

## Nota de campo

## Gestión de calidad en una organización de salud pública

Joan R. Villalbí<sup>a,b,\*</sup>, Manuela Ballestín<sup>a</sup>, Conrad Casas<sup>a,b</sup>, Teresa Subirana<sup>a</sup> y el grupo de reflexión sobre la mejora de gestión de los servicios de la Agència de Salut Pública de Barcelona<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 28 de junio de 2011

Aceptado el 26 de diciembre de 2011

On-line el 15 de marzo de 2012

*Palabras clave:*

Organización y administración  
Administración de salud pública  
Gestión continua de la calidad  
Estudios de casos de organizaciones  
Acreditación

*Keywords:*

Organization and administration  
Public health administration  
Continuous quality management  
Organizational case studies  
Accreditation

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de introducción de acciones de mejora de la calidad en una organización de salud pública. Tras la acreditación ISO 17025 del laboratorio de control oficial obtenida por requisito legal, la dirección acordó en 2003 extender la política de calidad, poniendo en marcha un repertorio de acciones mediante el análisis de procesos y la formulación de acciones de mejora, la mayor formalización de procedimientos, el conocimiento de la opinión de los clientes, la creación de grupos de mejora, y la auditoría o certificación externa. La organización respondió de forma diversa a estas iniciativas. Someter los servicios a auditoría o certificación externa parece el motor más poderoso para el cambio. El estudio de costes de la actividad permite valorar que, en 2010, el 75% del gasto total se realiza en servicios de salud pública sujetos a auditoría/certificación externa.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Quality management in a public health agency

## ABSTRACT

This article describes the introduction of quality improvement actions in a public health organization. After ISO 17025 accreditation, which was legally mandated, was granted to the official control laboratory, the management decided to expand a quality policy in 2003, through a series of actions based on process analysis and proposals for improvement, further definition of standard operating procedures, exploration of users' opinions, the creation of improvement groups, and external audits or certification. The organizational response to these initiatives was diverse. External audit or certification of services seems to be the most powerful tool for change. Costing studies showed that up to 75% of the total expenditure of the agency in 2010 was spent on public health services subject to external audit or certification.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La introducción de políticas de calidad en los servicios sanitarios es una herramienta de mejora utilizada ampliamente, probada también en otros servicios públicos. Los servicios de salud pública se encuentran en una posición peculiar dentro del sistema de salud, y algunas de las innovaciones de gestión introducidas en los servicios asistenciales han tardado más en aplicarse en los servicios de salud pública<sup>1</sup>. Las reformas en curso y algunas experiencias descritas sugieren que hay oportunidades de desarrollo<sup>2</sup>, por lo que en este manuscrito presentamos nuestra experiencia en la introducción y la ampliación de acciones de mejora de la calidad en la organización de salud pública donde trabajamos. Creemos que puede ser de

utilidad para otros profesionales y directivos comprometidos con la gestión de calidad en nuestro sistema.

La Agència de Salut Pública de Barcelona (en adelante ASPB) es un organismo autónomo de carácter consorcial creado por los gobiernos municipal y autonómico para gestionar los servicios de salud pública en la ciudad desde el año 2003<sup>3</sup>, partiendo de las estructuras preexistentes. En su creación, el equipo de gestión desarrolló una estrategia orientada al cambio apoyada en acciones de gestión de calidad que después se han mantenido. En este trabajo se presenta su desarrollo a lo largo de 8 años, enumerando y describiendo los distintos tipos de acciones emprendidas, y valorando los indicios de impacto real en las distintas dependencias.

## El proceso y sus etapas

Tras la acreditación del laboratorio de la ASPB, requisito obligatorio para poder ejercer sus funciones de control oficial, el equipo de dirección acordó abordar de forma colectiva la extensión de mejoras de la calidad al conjunto de la organización. Inicialmente

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrvillal@aspb.cat (J.R. Villalbí).

◇ Ver componentes en Anexo al final del artículo.

se apoyaron las iniciativas adoptadas por algunas personas con responsabilidad sobre servicios, se intentó conocer la opinión de los clientes o usuarios mediante encuestas en algunos servicios, y se estimuló la formación de grupos participativos de mejora en el personal, además de definir formalmente la política de calidad (aprobada luego por la Junta de gobierno), a partir de la declaración de misión y la visión de la ASPB, y que define que mejorar la calidad de los servicios es una tarea de todas las personas de la organización.

