

3.10 Los servicios de salud pública: marco conceptual y organización



Desde el punto de vista de su gestión, entendemos por servicios de salud pública aquellos recursos organizados que están dirigidos de forma finalista a la mejora de la salud pública dentro de la administración. El resultado final de las actividades de los servicios de salud pública (su producto) ha de ser la salud

Autor: Joan R Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Villalbí JR. Los servicios de salud pública: marco conceptual y organización [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 3.10. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

La recuperación de la democracia comportó importantes transformaciones del sistema de salud, que se desarrollaron sobre todo con las reformas sanitarias y de la administración pública durante los años ochenta, y también mediante una importante descentralización hacia las Comunidades Autónomas (CCAA). Estos cambios han tenido importantes repercusiones en los tres niveles de la administración en que se organiza el Reino de España: central, autonómico y local.

La administración sanitaria tiene la responsabilidad de garantizar determinados derechos a la población: la Constitución española

1. Gestión y salud pública

Introducción

Los servicios públicos.

La salud pública en la administración

Otros aspectos clave

2. Salud pública: de la filosofía a los servicios

El concepto de salud pública

Los servicios de salud pública

Una perspectiva integrada

3. Una visión sistémica

La teoría de sistemas

La salud pública como sistema

4. ¿Qué hacemos? El catálogo de servicios

Un compromiso explícito

La construcción del catálogo de servicios

Indicadores de los servicios

5. Estructura y organización

Antecedentes y tendencias

Organización

6. Gestión de recursos humanos y enlace con otros

Gestión del personal en salud pública

La diversidad de personal

El desarrollo profesional

Una red de actores

Negociación y mediación

7. Comunicación

La importancia de una comunicación efectiva

Los medios de comunicación

Las alertas o emergencias sanitarias

8. La apuesta por la calidad

La calidad total

Acreditación y certificación

9. Investigación y docencia

Investigación aplicada en salud pública

Docencia y formación en salud pública

Bibliografía

reconoce el derecho a la protección de la salud. Esto lleva a la necesidad de definir cuál es el repertorio de servicios que están garantizados: los que los gestores de los servicios de salud pública han de prestar con los recursos que se les asignan. El interés por definir muy claramente el catálogo de servicios será aún mayor si los servicios de salud pública se prestan desde una estructura finalista de gestión separada de la estructura más política de la administración, como una agencia o un organismo autónomo de la administración.

En lo que se refiere a la administración y gestión de los servicios de salud pública, los gestores con una visión sistémica reconocen las diversas partes de la organización y especialmente su interrelación. Una de las aplicaciones que emerge de la visión sistémica es el análisis de los procesos de la organización. La técnica del análisis de procesos está siendo aplicada de forma incipiente a la salud pública, y permite avances en la gestión.

Tras describir las características principales y la organización de estos servicios se analizarán la

gestión de los recursos humanos, la comunicación las políticas de calidad total y la investigación, docencia y formación. La política de personal de las organizaciones de salud pública debe afrontar las limitaciones habituales en el sector público de forma imaginativa. Muchas organizaciones de salud pública no pueden competir con otras en términos de retribución salarial, pero sí pueden en cambio ofrecer otras satisfacciones intrínsecas a un trabajo que deja impronta en la comunidad. Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional contribuye a ello. Debería haber un plan de formación para cada profesional, con aspectos de crecimiento personal además de habilidades técnicas.

En toda organización compleja, la comunicación interna es esencial y es un error dar por sentado que se produce espontáneamente de forma efectiva. Los gestores deben dedicar esfuerzos a garantizar la existencia de canales de comunicación, y a atender a sus flujos. Pero en las organizaciones de salud pública hay dos aspectos más que son importantes. Uno es la relación con los medios de comunicación. El otro es la comunicación en momentos de alerta, que se producen periódicamente por la propia naturaleza de la salud pública, y que plantean situaciones peculiares.

Una de las estrategias más poderosas para mejorar la gestión de los servicios de salud es el desarrollo de una política de calidad. La filosofía de la calidad total plantea una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización con la implicación de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente interno y externo. Comporta el compromiso del equipo directivo, una opción explícita por la calidad y la voluntad de implicar a todo miembro de la organización, incluso clientes y proveedores si es posible.

La investigación tiene un carácter estratégico para las políticas de salud, ya que permite identificar y monitorizar los problemas de salud y por lo tanto las necesidades y prioridades, identificar sus determinantes y características, y evaluar la efectividad de las intervenciones -incluyendo los propios servicios sanitarios. Para el futuro se debe trabajar para aproximar la investigación aplicada a la práctica de salud pública, del mismo modo que se ha procurado en los servicios asistenciales.

1. Gestión y salud pública

Introducción

La salud pública actual es más compleja que la de años atrás. No requiere sólo desarrollar una práctica técnica basada en las ciencias, sino también habilidades y capacidades para crear alianzas y conseguir llevar a cabo acciones que lleven a mejorar la salud. Centrar la gestión en obtener salud es lo que se ha llamado gestión de salud pública¹.

Los servicios públicos.

El gestor de servicios públicos se ve sometido tradicionalmente a condicionantes distintos del gestor de una empresa. Como en una empresa, debe obtener determinados resultados con los recursos que le son asignados. Pero además, al manejar recursos públicos, se ve constreñido por normas suplementarias referentes a los procedimientos administrativos y los métodos que puede utilizar. La Constitución española explicita que la administración ha de servir con objetividad a los intereses generales y actuar de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley. En este sentido, su acción está sometida en los países democráticos a regulaciones mucho más precisas que las de la empresa. En los últimos años se ha desarrollado el concepto de 'nueva gestión pública'. Este pone mayor énfasis en la eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de servicios, tiende a la descentralización, identifica al usuario como eje principal de la actividad, y procura mejorar la rendición de cuentas del uso de los recursos asignados en términos de resultados obtenidos. Sin embargo, la emergencia de casos de corrupción basados en la invocación nominal de los objetivos por encima de las normas de procedimiento ha reintroducido fuertes controles administrativos en la gestión pública, tanto en España como en la Unión Europea.

Centrar la gestión en obtener salud es lo que se ha llamado gestión de salud pública.

La salud pública en la administración

Hay elementos de los servicios de salud pública que se basan en el desarrollo y aplicación del conocimiento, mientras que otros están muy centrados en el ejercicio de la autoridad sanitaria

Pero además, los servicios de salud pública plantean un caso peculiar dentro del conjunto de los servicios públicos, por su naturaleza muy diversa. Hay elementos de los servicios de salud pública que se basan en el desarrollo y aplicación del conocimiento, mientras que otros están muy centrados en el ejercicio de la autoridad sanitaria². En efecto, el ejercicio de la autoridad (por ejemplo mediante inspecciones, adopción de medidas cautelares, decomisos de productos o suspensión de actividades o imposición de sanciones) comporta el restringir libertades constitucionales de personas físicas o jurídicas en nombre de un bien público superior (en este caso la salud). Ésta es una potestad básica del Estado, sometida a normativas detalladas para evitar abusos y preservar los derechos de los afectados. En estas actividades, los gestores de los servicios de salud pública actúan en un marco propio y exclusivo de la administración pública. Pero en el desarrollo de muchas otras actividades como la gestión de programas de promoción o prevención, o de los servicios de análisis de un laboratorio, se aproximan más al paradigma de funcionamiento del mundo académico o incluso del de la empresa; y de hecho para algunas más (como el control de ciertas enfermedades o brotes) se aprecia una situación intermedia. Esta realidad plantea una clara polaridad en el funcionamiento de los servicios de salud pública, que sus gestores han de saber manejar.

Otros aspectos clave

El liderazgo y la gestión efectiva son las claves del éxito en salud pública

El liderazgo y la gestión efectiva son las claves del éxito en salud pública. Para alcanzarlos, es importante el desarrollo de una red de relaciones. Los responsables de los servicios de salud pública suelen proceder de las filas de los profesionales que la conforman. Para tener éxito como gestores hay una serie de habilidades cruciales, que son ajenas a la formación de partida de estas profesiones sanitarias: las relativas a la planificación y programación, las de gestión, las relacionadas con los recursos humanos, y las de coordinación, negociación y mediación.

