

# LA POSICIÓN DEL USUARIO FRENTE A LA ACTIVIDAD DE SERVICIO PÚBLICO: ESPECIAL ATENCIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS

*David Cruz Sanz Pérez<sup>1</sup>*

Departamento de Derecho Administrativo. Universidad de Barcelona

SUMARIO: I. Introducción; II. El proceso de modernización en el sector sanitario: de pensar en el ciudadano a pensar con el ciudadano; III. El derecho a la salud del artículo 43 de la Constitución; IV. Un nuevo instrumento normativo: las Cartas de Servicios. 1. Concepto; 2. Naturaleza jurídica; 3. Rango normativo; 4. Estándares de calidad. 4.1. Concepto de calidad; 4.2. Estándares de calidad; 5. Control; 6. Responsabilidad; V. Derechos accesorios. 1. Derecho de información; 2. Reclamaciones y sugerencias; VI. Conclusiones; VII. Bibliografía.

## I. INTRODUCCIÓN

Cuando uno da los primeros pasos asumiendo el reto que supone el inicio de una nueva investigación jurídica y se adentra en la maraña de artículos, libros y demás fuentes de información habituales, corre el riesgo de perder el hilo conductor de su trabajo. La abundante lectura enriquecerá al investigador y le ofrecerá diferentes vías por las que ir avanzando, pero también puede causar el efecto contraproducente de difuminar su objeto de estudio y que ello se vea reflejado en sus reflexiones escritas. Precisamente, la función de una introducción no es otra que la de exponer el marco dogmático bajo cuyas premisas se vayan esbozando los diferentes planteamientos que pretendan aportarse. Por esa razón, hemos considerado oportuno incluir en estas breves notas introductorias la mención a dos textos que, en nuestra opinión, recogen la esencia de lo que aquí quiere ponerse de manifiesto. El primero es un pequeño párrafo extraído del Programa a largo plazo para la reforma de la Administración en Noruega, 1986-1989, presentado por el Gobierno noruego durante el periodo de sesiones parlamentario 1984-1985. Dice así:

"La Administración es un servicio. La Administración debe responder a los derechos, deseos y necesidades del público.

Este es el principio que debe regir la actividad del sector público. Cada persona que tenga la misión de elaborar reglamentos y procedimientos administrativos y de organizar la difusión de la información debe adoptar como principios de su acción la accesibilidad y el concepto de servicio. En el periodo 1982-1985 los poderes públicos realizaron una campaña especial, basada en su plan de acción para lograr que el sector público fuera más receptivo en relación con la colectividad. La respuesta a las necesidades reales del público sigue siendo un importante elemento del desarrollo futuro de la sociedad de bienestar".

El segundo, mucho más reciente y próximo a nosotros, forma parte de la Exposición de Motivos de la Ley 611997 de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (en adelante LO.F.A.G.E.), y en él se afirma lo siguiente:

"(...) la Administración General del Estado, a través de sus diferentes modalidades de actuación debe tener presente que el servicio a los ciudadanos es el principio básico que justifica su existencia y que debe presidir su entera actividad".

Estos son sólo dos ejemplos de otros muchos que podrían aportarse como muestras concretas de una compleja evolución. Ciertamente no cabe albergar resquicio de duda alguno

---

<sup>1</sup> Becario de Investigación de la Generalitat de Catalunya

frente a aquellas aseveraciones que hablan de una transformación en los fundamentos de la Administración pública española -y también comparada- en los últimos tiempos. Ahora bien, a nuestro entender, la novedad y el interés no radican en el hecho mismo de la transformación, sino en la dirección que ésta parece haber tomado. La Administración pública se encuentra al servicio de una sociedad en constante movimiento. Buena parte del éxito en el cumplimiento de sus objetivos dependerá de que consiga o no adaptarse continuamente a esos cambios. Por ello, podemos asegurar que el sometimiento constante a un estado de provisionalidad es algo inherente a la mayoría de los elementos que configuran la estructura de una Administración que pretende dar satisfacción a las exigencias que se le plantean. Ese es el motivo por el que el énfasis no debe ponerse en la constatación de una inercia de cambio. Toda la atención ha de dirigirse hacia el estudio de aquellos caracteres que diferencian o individualizan a esta transformación respecto a las anteriores.

Los acontecimientos vividos por la sociedad occidental en la segunda mitad del siglo la han dotado de una serie de parámetros sociales que, por lo que a nosotros concierne y siguiendo a RICHART CHACON, podrían agruparse en cuatro apartados:

"1. Incesante proceso de innovación tecnológica.

2. Desarrollo de sistemas de comunicación que propician un mayor nivel de información al ciudadano.

3. Generalización del progreso cultural individual debido a los procesos de innovación tecnológica y al desarrollo de las comunicaciones.

4. Profundización de los sistemas democráticos como modelos universales de convivencia".<sup>2</sup>

La acción conjunta de estos elementos ha provocado un incremento del nivel de información del ciudadano y una progresión considerable en su preparación intelectual. Y a no nos encontramos ante un simple receptor pasivo de servicios. Ahora se ha convertido en un cliente exigente, y crítico cuando considera que, teniendo derecho al servicio, éste es de calidad inferior al que le correspondería por su sacrificio personal.

El avance hacia la ubicación del ciudadano como centro del sistema, ocupando una posición verdaderamente activa en sus relaciones con la Administración pública, se ha visto reforzado por la acción paralela de dos tendencias.

En primer lugar, la definitiva implantación de la democracia en nuestro país y el afianzamiento de un elenco de derechos y libertades constitucionalmente reconocidos. El salto del estado de administrado al de ciudadano ha sido posible gracias al amparo de una serie de derechos y garantías jurídicas recientemente alcanzadas. Incluso no son pocos los autores que suben un escalón más y ya utilizan un nuevo concepto para referirse a la situación del individuo ante la Administración: el de ciudadano-cliente.

En segundo lugar, la consecución del Estado social que proclama el artículo 1 de la Constitución de 1978 exige la intervención estatal en la economía y sociedad nacionales, con la finalidad de solventar los desequilibrios del mercado y asegurar la prestación de unos servicios mínimos a la totalidad de la población. Esa presencia pública en la vida diaria ha aumentado vertiginosamente. La actuación administrativa ha evolucionado marcándose límites mucho más ambiciosos y haciendo primar la actividad de prestación sobre la de autoridad. De esta manera se entra en una dinámica diferente, en la que el sujeto que recibe la prestación del servicio se convierte en el punto de referencia principal. En consecuencia, y aunque no siempre se manifieste de forma clara, lo que se hace es fundamentar la legitimación de la intervención administrativa no sólo en el principio de legalidad sino también en el de eficacia. Entendiendo aquí eficacia en el sentido de satisfacción del interés del ciudadano en la prestación del servicio. La Administración se nutre del esfuerzo de cada contribuyente y, por ello, tiene la obligación de ofrecer unos servicios de calidad que equilibren la balanza. Si no lo consigue los ciudadanos podrán activar los mecanismos de reacción que el ordenamiento jurídico y las normas de convivencia social ponen a su disposición: manifestaciones, peticiones de responsabilidad, elecciones, ... .

Para dar respuesta a los nuevos retos planteados se ha generado un importante movimiento doctrinal, y también legislativo, que persigue un único fin: la modernización de la Administración. Se quiere una Administración que ofrezca un servicio de calidad al ciudadano, que facilite la participación de éste en la actividad administrativa -lo que MODERNE ha calificado como "democracia administrativa"<sup>3</sup>- y que, en definitiva, haga preponderar por encima de todo, y en palabras de MARTÍN ACEBES, "una nueva cultura organizacional que sitúe al usuario de los servicios como el objetivo final de la gestión pública"<sup>4</sup> La corriente de cambios ha arrastrado a la

<sup>3</sup> MODERNE, F., *Las relaciones entre la Administración y los administrados*, en *Modernización administrativa*, HAEE/IVAP, Oñati, 1989. Pág. 77.

<sup>4</sup> MARTÍN ACEBES, A., *Calidad total y eficacia directiva en la Administración y la empresa*, en *Calidad total en los servicios públicos y en la empresa*, M.A.P., Madrid, 1992. Pág. 91.

<sup>2</sup> RICHART CHACON, I.A., *La formación como factor de la modernización y de la calidad de la Administración*, en *Modernización Administrativa y Formación*, MAP, Madrid, 1993. Pág. 249.

Volviendo sobre lo mismo MIGUEZ MACHO añade que "en el nuevo ambiente social de los años ochenta y noventa, el impulso hacia la introducción de la participación popular en la gestión de los servicios públicos ha sido

mayoría de países europeos y España no ha sido una excepción<sup>5</sup>.

Resultaría de gran interés describir los rasgos de ese proceso inacabado en el ámbito de la Administración pública española pero las limitaciones espaciales de este tipo de comentarios nos obligan a centrarnos en la evolución del sector sanitario<sup>6</sup>.

## II. EL PROCESO DE MODERNIZACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO: DE PENSAR EN EL CIUDADANO A PENSAR CON EL CIUDADANO

Las peculiares connotaciones del servicio público sanitario hacen que la descripción de su desarrollo adquiera rasgos distintivos. El modelo sanitario puesto en práctica en las sociedades occidentales ha sufrido importantes transformaciones durante los últimos treinta años. Los vaivenes económicos provocados por la crisis del petróleo de 1973 pusieron de manifiesto la imposibilidad para los poderes públicos de alcanzar los niveles de prestación a los que les comprometía la política del *Welfare State*<sup>7</sup>. Ello supuso la adopción de un

---

sustituido en buena parte, tanto en los servicios de carácter económico-empresarial como en los de tipo social, por un interés prevalente por la calidad de los mismos y por la tutela de las situaciones jurídicas subjetivas de los usuarios". MIGUEZ MACHO, L., Nuevas tendencias en la tutela de los usuarios de los servicios públicos en Italia, R.A.P., núm. 142, enero-abril 1997. Pág. 591

<sup>5</sup> Claramente lo expresa ETXEBARRIA: "Al margen de los procesos de reforma en los países socialistas, fuera de Europa destacan por su amplitud los procesos emprendidos en Canadá, Australia y los Estados Unidos. En el seno de la Comunidad Europea, si bien todas las administraciones se dicen embarcadas en procesos de modernización, destacan el Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Holanda, República Federal de Alemania y, en menor medida, Francia, Bélgica y la Comisión de las Comunidades Europeas." ETXEBARRIA ARIZNABARRETA, LE., El cambio y la gestión del cambio en la Administración pública. Cambio planificado vs. inercia administrativa, en Modernización administrativa, op. cit., Pág. 24.

<sup>6</sup> Véase sobre ello la bibliografía citada al final de este trabajo.

<sup>7</sup> Sobre esta idea MOREU I OROBITG comenta que "hoy se acepta que la salud es un equilibrio entre los riesgos a los que está sometida la población y los recursos que la misma destina a hacer efectivo su derecho a la protección de su salud, contando con la activa participación de los ciudadanos que se responsabilizan, en la medida que les pertoca, de llevar un estilo de vida higiénico.

Esta definición configura unos perfiles muy claros del modelo que debe hacerla posible y sitúa sus objetivos básicos o permanentes de Equidad, Eficacia y Eficiencia de forma distinta en cuanto a su concepción, instrumentación y énfasis de cuando se aceptaba que la salud no era sólo la ausencia de enfermedad sino una situación de bienestar físico, psíquico y social, planteamiento que nos podríamos permitir en los 70 pero no en el umbral de los 2.000".

MOREU I OROBITG, F., Una nueva manera de entender la gestión en la sanidad, Presupuesto y Gasto Público, n.º. 10/1993. Pág. 131.

nuevo modelo sanitario, más coherente con las coordenadas económicas reinantes en el Viejo Continente. Una de las excepciones la protagonizaría la Ley General de Sanidad de 1986<sup>8</sup>. Diez años después del cambio de tendencia en la política sanitaria europea, el legislador español apostó por las fórmulas organizativas utilizadas en el momento de máximo esplendor del Estado del bienestar. Ciertamente la universalización de la asistencia sanitaria estaba próxima a ser una realidad en España con anterioridad al texto legislativo pero el impulso definitivo se lo dieron las Cortes socialistas de aquellos momentos. A juicio de MUÑOZ MACHADO "lo paradójico de la reforma y de quienes la ejecutaron es que el comentado paso final hacia delante en el camino de la cobertura universal era coetáneo de los pasos atrás, de las rectificaciones de la misma regla, que se estaban dando en los países occidentales más solventes para evitar el crecimiento continuado de los gastos sanitarios"<sup>9</sup>

Los acontecimientos vividos en el año 1989, con la caída del muro de Berlín y el inicio del fin de las estructuras comunistas en los países del Este, desembocaron en el predominio del pensamiento neoliberal y, en consecuencia, la exaltación del individualismo y del triunfo personal frente a la solidaridad y el bienestar colectivo. A partir de entonces, los mecanismos de mercado empiezan a ser considerados como el remedio a todos los males. No obstante, según precisa MOREU I OROBITG, "parece claro o al menos así lo evidencia la historia de este siglo que el mercado es la mejor forma de generar riqueza, pero no por ello deja de ser menos claro que en absoluto es este mercado la mejor manera de repartirla, por lo que apostar el resto por él no es más que una arriesgada salida hacia delante, de tal vez éxito a corto plazo, pero de imprevisibles consecuencias a medio y largo plazo"<sup>10</sup>. Es innegable que ese recurso sería un gran bálsamo para el sector público, al que libraría de la carga de unas prestaciones sociales y una burocracia difíciles de controlar. Pero es totalmente incompatible con Estados como el español, en los que el capítulo social constituye una de las principales funciones encomendadas al aparato estatal. Por eso la solución no se encuentra en desdibujar la actividad administrativa de prestación sino en dotarla de renovados criterios de gestión que permitan caminar juntos a conceptos como los de eficacia, eficiencia y servicio público. En palabras de MOREU I OROBITG, "este es

---

<sup>8</sup> Ley 14/1986. de 25 de abril. General de Sanidad. B.O.E. de 28 y 29 de abril de 1986.

<sup>9</sup> El propio autor ejemplifica sus afirmaciones con dos casos concretos: Alemania y Gran Bretaña.

MUÑOZ MACHADO, S., La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos, Alianza Editorial, Madrid, 1995. Págs. 130 y ss..

<sup>10</sup> MOREU I OROBITG, F., op. cit., Pág. 134.

el gran desafío. (...) abordar de verdad la modernización de la Administración del Estado<sup>11</sup>.

La dificultad radica ahora en determinar cuáles deben ser las directrices que guíen el cambio en la gestión sanitaria. De lo que no cabe duda es de que "acabada la época del Despotismo Ilustrado del sector en que se trabajaba "para el pueblo pero sin el pueblo", el ciudadano, en su condición de cliente, centrará el modelo y la gestión. Se acabó la época de la "producción", empieza la de la "servucción"<sup>12</sup>. Sin entrar a fondo en precisiones semánticas sobre los términos ciudadano y cliente<sup>13</sup>, el objetivo de la gestión sanitaria sería ofrecer al paciente el servicio de mayor calidad posible sin olvidar el carácter limitado de los recursos. Es decir, perseguir el más alto grado de calidad con criterios de eficiencia. Operar, por tanto, con eficacia. En el ámbito sanitario, el origen de esta filosofía se encuentra en las reformas introducidas en el *National Health Service* británico. En 1989 el secretario de Estado de Sanidad presentó al Parlamento el Libro Blanco *Working for Patients*.

---

<sup>11</sup> MOREU I OROBITG, op. cit.. Pág. 134.

<sup>12</sup> MOREU I OROBITG, F. op. cit.. Pág. 136.

<sup>13</sup> Al margen del debate que se vive al respecto de esta cuestión, hay que aceptar que las características del derecho a la salud hacen que la posición del ciudadano esgrima perfiles diferentes atendiendo a la posición que éste en cada momento ocupe. Con gran claridad lo explica BEATO ESPEJO:.

"Cómo queda dicho, los destinatarios del derecho son los españoles y extranjeros residentes, y más concretamente todos aquellos que utilizan o pueden utilizar los servicios sanitarios de nuestro país. Pero, ¿cómo lo utilizan?, ¿bajo qué título?, ¿cómo ciudadanos, cómo contribuyentes, cómo usuarios, cómo consumidores, cómo pacientes, cómo enfermos, cómo asegurados, cómo beneficiarios? ¿Cuál es el título más adecuado a la realidad jurídico-sanitaria vigente?