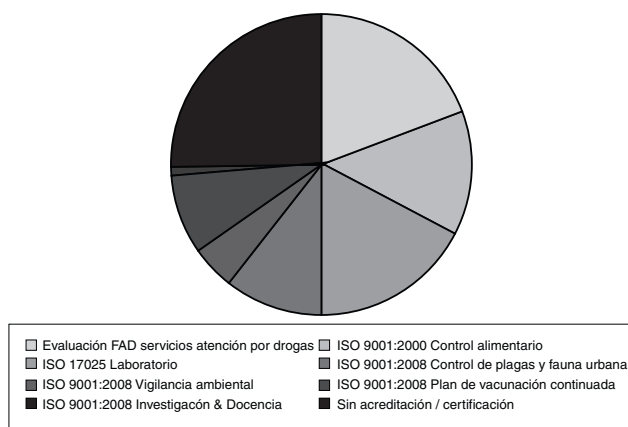
Considerando la complejidad y la heterogeneidad de la organización, en 2004 se activó un programa de calidad inicial que puso en marcha un repertorio de acciones. Incluyó el análisis de procesos y la formulación de acciones de mejora, la definición de procedimientos normalizados de trabajo para diversas actividades, el conocimiento de la opinión de las y los clientes, la creación de grupos de mejora, y la auditoría o la certificación o acreditación externa. La respuesta de los diversos segmentos de la ASPB a estas iniciativas fue diversa, tanto en sensibilidad como en implicación real. La formalización de procedimientos ayudó a conseguir cambios operativos, pero se constató que no todas las dependencias se implicaban en igual medida. Los esfuerzos basados en el desarrollo de grupos de mejora y en la realización y utilización de encuestas a clientes de un servicio mostraron su utilidad, pero requirieron apoyo intensivo externo y mostraron tendencia a ser concretas, con serias dificultades para implantarse sistemáticamente. La formalización de un modelo general de procesos permitió tener un marco conceptual de referencia, clarificando las secuencias entre actividades y las relaciones entre actividades y equipos, pero apenas desencadenó acciones de mejora. Por otra parte, la evaluación externa de los servicios se reveló como una herramienta poderosa. La ampliación de la acreditación ISO 17025 por el laboratorio en 2004 y la certificación ISO 9001 por los servicios de control alimentario y de salubridad comportaron cambios en su organización y funcionamiento (p. ej., generalizando la formalización de procedimientos, la sistematización del tratamiento de incidencias, o la búsqueda de la opinión de los usuarios), sin generar tensiones internas; la evaluación por la Fundación Avedis Donabedian (FAD) de los servicios de atención a las adicciones también<sup>4</sup>. Esta dinámica ha sido duradera y aceptada, y ha impulsado una mejora continua.

Tras una autoevaluación, en 2008, se formuló el segundo programa de calidad, que puso mayor énfasis en los instrumentos de evaluación y certificación externa. Esta reorientación se debió a la constatación de que someter un servicio a evaluación externa parecía implicar más a todas las personas, empezando por las responsables, y conseguía integrar los esfuerzos de mejora en la gestión cotidiana. La búsqueda de acciones de mejora y de la opinión de las y los clientes o usuarios quedó así sistematizada e integrada en la rutina. Por otra parte, el desarrollo de un modelo de gestión inspirado en el de la European Foundation for Quality Management (EFQM) permitió plantear una perspectiva integrada y realizar una evaluación periódica global y sistemática de la organización, identificando en cada momento aspectos prioritarios a trabajar<sup>5,6</sup>.

## Resultados

En la *tabla 1* se presenta una relación cronológica de acciones realizadas a lo largo del periodo. Como puede verse, se ha pasado del predominio de iniciativas puntuales a la extensión sistemática de las evaluaciones externas, que cubren ahora el grueso de la organización. Éstas se han acompañado de una mayor densidad de acciones de conocimiento de la voz de clientes/usuarios, y de una continua mejora.

A partir del estudio de costes de la actividad según líneas de producto (publicado previamente)<sup>7</sup>, se valora que en 2010 el 75%



**Figura 1.** Proporción del presupuesto asignado a las diversas líneas productivas de trabajo según su grado de acreditación/certificación externa. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010.

del gasto total de la organización se realiza en servicios certificados o acreditados externamente (66%), o en proceso avanzado de serlo (9%) (*fig. 1*). Este enfoque se ha traducido en un cambio importante en la memoria anual de actividades, que sigue una estructura inspirada en los criterios EFQM. Los indicadores de actividad, económicos y de personal han sido objeto de revisión, y ahora siguen una nueva lógica, especialmente visible en lo que respecta a actividad<sup>8</sup>.