2. Salud pública: de la filosofía a los servicios

El concepto de salud pública

En su sentido más filosófico, el concepto de salud pública se refiere al proceso de movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Recientemente se ha propuesto como definición de la salud pública "la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Esta es la perspectiva conceptual presente en los programas de formación académica en salud pública, y en la que se reconocen ideológicamente muchos de sus profesionales. Desde esta perspectiva integral, las acciones para garantizar la salud pública se desarrollan desde el conjunto del sistema sanitario (incluyendo el asistencial), incluso desde otros sectores de la administración pública, y desde luego con contribuciones importantes de la sociedad civil. Se trata de una perspectiva amplia e intersectorial. Pero desde el punto de vista de la gestión o administración, nos resulta preciso identificar cuales son concretamente los servicios de salud pública.

Los servicios de salud pública

Por ello, desde el punto de vista de su gestión, entendemos por servicios de salud pública aquellos recursos organizados que están dirigidos de forma finalista a la mejora de la salud pública dentro de la administración. Éstos suelen estar agrupados dentro del sector sanitario en una estructura concreta, que suele llamarse dirección de salud pública o de modo similar. De todos modos, los servicios existentes en una sociedad y su organización

En su sentido más filosófico, el concepto de salud pública se refiere al proceso de movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población

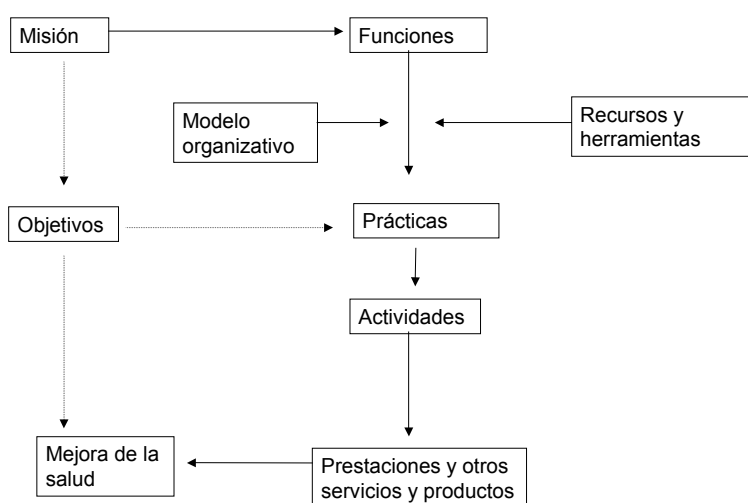
Desde el punto de vista de su gestión, entendemos por servicios de salud pública aquellos recursos organizados que están dirigidos de forma finalista a la mejora de la salud pública dentro de la administración

dependen en buena parte de la historia, la cultura organizativa y otros elementos variables: no es infrecuente que haya servicios de salud pública que están incluidos en otras dependencias administrativas.

Una perspectiva integrada

Esto nos lleva preguntarnos qué es lo propio, lo esencial de los servicios de salud pública, y lo que los distingue de lo que hacen otros servicios. En otro capítulo se revisan las funciones y servicios esenciales de salud pública, a partir de la reflexión del *Institute of Medicine* (IOM) de los EEUU³. La **figura 1** expresa de forma integrada la secuencia que va de la misión que se encomienda a los servicios de salud pública a sus funciones y a los servicios que prestan. De la misión surgen las funciones de salud pública y también los objetivos que se plantean conseguir. Condicionadas por los recursos y el modelo organizativo de que se doten, se desarrollarán las prácticas de salud pública y las actividades en que se concretan, de las emerge una batería de servicios. El resultado final de las actividades de los servicios de salud pública (su producto) ha de ser la salud.

Figura 1. Un marco conceptual para el subsistema de salud pública.



El resultado final de las actividades de los servicios de salud pública (su producto) ha de ser la salud.

3. Una visión sistémica

La teoría de sistemas

La teoría de sistemas ha tenido una considerable influencia en la forma de comprender las organizaciones y la gestión. Por sistema se entiende una serie de partes combinadas para alcanzar un objetivo general. Si se elimina una parte del sistema, la naturaleza del sistema cambia también. Así, un montón de arena no es un sistema: si eliminamos algunos granos, sigue siendo un montón de arena. En cambio, un coche en marcha es un sistema. Si eliminamos el carburador ya no funciona. Un sistema se puede analizar considerando los *inputs*, procesos, *outputs*, y *outcomes* o resultados: en todo sistema se dan interacciones entre estos cuatro aspectos. Podemos analizar así una célula o un organismo, y cuando se valora una organización como sistema la perspectiva cambia.

En una organización los *inputs* son materiales, dinero, tecnologías o personal. Estos *inputs* siguen un proceso en el que intervienen planificación, organización, motivación y controles, con el objetivo de alcanzar las metas de la organización. Los *outputs* serán servicios o productos. Los resultados, *outcomes*, dependerán de la naturaleza de la organización, pero pueden ser por ejemplo mejoras en la calidad de vida o la productividad de los clientes o usuarios. Las interacciones pueden ser información del personal que lleva el proceso, o de los clientes que reciben el producto... o también pueden venir del entorno: el gobierno, la sociedad... Esta perspectiva global se puede aplicar a cualquier sistema, y también a un subsistema (un departamento, un programa...) dentro de una organización. Podemos analizar así el sistema sanitario, o dentro del mismo un subsistema como el sistema sanitario de financiación pública, o dentro de éste otro subsistema como el sistema de salud pública, o en su seno otro subsistema como el sistema de vigilancia epidemiológica... La teoría de sistemas puede parecer obvia, y sin embargo ha comportado todo un cambio de paradigma en la forma de estudiar y manejar organizaciones. En los últimos tiempos, las escuelas de negocios y los responsables de recursos humanos la han adoptado masivamente.

Por sistema se entiende una serie de partes combinadas para alcanzar un objetivo general

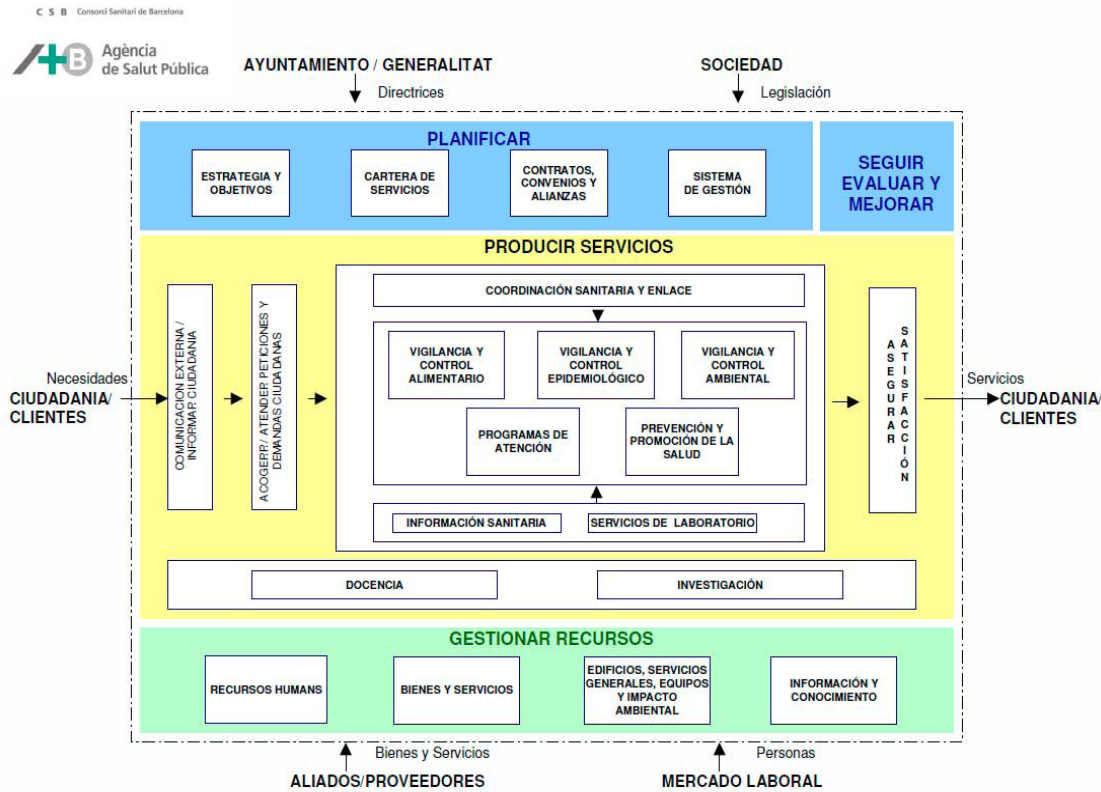
La salud pública como sistema

El problema es que la organización puede tener personal excelente en cada parte, pero con serios problemas de sincronización entre las partes que afectan seriamente a su funcionamiento