Si esta se mide en términos clínicos, aquel será el de enfermo o el de paciente; si es en términos económicos, de rendimiento y coste, será el de usuario o el de consumidor; si es en términos de un servicio público, universal y gratuito, el título será el de ciudadano o el de contribuyente; si se mide desde la posición de integrado en un sistema de previsión social, el título será el de asegurado o el de beneficiario.

(...) Hay que decir, pues, que hasta cierto nivel de la prestación sanitaria (la considerada como básica por gozar todos del mismo derecho a exigir un mínimo de calidad en la prestación del servicio), se produce una absoluta coincidencia de los cuatro títulos citados. Como señala Enrique RIVERO, todos los usuarios de un servicio público son consumidores, pero respecto de la salud, como apuntan MUÑOZ MACHADO y JIMENEZ-BLANCO, es difícil distinguir el *status* de ciudadano del *status* de consumidor. Para Alberto BERCOVITZ, cuando se protege la salud, la noción de consumidor se confunde con la de las personas físicas en general, y LOPEZ MENUENDO se niega a admitir "la práctica identidad" que la Ley para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, establece entre el consumidor-usuario y el administrado".

BEATO ESPEJO, M., Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad, R.A.P., n.º. 141, septiembre-diciembre 1996. Págs. 31-33.

En él se recogían una serie de propuestas que trataban de conseguir un mejor servicio para los pacientes<sup>14</sup>.

En España también arraigaron estas primeras iniciativas provenientes de allende de los Pirineos. Así, el 13 de febrero de 1990 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley en la que se pedía al Gobierno la constitución de una Comisión para el "análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud". La Comisión fue creada y sus trabajos dieron lugar al conocido como "Informe de la Comisión Abril sobre análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud", que vio la luz en 1991. En el Informe se dice literalmente que "las mejoras que se proponen, y las que puedan producirse en el futuro, nunca pueden afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del sistema". A continuación se citan como máximos objetivos de las reformas: a) Alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales; b) *Crear las bases para que el sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y permita mayores grados de libertad de elección*; c) Promover una "conciencia de coste de los servicios"; d) Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias; e) Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

Otro botón de muestra lo ofrecen algunas de las Comunidades Autónomas que han asumido competencias en materia sanitaria. En 1993 la gerencia del Sistema Andaluz de Salud (SAS) desarrolló un contrato-programa para los hospitales y distritos. Para MARTÍN, LÓPEZ DEL AMO Y GARBO, "este contrato expresa un compromiso entre ambas partes con respecto a las actividades a realizar por el centro sanitario y las contraprestaciones que recibirá del SAS, así como el marco y la dinámica de sus relaciones"<sup>15</sup>. El sistema de incentivos se mueve en torno a una serie de indicadores: la cuenta de evaluación de resultados del hospital; el tiempo de lista de espera por 10.000 habitantes; y el que ahora nos interesa, un indicador sintético de calidad.

Este indicador de calidad está constituido, a su vez, por diferentes aspectos específicos de la calidad asistencial. Se valora

---

<sup>14</sup> Como el propio Libro Blanco resume, las propuestas que en él se contienen suponen las más importantes reformas que el NHS ha tenido en sus cuarenta años de historia. Y todas ellas están pensadas para conseguir la más alta calidad en la atención a los pacientes "obtenida con los recursos que la nación es capaz de proporcionar al NHS".

MUÑOZ MACHADO, S., op. cit.. Pág. 133.

<sup>15</sup> MARTIN, J.; LOPEZ DEL AMO, M.º P.; GARBO, A., Modelo de incentivos para directivos sanitarios públicos, Presupuesto y Gasto Público, n.º. 10/1993. Pág. 79.

la accesibilidad al servicio sanitario, la continuidad (en base al porcentaje de cumplimentación del informe de alta), la calidad científico-técnica, aspectos complementarios y específicos en función del hospital y *la satisfacción del usuario*. El parámetro referente a la satisfacción del usuario tiene un peso específico del 30% en la calificación final y en él se incluyen la atención al paciente, la información que se le facilita y la hostelería<sup>16</sup>.

En febrero de 1997, Eduard RIUS, consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, hacía mención del proyecto de reforma del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y a propósito de ello indicaba que "con todo ello, queremos que gane en competitividad la atención primaria y que los hospitales del ICS consigan un nivel mayor de autonomía y nuevas estructuras organizativas que han de redundar en *la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios*". En la misma línea precisaba que "pretendemos llevar a cabo una amplia campaña de información para que todos los usuarios conozcan los recursos que tienen a su alcance. *En este mismo orden de cosas queremos incidir en el trato personal a cada paciente a fin de que todos reciban la atención que merecen y obtengan la satisfacción que se merecen*"<sup>17</sup>.

En la Comunidad Autónoma catalana acaba de presentarse el Segundo Plan de Salud, pensado para orientar las actuaciones del Gobierno y Administración cuatribarrados en materia sanitaria durante los años 1996 a 1998<sup>18</sup>. Sus ejes fundamentales son los siguientes: promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad; *equidad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios; satisfacción de los usuarios*. En opinión de Ramón MASSAGUER I MELÉNDEZ, Director del Servicio Catalán de la Salud, "es indudable que todos hemos de esforzarnos en lograr unos servicios de la máxima calidad. Y esto implica la implantación de mecanismos que faciliten la movilidad de los usuarios dentro del sistema sanitario, mejorando la gestión de flujos, reduciendo las listas de espera y simplificando los circuitos administrativos". Respecto a la satisfacción de los usuarios considera que "el trabajo más importante a realizar se refiere no ya al tratamiento sino al trato. El Plan propone mejorar las condiciones de acceso a los centros a fin de lograr que el paciente se sienta bien acogido y bien informado sobre sus dolencias y sobre el tratamiento a

que es sometido yeso a lo largo de todo el proceso y de las distintas fases que el mismo implique. En este sentido no pocas veces los ciudadanos desconocen los servicios de que disponen y esto no es culpa suya sino de quienes no logramos informarles adecuadamente"<sup>19</sup>.

Finalmente, Manuel JOVELLS I CASES, Gerente del Instituto Catalán de la Salud<sup>20</sup>, señala que este organismo "está inmerso en un importantísimo proceso de cambio cuyo contenido podría resumirse en su voluntad de hacer las cosas mejor, de forma más eficiente y *orientando nuestra organización hacia las necesidades de nuestros usuarios*. Estos conceptos, que parecen obvios, implican importantes transformaciones, tanto en aspectos jurídico-estructurales como, sobre todo, en cuestiones organizativas y de cultura de la organización."<sup>21</sup>

En definitiva, el concepto de salud ya no puede entenderse sin situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario. Algunas de sus consecuencias normativas están ya presentes y serán examinadas más adelante. Otras sólo pueden ser intuidas<sup>22</sup>.

### III. EL DERECHO A LA SALUD DEL ARTÍCULO 43 DE LA CONSTITUCIÓN

El artículo 43 del Texto constitucional reconoce a los ciudadanos "el derecho a la protección de la salud". En su párrafo segundo otorga a los poderes públicos la competencia para "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" y delega

<sup>19</sup> El Periódico de Catalunya de 25 de febrero de 1997.

<sup>20</sup> Debe tenerse en cuenta que el Instituto Catalán de la Salud es el grupo sanitario de más relevancia en Cataluña, tanto en el ámbito de la atención primaria como en la hospitalaria. El ICS cuenta con doce hospitales -cuatro de alta tecnología y ocho de referencia en su zona territorial- y una red de atención primaria que da cobertura al 95% de la población catalana.

Precisando algo más pueden aportarse los siguientes datos. La Red de Atención Primaria cuenta con 375 unidades de servicios básicos (CAP, EAP, Atención continuada), 105 servicios especializados, 16 laboratorios y 31 centros de radiodiagnóstico. La Red de Hospitales es la que a continuación se detalla: Hospital Universitari de Lleida Arnau de Vilanova; Hospital Universitari de Tarragona 10an XXIII; Hospital de Tortosa Verge de la Cinta; Hospital Universitari de Girona Doctor 10sep Trueta; Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge (Hospital Prínceps d'Espanya; Hospital Duran i Reynals); Hospital de Viladecans; Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Hospital Vall d'Hebrón (Hospital General; Hospital de Traumatologia i Rehabilitació; Hospital Materno-Infantil; Clínica Quirúrgica Adria).

<sup>21</sup> El Periódico de Catalunya de 25 de febrero de 1997.

<sup>22</sup> "El cambio más positivo de esta lenta evolución es que por primera vez la población (y sus necesidades) ha pasado a ser uno de los *dramatis personae* centrales del sistema sanitario. Es posible que ese hecho -minúsculo por ahora- cambie todo el futuro de la salud, superando la polémica entre *salud y sanidad*."

DE MIGUEL, J.M.; YUSTE, F.J.; DURAN, M.A., El futuro de la salud, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1988. Pág. 62.

<sup>16</sup> Obviamente cuando en el trabajo se habla de la posición central del ciudadano en el complejo sistema sanitario no se hace referencia únicamente al trato humano e informativo recibido. También se toma en consideración el contenido y calidad de la prestación sanitaria. En el contrato-programa del Servicio Andaluz de Salud se procede a una fragmentación exigida por el método científico utilizado, pero ello no nos debe hacer perder la perspectiva global de la nueva tendencia.

<sup>17</sup> Información y declaraciones obtenidas de El Periódico publicado el 25 de febrero de 1997.

<sup>18</sup> El Primer Plan de Salud estuvo vigente de 1993 a 1995, dándose por cumplidos el 73% de los objetivos inicialmente marcados.

en la ley el establecimiento de "los derechos y deberes de todos al respecto".

El artículo 43 forma parte del Capítulo III, que lleva por rúbrica "De los principios rectores de la política social y económica". Por lo tanto sus previsiones quedan fuera de la máxima protección que el art. 53 otorga al núcleo duro de derechos, a los denominados derechos fundamentales. Dos consecuencias inmediatas se derivan de este régimen constitucional.

En primer lugar, en el redactado del precepto se habla de "derecho a la protección de la salud", pero de esta simple expresión no puede desprenderse la existencia de un derecho subjetivo alegable ante los tribunales. Como bien precisa FERNÁNDEZ PASTRANA<sup>23</sup>, "el proclamado "derecho a la protección de la salud" no es tal y auténtico derecho subjetivo, a pesar de la expresión que se utiliza, sino un mero principio informador o rector de la política social, que debe ser, eso sí, reconocido, respetado y protegido, y que informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos"<sup>24</sup>.

En segundo lugar, y en clara relación con lo anterior, para conocer aquello a lo que realmente tiene derecho el usuario del servicio sanitario habrá que estar a lo que disponga el legislador ordinario. De la regulación legislativa nacerán los derechos subjetivos alegables por sus titulares frente a las entidades prestadoras del servicio y, en su caso, ante los tribunales. Naturalmente la discrecionalidad del legislador, si bien es amplia, no es absoluta y siempre deberá respetarse un contenido mínimo que haga reconocible el derecho a la salud. Sobre esta cuestión se dirá algo más en apartados posteriores, especialmente en relación con las variables económicas, pero ahora debemos dejarla a un lado.

En definitiva, citando a MUÑOZ MACHADO, "el derecho a la salud comprende un aspecto negativo, en cuanto que es un derecho del individuo a que el Estado se abstenga de cual-

quier acto que pueda lesionar su salud, y un aspecto positivo, que se concreta en el conjunto de medidas que los poderes públicos deben establecer para conseguir la prevención de las enfermedades o la mejora de las condiciones sanitarias generales"<sup>25</sup>.

El antecedente más relevante de la regulación actual de los derechos del paciente precedió en algunos meses a la propia Constitución española de 1978. Se trata del Decreto 2082/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueban unas Normas provisionales de gobierno y administración de los Hospitales y garantías de los usuarios. Como se sabe fue declarado nulo por sentencias de la Sala 4ª del Tribunal Supremo de 29 de abril y 10 de diciembre de 1982 (Ar. 2.533 y 7.955 respectivamente), por motivos formales (falta del preceptivo dictamen del Consejo de Estado)<sup>26</sup>. A este primer intento siguió el llamado Plan de Humanización de los Hospitales del INSALUD, aplicado a partir del 1 de octubre de 1984 y que vino a incorporar buena parte de las reglas recogidas en la Carta Europea de Derechos del Paciente, aprobada por resolución del Parlamento Europeo de 19 de enero de 1984<sup>27</sup>.

A día de hoy, la Carta o Catálogo de derechos de los ciudadanos ante las diferentes administraciones sanitarias se encuentra en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986<sup>28</sup>. No están todos ni todos los que están derivan directamente del art. 43 de la Constitución. Algunos de ellos son el resultado de la aplicación de derechos fundamentales al campo sanitario. Tampoco falta la referencia a las "obligaciones del ciudadano con las instituciones y organismos del sistema sanitario" (art. 11), aunque en este caso el tratamiento normativo es mucho más reducido.

<sup>25</sup> MUÑOZ MACHADO, S., op. cit., Pág. 95.

<sup>26</sup> En palabras de BEATO ESPEJO "constituye el primer intento serio en nuestro Derecho de codificación de los derechos de los pacientes frente al Sistema Sanitario".

BEATO ESPEJO, M., op. cit., Pág. 30.

Un estudio completo de esta norma puede verse en PEMAN GAVIN, J., Hacia un estatuto del enfermo hospitalizado, R.A.P., n.º. 103, enero-abril 1984.

<sup>27</sup> Aquí se han comentado únicamente los antecedentes más destacados. Si se quiere una enumeración más detallada puede consultarse la nota n.º. 9 del artículo de BEATO ESPEJO ya reseñado (pág. 30).

<sup>28</sup> El propio Defensor del Pueblo fue uno de los impulsores del artículo. En la Recomendación 5111984 que el entonces titular de la institución, Joaquín RUIZ-GIMÉNEZ, envió al Ministro de Sanidad, se decía:

"Que la Ley General de Sanidad ordene el catálogo de derechos y deberes de los enfermos y usuarios y de los profesionales integrados en el sistema público de salud en desarrollo de lo que preceptúa el art. 43.2 de la Constitución que hace expresa reserva de la Ley para esta materia y con doble fundamento jurídico-constitucional".

GIL-ROBLES y GIL-DELGADO, A., op. cit., Pág. 88.

<sup>23</sup> FERNÁNDEZ PASTRANA, J.M., El servicio público de la sanidad: el marco constitucional, Ed. CIVITAS, Madrid, 1984. Pág. 60.

<sup>24</sup> De igual manera GIL-ROBLES afirma que "no estamos ante auténticos derechos públicos subjetivos de aplicación inmediata, sino que este grupo de los llamados derechos fundamentales de "tercera generación" para ser invocados por los ciudadanos es necesario que el legislador precise su contenido, tal y como expresamente determina el art. 53.3 de la propia Constitución. Pese a lo cual no convierte a estos principios en normas sin contenido sino que, muy al contrario, obliga a tenerlos presentes en la interpretación de las propias normas constitucionales y, como es lógico, de las leyes, como reitera la Sentencia del Tribunal Constitucional de 5 de mayo de 1982 (Sala Segunda), entre otras muchas".

GIL-ROBLES y GIL-DELGADO, A., Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario, Derecho y Salud, vol. 2, n.º. 2, julio-diciembre 1994. Págs. 87-88.

Si leemos con detenimiento los diferentes apartados del artículo 10 comprobaremos que puede distinguirse entre dos clases de derechos: por un lado, los que inciden directamente en el contenido de la prestación sanitaria a recibir por el paciente<sup>29</sup>; por otro, los que podríamos calificar como derechos accesorios o instrumentales en tanto en cuanto ayudan a que los primeros sean realmente efectivos<sup>30</sup>.

La estructura se repite en las Cartas de derechos de los pacientes de ámbito autonómico. Así ocurre con el Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y la Orden de 19 de junio de 1990, por la que se desarrollan los sistemas de información y de tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones; y también con la Orden de 7 de agosto de 1991, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, por la que se regulan los derechos y deberes del enfermo.

