ha afirmado en la introducción, se aplica el «copago farmacéutico» desde hace bastantes años, la *tasa de un euro por receta* se ha compatibilizado con el mismo y, por tanto, obliga a que el paciente satisfaga dos pagos diferentes al comprar un medicamento prescrito por el médico.

Como ya he reiterado en diversas ocasiones, la voluntad política expresada para crear este tributo es lograr moderar la demanda de consumo de medicamentos, o lo que es lo mismo, racionar la utilización abusiva de medicamentos que realizan algunos pacientes. Ahora bien, la realidad nos muestra que la voluntad real es otra: únicamente la recaudatoria. Además, el establecimiento de esta tasa, como señala el informe de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, penaliza especialmente a la población más vulnerable, como a los enfermos, que necesitan más recetas, y a los pensionistas, colectivos éstos ya suficientemente castigados por concentrar mayor necesidad de cuidados sanitarios. Además, al configurarse como una tasa de carácter lineal, no se tienen en cuenta ni criterios de capacidad económica ni de salud. Así, se está penalizando a los ciudadanos con un coste adicional sobre el mismo acto sanitario, que además no tiene en cuenta los factores que determinan la necesidad de medicación, edad y enfermedad, ni la capacidad económica del mismo.

En este sentido, a mi parecer, resulta curioso, sin embargo, que uno de los argumentos expuestos por el CGE, para defender que la tasa de un euro por receta es compatible con la CE y con el EAC, gire en torno a la importancia de las actuaciones que se llevan a cabo para garantizar que el medicamento que se dispense sea el más seguro, efectivo y eficiente en el ámbito del tratamiento prescrito. En este sentido, el CGE declara que:

«Es notorio que, aunque al final de este proceso se produce la dispensación efectiva del medicamento, lo que se grava con la tasa no es la entrega del producto sino las actuaciones en el ámbito de la prestación sanitaria para coadyuvar al hecho que el medicamento que se dispense sea el más seguro, efectivo y eficiente en el ámbito del tratamiento médico prescrito»

Este argumento rompe con la idea, expuesta públicamente y en reiteradas ocasiones por el gobierno catalán, de que la finalidad de la tasa de un euro por receta es intentar moderar la compra, en ocasiones indiscriminada, de medicamentos. Así, si en palabras del CGE, esta tasa no está diseñada para moderar el uso de medicamentos, ya que no se grava la entrega de los mismos, sino que se gravan las actuaciones necesarias para prescribir el tratamiento médico, la finalidad declarada por el gobierno catalán no es la real ya que la tasa no se ha configurado para frenar el consumo excesivo, sino con el único objetivo de obtener mayores ingresos públicos.

A esto creo importante, añadir que, a mi modo de ver, la definición ofrecida por el legislador catalán y madrileño del hecho imponible es totalmente artificiosa y responde únicamente a la intención de obtener nuevos ingresos públicos. Así, por ejemplo, aquellos ciudadanos que compren sus medicamentos fuera de los territorios de Cataluña y Madrid aunque se les haya emitido la receta médica por parte de los Servicios de salud de estas CCAA no deberán pagar la tasa, a pesar de que se ha producido el hecho imponible. Ocurre lo mismo en el caso que el paciente decida no comprar los medicamentos prescritos y no presentar la receta correspondiente.

A la vista de este panorama, creo que la posición del Consejo de Estado, fundamentada por las previsiones constitucionales, por la legislación estatal sobre organización de la sanidad pública y por la doctrina del Tribunal Constitucional, es la correcta para poder afirmar que la *tasa de un euro por receta* establecida por Cataluña y Madrid incide, y pienso que de manera directa, en el precio final de los medicamentos. Además, esta tasa puede impedir que el acceso a los medicamentos, prestaciones indispensables para los ciudadanos, se realice en condiciones de igualdad efectiva en todo el Estado, tal y como se dispone en el art. 149.1.1 CE que dota al Estado de la competencia exclusiva sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos. Y no se olvide que la protección a la salud es un derecho reconocido constitucionalmente en el art. 43 CE.

## BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA FRÍAS, M. A. (1991): «Los fines extrafiscales en las tasas» en GUIROLA LÓPEZ, J. M. (pr.): *Tasas y precios públicos en el ordenamiento jurídico español. Ponencias y comunicaciones españolas. XV Jornadas Latinoamericanas de Derecho Tributario*, pp. 171-184.
- GARNERO, M. y ZAIMAN, C. (2010): *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Ministère chargé de la santé, Paris.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B., PELLISÉ URQUIZA, L. y BARBER PÉREZ, P. (1995): *La financiación pública de los servicios sanitarios en España*, FEDEA, Madrid.
- LOPÉZ I CASASNOVAS, G. (2003): «Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad», *Revista de estudios regionales*, n° Extra 66, pp. 107 -113.
- LOPÉZ I CASASNOVAS, G. (dir.), PUIG-JUNOY, J. GANUZA FERNÁNDEZ, J. J. y PLANAS MIRET, I. (2003): «Los mecanismos de copago: precios, tasas y tiques moderadores» en *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. La Caixa. Pp. 55-96.
- MARTÍN FERNÁNDEZ, J. y RODRÍGUEZ MÁRQUEZ, J. (2006): «La financiación del Sistema Nacional de Dependencia», *Revista Quincena Fiscal*. Pamplona. [BIB 2006/922]
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010): *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Collection Rapport sur la santé dans le monde.
- PALOMAR OLMEDA, A., LARIOS RISCO, D. y VÁZQUEZ GARRIDO, J. (2012): *La Reforma Sanitaria*, Ed. Aranzadi, Navarra.
- PIÑA GARRIDO, L. (2014): «El euro por receta de Cataluña y Madrid», *Tribuna Fiscal: Revista Tributaria y Financiera*, n° 270, pp. 7 -15.
- PUIG-JUNOY, J. (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué», *Hacienda Pública Española*, n° 158, pp. 105-134.
- QUINTANA FERRER, E. (1998): «Modelos de financiación autonómica de la sanidad», en *Estudios Financieros. Revista de Contabilidad y Tributación*, n° 189, pp. 83-136.

- RAMALLO MASSANET, J. (1996): «Tasas, precios públicos y precios privados (hacia un concepto constitucional de tributo)», *Civitas. Revista española de derecho financiero*, n° 90, pp. 237-274.
- RUIZ GARJO, M. (2004): «STC 150/2003, de 15 de julio. Tasa por servicios sanitarios. Normas preconstitucionales y principio de reserva de ley», *Crónica Tributaria*, n° 112, pp. 176-180.
- TRUCHET, D. (2009): *Droit de la santé publique*. Ed. Dalloz, Paris.