## Dificultades y oportunidades

Integrar el programa de gestión de la calidad en el conjunto de los elementos de la organización no es fácil. Una organización sanitaria tiene personal con un alto grado de cualificación técnica. En este contexto siempre hay profesionales que tienden a considerar que su criterio es suficiente, que las personas usuarias no pueden juzgarlo, que los responsables de gestión se guían por criterios sesgados, y que un programa de calidad sólo añade burocracia, papeleo o retórica a la actividad. Junto con las diferencias terminológicas, las demandas del trabajo y las contingencias del día a día dificultan el progreso, y esto ayuda a entender las dificultades iniciales. En estas circunstancias, la evaluación externa según un modelo predefinido aporta a nuestro juicio elementos valiosos: 1) separa la decisión de evaluar tomada por los gestores de la evaluación en sí misma, al ser conducida por expertos externos que se perciben como neutrales; 2) otorga la máxima interlocución en cada equipo a su responsable, que puede así integrar objetivos en su sistemática de gestión; 3) obliga a definir lo que previamente estaba a menudo sólo implícito (objetivos, procesos, procedimientos y protocolos, circuitos, relación con usuarios, respuesta a contingencias, tratamiento de quejas, etc.); y 4) proporciona una perspectiva integral y sistemática. En definitiva, en nuestra experiencia se ha convertido en un poderoso motor del cambio. El coste del proceso ha sido de unos 50.000 euros anuales para la acreditación o certificación y algunos servicios de apoyo externo (un 0,16% del presupuesto de la organización), además de la dedicación del personal implicado. Personas implicadas en las dependencias acreditadas o certificadas han pasado a ser abogados del proceso: reconociendo el trabajo extra que comportó inicialmente, expresan que la calidad del trabajo cotidiano ha mejorado, reduciendo incertidumbres y clarificando y ordenando la actividad. Probablemente esto ha facilitado la extensión de esta estrategia a otras dependencias.

**Tabla 1**

Acciones de desarrollo de la política de calidad por tipo y periodo. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2002-2010

	Formalización de la política de calidad	Evaluación/certificación externa	Encuestas a clientes	Encuestas internas	Grupos de mejora	Análisis y revisión de procesos
Hasta 2002		ISO 17025 Laboratorio (auditoría inicial 2000, seguimiento en 2002)		Encuesta de opinión cuadros	Comité de calidad del CAAC	
2003	Inclusión en objetivos equipo dirección	Evaluación piloto de un centro de drogas por la FAD	Usuarios del CAAC (adoptantes) Usuarios de un centro vacunal			Formación en gestión por procesos Construcción de un modelo de procesos
2004	Aprobación de la política de calidad y del programa que la desarrolla	ISO 17025 Laboratorio (reevaluación y ampliación)	Directivos de los servicios municipales en los distritos Usuarios de cinco centros de drogas	Encuesta de opinión cuadros Encuesta sobre servicios informática	Grupo de mejora en vacunas Grupo de mejora en control de plagas	Prueba piloto 4 procesos clave
2005		Evaluación de los cinco centros de drogas por la FAD	Clientes del laboratorio	Encuesta sobre política de aire limpio de humo de tabaco	Grupo de mejora en comunicación con clientes del laboratorio	
2006		ISO 17025 Laboratorio (seguimiento y ampliación) Primera auditoría interna del CAAC	Directivos de los servicios municipales en los distritos (repetición) Usuarios del CAAC (repetición) Usuarios del autobús de metadona	Encuesta de opinión cuadros Encuesta sobre web	Grupo de mejora de usuarios de los servicios de informática	Gestión de 5 procesos nuevos (9 en total)
2007		Primera auditoría interna de servicios de inspección y control alimentario, fauna urbana y plagas	Tutores de escuelas secundarias Mujeres diana del programa de cribado de cáncer de mama (usuarias y no) Usuarios de tres centros de drogas (integrado en rutina)		Grupo de mejora en salud comunitaria	Gestión de 1 proceso nuevo (10 en total) Revisión y actualización del modelo de procesos
2008	Aprobación nuevo programa de calidad	ISO 17025 Laboratorio (seguimiento y ampliación) Evaluación de los cinco centros de drogas y un centro de reducción de daños por la FAD ISO 9001: 2000 servicios de inspección y control alimentario, fauna urbana y plagas Autoevaluación EFQM del conjunto de la organización	Profesionales externos implicados en el programa de cribado del cáncer de mama Clientes laboratorio (repetición) Establecimientos de alimentación Usuarios de cinco centros de drogas (integrado en rutina) Usuarios del autobús de metadona (repetición)	Encuesta accesibilidad telefónica	Grupo análisis inspección alimentaria	Gestión de 1 proceso nuevo (11 en total)
2009		Primera auditoría interna de servicios de vigilancia ambiental	Usuarios del CAAC (repetición) Establecimientos de alimentación (integrado en rutina) Usuarios de cinco centros de drogas y del autobús de metadona (integrado en rutina)	Encuesta de clima laboral y riesgos psicosociales	Grupo análisis y mejora atención telefónica	
2010	Solicitud de evaluación externa EFQM	ISO 17025 Laboratorio (reevaluación y ampliación) ISO 9001: 2000 servicios de inspección y control alimentario, fauna urbana y plagas (reevaluación) ISO 9001: 2008 servicios de vigilancia ambiental ISO 9001: 2008 investigación y docencia ISO 9001: 2008 plan de vacunación continuada (en curso) Autoevaluación EFQM del conjunto de la organización (repetición)	Usuarios de cinco centros de drogas y del autobús de metadona (integrado en rutina) Uso de grupos focales como alternativa en establecimientos de alimentación Usuarios de servicios de control ambiental		Compilación y edición del modelo de gestión Grupos mejora riesgos psicosociales	Gestión de 1 proceso nuevo (12 en total) Revisión de la tabla de consistencia procesos/dependencias por cambios en organigrama