Partiendo de esta regulación resulta fundamental precisar el contenido concreto de esos derechos para que el usuario conozca qué clase de servicio puede recibir y arbitre los mecanismos de reacción necesarios para el supuesto en que ese servicio no se cumpla y se quieran exigir las responsabilidades oportunas. El instrumento que emerge como abanderado de este avance es el de las cartas de servicios. Cartas de servicio en su doble función de compromiso prestacional adquirido por la Administración pública y de baremo de control de la responsabilidad del prestador.

## IV. UN NUEVO INSTRUMENTO NORMATIVO: LAS CARTAS DE SERVICIOS

### 1. Concepto

El artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. establece que la Administración General del Estado, en esa labor de continua mejora de los procedimientos, servicios y prestaciones públicas, deberá determinar cuáles son las prestaciones que en los servicios

estatales se compromete a proporcionar, sus contenidos y los correspondientes estándares de calidad. La Ley no dice nada más al respecto, pero, aunque no se las llame por su nombre, se está recurriendo a las cartas de servicios. ¿Y qué es una carta de servicios? En pocas palabras puede ser definida como una norma jurídica en la que se regula la forma de prestación de un servicio público<sup>31</sup>. En realidad, esta definición no es del todo exacta porque el modelo de carta de servicios no es único. Si atendemos al proceso desarrollado en países que ya disponen de cartas de servicios o que se encuentran en fase de implantación (Bélgica, Francia, Reino Unido, Canadá, Italia, Portugal), comprobaremos que puede hablarse de dos clases de cartas de servicios que se corresponden con dos momentos temporales sucesivos. En un primer momento se aprueba una carta de servicios aplicable a todos los servicios públicos. Es una norma marco en la que se fijan los principios generales y se marcan las pautas de actuación, pero que carece de la concreción y precisión necesarias para que su aplicación a la práctica diaria de un servicio sea útil. Y en un segundo momento, ven la luz diferentes cartas de servicios reguladoras de servicios específicos (educación, sanidad, transportes,...). En este segundo modelo es en el que se estructura con detalle la prestación del servicio, adaptado a las prescripciones generales de la carta de servicios general, y al que acudirá el ciudadano para tener conocimiento del servicio que tiene derecho a recibir<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> En cierta medida sería la manera de controlar lo que ESCRIBANO COLLADO define como "elementos eventuales del cumplimiento de la prestación". Estos son "normalmente el tiempo o plazo en que habrá de realizarse la forma o procedimiento de prestación e incluso el lugar en que ésta se realice. Cada uno de estos elementos -añade-, a menos que estén específicamente determinados por la ley del servicio, hacen referencia a la idoneidad con que la Administración o el concesionario lo prestan. Así, el plazo en que ha de ser atendida una solicitud de servicio afecta de lleno a la diligencia con que aquéllos han de prestar el servicio. Sobre este punto hay que señalar que normalmente el usuario carece de un derecho de prestación a plazo o tiempo fijo, actuando como límite la capacidad del servicio, por lo que habrá de estarse a lo que JORDANA DE POZAS calificó gráficamente como "régimen de cola". Esta situación, extendiéndola al régimen general de la prestación y no sólo al elemento temporal, es la que pretende subsanarse.

ESCRIBANO COLLADO, P., El usuario ante los servicios públicos: precisiones acerca de su situación jurídica, R.A.P., n.º 82. Pág. 141.

<sup>32</sup> Un ejemplo lo ofrece Italia. Por Directiva del Presidente del Consejo de Ministros de 27 de enero de 1994 se aprobaron los Principios acerca de la prestación de los servicios públicos (publicada en la *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n.º 43, de 22 de febrero de 1994). Esta norma se encuadraría dentro del primer modelo comentado. Más de un año después, el 7 de junio de 1995, se aprobó por Decreto del Consejo de Ministros el Esquema general de referencia de la Carta de los servicios escolares (publicada en la *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* de 15 de junio de 1995) y el 19 de mayo de 1995 el Esquema general de referencia de la Carta de los Servicios

---

<sup>29</sup> Un ejemplo sería el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (art. 10.6). O el derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud (art. 10.14).

<sup>30</sup> Entre ellos: el derecho a obtener la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso (art. 10.2); a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan (art. 10.12).

Con la redacción dada al artículo 4 se intuye que el legislador está pensando en una pluralidad de cartas de servicios. Tantas como servicios estatales deban prestarse. En todo caso la ausencia de referencia a una primera carta aplicable a todos los servicios públicos no es argumento suficiente para afirmar que el proceso de implantación de las cartas de servicios en nuestro país se aparte del existente en la mayoría de países de nuestro entorno. Signo inequívoco de que no es así son los primeros intentos de regulación abordados en el seno del Ministerio para las Administraciones Públicas. Ciertamente, la originalidad no va a ser una de las virtudes del proceso español. En enero de 1996, la Comisión General de Secretarios de Estado y Subsecretarios inició el debate sobre varios anteproyectos de Reales Decretos relativos a cuestiones relacionadas con la dinámica de modernización. Entre ellos, el que tendría como objeto la regulación global de las cartas de servicios y los sistemas de evaluación de la calidad en la Administración General del Estado. Los autores que han tenido acceso a este anteproyecto destacan su similitud con los precedentes europeos<sup>33</sup>. Primera previsión normativa de la que también da noticia GONZÁLEZ CUETO, Secretario General Técnico del Ministerio para las Administraciones Públicas, al incluir entre "aquellos instrumentos normativos de rango reglamentario que pueden y deben coadyuvar al logro de una mejor y más fluida relación entre ciudadanos y Administración General del Estado" en los que el Ministerio está trabajando, el "Decreto por el que se establecen cartas de servicios y sistemas de evaluación de la calidad en la Administración General del Estado"<sup>34</sup>.

La L.O.F.A.G.E. no regula el régimen de las cartas de servicios. Prevé su futura creación pero la previsión del artículo 4 no obtiene desarrollo directo en el articulado posterior. Sí indirecto, en tanto en cuanto los principios de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado son de aplicación a la actividad administrativa de prestación. Aun así habrá que esperar a que los trabajos que se llevan a cabo en las dependencias del Ministerio para las Administraciones Públicas culminen en el redactado de un texto normativo. No hay plazo fijado para ello. Seguramente la L.O.F.A.G.E. no era la norma en la que debía figurar la regulación de las cartas de servicios pero la genérica declaración del legislador podría

situarse en el limbo de los proyectos inacabados durante un tiempo excesivo y contraproducente para los objetivos proclamados y teóricamente deseados.

Ahora bien, la falta de esa previsión normativa en la regulación de los servicios prestados por la Administración estatal, no ha impedido que en el ámbito autonómico y local hayan cristalizado las primeras iniciativas, pioneras en España, sobre la aplicación de este tipo de normas a los servicios de los que son responsables en sus respectivos campos de actuación<sup>35</sup>.

La Comunidad Autónoma de Madrid ha tomado la delantera en este aspecto al aprobar el Decreto 27/1997, de 6 de marzo, de la Consejería de Hacienda, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid. El contenido de esta norma confirma la existencia de dos modelos de cartas de servicios. En la Disposición Final Segunda de la misma se dice:

"2. En el plazo de doce meses desde la entrada en vigor de esta disposición, los órganos y entidades comprendidos en su ámbito de aplicación elaborarán y aprobarán sus Cartas de Servicios".

En Cataluña no se cuenta con disposición alguna semejante a la aprobada recientemente por el Gobierno autonómico madrileño, pero sí con el diseño normativo de la futura aplicación de las cartas de servicio a un ámbito material específico: el sector sanitario. Este diseño parece incluso apuntar hacia la posibilidad de hablar de un tercer momento y, en consecuencia, de un tercer estadio de concreción de las cartas de servicios. El Decreto 169/1996, de 23 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de ges-

---

<sup>35</sup> También es importante subrayar el movimiento generado por la iniciativa de algunos órganos gestores de servicios prestados por la Administración que, a falta de normativa específica, han adoptado de *motu proprio* planes para mejorar su funcionamiento y, de esta manera, ofrecer a los ciudadanos un servicio de mayor calidad. Muestra de ello son las acciones emprendidas por la Dirección General de Tráfico y por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de Alicante. Ésta última introdujo el *benchmarking* como técnica de gestión. El *benchmarking* es una técnica creada en el sector privado para mejorar la calidad de la organización. Consiste en encontrar una organización que obtenga buenos resultados en ese mismo ramo, estudiar los métodos de trabajo que les permiten alcanzarlos, aplicar lo que se aprenda a la propia organización y valorar los resultados.

El ejemplo de la Dirección General de Tráfico lo analiza VILLORIA MENDIETA, M., La modernización de la Administración central en España, R.V.A.P., n.º. 45-11, 1996. Págs. 107-112.

Sobre la introducción de las técnicas del *benchmarking* en el Instituto Nacional de la Seguridad Social de Alicante puede verse: PARRADO DIEZ, S., Una visión crítica de la implantación del "benchmarking" en el sector público, R.V.A.P., n.º. 45-11, 1996. Págs. 48-50.

---

Públicos sanitarios (publicada en la *Gazzetta* de 31 de mayo de 1995). En el Reino Unido, a la *Citizen's Charter* presentada por el Primer Ministro al Parlamento en el año 1991, siguió la creación de más de 124 agencias de las que 42 ya disponen de carta de servicios propia.

<sup>33</sup> PALOMAR OLMEDA comenta del proyecto que "se sitúa así en un contexto que pudiéramos denominar como convencional y del corte de los precedentes europeos". PALOMAR OLMEDA, A., Algunos instrumentos para la redefinición de Derecho Público del futuro, R.V.A.P., núm. 45-II, 1996. Pág. 26.

<sup>34</sup> AA.VV., Estudios sobre la Administración General del Estado, Universidad Carlos III, Madrid, 1996. Pág. 72.



ción de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud<sup>36</sup>, en su artículo 5, prescribe que "para poder establecer los convenios y contratos a que se refiere el presente Decreto, los centros, servicios y establecimientos sanitarios deberán cumplir los siguientes requisitos: (...) b) Los centros hospitalarios de la red hospitalaria de utilización pública deben estar acreditados y cumplir con el resto de requisitos que establece el Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la red hospitalaria de utilización pública (D.O.G.c. núm. 568, de 29-7-1985), y disposiciones concordantes; c) Los centros no previstos en el epígrafe anterior deben cumplir *los estándares de calidad que se determinen*. A estos efectos, el Consejero de Sanidad y Seguridad Social aprobará los estándares citados para cada tipología de centros, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud"<sup>37</sup>.

Por su parte, el artículo 1 del Decreto 36/1997, de 18 de febrero, por el que se establecen normas en relación con los estándares de calidad para la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud<sup>38</sup> indica que "los estándares de calidad a los que se refiere el artículo 5 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, se fijarán para cada tipología de centros mediante Orden del consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud. Los aspectos sobre los cuales versarán estos estándares son los siguientes: a) *Aspectos organizativos y de personal*; b) *Aspectos de calidad de la asistencia sanitaria y atención global al usuario*; c) *Aspectos relativos a la estructura, instalaciones y equipamientos*".

La primera Orden en seguir los pasos del Decreto 36/1997 ha sido la Orden de 10 de abril de 1997, por la que se aprueban los estándares de calidad a que se refiere el artículo 5 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, que deben cumplir las entidades prestadoras de servicios de oxigenoterapia y de otras terapias respiratorias a domicilio. En ella se indica que "el circuito de acceso al servicio y del alta o fin del proceso deben estar recogidos en un *protocolo*". Se añade, además, que "la entidad debe contar con un *protocolo* en el que se regule la relación entre el servicio y el profesional que ha prescrito el tratamiento". Finalmente, "la entidad desarrollará

las actividades que permitan la evaluación de la calidad en la asistencia prestada y su mejora, si es preciso. En todo caso, el centro dispondrá de los *protocolos* siguientes: a) *Protocolo* de la visita domiciliaria en el que tienen que constar los profesionales que la llevan a cabo y sus funciones y responsabilidades; b) *protocolo* que recoja las actuaciones que se deben llevar a cabo para la prestación del servicio y las instrucciones que se dan al paciente; c) *protocolo* de actuación por si durante la prestación del servicio se produce una urgencia vital"<sup>39</sup>.

Puede observarse como el fenómeno de las cartas de servicios es un elemento más, el último, de la estructura piramidal en la que se convierte la concreción del derecho a la salud. Desde el vértice, el artículo 43 de la Constitución, pasando por la Ley General de Sanidad y su desarrollo normativo, tanto estatal como autonómico, hasta llegar a la diferente graduación de cartas de servicios y los protocolos, instrumentos en los que realmente se concretan las prestaciones que los ciudadanos pueden exigir y donde se nutre de contenido a los derechos subjetivos cuya satisfacción los usuarios podrán reclamar ante las instancias administrativas o, si fuera necesario, ante los tribunales.

En la Administración local también se cuenta ya con ejemplos de esta clase de regulación. En el Ayuntamiento de Barcelona, sin ir más lejos, se dispone de una Carta de servicios de la Guardia Urbana y de una Carta de servicios del Instituto Municipal de Parques y Jardines de Barcelona.

Las finalidades prioritarias de las cartas de servicios, especialmente de aquéllas que regulan efectivamente la prestación de un determinado servicio público, son dos: información y compromiso.

Para que el ciudadano, el usuario del servicio, pueda ejercitar plenamente sus derechos es imprescindible que tenga conocimiento, o se encuentre en condiciones de obtenerlo, sobre los principios, líneas de actuación y funcionamiento del servicio público con el que entre en contacto. Los tiempos en que el administrado valoraba la prestación por el mero hecho de recibirla, sin osar criticarla, e ignorando si se adecuaba a lo establecido reglamentariamente o no, han pasado a mejor vida. No hay que olvidar que en muchas ocasiones esa reglamentación tampoco ayudaba demasiado, al carecer de una

<sup>36</sup> D.O.G.C. de 29 de mayo de 1996.

<sup>37</sup> El artículo 7.2 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, establece que el Servicio Catalán de la Salud, a los efectos de la gestión y administración de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público, puede utilizar cualquier fórmula de gestión directa, indirecta o compartida admitidas en derecho. Según esto, y con el objetivo de consolidar el sistema sanitario mixto propio de Cataluña, la misma Ley regula la red hospitalaria de utilización pública, que viene configurada por todos los centros, servicios y establecimientos hospitalarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud y aquellos otros que satisfacen regularmente las necesidades del sistema sanitario público de Cataluña mediante los convenios pertinentes.

<sup>38</sup> D.O.G.C. de 24 de febrero de 1997.

<sup>39</sup> D.O.G.C. de 18 de abril de 1997.

Dos órdenes más han sido publicadas hasta el momento. La Orden de 14 de abril de 1997, por la que se aprueban los estándares de calidad a que se refiere el artículo 5 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, que deben cumplir los centros de rehabilitación (D.O.G.C. de 28 de abril de 1997) y la Orden de 15 de abril de 1997, por la que se aprueban los estándares de calidad a que se refiere el artículo 5 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, que deben cumplir los centros que realicen pruebas diagnósticas (D.O.G.C. de 27 de mayo de 1997).

descripción detallada de la forma de prestar el servicio. El administrado se ha convertido en ciudadano y las cartas de servicios son un paso adelante hacia el progresivo final de la venda que durante largos años ha tapado los ojos de los usuarios. Si estos siguen manteniéndola será por decisión propia pero no porque la Administración no facilite los medios para evitarlo<sup>40</sup>. Hay que insistir, sin embargo, en la necesidad de que las cartas sean objeto de la máxima publicidad y promoción posible y de que se fomente el acceso a las mismas. No sirve de nada poner a disposición del ciudadano la información pertinente sobre el funcionamiento de un servicio si esta medida no se acompaña de campañas publicitarias que informen sobre su existencia y razón de ser. No deben convertirse en documentos internos de uso exclusivo del personal administrativo, desconocidos por los principales interesados. Además, es indudable que la presión que ejerce un colectivo conocedor de sus derechos y de las vías abiertas para hacerlos efectivos, tendrá una repercusión notable en la motivación de los responsables del servicio en orden a adaptarse a los contenidos de la carta que lo regule<sup>41</sup>.

En línea con lo anterior hay que afirmar categóricamente que las cartas de servicios no son simples boletines de informa-

---

<sup>40</sup> El artículo 3 del Decreto 27/1997 aprobado por la C.A. de Madrid define a las Cartas de Servicios como "documentos que tienen por objeto informar al ciudadano acerca de las cualidades con que se proveen las prestaciones y servicios públicos. Habrán de expresar:

- a) La naturaleza, contenido, características y formas de proveer las prestaciones y servicios.
- b) La determinación de los niveles o estándares de calidad en la provisión del servicio.
- c) Los mecanismos de consulta a los usuarios acerca de los servicios que aquéllos demanden y de sus sugerencias y opiniones para la mejora de los mismos."
- d) El sistema de evaluación de la calidad".