Una de las aplicaciones que emerge de la visión sistémica es el análisis de los procesos de la organización

Los gestores de salud pública con una visión sistémica ven la organización con una perspectiva más amplia. Reconocen las diversas partes de la organización y especialmente su interrelación: la coordinación de los servicios centrales con los que aplican los programas, la de los mandos con el personal, la de los técnicos que hacen inspecciones con los juristas que impulsan los expedientes sancionadores o han de responder a alegaciones o recursos... Este es un cambio muy importante. Hasta hace poco, los gestores típicamente tomaban una parte y se centraban en ella, y luego desplazaban su esfuerzo a otra parte. El problema es que la organización puede tener personal excelente en cada parte, pero con serios problemas de sincronización entre las partes que afectan seriamente a su funcionamiento. Una gestión con visión sistémica pondrá énfasis en la comunicación interna y en explicitar objetivos compartidos por las partes. Intentará así encontrar formas de alcanzarlos evitando que la lógica propia de cada parte o que los estilos o rutinas profesionales predominantes en cada parte se enfrenten y se neutralicen sin avanzar hacia las metas de la organización. Una de las aplicaciones que emerge de la visión sistémica es el análisis de los procesos de la organización. La técnica del análisis de procesos está siendo aplicada de forma incipiente a la salud pública, y permite avances en la gestión. En la figura 2 se recoge como ejemplo el mapa de procesos de una organización de salud pública.

Figura 2. Modelo de procesos de una organización de salud pública.



Para un gestor, es fundamental saber lo que debe conseguir: sólo entonces es posible decidir cómo hacerlo

Fuente: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2012.

4. ¿Qué hacemos? El catálogo de servicios

Un compromiso explícito

Para un gestor, es fundamental saber lo que debe conseguir: sólo entonces es posible decidir cómo hacerlo. Las actividades realizadas por los propios servicios de salud pública son de una gran diversidad y heterogeneidad, y con frecuencia se plantean nuevas actividades en la medida en que emerge un problema antes menos visible o de menor importancia relativa, y también una opción de intervención sugestiva y de eficacia probada. Además, los profesionales muestran interés por la innovación, y tienden a desarrollar iniciativas e incorporar nuevas acciones. En contraste, los recursos asignados a los servicios de salud pública son en general modestos, y su expansión suele estar limitada. Por otra parte, la administración sanitaria tiene la responsabilidad de

La administración sanitaria tiene la responsabilidad de garantizar determinados derechos a la población: la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud. Esto lleva a la necesidad de definir cuál es el repertorio de servicios que están garantizados: los que los gestores de los servicios de salud pública han de prestar con los recursos que se les asignan.

garantizar determinados derechos a la población: la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud. Esto lleva a la necesidad de definir cuál es el repertorio de servicios que están garantizados: los que los gestores de los servicios de salud pública han de prestar con los recursos que se les asignan. Esto permitirá separarlos de otras iniciativas que se emprendan de forma puntual, como proyectos de investigación o experiencias piloto limitadas. El interés por definir muy claramente el catálogo de servicios será aún mayor si los servicios de salud pública se prestan desde una estructura finalista de gestión separada de la estructura más política de la administración, como una agencia o un organismo autónomo de la administración⁴.

Este proceso se produjo antes en el terreno de los servicios sanitarios asistenciales en España. En los años noventa, los cambios en la gestión de los servicios asistenciales comportaron un mayor definición de su producción, una categorización de los servicios que proporcionan (lo que se llamó la cartera de servicios), y la definición y medida de indicadores de producción y de coste, que permitieron posteriormente introducir estándares de productividad y de coste por equipos. En el campo de la salud pública este proceso es más reciente. De un lado, su situación en el núcleo de las funciones más propias de la administración la ha mantenido alejada de los procesos de cambio inspirados en la gestión de empresas que han adoptado los responsables de los servicios sanitarios. Por otro lado, su actividad se compone de un abanico de tareas mucho más heterogéneo que el de los servicios asistenciales. Finalmente, su peso relativamente pequeño en el conjunto del gasto sanitario puede haberla mantenido relativamente aislada de las tensiones de limitación de recursos que han sido uno de los mayores estímulos en el cambio de la gestión de los servicios sanitarios². Se han producido algunas iniciativas de reflexión sobre el producto de la salud pública, generadas tanto desde una perspectiva autonómica como de ciudad. La definición legal de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud de 2006 incluye la salud pública, aunque de un modo distinto.

La construcción del catálogo de servicios

Las organizaciones de salud pública que han formulado recientemente catálogos de servicios son agencias u organismos

autónomos de la administración dotados de órganos de gobierno propios. La creación de una agencia comporta una opción por la gestión: se separan unas funciones de la administración en un organismo distinto, para distanciarlas de la responsabilidad política y aproximarlas al funcionamiento profesionalizado. Esto solo tiene sentido si su actividad se concentra en el ámbito más profesional, con un encargo explícito y limitado. En esferas sujetas a más incertidumbre y discrecionalidad se requiere con frecuencia una respuesta más política, para las que los electos sometidos al escrutinio de las urnas tienen la máxima legitimación, y una agencia u organismo autónomo son menos apropiados. Precisamente por ello, cuando se crea una agencia tiene el máximo interés definir muy claramente su catálogo de servicios y los recursos que se le asignan para desarrollarlo.

Las organizaciones de salud pública que han definido su catálogo de servicios han procedido del mismo modo. En una primera etapa, han procedido a revisar su actividad, enumerarla y clasificarla, y reordenarla con una visión que combina la perspectiva del análisis de procesos (pensando en lo que la actividad produce y para quien para combinar en un servicio único lo que son diversas etapas relacionadas) y el marco conceptual de las funciones y prácticas esenciales de salud pública del IOM. Al hacerlo, han puesto énfasis en actividades medibles y a las que se dedica un volumen de recursos apreciable. Se considera como un servicio distinto toda línea de producción que tiene una entidad separada, cuyo producto puede ser medido, y que consume un volumen relevante de recursos. En el debate previo a la formalización de un catálogo de servicios es habitual que emerjan aspectos muy valorados por los responsables o técnicos implicados que no pueden considerarse un servicio productivo por su carácter ocasional, o bien otras en las que el papel real de los servicios de salud pública es de apoyo a otras estructuras, sin implicar apenas el consumo de recursos propios. Finalmente han sometido el catálogo resultante a la aprobación formal de sus órganos de gobierno, y lo han convertido en el eje de su sistema de control interno de actividad, con indicadores asociados. Posteriormente, lo han ido revisando y matizando periódicamente.

El análisis de los servicios de salud pública producidos en una agencia de este tipo ha llevado a conceptualizarlos del modo recogido en la **tabla 1**⁴. Como puede apreciarse, emerge claramente la distinción entre aquellos servicios que se pueden considerar directamente productivos de salud pública y finalistas

La creación de una agencia comporta una opción por la gestión: se separan unas funciones de la administración en un organismo distinto, para distanciarlas de la responsabilidad política y aproximarlas al funcionamiento profesionalizado

Precisamente por ello, cuando se crea una agencia tiene el máximo interés definir muy claramente su catálogo de servicios y los recursos que se le asignan para desarrollarlo

(los que tienen la capacidad de producir salud) y los que no lo son desde la perspectiva de la misión de la organización. Entre éstos, destacan las actividades de coordinación y enlace propias de los responsables de gestión, imprescindibles para la salud pública aunque sean instrumentos para alcanzar otros fines. Destacan también las actividades de apoyo de la tecnoestructura, propias de los servicios de administración económica, de personal, jurídicos, generales e informáticos. Finalmente hay que considerar otras como productos intermedios en salud pública, del mismo modo que los hay en la actividad de asistencia sanitaria. En una organización de salud pública, el laboratorio ocupa en este sentido un espacio crucial: su actividad no produce salud, pero es fundamental para que los servicios de control epidemiológico, alimentario o ambiental puedan ejercer su misión. Los análisis de laboratorio tienen por tanto el carácter de productos intermedios en una organización de salud pública. Es bien cierto que podrían ser proporcionados por un proveedor externo, pero también que el Laboratorio es un componente esencial y habitual de las organizaciones de salud pública potentes. También hay algunos servicios asistenciales que por circunstancias diversas se confían a los servicios de salud pública, aunque podrían vincularse a otras estructuras.