CAAC: Centro de Acogida de Animales de Compañía; EFQM: European Foundation for Quality Management; FAD: Fundació Avedis Donabedian.

## Conclusiones

Una estrategia inicial de implantación difusa de acciones de optimización de la calidad introdujo diversas innovaciones en diversos segmentos de la organización. Sin embargo, sin un programa estructurado, se vieron limitadas. Los cambios fueron reforzados por la progresiva extensión de la evaluación externa de los servicios, que parece ser una palanca más eficaz, por lo que los actuales esfuerzos apuestan por extender esta estrategia al conjunto de la organización. Sería deseable disponer de un espacio de intercambio con organizaciones de salud pública que hayan desarrollado experiencias comparables, lo que podría permitir la comparación y aprendizaje mutuos.

## Contribuciones de autoría

J.R. Villalbí concibió y diseñó el estudio, y escribió la primera versión del artículo. C. Casas, T. Subirana y M. Ballestín revisaron críticamente el manuscrito inicial e hicieron aportaciones que lo mejoraron. Todos los autores aportaron datos, revisaron y contribuyeron a la redacción, y aprobaron la versión final.

## Financiación

Sin financiación externa específica, aunque dos de los autores (J.R. Villalbí y C. Casas) forman parte del grupo de evaluación de programas y políticas de salud pública del Área de Políticas y Epidemiología Social del CIBERESP, con cuyos objetivos enlaza este trabajo.

## Conflictos de intereses

Los autores han estado implicados en la mejora de la gestión descrita en esta nota de campo, y por tanto no pretenden ser observadores ajenos a ella. Una de las autoras pertenece al equipo editorial de la revista, y declara no haber intervenido en la

gestión editorial de este manuscrito. Más allá de estas apreciaciones, declaran no tener conflictos de intereses.

## Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todos los profesionales de la Agència de Salut Pública de Barcelona que contribuyen a la producción diaria de servicios.

## Anexo

El grupo de reflexión sobre la mejora de gestión de los servicios de la Agència de Salut Pública de Barcelona está formado por Lucía Artazcoz, Manuela Ballestín, Carme Borrell, Conrad Casas, Julia Duran, Riansares García, Pau Rodríguez, Teresa Subirana y Joan R. Villalbí.

## Bibliografía

1. Artundo C, Rivadeneyra A. Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22 (Suppl 1):96–103.
2. Aboal JL, Lado ME, Amigo M, et al. Mapa de procesos en organizaciones de salud pública: la experiencia de la Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia. Gac Sanit. 2008;22:275–9.
3. Guix J, Villalbí JR, Armengol R, et al. Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Gac Sanit. 2008;22:267–74.
4. Hilarion P, Groene O, Colom J, et al. Results of a sector-wide quality improvement initiative for substance-abuse care: an uncontrolled before-after study in Catalonia, Spain. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2010;23:26.
5. Guía de Autoevaluación para la Administración Pública. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas, 2006. (Consultado el 23/11/2009.) Disponible en: [http://www.mpt.es/publicaciones/centro\\_de\\_publicaciones\\_de\\_la\\_sgt/Monografias/parrafo/0111111111119/text.es\\_files/file/Guia\\_EFQM\\_corta\\_04.06.pdf](http://www.mpt.es/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Monografias/parrafo/0111111111119/text.es_files/file/Guia_EFQM_corta_04.06.pdf).
6. European Forum for Quality Management. Directrices para el sector público: salud. Madrid: Club de Gestión de Calidad; 1996.
7. Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. Gac Sanit. 2010;24:378–84.
8. Arissó M, Villalbí JR. Memòria d'activitats 2009. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010 (Consultado el 23/6/2011.) Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/documents.memories.htm>