En la Carta del ciudadano inglesa se enumera entre los principios de servicio público, el de información. Sobre él se dice que "se debe *disponer con facilidad y en un lenguaje claro de información completa y exacta* sobre los servicios que se prestan. Es preciso hacer públicos los objetivos, con información completa y revisada sobre los resultados conseguidos. En la medida de lo posible, la información debe ser comparada, con el fin de presionar para la emulación de los mejores".

<sup>41</sup> El Decreto por el que se regulan las Cartas de Servicios en la Comunidad de Madrid hace referencia a esta situación, si bien el régimen que prescribe es excesivamente flexible. El artículo 6, dedicado a la aprobación y difusión de las cartas de servicios, nos dice que "cada órgano o entidad llevará a cabo las acciones divulgativas que estime más eficaces, siempre que se garantice su accesibilidad para los usuarios en todas las dependencias administrativas con atención al público". Habría sido conveniente introducir algún criterio más que redujera la discrecionalidad del órgano administrativo. Aun así, resulta clara la obligación de emprender siempre acciones divulgativas. El órgano que apruebe la carta gozará de mayor libertad en lo que respecta a los medios de promoción que opte por utilizar pero no sobre la promoción en sí, que deberá efectuarse en todo caso.

ción. Constituyen verdaderos documentos de compromiso de la Administración con el ciudadano sobre la prestación del servicio. El órgano gestor del servicio público se compromete a ejecutarlo de una determinada manera y bajo unos parámetros muy concretos. Si no lo hace deberá responder de su incumplimiento<sup>42</sup>.

Veamos ahora algunos de los problemas jurídicos que plantea el uso de este instrumento normativo.

## 2. Naturaleza jurídica

Las primeras cartas de servicios se acercaban mucho más a lo que actualmente calificamos como normas programáticas que a verdaderas normas con valor jurídico. Se trataba de documentos en los que se aglutinaban una serie de principios sobre los derechos de los usuarios cuya virtualidad práctica era nula. No dejaban de ser meras declaraciones de intenciones aprobadas, incluso, por las propias asociaciones de usuarios<sup>43</sup>.

Las cartas que ahora se aprueban a lo largo y ancho del continente europeo y, poco a poco, en nuestro propio país, difieren en mucho de sus antecedentes. En el contexto del debate jurídico actual, el concepto de carta de servicio es sinónimo de reconocimiento y concreción de derechos subjetivos exigibles jurídicamente por su titular: el usuario del servicio. El contenido final de los derechos subjetivos que nacen al amparo de la prestación de un servicio público a favor del ciudadano se halla en las cartas de servicios. El ciudadano que quiera saber a qué tipo de prestación tiene derecho, acudirá a la carta y ésta misma le servirá como instrumento de reclamación si el servicio que recibe no se adecua a lo regulado en ese instrumento normativo al que ha tenido acceso. La instancia administrativa ante la que se reclame o, en su caso, el órgano judicial que corresponda, utilizarán la carta de servicios como parámetro de valoración de la actuación del órgano gestor del servicio, y en función de ello determinarán su responsabilidad.

Si se negara el valor jurídico de las cartas y, asociado a ello, la responsabilidad por el mal funcionamiento, el sistema caería en sus cimientos y sería incoherente hablar de moderni-

---

<sup>42</sup> PALOMAR OLMEDA define a las Cartas de Servicios como "instrumentos de información y compromiso en la gestión pública". PALOMAR OLMEDA, A., op. cit., Pág. 21.

En *el Informe* presentado por *el Síndic de Greuges* sobre *los resultados del año 1995*, se habla de ellas como "una relación de compromisos del prestador del servicio o, si se quiere, de aquello a lo que se obliga el prestador de un servicio público". B.O.P.c., n.º. 30, de 21 de marzo de 1996. Pág. 2.490.

<sup>43</sup> En Italia deberíamos remontarnos a la mitad de los años setenta para encontrar los primeros antecedentes. Un reciente estudio de MIGUEZ MACHO dibuja la evolución de las cartas de servicios en el país transalpino.

MIGUEZ MACHO, L., op. cit..

zación en la actividad administrativa. La ubicación del ciudadano en el centro del sistema lleva aparejada su consolidación como titular de derechos que ostenta una posición activa ante la prestación de un servicio público. Los derechos subjetivos que se derivan del contenido de las cartas son, en muchas ocasiones, la concreción de derechos constitucionalmente garantizados. Derechos que admiten desarrollos diferentes pero que una vez que éste se hace efectivo, deviene obligatorio para el aparato público. Teniendo presente esta última consideración, no hay que olvidar, como precisa MIGUEZ MACHO, que la redefinición de los principios de los servicios públicos no se debe tanto a la configuración como derechos subjetivos de las pretensiones jurídicas nacidas de la relación de prestación, que es más una consecuencia de la evolución de la tutela jurisdiccional de las situaciones jurídicas subjetivas, sino que encuentra su raíz en el reforzamiento de la posición del usuario dentro de la relación de prestación<sup>44</sup>. Es decir, la peculiaridad que plantea la actividad administrativa de prestación no se halla en la exigibilidad jurídica de derechos subjetivos. Es la existencia misma de esos derechos la que la dota de singularidad.

Lo dicho anteriormente es aplicable a las cartas que regulan la forma de prestación de un servicio determinado. Para aquellas que se limitan a recoger los principios y criterios de actuación en la prestación de los servicios públicos las valoraciones son distintas. Ya no se trata de documentos dirigidos directamente al ciudadano. Su receptor principal es el órgano gestor del servicio de que se trate. Éste deberá aprobar una segunda carta en la que se incluyan las particularidades de la prestación de ese servicio. Aun así, si bien necesitarán de ese desarrollo posterior para desplegar todas sus previsiones, su naturaleza obligatoria es manifiesta. Las cartas de cada servicio deberán respetar los contenidos de su carta de referencia y podrán ser denunciadas en aquellos puntos en que no sea así. Es más, el particular podrá fundamentar su reclamación en contra de la regulación de un servicio en su contradicción con los principios de la carta general. Esta meta sólo se alcanzará si la Administración General del Estado impulsa la aprobación del modelo de referencia para todos los servicios públicos y, si procede, los modelos de cada servicio, fijando plazos para que los órganos gestores se adapten a ello con el diseño de sus propias cartas. Ese es el ejemplo que ofrece el Derecho italiano<sup>45</sup> y esperemos que sea el seguido en España<sup>46</sup>. El artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. no habla de plazos pero no

sería acorde con el espíritu de la Ley retrasar un producto normativo que ella misma pide y que se viene anunciando desde hace tiempo.

### 3. Rango normativo

¿Qué rango jerárquico deben tener las cartas de servicios?; ¿rango legal?; ¿rango reglamentario?; ¿podría distinguirse a efectos de la aplicación ley-reglamento entre una carta de servicios general y las específicas para cada servicio?; ¿cómo opera en este punto la distribución de competencias entre Estado y Comunidades Autónomas?; ¿podría alegar el Estado el artículo 149.1.1 de la Constitución para asegurar unas prestaciones equitativas en todo el territorio español?

Las cartas de servicios tienen por objeto la regulación de la prestación de un servicio público. La acción conjunta de las cartas marco y las cartas sectoriales origina el nacimiento de derechos subjetivos que vienen a ser, en ocasiones, la última concreción de derechos constitucionalmente reconocidos. Si volvemos sobre esta cuestión es porque es una de las razones que se han alegado para defender a la ley como el instrumento normativo jurídicamente necesario para regular las cartas de servicios. Uno de los supuestos a los que se acostumbra a hacer referencia es el que contempla el artículo 43 de la Constitución española. Como sabemos, después de señalar la competencia de los poderes públicos para "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios", añade que "la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto". La reserva de leyes diáfana y parece que vedaría la remisión genérica al reglamento. Las cartas de servicios, en cuanto precisan el ejercicio de esos derechos, deberían seguir el procedimiento legislativo y ser aprobadas por ley.

Reforzando este argumento se recuerda que la regulación de las prestaciones de un servicio público podría afectar al régimen de alguno de los derechos contemplados en el Capítulo 11 de la Constitución (derecho a la igualdad, a la intimidad, a la educación...). Y, como señala el artículo 53 de la propia Norma Suprema, "sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades (...)".

Para justificar el recurso a la ley también se recurre a la doctrina del Tribunal Constitucional sobre la legislación básica y el concepto de bases. No es este un criterio que pueda generalizarse, pero sí es cierto que en según qué sectores materiales tendría visos de operatividad. La sanidad sería uno de los casos en los que cabría aplicar tal construcción dogmática alegando el art. 149.1.16 c.E.. Uniendo la competencia estatal para legislar sobre las bases y coordinación general de la sanidad a la doctrina constitucional sobre el concepto de ba-

<sup>44</sup> MIGUEZ MACHO, L, op. cit.. Pág. 602.

<sup>45</sup> Puede verse al respecto: MIGUEZ MACHO, L, op. cit.. Págs. 607609.

<sup>46</sup> Como ya se ha indicado con anterioridad, así lo hace el Decreto 27/1997 aprobado por la Comunidad Autónoma de Madrid, al fijar en su Disposición Final Segunda el plazo de doce meses para que los órganos y entidades comprendidos en su ámbito de aplicación elaboren y aprueben sus Cartas de Servicios.

ses, obtenemos como resultado la necesidad de una norma estatal, una ley<sup>47</sup>.

Finalmente, para apaciguar a las voces discrepantes, se aporta el contenido del artículo 149.1.1 C.E., según el cual el Estado tiene competencia exclusiva sobre "la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales". Estamos hablando del ejercicio de derechos y el Estado tiene competencia exclusiva para determinar las condiciones básicas que aseguren que ese ejercicio sea igualitario para todos los españoles. El instrumento adecuado para hacerlo, se concluye, no puede ser otro que la ley<sup>48</sup>.

Hay otros planteamientos, que suscribimos, que apuntan hacia el reglamento como fuente de regulación de las cartas de servicios. En primer lugar, se indica que, efectivamente, la prestación de un servicio público puede afectar al ejercicio de derechos para los que el Texto constitucional prevea una reserva legal pero ésta no implica que todo lo que pueda incidir en mayor o menor medida sobre el ejercicio de tal derecho deba ser recogido en una ley. Si llevamos esa posición a su expresión más extrema, prácticamente cualquier actividad reguladora puede vincularse con el ejercicio de algún derecho y, en consecuencia, impediría el acceso al reglamento. Es

---

<sup>47</sup> En este sentido se expresa la STC. 69/1988, de 19 de abril: "(...) Ley formal que la misma doctrina acoge en razón a que sólo a través de este instrumento normativo se alcanzará, con las garantías inherentes al procedimiento legislativo, una determinación cierta y estable de los ámbitos respectivos de ordenación de las materias en las que concurren y se articulan las competencias básicas estatales y las legislativas y reglamentarias autonómicas, doctrina que se proclama con la afirmación de que "las Cortes deberán establecer lo que haya de entenderse por Básico" -fundamentos jurídicos 5º de la STC 32/1981 y 1º de la STC 1/1982-, la cual expresa, de manera bien relevante, que la propia Ley puede y debe declarar expresamente el alcance básico de la norma o, en su defecto, venir dotada de una estructura que permita inferir, directa o indirectamente, pero sin especial dificultad, su vocación o pretensión de básica.

Como excepción a dicho principio de Ley formal, la referida doctrina admite que el Gobierno de la Nación pueda hacer uso de su potestad reglamentaria para regular por Decreto alguno de los aspectos básicos de una materia, cuando resulten, por la naturaleza de ésta, complemento necesario para garantizar el fin a que responde la competencia estatal sobre las bases. Esta excepción (...) debe entenderse limitada al sentido que corresponde a su naturaleza de dispensa excepcional de suficiencia de rango normativo, pero no alcanza a la exigencia de que su carácter básico se declare expresamente en la norma o se infiera de su estructura en la misma medida en que es ello aplicable a la Ley formal, pues lo contrario sería permitir que por la vía reglamentaria se introduzcan elementos de confusión e incertidumbre, siendo que ello se deja negado en la Ley formal".

<sup>48</sup> BELTRÁN AGUIRRE comenta estos argumentos aplicándolos al régimen de las prestaciones sanitarias.

BELTRÁN AGUIRRE, J.L., Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: aspectos jurídicos, Derecho y Salud, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre 1994. Págs. 93-95.

evidente que esta postura no puede mantenerse. El elenco de derechos y deberes sí deberá ser predeterminado en una ley, pero en la concreción práctica de su ejercicio podrá entrar el reglamento. Respetando el régimen legal y las reglas ya conocidas sobre la relación ley-reglamento. Las cartas de servicios adoptarían la forma externa de reglamentos. Si reparamos nuevamente en el ámbito sanitario comprobaremos la lógica de estas aseveraciones. El artículo 43 se remite a la ley para el establecimiento de los derechos y deberes sanitarios. Los artículos 10 (derechos) y 11 (deberes) de la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad desarrollan esa previsión constitucional pero lo hacen de un modo enunciativo. Carácter enunciativo que no discute su valor jurídico pero sí su efectividad. Son el pórtico que presidirá la actividad de prestación del servicio público sanitario pero el día a día de la atención sanitaria exige una normativa mucho más precisa y detallada que ayude a mejorar y controlar el servicio ofrecido por la Administración. Ese papel lo cumplirán normas reglamentarias. Lo que sucede es que al encontramos en pleno auge de un movimiento de resituación y exaltación del papel del ciudadano en el plano de los servicios públicos se ha buscado una denominación que individualizase a estas normas reglamentarias del resto. El término elegido ha sido el de cartas de servicios.

En segundo lugar, el artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. establece que la actuación de la Administración General del Estado, de acuerdo con las políticas fijadas por el Gobierno, determinará las prestaciones que proporcionan los servicios estatales, sus contenidos y los correspondientes estándares de calidad. La L.O.F.A.G.E. se remite, por tanto a normas de carácter reglamentario. Está dando cobertura legal a las cartas de servicios que, en cuanto normas reglamentarias, no podrán contradecir su contenido. Ni tampoco el contenido de aquellas leyes que regulen el ejercicio de derechos de los ciudadanos afectados por la prestación de un servicio público. En el supuesto de derechos y deberes sujetos a reserva legal, la carta de servicios podrá precisar su modo de ejercicio y aplicación a un servicio público concreto o a todos en general, pero no alterar las prescripciones legales ni dotarles de un nuevo régimen jurídico.

En los países con sistemas jurídicos similares al nuestro se ha impuesto el recurso a la norma reglamentaria. Dependiendo del ámbito de la carta, más genérico o limitado a un servicio o a un sector de ese servicio, el órgano que la apruebe será distinto y, en consecuencia, también será distinta la forma externa que adopte, pero, en todo caso, mantendrá su carácter reglamentario y no legal<sup>49</sup>. Todo indica que se aprobarán

---

<sup>49</sup> En Italia, el Decreto-Ley de 12 de mayo de 1995 (*Gazzetta Ufficiale* del 12 de mayo de 1995, núm. 109), que contiene medidas urgentes para la simplificación de los procedimientos administrativos y para la mejora de la

modelos de referencia mediante la fórmula del Decreto, que después serán aplicados a cada servicio específico mediante la elaboración de una carta de servicios por cada órgano gestor. En los supuestos, como el sanitario, en los que las cartas de servicios sean precisadas por protocolos o figuras similares, éstos no funcionarán como simples documentos internos sino que dada su vinculación directa con la carta y su nacimiento en el marco de un convenio con el órgano público encargado de la gestión sanitaria, serán verdaderos baremos de control del prestador sanitario.