Tabla 1. Servicios producidos por una organización de salud pública.

Servicios productivos de salud pública. Son el núcleo de la producción de las estructuras de salud pública, y los que legitiman su existencia. Se incluyen aquí los servicios orientados a cubrir las funciones básicas de la salud pública, es decir a producir información sanitaria o a cubrir servicios esenciales de salud pública (como el control de enfermedades transmisibles, el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, los programas orientados al control de riesgos ambientales, de garantía de la seguridad e higiene de los alimentos...).

Servicios asistenciales. Se incluyen aquí servicios que son esencialmente asistenciales, aunque por motivos históricos o de conveniencia sea prestados desde las estructuras de salud pública. Ejemplos de servicios asistenciales que se confían a menudo a servicios de salud pública algunos centros de aplicación de vacunas, determinados cribados o exámenes preventivos de salud, o en algunos casos servicios de atención a las dependencias, a poblaciones sin acceso a los servicios reglados o a algunas enfermedades transmisibles (ETS, tuberculosis...).

Productos intermedios. Se trata de servicios que se realizan para poder cumplir con otros servicios productivos, pero que tienen tal entidad propia o un coste que justifica separarlos. Estos servicios pueden realizarse también para clientes externos, y además podrían dejar de hacerse con recursos propios para ser externalizados. Un ejemplo paradigmático de productos intermedios son los análisis del laboratorio de salud pública.

Servicios de coordinación y enlace. Se trata de actividades que realizan esencialmente los directivos y responsables de programas para entroncar con el resto de servicios sanitarios y de servicios públicos, velando para que la salud pública esté presente en la toma de decisiones estratégicas por otros actores. En buena parte implican la presencia activa en comisiones, comités, y mesas intersectoriales o interinstitucionales para la confección de acuerdos, planes o programas de actuación conjunta entre varias partes.

Servicios de apoyo. Se trata de los servicios de apoyo a los anteriores, esencialmente desarrollados por la tecnoestructura (gestión económica y de personal, gestión de expedientes sancionadores, asesoría e informes jurídicos, gestión de notificaciones, recaudación ejecutiva, servicios informáticos...). Se trata de servicios de gran importancia, cuyo fundamento es posibilitar la prestación de los servicios productivos de salud pública. En un catálogo de servicios orientado al usuario/cliente no suelen explicitarse.

Fuente: referencia 4.

Indicadores de los servicios

La definición del catálogo de servicios permite estructurar una batería de indicadores. Los indicadores de producción están orientados a reflejar la actividad realizada. Su relación con los recursos empleados permitirá valorar el coste al que se producen los servicios, y por tanto su eficiencia, facilitando la toma de decisiones. Se hace difícil resumir en un único indicador toda una línea de producción, por lo que en ocasiones se precisa de varios indicadores para un mismo servicio. Además, resulta útil complementar los indicadores de producción de servicios con otros indicadores de proceso (cobertura obtenida, o calidad alcanzada) así como con indicadores de resultado o impacto.

La definición del catálogo de servicios permite estructurar una batería de indicadores. Los indicadores de producción están orientados a reflejar la actividad realizada

Resulta útil complementar los indicadores de producción de servicios con otros indicadores de proceso (cobertura obtenida, o calidad alcanzada) así como con indicadores de resultado o impacto.

La estructura de los servicios de salud pública en España se construyó en los años de cambio del siglo XIX al XX, bajo los principios propios del estado liberal conservador vigente

Más tarde, para dotar de una estructura al resto del país, se configuró una red que cubría todo el territorio mediante cuerpos nacionales de funcionarios de sanidad. Se garantizaba así una dotación de servicios centrales y en cada provincia.

5. Estructura y organización

Antecedentes y tendencias

En otro capítulo de este texto se abordan con mayor detalle la historia y la estructura de los servicios de salud pública en España. Trazamos aquí un breve bosquejo que permita mantener el hilo conceptual de esta reflexión. La estructura de los servicios de salud pública en España se construyó en los años de cambio del siglo XIX al XX, bajo los principios propios del estado liberal conservador vigente. Inicialmente, las grandes ciudades se dotaron de funcionarios municipales (adscritos a Institutos Municipales de Higiene y Laboratorios Municipales) para hacer frente a los problemas de salud derivados de la industrialización y el crecimiento urbano. Más tarde, para dotar de una estructura al resto del país, se configuró una red que cubría todo el territorio mediante cuerpos nacionales de funcionarios de sanidad⁵. Se garantizaba así una dotación de servicios centrales y en cada provincia. En cualquier territorio la responsabilidad de los servicios locales estaba cubierta, aunque fuera por sanitarios con dedicación parcial a la salud pública. Las ciudades que ya tenían un sistema propio previo quedaron exentas de este sistema. Este esquema se mantuvo durante la II República y la dictadura. La creación del Ministerio de Sanidad en 1977 integrando la Dirección General de Sanidad (antes en el Ministerio de la Gobernación), no modificó la situación.

La recuperación de la democracia comportó importantes transformaciones del sistema de salud, que se desarrollaron sobre todo con las reformas sanitarias y de la administración pública durante los años ochenta y una importante descentralización hacia las Comunidades Autónomas (CCAA). La situación actual se ha comparado con la propia de una estructura federal⁶. Esto implica una redefinición de funciones para los servicios centrales: actualmente, su papel de coordinación general es fundamental, y por tanto son cruciales los instrumentos de cooperación y colaboración con las CCAA, derivados del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁷.

Estos cambios han tenido importantes repercusiones en los tres niveles de la administración en que se organiza el Reino de España: central, autonómico y local. Las grandes ciudades

cuentan con servicios más dotados y cubren aproximadamente a un 12% de la población española. Muchas ciudades medianas cuentan con cierta estructura básica, y algunas diputaciones mantienen actividades en el campo de la salud pública. Los servicios autonómicos concentran hoy el grueso de los recursos⁸. Además cuentan con estructuras periféricas al servicio de la administración local, que partiendo del esquema transferido por el gobierno central a principios de los años ochenta se ha ido transformando en algunas CCAA. Prácticamente en todas existe una Dirección General de Salud Pública, que en algún caso tiene otra denominación. Sin embargo, en diversas CCAA numerosas actividades propias de la salud pública como disciplina se desarrollan desde otras estructuras (por ejemplo otras Direcciones Generales del Departamento de Sanidad, a veces denominadas de Planificación o de Ordenación Sanitaria, o los Servicios Autonómicos de Salud). Algunas han sido incluso absorbidas por órganos administrativos ajenos a la sanidad.

Los servicios de salud pública vinculados al gobierno central se concentran en el Ministerio de Sanidad (en sus sucesivas denominaciones) y en el Instituto de Salud Carlos III, pero cuentan también con otras estructuras: los servicios periféricos de Sanidad Exterior están vinculados orgánicamente al Ministerio de Administraciones Públicas a través de las delegaciones del gobierno en las CCAA. En un esquema federal como el de los EEUU, las políticas mediante las cuales el gobierno central influye en una salud pública gestionada básicamente desde los estados son esencialmente cuatro: generar regulaciones; asignar recursos a problemas o programas considerados prioritarios; producir y diseminar información; abogar por determinadas intervenciones y entrar determinados problemas en la agenda⁹. La conceptualización del rol del gobierno central en un esquema casi federal como el nuestro no parece estar aún tan claramente definida.