Sobre el argumento fundado en el artículo 149.1.1 C.E., y abordando a la vez el tema competencial, conviene tener en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Constitucional al respecto. El Alto Tribunal se ha pronunciado a favor de una interpretación del precepto en función de la cual, el principio de igualdad de derechos y obligaciones de todos los españoles en cualquier parte del territorio nacional no es sinónimo de "una rigurosa y monolítica uniformidad del ordenamiento de la que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones (...) la potestad legislativa de que las Comunidades Autónomas gozan potencialmente da a nuestro ordenamiento una estructura compuesta, por obra de la cual puede ser distinta la posición jurídica de los ciudadanos en las distintas partes del territorio nacional"<sup>50</sup>. Este artículo sólo obligaría, a lo sumo, a "una igualdad de las posiciones jurídicas fundamentales"<sup>51</sup>. De esta doctrina se deriva que el artículo 149.1.1 no puede servir de único cimiento en el que basar una posible reclamación de regulación uniforme de las diferentes cartas de servicios ni tampoco para defender una competencia estatal exclusiva. La carta específica de un servicio será aprobada por el órgano que lo gestione. Las de referencia serán gestadas por cada Administración pública, estatal y autonómicas, para sus respectivas áreas de influencia. El límite, común a todas, se hallará en la regulación legal de los dere-

---

eficiencia de las Administraciones públicas, después convertido en la Ley de 11 de julio de 1995 (*Gazzetta Ufficiale* del 11 de julio de 1995, núm. 160), establece en su artículo 2.1 que "por medio de Decretos del Presidente del Consejo de Ministros son emanados los esquemas generales de referencia de las cartas de los servicios públicos, elaboradas, en colaboración con las Administraciones interesadas, por el Departamento de la función pública para los sectores determinados por medio de Decreto del Presidente del Consejo de Ministros".

En España carecemos, como ya se sabe, de una regulación en vigor pero las referencias de las que hasta ahora se dispone apuntan hacia la elaboración, en el seno del Ministerio para las Administraciones Públicas, de un Decreto que sería el equivalente al esquema de referencia italiano.

GONZÁLEZ CUETO, T., en AA.VV., *Estudios...*, op. cit., Pág. 72.

<sup>50</sup> STC. 37/1981, de 16 de noviembre.

<sup>51</sup> STC. 37/1987, de 26 de marzo.

chos que puedan verse afectados por la prestación del servicio público.

## 4. Estándares de calidad

### 4.1. Concepto de calidad

En las páginas anteriores se han hecho múltiples alusiones a la idea de calidad en la prestación del servicio público. Ello no es más que una muestra de su progresiva implantación en los textos legislativos. Si tomamos el ejemplo de la L.O.F.A.G.E. lo comprobaremos enseguida. A lo largo de su Exposición de Motivos se menciona en tres ocasiones el vocablo "calidad" y en todas ellas asociado a la forma de prestación del servicio público. Se habla del derecho de los ciudadanos a "recibir servicios públicos de calidad" (apartado III), de la "calidad como forma ordinaria de prestación de los servicios públicos" (apartado IV) y, en referencia a las exigencias planteadas por el Estado autonómico, de la necesidad de "eliminar posibles duplicidades y conseguir una mejora en la calidad de los servicios que la Administración presta a los ciudadanos" (apartado IV). En el artículo 4 aparece también el término "calidad". En esta ocasión para aplicado a los denominados, precisamente, "estándares de calidad", en los que nos detendremos en el siguiente apartado.

El servicio efectivo a los ciudadanos es la finalidad que guía la actividad prestacional de la Administración. Para que ese objetivo se cumpla no basta con prestar el servicio, es imprescindible que se consiga responder a las necesidades del ciudadano de la mejor forma posible. Sólo si se cumple tal requisito nos encontraremos ante un servicio público de calidad. Con estas coordenadas se deduce rápidamente la variabilidad intrínseca al concepto de calidad. BELTRAMI distingue tres fases en la evolución de la calidad en el sector público:

- . la calidad en el sentido del respeto a las normas y procedimientos.
- . la calidad en el sentido de eficacia.
- . la calidad en el sentido de satisfacción del cliente<sup>52</sup>.

Actualmente, y sustituyendo el sustantivo "cliente" por el de "ciudadano", nos encontraríamos en el tercer estadio de la evolución. A principios de los ochenta, el concepto de "calidad total"<sup>53</sup> formado en el ámbito del sector privado pasó al sector público, haciendo de la satisfacción del cliente el punto

---

<sup>52</sup> Referencia obtenida de LOFFLER, E., *La modernización del sector público desde una perspectiva comparativa: conceptos y métodos para evaluar y premiar la calidad en el sector público en los países de la O.C.D.E.*, I.N.A.P., Madrid, 1996. Pág. 20.

<sup>53</sup> Sobre la idea de "calidad total" puede verse: MARTIN MA TEO, R., *El sistema administrativo clásico y su permeabilidad a los nuevos paradigmas de la calidad total*, R.A.P., n.º. 134, mayo-agosto 1994. Págs. 7-27.

de referencia para el grado de calidad alcanzado. Eso ha llevado a que tras la expresión "servicio público de calidad" se engloben una serie de principios, técnicas y demás instrumentos pensados para optimizar la oferta de servicios y llegar así al objetivo último: ofrecer al ciudadano el mejor servicio posible. No obstante, aunque se mantenga la satisfacción del ciudadano como punto crítico de valoración del servicio, en ningún momento cabe el inmovilismo en la prestación del mismo. Éste se ve sometido a continuas modificaciones originadas por los avances tecnológicos o por la introducción de nuevos planteamientos que persiguen la perfección del sistema. Lo importante es que siempre se vea al usuario del servicio como el sujeto en cuyo interés se hacen los cambios.

Tampoco puede olvidarse que el dinamismo del concepto de calidad debe compatibilizarse con el límite insuperable de los recursos disponibles. Lo recuerda el artículo 3.2 de la L.O.F.A.G.E. al citar el principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos y de ello se hace eco el artículo 4, en el que se establece que se mejorarán los servicios y prestaciones públicas "de acuerdo con las políticas fijadas por el Gobierno y teniendo en cuenta los recursos disponibles". Si se puede responder a las exigencias del ciudadano respetando el principio de economía en el gasto público, se obtendrá un buen resultado en el análisis coste-eficacia y podrá hablarse de un servicio público de calidad, eficaz y eficiente. También es cierto que la idea de calidad total en la prestación del servicio público no se resume en una serie de técnicas y principios sino que representa toda una filosofía de servicio al ciudadano que debe reflejarse en cada una de las actuaciones de la Administración Pública y en la que resultan implicados todos aquellos que intervienen de una u otra manera en su funcionamiento. Por eso el objetivo de calidad siempre está presente y es el motor que ha de impulsar la adopción permanente de medidas que ayuden a mejorar el estado anterior<sup>54</sup>.

La calidad del servicio es el objetivo que se persigue, pero, para saber realmente qué resultados concretos deben alcanzarse y si estos se están cumpliendo o no, son necesarios unos parámetros de control que sirvan de referencia tanto para la Administración como para el ciudadano. De esta manera el ente prestador del servicio conocerá las obligaciones que contrae en un momento dado y el ciudadano sabrá a su vez qué tipo de servicio puede reclamarle. Aquí entran los denominados estándares de calidad.

---

<sup>54</sup> Asunto diferente es el método idóneo para obtener el mejor resultado posible. Se ha escrito mucho sobre la aplicación de las técnicas de la empresa privada al sector público y los problemas que ello plantea. Un ejemplo lo ofrece PARRADO DIEZ, S., op. cit.. Sobre Derecho comparado: DUNLEAVY, P.; HOOD, C., De la Administración Pública tradicional a la nueva gestión pública. Ensayo sobre la experiencia modernizadora de diversos países desarrollados, G.A.P.P., n.º. 3, mayo-agosto 1995.

#### 4.2. Estándares de calidad

En la letra b) del apartado primero del artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. se menciona explícitamente a los estándares de calidad. Es la primera y última vez que aparece este concepto en el articulado de la Ley, pero es suficiente para reforzar el convencimiento sobre la importancia de una de las funciones principales que desempeñan las cartas de servicios: la función de compromiso de la Administración con el usuario. El servicio debe prestarse con un determinado nivel de calidad y ese nivel se fija a través de los estándares. Estos son los parámetros, concretados por el ente público, que nos permitirán saber si el órgano gestor cumple con los compromisos asumidos. Son los parámetros que nos indicarán si se está actuando con eficacia o no. Ya se ha comentado cómo en la Comunidad catalana y en el sector sanitario se está procediendo a la determinación de tales estándares mediante Ordenes del consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Este último dato confirma que la competencia para establecer los estándares de calidad recae en la Administración responsable del servicio aunque, en ocasiones, dicha competencia sea compartida por la entidad que efectivamente lo presta. En el caso de Cataluña podríamos hablar de los protocolos, puntualizando que el margen de discrecionalidad del que éstos lleguen a disfrutar siempre serán reducido, ocasionado por las peculiaridades propias de cada hospital y condicionado por la normativa autonómica y estatal<sup>55</sup>. No obstante resultaría de gran acierto, en el momento de concretar los estándares, buscar el máximo consenso posible entre el prestador efectivo del servicio y el usuario del mismo. No es cuestión de elevar la calidad del sistema en una medida tal que su puesta en práctica sea ilusoria o utópica ni tampoco se trata de rebajar objetivos o contentarnos con la eficacia mínima. Debe favorecerse y fomentarse el diálogo con la participación de todas las partes implicadas (Administración, órgano gestor, usuarios). Dada la importancia de la controversia, el mismo *Síndic de Greuges de Catalunya*, en su Informe al Parlamento catalán del año 1995, manifestaba que "la facultad de fijar los objetivos en los servicios públicos que sitúen en el mercado bienes

---

<sup>55</sup> Teniendo en cuenta, además, que las previsiones escritas no pueden ser absolutas. Existen ciertos ámbitos materiales en los que no es posible la intervención administrativa reguladora. Sirva como ejemplo un pequeño párrafo de la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de octubre de 1989 de la que fue ponente GONZÁLEZ NAVARRO y que dice así:

"Una cosa es controlar e inspeccionar la labor del médico de la Seguridad Social (oo.) y otra muy distinta es ordenar cómo debe ejercer el médico su profesión al valorar si ha prescrito de forma idónea. Porque la idoneidad o no del médico para prescribir, diagnosticar o fijar el tratamiento del enfermo, constituye una esfera del contenido esencial de su derecho a ejercer libremente la profesión, en la que no puede entrar la Administración por la vía de dictar actos, resoluciones, circulares o instrucciones".

o servicios no se debería dejar en exclusiva al prestador, aunque el grado de participación de otros agentes -asociaciones de consumidores por ejemplo- puede tener modulaciones diversas<sup>56</sup>.

En esta delicada operación de delimitación de indicadores de cumplimiento de los objetivos de los servicios públicos, entendemos que si bien el *Síndic* puede cooperar -hasta podría facilitar el encuentro de los agentes sociales afectados-, su intervención no ha de ser determinante, en la medida que le corresponde garantizar los derechos de los ciudadanos, pero no sustituir a las instancias encargadas de definirlos<sup>57</sup>.

Una de las cuestiones más interesantes que plantean los estándares de calidad es el de la posibilidad o no de su reversibilidad. Es decir, ¿sería posible rebajar los estándares aplicados hasta ese momento a un determinado servicio público y, consecuentemente, empeorar la calidad del mismo?; ¿sólo cabe la reforma de los estándares si ésta persigue mayores exigencias para el órgano gestor y un servicio de mayor calidad para el ciudadano?; ¿no hay lugar para la marcha atrás?

Esta controversia ha sido ya discutida por la doctrina en el marco más amplio de la aplicación de políticas sociales. En realidad nadie niega la posibilidad de que un momento dado y debido a las circunstancias sea necesario reducir el nivel de las prestaciones. Las discrepancias aparecen al tener que decidir qué tipo de condicionantes son los que legitimarían ese giro normativo. Así como para MUÑOZ MACHADO<sup>58</sup> sería suficiente justificación la existencia de circunstancias económicas sobrevenidas, para PAREJO ALFONSO<sup>59</sup> sólo

---

<sup>56</sup> En el Decreto 27/1997, de 6 de marzo, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid, se prevé una participación reducida de los ciudadanos en el proceso de elaboración de la carta de servicios. El art. 6.2, tras otorgar la competencia para la aprobación de la carta al titular del órgano o máximo responsable de la entidad a cuyos servicios se refiera aquella, establece que "cada órgano o entidad llevará a cabo las acciones divulgativas de su Carta de Servicios que estime más eficaces, siempre que se garantice su accesibilidad para los usuarios en todas las dependencias administrativas con atención al público".

<sup>57</sup> El *Síndic de Greuges* añade que "la cuestión de quien determina los objetivos es, naturalmente, fundamental. La visión de quien demanda y de quien presta, a menudo no es coincidente y es importante que los estándares sean razonables, porque otra cosa sería caer en puro voluntarismo. Quien ha de prestar un servicio o producir un bien acostumbra a tener bien presentes las dificultades para hacerlo; quien debe recibirlo es más consciente de los problemas que se le provoquen antes de la recepción, pero también en el mismo momento y después".

Boletín Oficial del Parlamento de Cataluña de 21 de marzo de 1996, núm. 30, pág. 2.490.

<sup>58</sup> MUÑOZ MACHADO, S., *La organización de los sistemas de salud*, en el libro de ponencias del I Congreso de Derecho y Salud, Madrid, 1993. Pág. 88.

<sup>59</sup> PAREJO ALFONSO, L., *Estado Social y Administración Pública*, Madrid, 1983. Pág. 58.

sería admisible si se adoptara una nueva política socio-económica.

Por lo que se deduce de los posicionamientos anteriores, la coyuntura económica será determinante. Si esto es así, no cabe olvidar que el retroceso ha de ser la excepción porque la cláusula de Estado social proclamada en nuestra Constitución obliga a que el avance en el perfeccionamiento y en el nivel de calidad de los servicios recibidos por el ciudadano sea la regla.

## 5. Control

La regulación de los estándares de calidad perdería buena parte de su interés si no se acompaña de las medidas de control necesarias sobre el funcionamiento de cada servicio. Ello permitirá conocer el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos y las reformas que sería oportuno acometer. Ahora bien, ¿quién será la autoridad encargada de controlar el acatamiento de la carta de servicios y su verdadera eficacia? Disponemos de baremos de control pero ¿quién ha de determinar cuándo se ha producido un incumplimiento?

En el campo propio de la Administración General del Estado, el artículo 12 de la L.O.F.A.G.E. incluye entre las competencias del Ministro "evaluar la realización de los planes de actuación del Ministerio por parte de los órganos superiores y órganos directivos y ejercer el control de eficacia respecto de la actuación de dichos órganos y de los Organismos Públicos dependientes, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley General Presupuestaria". Y el artículo 15 responsabiliza a los Subsecretarios de "b) Asistir al Ministro en el control de eficacia del Ministerio y sus Organismos Públicos". Por su parte, los Delegados del Gobierno en las Comunidades Autónomas deberán elevar anualmente un "informe al Gobierno, a través del Ministerio de Administraciones Públicas, sobre el funcionamiento de los servicios públicos estatales y su evaluación global" (art. 23).

Concretando un poco más, el art. 18 señala que corresponde a los Directores Generales "a) Proponer los proyectos de su Dirección General para alcanzar los objetivos establecidos por el Ministro, dirigir su ejecución y controlar su adecuado cumplimiento". Y los artículos 51 y 59 prevén controles de eficacia para los Organismos Autónomos y las Entidades Públicas Empresariales respectivamente, a realizar por el Ministerio al que estén adscritos.

Estas son formas de control previstas como una competencia más de los órganos que las realizan pero que no responden a la idea de control directo y continuo sobre la actividad de que se trate. El control que aquí nos interesa es el que realice una autoridad precisamente pensada para ello y que será la encar-

gada de pasar los informes correspondientes a los órganos directivos y superiores. Y es este tipo de autoridad a la que la ley no hace referencia alguna. ¿Debería existir una por cada servicio o una que tuviera competencia sobre todos ellos? ¿tendría que ser un órgano ajeno a la Administración o, aunque dotado de cierta independencia, incluido en ella? Las respuestas posibles son variadas pero habrá que esperar a las cartas de servicios para comprobar por cuál de ellas se opta. En el modelo británico se combina un sistema de auditorías independiente con la labor de un servicio de inspectores interno. En Italia la carta de servicios marco creó un "Comité permanente para la aplicación de la Carta de los servicios públicos", compuesto por tres expertos de reconocida independencia y de experiencia notoria en el sector de los servicios públicos. En el Decreto 27/1997 por el que se regulan las cartas de servicios en la Comunidad Autónoma de Madrid se opta por la autoevaluación, salvo la previsión del art. 11, según el cual "los órganos y entidades a los que se refiere el presente Decreto remitirán con periodicidad anual a la Dirección General de Calidad de los Servicios, un informe sobre el grado de cumplimiento de los compromisos declarados en la correspondiente Carta, analizando las eventuales desviaciones y determinando las medidas correctoras oportunas". Entre los proyectos del Ministerio para las Administraciones Públicas figura la regulación de los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos, creando para ello el Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos.

Parece, por tanto, que se optará por otorgar esa facultad de control a un órgano administrativo interno especializado en la materia.

Tampoco en el ordenamiento catalán se introduce la figura de la autoridad independiente. En el artículo 9 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud se indica que:

"1. El Servicio Catalán de la Salud realizará la evaluación de los convenios y contratos previstos en este Decreto.

2. Igualmente, los centros, servicios y establecimientos con los que se hayan establecido convenios o contratos de gestión de servicios sanitarios, así como aquellos que estén subcontratados por los anteriores, están sometidos a la actividad inspectora del Servicio Catalán de la Salud. En este sentido, los citados centros, servicios y establecimientos están obligados a facilitar las tareas de inspección en relación con los servicios y prestaciones que se realicen por cuenta del Servicio Catalán de la Salud. (...)".

Precisando algo más, el artículo 3 del Decreto 36/1997, de 18 de febrero, por el que se establecen normas en relación con los estándares de calidad para la contratación de servicios

sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud nos dice que "al efecto de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad, los centros deberán formalizar la solicitud oportuna, rellenar el formulario que a estos efectos les entregará el Servicio Catalán de la Salud, y aportar la documentación acreditativa correspondiente. (...) Cuando se produzcan variaciones respecto al cumplimiento de los estándares de calidad, los centros lo tendrán que comunicar al Servicio Catalán de la Salud para que este revise, si procede, el expediente de verificación de su cumplimiento y emita la Resolución correspondiente".

De la literalidad del artículo se desprende que serán los servicios técnicos internos del Servicio Catalán de la Salud los que se encarguen de controlar el cumplimiento de los estándares por los centros hospitalarios. La actividad de inspección la ejercerán tanto sobre los centros gestionados por el Instituto Catalán de la Salud como sobre el resto de los contratados. El Servicio Catalán de la Salud es el ente público responsable de la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública y, en cuanto tal, le corresponde la supervisión del correcto funcionamiento del sistema y del cumplimiento de los compromisos adquiridos.

## 6. Responsabilidad

La pieza que cierra el círculo en el esquema descrito es la de la responsabilidad. El control del funcionamiento de cada servicio permitirá conocer el grado de eficacia y, en función de ello, pedir responsabilidades o recompensar a quien corresponda. El uso de las cartas de servicios y de los estándares de calidad implica la adopción de compromisos concretos, fácilmente identificables y que, en principio, pocas dudas interpretativas deben plantear. Como señala el Informe del *Síndic de Greuges*, "el margen de tolerancia de los retrasos de un ferrocarril de la Generalidad, debemos saber si es de cinco minutos cada cien kilómetros, más o menos; las cartas enviadas por el servicio postal tienen que llegar en un término razonable, y debemos saber -si son interurbanas- si lo han de hacer en dos días o en cuatro y, -si son urgentes- si deben recibirse en veinticuatro horas o en menos"<sup>60</sup>. A partir de aquí tienen que arbitrarse los mecanismos oportunos para que si la entidad encargada de prestar el servicio no cumple con los baremos fijados el usuario afectado pueda reaccionar y exigir responsabilidades. En el caso de la sanidad el paciente vería vulnerado su derecho a la salud -si, por ejemplo, se encuentra en lista de espera más tiempo del previsto en la carta- y estaría legitimado bien para acudir a otro servicio sanitario público o privado que estuviera en condiciones de atenderle pidiendo el resarcimiento de los gastos ocasionados bien para

---

<sup>60</sup> B.O.P.C. de 21 de marzo de 1996, n.º. 30. Pág. 2.490.



obtener la reparación por los daños y perjuicios causados por el retraso bien para ambas cosas<sup>61</sup>.

El legislador, tanto estatal como autonómico, no parece querer avanzar en esa línea o, al menos, eso es lo que se deduce de la poca normativa aprobada hasta el momento.

Respecto a la Administración General del Estado el art. 4 de la L.O.F.A.G.E. no dice nada sobre ello pero el art. 6.8 señala que "corresponde a los órganos superiores establecer los planes de actuación de la organización situada bajo su responsabilidad y a los órganos directivos su desarrollo y ejecución". Más adelante, el apartado 10 completa al anterior indicando que "los titulares de los órganos directivos son nombrados, atendiendo a criterios de competencia profesional y experiencia, en la forma establecida en esta Ley, siendo de

---

<sup>61</sup> ALARCÓN CARACUEL habla de dos mecanismos indemnizatorios:

"El primero lo tomaríamos prestado a la teoría general de los contratos: la indemnización por incumplimiento de ese "contrato de aseguramiento" que, como gusta decir a los teorizadores del catálogo de prestaciones, contrae el sistema público con cada ciudadano al comprometerse a una lista determinada de prestaciones; cuando esas prestaciones no se otorguen y no haya justificación para ello el ciudadano tendría derecho a una indemnización, que bien podría valorarse en el importe de los gastos que, como consecuencia de aquel incumplimiento, haya podido contraer.

Y el segundo mecanismo, seguramente más apropiado, tomaría como base lo dispuesto en el art. 106.2 de la Constitución (...). Los términos establecidos por la ley a que alude la Constitución no pueden ser otros que los cauces procedimentales previstos en la Ley 30/1992 (arts. 139 a 144, concretamente), como reconoce expresamente la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, sobre responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, que dice así: "la responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades y organismos del Sistema Nacional de Salud, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en dicha Ley (se refiere a la Ley 30/1992) y en el presente Reglamento". Ni que decir tiene que, cuando el art. 106.2 de la Constitución se refiere al funcionamiento de los servicios públicos como causa de indemnización, quedan comprendidos los casos de "mal" funcionamiento o de "no" funcionamiento de los mismos; y que, igualmente, cuando en la Disposición reglamentaria citada se habla de los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, quedan comprendidos los supuestos de "mala" asistencia o de "denegación" de la misma. Así lo aclara el art. 139.1 de la Ley 30/1992, que repite prácticamente el tenor literal del artículo 106.2 de la Constitución, pero incluyendo esa precisión: "Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o *anormal* de los servicios públicos".

ALARCÓN CARACUEL, M. R., La cartera de prestaciones. Reintegro de gastos, en Tercer Congreso Derecho y Salud, Gobierno de Navarra, Pamplona, 1994. Págs. 142-143.

aplicación al desempeño de sus funciones: a) la responsabilidad profesional, personal y directa por la gestión desarrollada".

Finalmente, el art. 7 añade que "los jefes de las unidades administrativas son responsables del correcto funcionamiento de la unidad y de la adecuada ejecución de las tareas asignadas a la misma".

Habría que esperar la regulación concreta de cada servicio pero, en principio, tendrán que ser los órganos directivos los que en función del criterio de profesionalización y mayor margen de actuación del que disponen, sean los máximos responsables en el caso de mal funcionamiento de un servicio público e incumplimiento de una carta de servicios.

En la L.O.F.A.G.E. habría sido extraño encontrar una referencia directa a esta cuestión tratándose de una ley general que no está pensada para la regulación de las cartas de servicios. En cambio sí habría sido de esperar esa referencia en el Decreto 27/1997 de la Comunidad madrileña. Regula el ámbito de aplicación de las cartas de servicios, su contenido, la elaboración, el sistema de aprobación y difusión, los métodos de evaluación de la calidad, el seguimiento de las cartas y hasta prevé la convocatoria de un premio anual a la excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid, pero no dice nada sobre la responsabilidad en la prestación del servicio. Tampoco añaden mucho más las Ordenes catalanas sobre estándares de calidad. Únicamente que las entidades contarán con un responsable asistencial y con un responsable económico-financiero. Esta medida está pensada más para la posible delimitación interna de responsabilidades que para el resarcimiento de los usuarios<sup>62</sup>.

La controversia sobre el resarcimiento y la reparación de daños y perjuicios no tiene fácil solución pero tanto el legislador como las diferentes Administraciones deberían entender que esa es la única manera de que el derecho a la salud de los ciudadanos sea efectivamente satisfecho.

## V. DERECHOS ACCESORIOS

### 1. Derecho de información

En este apartado del trabajo se quiere analizar la regulación de los que anteriormente hemos calificado como derechos accesorios o instrumental es. Se trata de derechos que habi-

---

<sup>62</sup> En todo caso, el art. 5 del Decreto 169/1996 indica que "la revocación de la resolución que acredita el cumplimiento de los estándares de referencia determina la extinción, previa incoación del expediente correspondiente y del que se dará audiencia al interesado, de cualquier relación de contratación de servicios sanitarios o de subcontratación de estos servicios, según corresponda".

tualmente servirán de vehículo para alcanzar otro tipo de pretensiones y que, en todo caso, ayudan a limpiar de obstáculos el camino que conduce hacia una relación adecuada entre los ciudadanos y la Administración.

El artículo 9 de la Ley General de Sanidad impone a los poderes públicos la obligación de "informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes".

Justo a continuación, en los artículos 10 y 11, se da cumplimiento a parte de esa obligación de información y se recogen los derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios. Entre los derechos se incluyen el derecho "a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder -los usuarios- y sobre los requisitos necesarios para su uso" y el derecho "a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>63</sup>, en su artículo 6, recoge el testigo afirmando que:

"1. Los servicios de salud informarán a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud y de los requisitos necesarios para su uso, conforme a lo previsto en los artículos 9, 10.2 Y 11 de la Ley General de Sanidad.

2. Los diferentes centros y establecimientos sanitarios facilitarán igualmente información al público de los servicios, prestaciones y actividades que realizan debidamente autorizados"<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> B.O.E. de 10 de febrero de 1995.

<sup>64</sup> En el Anexo 1 de este Real Decreto se incluyen las prestaciones sanitarias facilitadas directamente por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad. El epígrafe número 5 lleva por rúbrica "Servicios de información y documentación sanitaria" e incluye como servicios en materia de información y documentación sanitaria los siguientes:

"1º. La información al paciente y a sus familiares o allegados, de sus derechos y deberes, en particular, para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización del sistema sanitario, así como, en su caso, de los demás servicios asistenciales, en beneficio de su salud, asistencia, atención y bienestar; 2º. La información y, en su caso, tramitación de los procedimientos administrativos necesarios para garantizar la continuidad del proceso asistencial; 3º. La expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos; 4º. El informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada; 5º. La documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil; 6º. La comunicación o entrega, a petición del interesado de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario; 7º. La expedición de los demás informes o certificados

En el ámbito autonómico, el Decreto catalán 36/1997 no se refiere explícitamente al derecho de información pero sí señala, en su artículo 2, que "en todo caso, previamente a la emisión de la Resolución que acredita el cumplimiento de los estándares de calidad, deberá verificarse que el centro garantiza a todos los usuarios los derechos que establece el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad", entre ellos el de información.

Partiendo del contenido de estos artículos pueden estructurarse tres niveles de información diversos. El primero de ellos sería el más general y versaría sobre los derechos y deberes del ciudadano cuando entra en contacto con los servicios sanitarios; el segundo, más específico, consistiría en el derecho a ser informado sobre los servicios a los que se puede acceder y el contenido prestacional de los mismos; el tercero, finalmente, haría referencia al proceso seguido por el paciente, con las perspectivas de evolución y las posibles alternativas<sup>65</sup>.

El primer y segundo niveles de información son los que más nos interesan ahora. Con la entrada en funcionamiento de las cartas de servicios, el usuario de un centro hospitalario debería conocer, nada más entrar en contacto con el mismo, la existencia de aquella que sea aplicable al servicio que va a recibir. Esta información se incluiría en el primero de los niveles comentados. Es un derecho general del paciente el conocer de la existencia de una carta de servicios -o del protocolo correspondiente- en el que se regula la forma de prestación del servicio sanitario. En un segundo momento, entraría ya en el segundo nivel de información el derecho del usuario a tener constancia de las condiciones en las que debe recibir el servicio. La primera información tendría que ser facilitada en todo caso, mientras que sobre la segunda todo dependería de la actitud y de la voluntad de informarse del particular.

Tras un análisis de la documentación que se entrega al usuario cuando entra en contacto con alguno de los hospitales integrados en el Instituto Catalán de la Salud (sólo han quedado fuera del estudio el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta y el Hospital Vall d'Hebrón) más el ejemplo aportado por el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (Hospital de titularidad privada perteneciente a la Red Hospitalaria de Utilización Pública) se llega a la siguiente conclusión: la

---

sobre el estado de salud que deriven de las demás prestaciones sanitarias de este anexo o sean exigibles por disposición legal o reglamentaria".

<sup>65</sup> Sobre el derecho de información de los usuarios del servicio sanitario pueden verse los comentarios de:

\*BEATO ESPEJO, M., op. cit., págs. 33-51.

\*BELTRAN AGUIRRE, J. L., La información en la Ley General de Sanidad y en la jurisprudencia, Derecho y Salud, vol. 3, nº. 2, julio-diciembre 1995.

mayoría de ellos suministran al ciudadano la que hemos calificado como información de primer nivel, siguiendo el modelo de la normativa estatal y autonómica. El usuario de! Hospital conoce, desde un principio, cuáles son sus derechos y obligaciones<sup>66</sup>. Y, por lo tanto, si así lo desea, puede exigir información del segundo o tercer niveles, según sus necesidades. Falta una referencia a las cartas de servicios pero ello se debe a su, todavía, mínima implantación. Cuando se trate de un proceso consolidado, los Hospitales deberán mencionadas en sus hojas de información.

La única excepción la protagoniza el documento del Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. En éste, sobre el derecho de información sólo se dice, ambiguamente, que "uno de estos derechos -del usuario- es recibir toda la información necesaria sobre el Hospital" y, al margen de incluir algunos datos referentes al funcionamiento general de la entidad hospitalaria, no contiene una enumeración, por breve que fuera, de los derechos de los usuarios.

Resulta interesante dedicar ahora unas líneas a comentar con algo más de detalle el régimen de información en un centro hospitalario concreto. Consideramos adecuado aportar al estudio un pequeño trabajo de campo que mostrara el grado de acatamiento de la normativa en la práctica de cada día. El Hospital elegido fue el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell que, como antes se ha indicado, aun siendo de titularidad privada se encuentra integrado en la Red Hospitalaria de Utilización Pública. Con el bagaje de una entrevista con su gerente y una visita al centro, el informe referente al derecho de información sería el siguiente:

El Hospital cuenta con dos vías o fuentes de información principales: una personal y otra documental.

Respecto a la personal, el proceso se estructura en diferentes fases a las que se va accediendo según cuál sea la clase de información que se pretende obtener. Para el primer contacto y que, en lo que se refiere a información general, seguramente será el único necesario, el centro cuenta con una persona, situada permanentemente en el vestíbulo, tras un pequeño mostrador y bajo el rótulo de "Información". En el supuesto de que aquello que solicite el usuario no pueda ser solventado directamente por esta persona, el siguiente paso consiste en informar de ello a una segunda persona, localizable habitualmente en el propio vestíbulo que, en principio, no tiene la función de resolver las dudas o los interrogantes planteados por el particular sino que su cometido es el de ponerle en contacto con el integrante del plantel médico o administrativo del Hospital que pueda hacerlo. Vendría a ser el nexo o punto

de contacto común entre el Hospital y el público. Finalmente, el integrante del plantel médico o administrativo que corresponda será el encargado de suministrar la información solicitada.

Naturalmente, cabe la posibilidad de obtener información sin tener que personarse físicamente en el Hospital. El uso del teléfono puede ahorrar al ciudadano mucho tiempo y energía invertidos en desplazamientos. Es especialmente útil para entrar en contacto con el personal administrativo (desde el personal de información hasta la gerencia). Tanto es así que ya se utiliza para agilizar y ordenar algunos servicios (concertar visitas, información sobre pruebas,...). En cambio, si la persona que debe facilitar la información es integrante del personal médico, el método habitual de encuentro es una reunión en el centro. De todas formas, la comunicación vía telefónica no siempre es sencilla. El Hospital cuenta con siete líneas pero aun así no siempre pueden atenderse todas las llamadas. Por eso se está ultimando un proyecto que permitirá establecer un contacto continuo con el Centro de Asistencia Primaria (C.A.P.), alternativo a las llamadas realizadas por otras líneas y que ayudará tanto a su descongestión como a evitar buena parte de las llamadas de los particulares.