Organización

Cualquier servicio se puede organizar en base a tres criterios: la tecnología o conocimientos implicados, el tipo de clientes al que da servicio, o el territorio que debe cubrir. En el caso de la salud pública, los dos primeros criterios suelen ir unidos. Se plantea una dicotomía entre servicios centrales y servicios periféricos de

La recuperación de la democracia comportó importantes transformaciones del sistema de salud, que se desarrollaron sobre todo con las reformas sanitarias y de la administración pública durante los años ochenta y una importante descentralización hacia las Comunidades Autónomas (CCAA)

Cualquier servicio se puede organizar en base a tres criterios: la tecnología o conocimientos implicados, el tipo de clientes al que da servicio, o el territorio que debe cubrir

Los servicios de salud pública caen perfectamente dentro del modelo de organizaciones profesionales, donde la estandarización de las habilidades del personal es crucial para un buen funcionamiento.

la organización cuando debe cubrir un territorio amplio (como una Comunidad Autónoma), que no se da en la misma medida con los servicios propios de una ciudad.

De acuerdo con los modelos de organización propuestos, los servicios de salud pública caen perfectamente dentro del modelo de organizaciones profesionales, donde la estandarización de las habilidades del personal es crucial para un buen funcionamiento. De todos modos, tienen también algunos componentes que requieren esfuerzos de estandarización del producto e incluso del trabajo. Tradicionalmente la tecnología y los conocimientos implicados (que en salud pública se relacionan con ciertos perfiles profesionales) llevan a distinguir en los niveles centrales de la organización a los servicios más centrados en la salud humana de los servicios más relacionados con la gestión de riesgos y la protección de la salud. Finalmente, los servicios de apoyo (de laboratorio, pero también de administración general) configuran bloques separados. Los servicios más centrados en la salud humana se ocupan principalmente de la vigilancia epidemiológica y de prevención y promoción de la salud; los graduados en medicina y enfermería tienen en ellos un papel predominante. Los servicios más relacionados con la gestión de riesgos y la protección de la salud están centrados en la vigilancia alimentaria o ambiental, en la que buena parte de la actividad está relacionada con el ejercicio de la autoridad sanitaria (incluyendo la inspección y acciones relacionadas con el ejercicio de la capacidad coercitiva del estado sobre establecimientos y personas): históricamente, farmacéuticos y veterinarios han tenido aquí un papel predominante. En ambos casos, los profesionales implicados combinan la prestación de servicios básicos con actividades de valoración de necesidades y de desarrollo de políticas. Esto facilita que estas funciones estén muy ligadas a la realidad si el personal implicado tiene las habilidades y actitudes apropiadas, pero puede hacer que no se desarrollen realmente si los profesionales que prestan servicios carece de ellas.

6. Gestión de recursos humanos y enlace con otros

Gestión del personal en salud pública

El objetivo de la gestión de los recursos humanos es incrementar

la efectividad del personal para alcanzar los objetivos de la organización y de la comunidad a la que sirve. El personal de una organización determina su éxito o fracaso, sus fortalezas y debilidades. De los diversos recursos que maneja un gestor, el personal es probablemente el recurso más determinante para el éxito. En una organización de salud pública, el grueso del personal tiene una cualificación alta y su ejercicio comporta la toma frecuente de decisiones técnicas.

En la gestión de personal son aspectos clave el reclutamiento, el reconocimiento, la clasificación de puestos de trabajo y la valoración del desempeño¹⁰. Hay que dedicar esfuerzos a la diversidad del personal, su tutela, y su formación. En las organizaciones suele haber una oficina de personal que se ocupa del núcleo de estas actividades, y los gestores –y de hecho todos los cuadros de la organización- están implicados cada día en la gestión de los recursos humanos, aunque se apoyen en una oficina específica para obtener información, orientación y apoyo con los temas más difíciles. La administración de personal está muy condicionada por aspectos legales y por las políticas y acuerdos de relaciones laborales vigentes en la administración. Las políticas de la organización respecto a aspectos sensibles como el maltrato o el acoso sexual, así como respecto a horarios o exclusividad de la dedicación han de ser explícitas, difundidas y conocidas por todos.

En los servicios de salud pública las personas son el recurso principal para alcanzar los fines de la organización. Las decisiones más delicadas para un gestor son las implicadas en el reclutamiento, selección y promoción del personal. Más allá de estas, un buen gestor –un buen mando- ha de saber motivar a su personal para incrementar su participación y productividad en el trabajo. La base de un modelo de gestión de recursos humanos es el refuerzo positivo de los logros del personal, y construir sobre sus fortalezas. Esto puede alcanzarse respondiendo a un núcleo de necesidades personales profesionales referidas a la estabilidad en el trabajo, el apoyo social y el éxito. Probablemente no todas las personas responden igual a los mismos estímulos: el gestor puede y debe personalizar el apoyo.

Alcanzar metas proporciona satisfacción personal. Más salario y la promoción profesional son recompensas visibles. Pero el reconocimiento y la aprobación del superior son también cruciales para la motivación. Otro tipo de recompensa personal es la

El objetivo de la gestión de los recursos humanos es incrementar la efectividad del personal para alcanzar los objetivos de la organización y de la comunidad a la que sirve. El personal de una organización determina su éxito o fracaso, sus fortalezas y debilidades

En la gestión de personal son aspectos clave el reclutamiento, el reconocimiento, la clasificación de puestos de trabajo y la valoración del desempeño

Las políticas de la organización respecto a aspectos sensibles como el maltrato o el acoso sexual, así como respecto a horarios o exclusividad de la dedicación han de ser explícitas, difundidas y conocidas por todos

aprobación social del grupo de iguales. Esta es muy importante en salud pública, donde el trabajo se suele desarrollar en equipos, y en ellos la interacción entre personas es importante y representa uno de los mayores estímulos para trabajar mejor.

La diversidad de personal

Una organización que piensa en sus recursos humanos debe apostar decididamente por su formación

Hoy el núcleo del personal de salud pública en España procede de las ciencias de la salud, y la mayor parte son graduados en medicina, veterinaria, farmacia y enfermería. Pero cada vez se incorporan más profesionales con otros perfiles: graduados en ciencias ambientales, en psicología, en estadística... La formación postgraduada en salud pública (típicamente la maestría en salud pública) debería permitir proporcionar a estos profesionales con bagajes de conocimientos y habilidades diversos un lenguaje y una perspectiva común. Sin embargo, hay que constatar que los programas existentes no atraen del mismo modo a los profesionales de diversos orígenes. La protección de la salud no está probablemente suficientemente presente en los programas actuales de salud pública, muchos de los cuales apenas desarrollan los aspectos de gestión. Los programas de postgrado en salud pública existentes deberán corregir esta situación de cara al futuro. Es posible que la proporción de médicos en el conjunto del personal de los servicios de salud pública se reduzca en los próximos años. Esto (que también ha sucedido en otros países) tendrá consecuencias importantes, para las que los gestores de los servicios deben prepararse.

La política de personal de las organizaciones de salud pública debe afrontar las limitaciones habituales en el sector público de forma imaginativa. Además del desarrollo activo de alianzas con las universidades, especialmente con los programas donde se forman los profesionales del futuro (programas que pueden ofrecer además un marco de proyección docente de los responsables de los servicios), una organización que piensa en sus recursos humanos debe apostar decididamente por su formación. Parte de esta se realiza mediante la formación en el mismo trabajo, mediante actividades internas que comporten la revisión crítica y colectiva del trabajo cotidiano en comités o comisiones o en cada servicio. Estas permiten la revisión de la bibliografía, la realización de seminarios o sesiones de discusión, la definición conjunta (basada en la ciencia y la experiencia) de protocolos

o pautas de actuación. La tradición médica hospitalaria ofrece un modelo claro de referencia en este campo. La participación en reuniones o congresos profesionales, que una organización puede facilitar y/o financiar, tiene también este cariz. La otra gran opción radica en facilitar opciones de formación al personal, que pueden incluir el facilitar y financiar (total o parcialmente) estudios de postgrado en salud pública, así como cursos concretos de duración más limitada y de aplicación directa en el trabajo.

El desarrollo profesional

Hay dos motivos básicos para invertir en el desarrollo profesional del personal. El primero es que aumenta su satisfacción y esto tiene implicaciones en su productividad y moral. El segundo es que la organización se beneficia de tener personal con más habilidades, conocimientos y actitudes. La creatividad del personal es un factor clave en el éxito de la organización. Además, muchas organizaciones de salud pública no pueden competir con otras en términos de retribución salarial, pero sí pueden en cambio ofrecer otras satisfacciones intrínsecas a un trabajo que deja impronta en la comunidad. Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional contribuye a ello. Y se puede hacer de muchas formas, especialmente tres: la formación, la tutorización o *coaching*, y la participación en la toma de decisiones.