En lo que se refiere al recurso documental algo ya se ha dicho. El sistema habitual consiste en entregar al usuario dos clases de boletines informativos. Antes de explicar algunas notas sobre su contenido, indicar que el ciudadano tiene acceso a los mismos en el momento que se programa su ingreso en el Hospital (dejando aparte, como es lógico, a los pacientes que provienen directamente de urgencias), para que, de esta manera, tenga pleno conocimiento de cuáles son sus derechos y deberes como usuario del centro de forma previa a su ingreso efectivo en el mismo.

En el primer documento se recogen una serie de recomendaciones para el ingreso. Físicamente es una sola hoja, con el texto en catalán por una cara y en castellano por la otra. En el texto se informa sobre la documentación necesaria para ingresar en el Hospital, ya sea a través del servicio de urgencias o se trate de un ingreso programado, de los artículos de uso personal que conviene llevar consigo y de la no asunción de responsabilidad por parte de la institución frente a la posible pérdida de dinero u objetos de valor por parte de los pacientes o sus acompañantes (el Hospital aconseja depositarlos en administración justo al ingresar).

Así como el primer documento lo elabora el propio Hospital, no ocurre lo mismo con el segundo. Se reparte en el centro hospitalario pero la titularidad hay que atribuírsela al Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. Su encabezamiento no puede ser más significativo: "Derechos del Enfermo Usuario del Hospital". En el interior, redactado sólo en catalán, se enumeran los que podrían ser considerados como derechos fundamentales del paciente

---

<sup>66</sup> En todos los documentos consultados se habla de derechos y obligaciones. La única excepción son el Hospital de Viladecans, el Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta y el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. En este último se citan los derechos pero no las obligaciones.

durante su estancia en el Hospital (aunque alguno de ellos, como el referente al historial clínico, se prolonguen en el tiempo). También se incluye una pequeña referencia a sus deberes. En el apartado 3 se afirma que "lo enfermos, acompañantes y visitantes, por su parte, deben respetar al personal del centro y facilitar su trabajo". Es este un aspecto reiteradamente destacado por el gerente del Hospital. Cree con firmeza que en el camino hacia la mejora del servicio prestado al ciudadano es absolutamente imprescindible su participación activa, colaborando con el personal del Hospital y formulando las sugerencias que considere adecuadas.

Entre los derechos se contempla el de "recibir información comprensible, suficiente y continuada" (sobre "los servicios de que dispone el hospital, la normativa del centro que le afecte, ...") y el de "conocer sus derechos, que estos sean ampliamente divulgados entre los enfermos y el personal del hospital, y que sean respetados".

La dirección del Hospital se ha planteado como objetivo la próxima publicación de un manual en el que se incluirá el desarrollo y régimen de aplicación en el Hospital Sant Joan de Déu de todos los derechos y deberes del usuario comentados en el boletín informativo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Manual que se pondrá a disposición de todo aquél que ingrese en el centro y del público en general.

Es oportuno hacer mención del régimen previsto en el artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. por cuanto dicha norma regula la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado y, por lo tanto, contiene principios y reglas aplicables a todos los servicios prestados por la Administración pública estatal.

La letra a) del apartado segundo y el apartado tercero dicen lo siguiente:

"2. La Administración General del Estado desarrollará su actividad y organizará las dependencias administrativas y, en particular, las oficinas periféricas, de manera que los ciudadanos:

a) Puedan resolver sus asuntos, ser auxiliados en la redacción formal de documentos administrativos y recibir información de interés general por medios telefónicos, informáticos y telemáticos.

3. Todos los Ministerios mantendrán permanentemente actualizadas y a disposición de los ciudadanos en las unidades de información correspondientes, el esquema de su organización y la de los organismos dependientes, y las guías informativas sobre los procedimientos administrativos, servicios y prestaciones aplicables en el ámbito de la competencia del Ministerio y de sus Organismos públicos".

En realidad estos preceptos no aportan grandes novedades. No se hace más que reiterar algunas de las referencias con-

templadas directa o indirectamente en el art. 35 de la Ley 30/1992 y que ya han sido objeto de desarrollo reglamentario<sup>67</sup>.

En todo caso, puede destacarse el vínculo que, en este ámbito, existe entre organización y funcionamiento. Cuestión que no se plantea en la Ley 30/1992 y que ahora no podía obviarse. Para que las previsiones del art. 4 se pongan en práctica resulta imprescindible adoptar reformas organizativas y eso es lo que no olvida el legislador, al insistir en la necesidad de organizar las dependencias administrativas y, en particular, las oficinas periféricas de tal manera que esos objetivos puedan alcanzarse.

También es importante la posibilidad de que el ciudadano pueda recibir información de interés general "por medios telefónicos, informáticos y telemáticos". No es tampoco una innovación de la L.O.F.A.G.E. porque ya estaba previsto en el art. 45 de la ley 30/1992 y, de hecho, se aprobó recientemente el Real Decreto 263/1996, de 16 de febrero, por el que se regula la utilización de técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración General del Estado<sup>68</sup>. Como se ve podía haberse prescindido de su mención pero con ella se consigue reforzar la obligación permanente de la Administración de adaptarse a las nuevas tecnologías y, además,

---

<sup>67</sup> Tiene especial relevancia el Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano (B.O.E. n.º. 55, de 4 de marzo de 1996). Decreto que a su vez ha sido desarrollado por la Orden de 30 de julio de 1996 por la que se adapta el libro de atención al ciudadano a lo dispuesto en el Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano (B.O.E. n.º. 191, de 8 de agosto de 1996) y por diferentes órdenes, hasta el momento tres, constitutivas de comisiones de información administrativa en tantos otros ministerios (Orden de 15 de octubre de 1996 por la que se constituye la Comisión de Información Administrativa en el Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. n.º. 258, de 25 de octubre de 1996); Orden de 13 de mayo de 1997 por la que se crea la Comisión de Información Administrativa del Ministerio de Medio Ambiente (B.O.E. n.º. 130, de 31 de mayo de 1997); Orden de 23 de mayo de 1997 por la que se constituye la Comisión de Información Administrativa en el Ministerio de Industria y Energía (B.O.E. n.º. 132, de 3 de junio de 1997)).

En la Exposición de Motivos del Real Decreto 208/1996 se dice literalmente que "la especificidad de la regulación de los derechos de los ciudadanos, respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias, contenida en el art. 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la existencia de unidades de atención al paciente en los hospitales y centros sanitarios con funciones de información administrativa y asistencial, justifica la reserva de la disposición adicional única en favor del Ministerio de Sanidad y Consumo, que deberá regular la información y atención de los ciudadanos en los hospitales e instituciones sanitarias del Instituto Nacional de la Salud".

Esta previsión se entiende sin perjuicio de que parte del Real Decreto sea aplicable al ámbito sanitario. Sin ir más lejos, la Orden de 15 de octubre de 1996 apuntada más arriba obtiene su fundamento normativo del artículo 13 del Real Decreto estatal

<sup>68</sup> B.O.E. n.º. 52.

no debe olvidarse que estamos hablando de una norma que regula la organización y el funcionamiento de la Administración General del Estado y que como tal no podía omitir una referencia al que con seguridad, y como se ha puesto de manifiesto en el ejemplo sobre el Hospital de Martorell, va a ser uno de los condicionantes más importantes de la actividad administrativa. Parece querer darse un impulso a la opción de que el ciudadano resuelva gran parte de los asuntos que pueda entablar con la Administración sin necesidad de acudir a la oficina pertinente sino a través de medios telefónicos, informáticos o telemáticos. No es una vía que pueda aplicarse a todos los procedimientos administrativos pero según la evolución que siga sí podría ser de gran ayuda para evitar las molestias que supone para el ciudadano el cumplimiento de algunos trámites. Es innegable que el desarrollo tecnológico nos conduce hacia un continuo avance en esta tendencia y, seguramente, sea el método más común de contacto con la Administración en un futuro no muy lejano. La L.O.F.A.G.E., igual que ocurre con la Ley 30/1992, es poco concreta y se remite a normas complementarias sin las cuales carece de efectividad.

Sobre el apartado tercero del artículo 4 simplemente reseñar que su contenido es prácticamente idéntico al del artículo 33 de la Ley de Procedimiento Administrativo de 1958, al que viene a sustituir puesto que la Disposición Derogatoria de la L.O.F.A.G.E. deroga explícitamente la Ley de Procedimiento Administrativo, salvo el Capítulo 1 del Título VI.

## 2. Reclamaciones y sugerencias

Tomando de nuevo como punto de partida el articulado de la Ley General de Sanidad, el apartado 12 del artículo 10 nos dice que el usuario del servicio público sanitario tiene derecho "a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan".

Diez años después la letra b) del apartado segundo del artículo 4 de la L.O.F.A.G.E. ampara, con criterios de generalidad, el derecho del ciudadano a "presentar reclamaciones sin el carácter de recursos administrativos, sobre el funcionamiento de las dependencias administrativas".

No se trata, en ningún caso, de uno de los procedimientos de impugnación o reclamación sustitutivo s del recurso ordinario que prevé el art. 107 de la Ley 30/92. No es una vía de impugnación que sustituya al recurso administrativo sino una medida alternativa y compatible con éste. Es un mecanismo que aparece ya previsto en la Ley 30/1992 dentro del marco del procedimiento administrativo, *por* lo que el ámbito de aplicación propio de este apartado quedaría reducido a aquellos supuestos en los que el particular, sin *ser* parte en proce-

dimiento alguno, quiere dejar constancia de su reclamación *por* el mal funcionamiento de un servicio concreto. Sería una manera de favorecer el diálogo Administraciónciudadano.

En la L.O.F.A.G.E. no se dice nada sobre la obligación de la Administración de responder a la reclamación planteada. Pero esa carencia ha quedado resuelta previamente *por* la regulación del Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, *por* el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano. Como ya ocurriera en el campo del derecho de información, la L.O.F.A.G.E. ha actuado como recopilatorio de una serie de iniciativas parcialmente incorporadas a nuestro ordenamiento jurídico. El Real Decreto no habla sólo de reclamaciones sino también de sugerencias y, en el Capítulo III, bajo la rúbrica de "El Libro de Quejas y Sugerencias" procede a detallar el procedimiento a seguir *por* la Administración en caso de que un ciudadano plantee una reclamación o una sugerencia. Existe obligación administrativa de responder y el plazo que se concede para hacerla es de veinte días<sup>69</sup>. Salvo la aprobación de un régimen específico para los servicios sanitarios éste será el procedimiento a aplicar en los centros dependientes del INSALUD, en función de lo dispuesto en la Disposición adicional única del Real Decreto 208/1996. En el resto también es exigible la existencia de un procedimiento de reclamación y de formulación de sugerencias *pero* su tramitación concreta dependerá de cada centro, siempre respetando los derechos de los usuarios y, especialmente, el contenido del art. 10.12 de la Ley General de Sanidad.

Las peculiares características del sistema tributario han motivado que disponga de un procedimiento propio de contestación a las quejas y sugerencias. La primera norma que empezó a dar cuerpo a este tratamiento específico fue el Real Decreto 2.458/1996, de 2 de diciembre, *por* el que se crea el Consejo para la Defensa del Contribuyente<sup>70</sup> y a ésta le ha seguido la Resolución de 14 de febrero de 1997, de la Secretaría de Estado de Hacienda, *por* la que se establece el procedimiento para la formulación, tramitación y contestación de las quejas, reclamaciones y sugerencias, a que se refiere la disposición final única del Real Decreto 2.458/1996, de 2 de

---

<sup>69</sup> Artículo 21 del Real Decreto 208/1996.

<sup>70</sup> En su Exposición de Motivos se dice lo siguiente:

"El Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los Servicios de Información Administrativa y Atención al Ciudadano, contempla determinados aspectos en materia de información administrativa y atención al ciudadano y especialmente el ámbito de las quejas, sugerencias y reclamaciones que los mismos puedan formular ante la correspondiente Administración, que en el caso de la aplicación del sistema tributario requieren un tratamiento específico, sin desvirtuar por ello el espíritu y la filosofía del precitado Real Decreto e incluso profundizando en los mecanismos administrativos de defensa del contribuyente en beneficio tanto de su seguridad jurídica como de la necesaria agilidad en el tratamiento y resolución de las cuestiones que se planteen". B.O.E. n.º. 307, de 21 de diciembre de 1996.

diciembre. *por* el que se crea el Consejo para la Defensa del Contribuyente en la Secretaría de Estado de Hacienda<sup>71</sup>.

En la Comunidad Autónoma catalana, mediante la Orden de 7 de agosto de 1991 ya se incluye el derecho a presentar sugerencias y reclamaciones sobre el funcionamiento del hospital y a que estas sean estudiadas y contestadas. *Por* otra parte, las diferentes órdenes que hasta el momento se han aprobado referentes a la fijación de estándares de calidad, contienen un precepto dedicado a las reclamaciones y sugerencias. En todas tiene prácticamente la misma redacción. *Por* ejemplo, el artículo 2.4 de la Orden de 14 de abril de 1997. por la que se aprueban los estándares de calidad a que se refiere el artículo 5 del Decreto 169/1996. de 23 de mayo. que deben cumplir los centros de rehabilitación dice así:

"2.4. Reclamaciones y sugerencias.

El centro debe tener establecidas las vías para que los usuarios puedan expresar reclamaciones y sugerencias referidas a su organización y funcionamiento y asegurará que se dé respuesta.

El centro dispondrá de un buzón de sugerencias y quejas que se encontrará en un lugar visible y de fácil acceso para el usuario.

El servicio dispondrá de un modelo normalizado para presentar las quejas y sugerencias y de un registro en el que se anotarán todas las que se hayan recibido y se hayan respondido".

Como puede verse la obligación existe pero el margen de aplicación concreta que se concede a los centros es amplio. Habría sido oportuno delimitar algo más el procedimiento a seguir, sobretodo en lo que se refiere al plazo y contenido de la contestación.

La totalidad de boletines informativos de los Hospitales del Instituto Catalán de la Salud citados anteriormente incluyen alusiones a la posibilidad de formular quejas y sugerencias. En el caso del Hospital de Viladecans y del Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta se hace mención al explicar el funcionamiento de la Unidad de Atención al Usuario mientras que en el resto se citan entre el elenco de derechos reconocidos por la normativa sanitaria. Lo que realmente se echa en falta es más información sobre el proceso concreto a seguir, con sus trámites y plazos. A buen seguro que dicha información se facilita a los ciudadanos que efectivamente presenten una queja pero no habría estado de más recogerla desde un principio en los cuadernos informativos. Teniendo en cuenta, además, que pueden variar de un centro a otro.

Volviendo al régimen del Hospital Sant Joan de Déu de Martorell pueden añadirse nuevas apreciaciones. En la planta baja del Hospital se encuentra el mostrador de información, el de admisiones y el de programación pero no aparece referencia alguna a una posible oficina de reclamaciones o similar. Ningún letrero o rótulo informativo recuerda a los usuarios el derecho que tienen a formular quejas. Trasladada la cuestión al gerente del centro hospitalario, éste admite la ausencia comentada y también reconoce el deber legal de tener a disposición del usuario un libro de reclamaciones allí donde se produzca ese contacto con el público. El libro de reclamaciones existe pero se guarda en las oficinas de la gerencia, en la primera planta del Hospital. La negativa del gerente a ubicar el libro en la planta baja y a señalizarlo adecuadamente, radica en considerar que sería dañino para la imagen del centro que lo primero que viera aquél que entrara en el recinto hospitalario fuera la indicación del lugar donde debe efectuar sus reclamaciones.

Respecto al procedimiento a seguir en la tramitación de la reclamación, el Hospital cuenta con uno propio. En todo caso, en primer lugar se intenta solucionar el problema con el contacto personal con el reclamante (sistema que, según personal del centro, acostumbra a ser suficiente). Si no funciona se rellena la hoja del libro de reclamaciones y el gerente, en colaboración con el servicio concreto sobre el que recae la queja, intenta resolver la controversia. Todas las quejas que se formulen por escrito son enviadas al Servicio Catalán de la Salud.