La formación es crucial para el desarrollo de los profesionales, como se ha comentado. La partida de formación en el presupuesto no puede considerarse como algo graciable sin serias amenazas para el futuro de la organización. Debería haber un plan de formación para cada profesional, con aspectos de crecimiento personal además de habilidades técnicas. El entorno de la salud pública varía, y por tanto hay que poder adaptar la plantilla a las necesidades cambiantes partiendo del núcleo de personal existente. Por ejemplo, las actividades clínicas preventivas se reducen a medida que las incorpora el sistema asistencial: esto comporta que habrá personal que antes las desarrollaba que ahora pasará a necesitar habilidades de valoración de riesgos o de enlace y de coordinación con otros.

La tutorización o *coaching* por un mentor es el acompañamiento activo de un profesional por otro que le ofrece el conocimiento adquirido mediante la experiencia. Hasta cierto punto se suele ejercer con todos los profesionales por su jefe o supervisor. Es

Muchas organizaciones de salud pública no pueden competir con otras en términos de retribución salarial, pero sí pueden en cambio ofrecer otras satisfacciones intrínsecas a un trabajo que deja impronta en la comunidad. Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional contribuye a ello

Debería haber un plan de formación para cada profesional, con aspectos de crecimiento personal además de habilidades técnicas

Asignar un profesional experimentado a mentorizar a un nuevo empleado es positivo en muchos casos: comporta un reconocimiento para uno y una ayuda valiosa para el otro.

crucial en los primeros meses tras la incorporación de un nuevo profesional. En muchos casos se produce de manera informal, aunque hay cierta tendencia a reconocer y formalizar este proceso. Asignar un profesional experimentado a mentorizar a un nuevo empleado es positivo en muchos casos: comporta un reconocimiento para uno y una ayuda valiosa para el otro.

Hay muchas formas de implicar al personal en la mejora de la organización. Las que se derivan de los principios de gestión total de la calidad son unas de las más poderosas. Se basan en la asunción de que los avances en la calidad sólo pueden venir de un esfuerzo continuado por revisar y mejorar lo que se hace y como se hace. Raramente vendrá una mejora duradera de una inspección o control externo, o de responder a los problemas cuando ya se han producido. Aunque el uso sistemático de este abordaje requiere formación y habilidades concretas (más adelante se hará referencia a ellas), toda organización puede beneficiarse de adoptar el principio básico de que las mejoras pueden alcanzarse con la contribución del personal existente y creando un ambiente que sea propicio a la introducción de mejoras. Se pueden crear todo tipo de grupos y comisiones de trabajo internos para conseguirlo. Además, los cambios impuestos desde arriba son siempre peor recibidos que los que vienen de dar al personal la capacidad de proponer cambios para mejorar tanto su propio trabajo como el conjunto de la organización.

Diferentes partes de los servicios de salud pública aportan acciones para obtener objetivos comunes

Una red de actores

Diferentes partes de los servicios de salud pública aportan acciones para obtener objetivos comunes. Por ejemplo, la detección de una toxiinfección alimentaria por los servicios de vigilancia epidemiológica comporta una investigación que con frecuencia identifica a un establecimiento o producto como implicado; esto lleva a una inspección, que puede a su vez apreciar incumplimientos de la normativa en un establecimiento o industria que llevará a la apertura de un expediente sancionador, en el que estarán implicados los servicios jurídicos de salud pública. El gestor es con frecuencia el responsable de resolver en base a las aportaciones de todos, y además está a veces sometido al escrutinio público si un episodio de esta naturaleza trasciende a los medios o la opinión pública. En un caso así, es evidente que hay una red de actores implicada. Pero además,

los servicios de salud pública interactúan con otros servicios públicos y agentes sociales: por ejemplo, es inconcebible una vigilancia epidemiológica efectiva sin la notificación por los servicios clínicos o la colaboración de la población, y además ésta comporta la transmisión de información entre los niveles local, autonómico, central (y de forma creciente internacional), en la medida en que ante un problema con frecuencia a cada uno de ellos le corresponde ejercer determinadas acciones. Es preciso reconocer la red de actores implicada en el ejercicio de los diversos servicios básicos de salud pública para gestionar correctamente su interacción.

Para los servicios es deseable no sólo identificar la red de actores y la contribución de cada uno, sino también velar por las interacciones entre ellos. Es importante mostrar la utilidad de las aportaciones de cada cual, y reconocerla. Siguiendo con el ejemplo de la vigilancia epidemiológica, el comportamiento de los profesionales clínicos que diagnostican los casos de enfermedad meningocócica (a menudo en los sobrecargados servicios de urgencias) será probablemente distinto según sus creencias sobre sus consecuencias. Es más probable que sea precoz y exhaustivo si creen que comportan intervenciones inmediatas de los servicios de salud pública en el entorno de los casos para evitar nuevos casos secundarios. Es más probable que se olvide y sea tardío y incompleto si tienen la percepción de que su notificación será sólo una cifra en un listado que tal vez se recuente para hacer un informe anual o sirva de base para una publicación sin reconocer su aportación.

Por tanto, la identificación de la red de actores implicados en los servicios de salud pública y el establecimiento de acciones conducentes a reforzarla es una actividad prioritaria para una buena gestión.

Negociación y mediación

Tener capacidad de negociación es una de las cualificaciones básicas para un gestor. Esto implica ser capaz de obtener acuerdos mutuamente satisfactorios entre diversas partes. No hace falta poner de manifiesto su importancia en las relaciones laborales, ni en la distribución de responsabilidades y recursos dentro de la organización. Pero además, el gestor que interactúa en una red de actores que influyen en la salud pública y con otras partes implicadas ha de ser capaz de tejer alianzas y negociar

Por tanto, la identificación de la red de actores implicados en los servicios de salud pública y el establecimiento de acciones conducentes a reforzarla es una actividad prioritaria para una buena gestión.

En toda organización compleja, la comunicación interna es esencial y es un error dar por sentado que se produce espontáneamente de forma efectiva. Los gestores deben dedicar esfuerzos a garantizar la existencia de canales de comunicación, y a atender a sus flujos.

Los gestores de salud pública han de poseer unas habilidades básicas en su relación con los medios y entender su funcionamiento.

acuerdos.

En la gestión de salud pública es habitual tener que mediar entre partes. Por una parte para conciliar las necesidades e intereses de diversos componentes de la organización. Pero además por que los factores que influyen en la salud pública son diversos y muchos de ellos son ajenos a los servicios de salud, de modo que con frecuencia una gestión de salud pública lleva a desarrollar esfuerzos de mediación entre diversas partes sin perder de vista como afectan a la salud colectiva.

7. Comunicación

La importancia de una comunicación efectiva

En toda organización compleja, la comunicación interna es esencial y es un error dar por sentado que se produce espontáneamente de forma efectiva. Los gestores deben dedicar esfuerzos a garantizar la existencia de canales de comunicación, y a atender a sus flujos. Pese a las nuevas tecnologías, nada puede sustituir las reuniones y encuentros directos, pero las dimensiones de las organizaciones obligan a utilizar otros métodos. En cualquier caso, los gestores deben asegurarse de que la información que quieren transmitir circula, y que no queda retenida o se deforma en un nivel determinado de la organización. También deben garantizar oportunidades para conocer las preocupaciones y propuestas del personal, y que estas no son secuestradas en niveles intermedios.

Pero en las organizaciones de salud pública hay dos aspectos más que son importantes. Uno es la relación con los medios de comunicación. El otro es la comunicación en momentos de alerta, que se producen periódicamente por la propia naturaleza de la salud pública, y que plantean situaciones peculiares.

Los medios de comunicación

Para la salud pública, los medios de comunicación son absolutamente necesarios. Permiten acceder a amplias capas

de población para transmitir información, cambiar actitudes, o desencadenar cambios orientados a la salud. Por tanto los gestores de salud pública han de poseer unas habilidades básicas en su relación con los medios y entender su funcionamiento.