La formulación de quejas y sugerencias cumple diferentes objetivos: aligerar el número de recursos administrativos y, en su caso, contenciosos, que se plantean por cuestiones de relativa importancia sobre el funcionamiento y calidad de los servicios públicos; representa una forma de participación del ciudadano en la vida pública. Sus sugerencias, y también sus quejas, deben ayudar a encontrar las deficiencias del sistema; es un mecanismo de autocontrol para el órgano gestor del servicio y sus integrantes.

El énfasis debe ponerse ahora en asegurar que se cumplan todas las garantías de contestación y responsabilidad previstas en la normativa. De no ser así, sólo se trataría de una nueva medida promocional y poco real. Hay que darle tiempo al tiempo pero, de momento, nada nos impide ser optimistas.

## VI. CONCLUSIONES

1. La Administración pública española vive un proceso de transformación y cambio en el que el interés no se encuentra en el hecho mismo de la transformación sino en la dirección que ésta ha tomado: la ubicación del ciudadano como centro del sistema.

---

<sup>71</sup> B.O.E. n.º. 51, de 28 de febrero de 1997.

2. Factores como la definitiva implantación de la democracia en nuestro país o la consecución del Estado social que proclama el artículo 1 de la Constitución española de 1978 han llevado al abandono de la figura del administrado y a la construcción de la nueva teoría del ciudadano.

3. La actuación administrativa ha dejado de manifestarse principalmente en actividad de autoridad para pasar a hacerlo en términos de actividad de prestación.

4. La legitimación de la intervención administrativa ya no se fundamenta únicamente en el principio de legalidad sino también en el de eficacia.

5. La adecuación a los cambios políticos y sociales, a los nuevos objetivos y a las nuevas exigencias de los ciudadanos requiere profundas modificaciones en la organización y funcionamiento de la Administración pública. No se trata de un proceso de reforma administrativa, fallido en otras ocasiones, sino de una verdadera modernización administrativa.

6. Los primeros cimientos del cambio los puso la Constitución española de 1978. Los constituyentes querían construir un nuevo aparato administrativo entre cuyos valores primara la obtención de resultados y el servicio a los ciudadanos. La Administración debe ser el brazo ejecutor que dé efectivo cumplimiento a los derechos constitucionales del individuo y de los grupos en los que se integra.

7. El último avance de una tendencia que, poco a poco, va dando sus primeros frutos, es la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

8. La evolución de los servicios sanitarios adquiere rasgos peculiares. En todo caso, el objetivo último debe ser igualmente ofrecer al ciudadano el mejor servicio posible. La satisfacción del ciudadano es el principal criterio de actuación. El concepto de salud ya no puede entenderse sin situar al usuario en el centro del sistema sanitario.

9. El art. 43 C.E. no reconoce un derecho subjetivo a la salud alegable ante los Tribunales. Para conocer aquello a lo que realmente tiene derecho el usuario del servicio sanitario habrá que estar a lo que disponga el legislador ordinario. La discrecionalidad del legislador no es absoluta y siempre deberá respetarse un contenido mínimo que haga reconocible el derecho a la salud.

10. En los catálogos de derechos sanitarios actualmente vigentes en el ordenamiento español pueden distinguirse dos clases de derechos: los que inciden directamente en el contenido de la prestación sanitaria a recibir por el paciente y los que podríamos calificar como derechos accesorios o instrumentales en tanto en cuanto ayudan a que los primeros sean realmente efectivos.

11. Los instrumentos en los que se concretarán las prestaciones que los servicios estatales se comprometen a proporcionar, sus contenidos y los correspondientes estándares de calidad, son las cartas de servicios.

12. Existen dos modelos principales de cartas de servicios que responden a dos momentos temporales sucesivos. Es el proceso seguido en Derecho comparado y el que se apunta en nuestro país. Responden a una estructura piramidal en la concreción del derecho.

13. Las finalidades prioritarias de las cartas de servicios son dos: información y compromiso. Independientemente del modelo de carta de que se trate, no son simples documentos programáticos. En cuanto normas en las que se reconocen derechos subjetivos tienen pleno valor jurídico.

14. El reglamento es la fuente habitual de regulación de las cartas de servicios. En la concreción del elenco de derechos y deberes intervendrá la ley, pero en la determinación práctica de su ejercicio podrá entrar el reglamento.

15. Actualmente la calidad debe entenderse en el sentido de satisfacción del ciudadano. El objetivo último es ofrecer al ciudadano el mejor servicio posible, el de mayor calidad. Siempre con el límite de los recursos disponibles. La idea de calidad total se acompaña de toda una filosofía de servicio al ciudadano, en la que es imprescindible la implicación de todos aquellos que trabajan para la Administración.

16. Los estándares de calidad nos permitirán conocer el grado de cumplimiento del servicio público que se analice. Los estándares podrán ser revisados y reducidos, pero sólo si las circunstancias económicas obligan a ello, y como excepción, no como regla. La competencia para establecerlos recae en la Administración responsable del servicio aunque, en ocasiones, dicha competencia sea compartida por la entidad que efectivamente lo presta. En su delimitación sería importante la participación de los usuarios.

17. El seguimiento del cumplimiento de los estándares de calidad requiere arbitrar instrumentos de control. La L.O.F.A.G.E. no se pronuncia al respecto puesto que las formas de control que prevé son una competencia más de los órganos que las realizan pero no responden a la idea de control directo y continuo sobre la actividad en cuestión. En el ámbito sanitario todo apunta hacia el control ejercido por órganos administrativos internos.

18. El art. 4 de la L.O.F.A.G.E. no habla de responsabilidad pero, en principio, serán los órganos directivos los que, en función del criterio de profesionalización, respondan por el mal funcionamiento de un servicio público e incumplimiento de una carta de servicios. La normativa sanitaria no aporta claridad pero deberían potenciarse los mecanismos indemni-

zatorios, para dar plena efectividad al sistema de cartas de servicios y estándares de calidad.

19. Existen diferentes niveles de información. Sobre el primer nivel, derechos y deberes del usuario del servicio sanitario, existen abundantes previsiones normativas. Igualmente está presente cierto margen de discrecionalidad en la actuación concreta de cada hospital.

20. El sistema de reclamaciones también aparece consolidado tanto en los textos normativos como en la práctica, pero habría sido conveniente precisar algo más el procedimiento a seguir, especialmente en lo referente a los plazos.

21. La L.O.F.A.G.E. dedica un apartado a la regulación de los derechos accesorios: información y reclamaciones. El contenido es mínimo pero se trata de derechos que ya han recibido desarrollo normativo. De todas formas es importante su reconocimiento explícito en una ley sobre la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

22. La L.O.F.A.G.E. actúa como aglutinadora de medidas ya emprendidas en años anteriores (los derechos de información y reclamación serían un ejemplo) y como impulsora de otras que recibirán tratamiento normativo próximamente (lo que sucederá con las cartas de servicios). Esto demuestra que no nos encontramos ante nuevos fuegos artificiales, tan bonitos como perecederos, sino ante un movimiento de modernización fundamental y clave para el futuro de la Administración pública estatal y también para el de la autonómica y local. Los indicios son muchos. Ahora sólo es necesario que se consoliden y que se continúe avanzando en la misma línea.

23. Finalmente, querríamos puntualizar que si bien aquí se ha hablado básicamente de derechos de los ciudadanos, no puede olvidarse el capítulo de los deberes. El nacimiento de una relación de prestación con la Administración concede una serie de derechos al ciudadano pero también deberes. De su correcto acatamiento se beneficiará el propio ciudadano y el servicio público. Sería conveniente no olvidar nunca que la mejora en la calidad de los servicios públicos no es sólo cosa de la Administración pública, es cosa de todos.

## VII. BIBLIOGRAFÍA.

- AA. VV., Modernización administrativa, Ed. H.A.E.E./I.V.A.P., Oñati, 1989.
- AA.VV., Modernización administrativa y Formación, M.A.P., Madrid, 1993.
- AA.VV., Tercer Congreso Derecho y Salud, Gobierno de Navarra, Pamplona, 1994.
- AA.VV., Cuarto Congreso Derecho y Salud, Gobierno Vasco, San Sebastián, 1995.
- ÁLVAREZ RICO, Principios constitucionales de organización de las Administraciones Públicas, I.E.A.L., Madrid, 1986.
- BAENA DEL ALCAZAR, M., La modernización administrativa, R.V.A.P., n.º. 45-II, 1996. Págs. 13-15.
- BEATO ESPEJO, M., Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad, R.A.P., n.º. 141, septiembre-diciembre 1996. Págs. 25-60.
- BELTRÁN AGUIRRE, J.-L:  
\* Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: aspectos jurídicos, Derecho y Salud, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre 1994. Págs. 91-97.  
\* La información en la Ley General de Sanidad y en la jurisprudencia, Derecho y Salud, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre 1995. Págs. 157-174.
- BOIX, C., Hacia una Administración Pública eficaz: Modelo institucional y cultura profesional en la prestación de servicios públicos, G.A.P.P., n.º. 1, sept.-dic. 1994. Págs. 21-31.
- BRUGUE, Q; AMOROS, M.; GOMA, R., La Administración Pública y sus clientes: ¿Moda organizativa u opción ideológica?, G.A.P.P., no. 1, sept.-dic. 1994. Págs. 33-45.
- CANO CAMPOS, T., La Directiva del Presidente del Consejo de Ministros italiano de 27 de marzo de 1994 sobre la prestación de los servicios públicos, R.A.P., n.º. 139, enero-abril 1996. Págs. 473-496.
- DE LUXAN MELENDEZ, J.M'. , Programa Experimental de Evaluación de la Calidad del Sistema Universitario, G.A.P.P., n.º. 3, mayo-agosto 1995. Págs. 55-62.
- DE MIGUEL, J.M.; YUSTE, F.J.; DURAN, M'.A., El futuro de la salud, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1988.
- DUNLEA VY, P; HOOD, C., De la Administración Pública tradicional a la nueva gestión pública. Ensayo sobre la experiencia modernizadora de diversos países desarrollados, G.A.P.P., n.º. 3, mayo-agosto 1995. Págs. 105-114.
- AA.VV., Análisis del sistema sanitario español, Ed. Doce Calles, Madrid, 1993.
- AA.VV. (coord. PAREJO ALFONSO, L), Estudios sobre la Administración General del Estado, Universidad Carlos III, Madrid, 1996.
- AA.VV., Calidad total en los servicios públicos y en la empresa, M.A.P., Madrid, 1992.



- ESCRIBANO COLLADO, P., El usuario ante los servicios públicos: precisiones acerca de su situación jurídica, R.A.P., n.º. 82. Págs. 113-152.
- FERNÁNDEZ PASTRANA, J.M., El servicio público de la sanidad: El marco constitucional, Ed. Civitas, Madrid, 1984.
- GARCÍA DE ENTERRIA, E., Los ciudadanos y la Administración: nuevas tendencias en Derecho español, R.E.D.A., n.º. 59, julio-septiembre 1988. Págs. 325-344.
- GARRIDO FALLA, F., El concepto de servicio público en Derecho español, R.A.P., n.º. 135, sept.-dic. 1994. Págs. 7-36.
- GARRIDO FALLA, F.; BAENA DEL ALCAZAR, M.; ENTRENA CUESTA, R., La Administración en la Constitución, Ed. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1980.
- GIL-ROBLES Y GIL DELGADO, A., Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario, Derecho y Salud, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre 1994. Págs. 87-90.
- GONZÁLEZ-POSADA SÁNCHEZ, A., El Instituto Nacional de Seguridad Social: Una organización al servicio de sus clientes, G.A.P.P., n.º. 1, sept.-dic. 1994. Págs. 59-71.
- JENKINS, B.; GRA Y, A., Evaluación y el usuario: la experiencia del Reino Unido, G.A.P.P., n.º. 1, sept.-dic. 1994. Págs. 47-56.
- JOVELLANOS, Informe sobre el libre ejercicio de las artes, B.A.E., T.L, 1.758.
- LOFFLER, E., La modernización del sector público desde una perspectiva comparativa: conceptos y métodos para evaluar y premiar la calidad en el sector público en los países de la O.C.D.E., L.N.A.P., Madrid, 1996.
- LÓPEZ CASASNOV AS, G., Economía de la salud y gestión sanitaria: algunas claves interpretativas, Presupuesto y gasto público, n.º. 10/1993. Págs. 5-19.
- MARTIN, J; LÓPEZ DEL AMO, M.P.; GARBO, A., Modelos de incentivos para directivos sanitarios públicos, Presupuesto y gasto público, no. 10/1993. Págs. 69-88.
- MARTIN MATEO, R., El sistema administrativo clásico y su permeabilidad a los nuevos paradigmas de la calidad total, R.A.P., no. 134, mayoagosto 1994. Págs. 7-27.
- MARTÍNEZ MARÍN, A., Una teoría sobre nuestra organización pública y sus principios, Ed. Tecnos, Madrid, 1996.
- MIGUEZ MACHO, L., Nuevas tendencias en la tutela de los usuarios de los servicios públicos en Italia, R.A.P., n.º. 142, enero-abril 1997. Págs. 571-620.
- MONTIEL, F., El ciudadano y el administrado, R.A.P., no. 48, 1965. Págs. 127-141.
- MOREU I OROBITG, F., Una nueva manera de entender la gestión en la sanidad, Presupuesto y gasto público, no. 10/1993. Págs. 131-142.
- MUÑOZ LÓPEZ-CARMONA, R.; FONTENLA COB, J., Consideraciones sobre el análisis de eficiencia en los hospitales del INSALUD, Presupuesto y gasto público, n.º. 10/1993. Págs. 163-209.
- MUÑOZ MACHADO, S.:
- \* La organización de los sistemas de salud, en el libro de ponencias del 1 Congreso de Derecho y Salud, Madrid, 1993.
  - \* La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- NIETO, A., Las experiencias de modernización en España, R.V.A.P., no. 45-II, 1996. Págs. 63-74.
- OLAVARRIETA ZABALA, J. R., Un cambio organizativo necesario en el sistema de salud, Presupuesto y gasto público, no. 10/1993. Págs. 211-217.
- ORTEGA, L., El reto dogmático del principio de eficacia, R.A.P., n.º.133, enero-abril 1994. Págs. 7-16.
- PALOMAR OLMEDA, A., Algunos instrumentos para la redefinición de Derecho Público del futuro, R.V.A.P., n.º. 45-II, 1996. Págs. 17-36.
- PAREJO ALFONSO, L:
- \* Estado Social y Administración Pública, Madrid, 1983.
  - \* La eficacia como principio jurídico de la actuación de la Administración pública, DA, n.º. 218-219, abril-septiembre 1989. Págs. 15-65.
  - \* Eficacia y Administración. Tres estudios, L.N.A.P., Madrid, 1995.
- PARRADO DIEZ, S., Una visión crítica de la implantación del benchmarking en el sector público, R.V.A.P., no. 45-II, 1996. Págs. 37-59.
- PEMANGA VIN, J., Hacia un estatuto del enfermo hospitalizado, R.A.P., no. 1m, enero-abril 1984. Págs. 89-140.
- RICHARDS, S., El paradigma del cliente en la gestión pública, G.A.P.P., n.º. 1, sept.-dic. 1994. Págs. 5-16.
- RIVERO YSERN, E., La protección del usuario de los servicios públicos, R.A.P., n.º. 87, 1978. Págs. 205-249.
- SÁNCHEZ BLANCO, A., Los derechos ciudadanos en la Ley de Administraciones Públicas, R.A.P., n.º. 132, sept.-dic. 1993. Págs. 41-97.
- SÁNCHEZ MORON, M., Reflexiones sobre el proceso de modernización administrativa en la reciente legislación española, R.V.A.P., n.º. 45II, 1996. Págs. 75-83.
- SIGUAN, M., La Administración y el público, R.A.P., n.º. 41, 1963. Págs. 9-27.

-TORRENT I PORTABELLA, I; ROMA I RODRÍGUEZ, J., La provisión pública de los servicios sanitarios en Cataluña: aspectos económicos y de gestión, Presupuesto y gasto público, n.º. 10/1993. Págs. 201-209.

-VILLORIA MENDIETA, M., La modernización de la Administración central en España, RV.A.P., n.º. 45-II, 1996. Págs. 95-115.