Los gestores de salud pública han de conocer y saber trabajar con los recursos que tienen disponibles: los gabinetes de comunicación o prensa de su organización les pueden ayudar a enmarcar las noticias y mantienen relaciones estables y de colaboración con los medios. Es probable que puedan movilizar los recursos para emitir un comunicado u organizar una rueda de prensa. Además, les ayudarán a evitar la emisión de mensajes que sean disonantes con los del conjunto de la organización, lo sería un error grave. En su relación con los medios, un profesional de salud pública ha de saber siempre en nombre de quién se expresa.

Escribir un comunicado de prensa, responder apropiadamente a las demandas de los medios, y manejarse bien en la radio y la televisión son aspectos a trabajar y habilidades que pueden adquirirse y mejorarse con la práctica. Hay que tener previamente claro que se quiere decir, a quién, y como puede comunicarse mejor. El gestor de salud pública debe cultivar a los medios: ha de conocer su producto, identificar oportunidades de presencia. Es útil hablar directamente y si es posible conocer personalmente a los redactores y responsables. Poder contrastar información experta y ofrecer orientación cuando la necesitan ayuda a consolidar relaciones de confianza.

Hablamos de los medios como una entidad única, y en realidad son muy plurales. No sólo por su naturaleza (prensa diaria, radio o televisión tienen dinámicas propias en horario, formato, o requerimientos) sino también por que los actores son diversos (colaboradores ocasionales o "freelance", redactores individuales, o responsables de secciones y programas), y finalmente por que los medios están adscritos a ideologías e intereses de grupo (hay grandes cadenas que poseen cada vez más medios y marcan sus líneas editoriales). Afortunadamente, los temas de salud son populares y ocupan un espacio creciente: sus profesionales necesitan de manera creciente de la colaboración de los responsables de salud pública.

En su relación con los medios, un profesional de salud pública ha de saber siempre en nombre de quién se expresa.

Escribir un comunicado de prensa, responder apropiadamente a las demandas de los medios, y manejarse bien en la radio y la televisión son aspectos a trabajar y habilidades que pueden adquirirse y mejorarse con la práctica.

Los temas de salud son populares y ocupan un espacio creciente: sus profesionales necesitan de manera creciente de la colaboración de los responsables de salud pública

Las alertas o emergencias sanitarias

Periódicamente los gestores de salud pública han de afrontar

Desgraciadamente, errores de comunicación en el manejo de estos episodios pueden llevar a que una alerta que está siendo abordada de forma apropiada sea percibida por los medios y el público como una crisis que desborda a los servicios de salud pública.

Ante un problema de este tipo, es importante centralizar la información

En la gestión de una emergencia, generar confianza en la población (y por tanto en los medios) es crucial.

alertas o emergencias sanitarias. Éstas suelen derivarse de la identificación de un riesgo para la salud de la población que está siendo estudiado o afrontado por los servicios de salud pública. Los más habituales son los brotes epidémicos por causas no usuales o la identificación de riesgos potenciales para la salud en alimentos, agua o el medio ambiente. Ésta situación en que los servicios de salud pública se movilizan para afrontar un problema se ha comparado a la de los servicios de bomberos: se movilizan ante un incendio y actúan para controlarlo. El público lo sabe y lo considera como su rutina. Un incendio es gestionado como una alerta o episodio, sin convertirse en una crisis. Desgraciadamente, errores de comunicación en el manejo de estos episodios pueden llevar a que una alerta que está siendo abordada de forma apropiada sea percibida por los medios y el público como una crisis que desborda a los servicios de salud pública.

En una emergencia el curso de los acontecimientos no se puede predecir en todo momento, y la sociedad parece exigir un riesgo cero inexistente. Sin embargo, pueden enumerarse algunos principios para evitar la percepción social de una crisis que desborda los servicios. El primero es anticiparse con transparencia, informando de los problemas de forma anticipatoria. El segundo es explicar que aunque el problema esté en curso de investigación, se está trabajando activamente en su control. El tercero es ofrecer una expectativa de las dimensiones y el marco temporal del tema. Y finalmente, no mentir jamás y comprometerse a dar nueva información si se produce. Esto evitará que algunos medios busquen información alternativa y acaben obteniendo opiniones en fuentes dudosas o interesadas que disminuyan la credibilidad de los servicios de salud pública. Ante un problema de este tipo, es importante centralizar la información. Es útil crear un equipo de gestión central que incluya a todas las partes interesadas y que valore periódicamente los datos que se producen y planifique las acciones a realizar, y que este incorpore la comunicación. De este modo la información emitida puede ser actualizada y unívoca, combinando la procedente de todas las partes implicadas para evitar contradicciones (reales o ficticias) entre fuentes que comprometan su credibilidad. En la gestión de una emergencia, generar confianza en la población (y por tanto en los medios) es crucial.

8. La apuesta por la calidad

La calidad total

Una de las estrategias más poderosas para mejorar la gestión de los servicios de salud es el desarrollo de una política de calidad. La filosofía de la calidad total plantea una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización con la implicación de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente interno y externo¹¹. Comporta el compromiso del equipo directivo, una opción explícita por la calidad (es decir que las necesidades y expectativas del cliente se conocen y asumen) y la voluntad de implicar a todo miembro de la organización, incluso clientes y proveedores si es posible.

Siendo las organizaciones de salud pública organizaciones de servicios que no producen bienes materiales sino intangibles y cuya utilidad se basa en satisfacer necesidades, se les pueden aplicar muchos de los conceptos desarrollados para las organizaciones de servicios. Se suele considerar que la satisfacción (o insatisfacción) de los clientes se basa en la distancia entre los servicios que reciben y sus expectativas, y para valorarla se identifican cinco factores básicos: aspectos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, que se recogen en la **tabla 2**¹². De ellos, el principal es por supuesto la fiabilidad, pero los demás no pueden ser ignorados. Aunque es frecuente que en organizaciones profesionales se tienda a subvalorarlos, tienen un papel destacado en la satisfacción de los usuarios, como saben bien las empresas comerciales.

Tabla 2. Atributos valorados por los clientes de una organización de servicios.

Aspectos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio de forma fiable y cuidadosa

Capacidad de respuesta: Disposición y voluntad del personal para

Siendo las organizaciones de salud pública organizaciones de servicios que no producen bienes materiales sino intangibles y cuya utilidad se basa en satisfacer necesidades, se les pueden aplicar muchos de los conceptos desarrollados para las organizaciones de servicios.

ayudar al cliente y proporcionar el servicio

Seguridad: Conocimiento y atención mostrados por el personal y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza

Empatía: Atención individualizada que ofrecen las empresas a los consumidores

Fuente: referencia 12.

En una estrategia de calidad total, se pueden utilizar diversas herramientas para conseguirla. Por supuesto, el compromiso de la dirección y el personal son necesarios. Pero además del uso de instrumentos como la norma ISO 9000 o el modelo europeo de excelencia, la formación de equipos de mejora de personas de la organización que analizan su trabajo e identifican opciones para mejorarlo juega un papel importante. Explorar las preferencias, perspectivas opiniones y satisfacción de los clientes mediante instrumentos como encuestas o grupos de discusión también. Y por supuesto, hay que documentar lo que se hace y definir como se quieren hacer las cosas.

Acreditación y certificación

Para las actividades más repetitivas y sistemáticas de una organización es factible definir normas estandarizadas (procedimientos normalizados de trabajo o PNTs), que pueden ser luego aplicadas sistemáticamente y cuyo grado de cumplimiento puede medirse. Es lo que se hace mediante el modelo de certificación ISO 9000: para actividades como la acogida de peticiones del público, el funcionamiento del laboratorio o incluso la práctica de inspecciones este modelo ofrece ventajas indudables. Para actividades menos repetitivas y predecibles en las que es muy importante la adecuación técnica, no es suficiente. Por ello se ha desarrollado la certificación ISO 9001-2000, que incorpora la definición de los procesos de la organización y su documentación, pero que es más amplia y se aproxima al modelo europeo de excelencia. Para que los análisis de los laboratorios de salud pública tengan valor legal, actualmente han de contar con la acreditación ISO 17025.

El modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) nació en 1988 a partir de los esfuerzos de 14 empresas

europeas que intentaban aplicar una filosofía de gestión de la calidad total. Este modelo se basa en el principio de que si se hacen las cosas correctamente se obtienen resultados satisfactorios. Para ello se articulan nueve criterios, cinco considerados facilitadores y cuatro considerados como resultados. Este modelo permite la autoevaluación por las organizaciones, lo que facilita la implicación del personal, así como la evaluación externa, que permite optar a una acreditación (y premio) otorgado por la Fundación. A partir de este modelo y con apoyo de la Unión Europea (y en España del Ministerio de Administraciones Públicas) se ha creado una versión para organismos públicos denominada Marco Común de Evaluación (CAF en inglés, por las siglas de *Common Assessment Framework*).

Tras algunos intentos previos¹³, se ha planteado la evaluación de las organizaciones de salud pública partiendo del marco conceptual de funciones y servicios esenciales citado al principio de este capítulo. En los EEUU esta propuesta se está desarrollando como un proyecto nacional de medición de estándares y desempeño de la salud pública (NPHPSP en sus siglas en inglés) con apoyo de organizaciones profesionales y del gobierno federal, y puede ser la base de una acreditación de los servicios de salud pública¹⁴. Los indicadores que se han propuesto para valorar el grado de desempeño respecto a los servicios esenciales de salud pública se recogen en la **tabla 3**¹⁴. Complementada con normas como la ISO o modelos como el EFQM permite plantear y lograr objetivos concretos de mejora. Se trata por tanto de una potente herramienta, que ya se ha probado y validado en los EEUU, y que puede formar la base de una propuesta adaptada a nuestro contexto, de un modo comparable al seguido en el campo de la acreditación de centros asistenciales.

En los EEUU esta propuesta se está desarrollando como un proyecto nacional de medición de estándares y desempeño de la salud pública (NPHPSP en sus siglas en inglés) con apoyo de organizaciones profesionales y del gobierno federal, y puede ser la base de una acreditación de los servicios de salud pública

Tabla 3. Indicadores propuestos para valorar el desempeño de los servicios esenciales de salud pública en el National Public Health Performance and Standards Project de los EEUU.

1.- Monitorización del estado de salud para identificar los problemas de salud de la Comunidad

1.1.- Perfil de salud de la comunidad

1.2.- Acceso y utilización de la tecnología actual para gestionar, exponer, analizar y comunicar los datos de salud de la comunidad.

1.3.- Mantenimiento del registro de salud de la población

2.- Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.

2.1.- Identificación y vigilancia de las amenazas a la salud

2.2.- Planificación para emergencias en salud pública

2.3.- Investigar y responder a las emergencias en salud pública

2.4.- Soporte de laboratorio para la investigación de las amenazas a la salud

3.- Información, educación y *empowerment* de las personas en temas de salud.

3.1.- Educación sanitaria

3.2.- Actividades de promoción de la salud para facilitar la vida saludable

4.- Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.

4.1.- Desarrollo de la comunidad (del distrito sanitario)

4.2.- Asociaciones comunitarias

5.- Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.

5.1.- Presencia de los servicios de salud pública a nivel comunitario

5.2.- Desarrollo de políticas de salud pública

5.3.- Proceso de mejora de salud de la comunidad

5.4.- Planificación estratégica y alineación con el proceso de mejora de salud comunitaria

6.- Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.

6.1.- Revisar y evaluar leyes, regulaciones y ordenanzas

6.2.- Implicación en la mejora de leyes, regulaciones y ordenanzas

6.3.- Hacer cumplir leyes, regulaciones y ordenanzas

7.- Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no están disponibles.

7.1.- Identificación de la población con barreras de acceso a los servicios sanitarios personales

7.2.- Identificación de las necesidades de servicios sanitarios personales para la población

7.3.- Asegurar la conexión entre la población y los servicios sanitarios personales

8.- Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud

8.1.- Evaluación de los profesionales

8.2.- Estándares de los profesionales de la salud pública

8.3.- Formación continuada, entrenamiento y tutoría

8.4.- Desarrollo del liderazgo en salud pública

9.- Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

9.1.- Evaluación en base a la población de los servicios sanitarios

9.2.- Evaluación de los servicios sanitarios personales

9.3.- Evaluación del sistema local de salud pública

10.- Investigación de nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

10.1.- Fomento de la innovación

10.2.- Conexión con instituciones de investigación y docencia

10.3.- Capacidad para iniciar o participar en investigaciones epidemiológicas, de política sanitaria, y/o de sistemas sanitarios

Fuente: referencia 11.

9. Investigación y docencia

Investigación aplicada en salud pública

Para el futuro se debe trabajar para aproximar la investigación aplicada a la práctica de salud pública, del mismo modo que se ha procurado en los servicios asistenciales.

La investigación tiene un carácter estratégico para las políticas de salud, ya que permite identificar y monitorizar los problemas de salud y por lo tanto las necesidades y prioridades, identificar sus determinantes y características, y evaluar la efectividad de las intervenciones -incluyendo los propios servicios sanitarios. En España, hay grupos de investigación en salud pública que han alcanzado un buen nivel de calidad, relevancia y productividad, con algunas áreas en las que su visibilidad internacional es importante. Sin embargo, buena parte de los servicios y profesionales ven la investigación como algo lejano. Para el futuro se debe trabajar para aproximar la investigación aplicada a la práctica de salud pública, del mismo modo que se ha procurado en los servicios asistenciales.

Docencia y formación en salud pública

Por lo que respecta a la formación especializada universitaria en salud pública los programas de Maestría en Salud Pública se han consolidado como la opción básica de postgrado

Las actividades de salud pública se basan principalmente en un uso intensivo de los recursos humanos. La formación es una estrategia básica para disponer de profesionales competentes. Por eso los programas de formación de los profesionales de salud pública deben responder a las necesidades de salud de la población y la realidad de los servicios. Por lo que respecta a la formación especializada universitaria en salud pública los programas de Maestría en Salud Pública se han consolidado como la opción básica de postgrado, pero en general ofrecen unos contenidos más centrados en las herramientas cuantitativas y la epidemiología, y, en algunos programas, también en la gestión. Los contenidos de protección de la salud no siempre están presentes con el peso que les corresponde en estos programas. A pesar de que la situación actual sea razonablemente buena, hay que establecer estrategias que permitan mejorar el impacto de los programas existentes en la práctica profesional. Algunas iniciativas aconsejables para mejorar son: promover iniciativas que relacionen más estrechamente la formación en salud pública y la práctica profesional; establecer mecanismos de acreditación

de la calidad de los programas docentes; establecer un esquema de carrera en salud pública que tenga en cuenta la actividad profesional, la formación continua y la investigación realizada; y potenciar nuevas estrategias educativas basadas en la utilización de las tecnologías de la información.

Referencia bibliograficas

1. Hunter DJ. *Public health management*. Geneva: World Health Organisation, 2002.
2. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR (Eds.) *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 2002*. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002.
3. Institute of Medicine, Committee on the future of public health. *The future of public health*. Washington: National Academy Press, 1988.
4. Villalbí J.R., Guix J, Plasència A, Armengou J.M., Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit* 2003;17: 231-7.
5. Maset-Campos P, Rodríguez-Ocaña E, Sáez-Gómez JM. La salud pública en España. En: Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P, Navarro V (Eds) *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1998; 25-47.
6. Villalbí JR, Guix J. La organización de la salud pública en un contexto federal. *Aportaciones desde la perspectiva de Estados Unidos*. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 73-81.
7. Castellón-Leal E. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: evolución y perspectivas. *Rev Administración Sanitaria* 1999; 3: 583-593.
8. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13: 218-25.
9. Mays GP. Organization of the public health delivery system. En: Novick LE, Mays GP. *Public health administration*. Gaithersburg: Aspen Publications, 2001; 63-116.
10. Thielen L. Human resources management. En: Novick LE, Mays GP. *Public health administration*. Gaithersburg: Aspen Publications, 2001: 397-412.

11. Guix-Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit* 2005; 19: 325-32.
12. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993.
13. National Association of County and City Health Officials. *APPEX PH assesment protocol for excellence in public health*. Washington: NACCHO, 1996.
14. National Public Health Performance Standards Program. *The instruments*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [Accedido 16 de enero de 2007] Disponible en <http://www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/TheInstruments.htm>