

# Calidad en salud pública

Joan Guix Oliver

Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España;  
Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España.

(Quality in public health)

## Resumen

A partir de la definición de los conceptos de calidad y de salud pública, y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea la conveniencia de poder llegar a establecer un modelo de referencia de calidad en salud pública basado en criterios objetivos, indicadores y estándares. Se revisan los 2 principales modelos de gestión de la calidad en el terreno de las organizaciones de servicios, ISO 9001-2000 y EFQM, y se contrastan sus ventajas y desventajas en lo referente a su aplicación en los servicios de salud pública. A partir de la definición del Institute of Medicine de las funciones en salud pública, seguimos los planteamientos del estudio Delphi de la OMS y del modelo APEX PH (Assesstment Protocol fo Excellence in Public Health). Se describe y propone el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) planteado por los Centers for Disease Control como modelo de referencia para la gestión y la mejora de la calidad en las organizaciones de salud pública. Por último, se concluye que la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con el planteamiento de las 8 principales prestaciones en salud que debe prestar el Sistema Nacional de Salud, permitiría una adaptación a nuestro contexto del modelo NPHSPS como herramienta de gestión de la calidad de los servicios de salud pública españoles. **Palabras clave:** Calidad. Servicios de salud pública. Funciones en salud pública.

## Abstract

Based on the concepts of quality and public health and of public health organizations as service organizations, the advisability of establishing a reference model for quality in public health, incorporating objective criteria, indicators and standards, is discussed.

The 2 main models of quality management in the field of service organizations, ISO 9001-2000 and EFQM, are reviewed and their advantages and disadvantages with respect to their application in public health services are contrasted.

Based on the Institute of Medicine's definition of the functions of public health, we followed the approach of the Delphi study of the World Health Organization and the Assessment Protocol for Excellence in Public Health (APEX PH) model. The NPHPSP of the Centers for Disease Control is described in detail. We propose the use of this model as the reference model for quality management and improvement in public health organizations.

Finally, we conclude that the approval of the Law of Cohesion and Quality of the National Health System by the Spanish parliament, which lays out the eight main health services that the National Health System should provide, would allow the NPHSPS to be adapted to our environment as a tool for quality management of Spanish public health services.

**Key words:** Quality. Public health services. Key functions in public health.

## Introducción

La calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como «la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie»<sup>1</sup>. Definiciones más próximas al

mundo de la gestión consideran la calidad como el «conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas»<sup>2</sup>, o también como «el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado»<sup>2</sup>. Así pues, hablar de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar nuestra realidad y conseguir, mediante esta realidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente. Un elemento más que se debe añadir es que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser programada, medida y mejorada<sup>3</sup>. En consecuencia, la calidad puede ser gestionada.

*Correspondencia:* Dr. J. Guix Oliver.  
Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Pça. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.  
Correo electrónico: jguix@aspb.es

*Recibido:* 9 de noviembre de 2004. *Aceptado:* 2 de marzo de 2005.

El planteamiento de la calidad, según las anteriores definiciones, aplicado al terreno industrial es ya clásico, después de haber recibido un gran empuje en el Reino Unido y Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial y, posteriormente, con la irrupción de la industria japonesa en los países occidentales. En el terreno sanitario, el concepto de la calidad de la asistencia sanitaria, tal como lo entendemos en la actualidad, empezó a ser aplicado, hacia los años cincuenta, también en Estados Unidos<sup>4</sup>. La aparición, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals con un primer planteamiento de parámetros «de calidad» que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana) y el histórico artículo de Avedis Donabedian en el que se planteaban los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados<sup>5</sup>, publicado el año 1966, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria. Estos sistemas de calidad forman ya parte del panorama del mundo de la gestión sanitaria, con aportaciones normativas de las diversas administraciones públicas frecuentemente basadas en modelos de calidad, tales como ISO<sup>6</sup>, EFQM<sup>7,8</sup>, o los nuevos criterios de acreditación aplicados a cada uno de los distintos niveles asistenciales de la misma Joint Commission<sup>9</sup>.

No obstante, el terreno de la salud pública ha permanecido notablemente al margen de este proceso. Quizá sus íntimas ligaduras con la Administración Pública, lo cual implica la ausencia de competencia, o la falta del concepto de servicio prestado a clientes, a los ciudadanos, ha comportado que los intentos de definir la calidad como un concepto aplicado a la salud pública, en el sentido antes citado, hayan sido escasos<sup>10</sup>.

Por otra parte, las definiciones clásicas del concepto «salud pública» son escasamente operativas. No obstante, la definición enunciada por la NHS Task Force, según la ya clásica definición de Acheson, nos permite una adecuada aproximación práctica: «La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Estos esfuerzos deben abordar tanto las políticas de salud y las causas últimas de la salud y la enfermedad como la provisión de servicios sanitarios efectivos. La salud pública trabaja con alianzas que cruzan disciplinas, profesiones y organizaciones, y explota esta diversidad mediante la colaboración, para suministrar en todas las áreas con impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, políticas basadas en la evidencia y la investigación». En este artículo entenderemos la salud pública no como un ámbito del conocimiento, sino de la praxis.

Otro elemento esencial para el abordaje que pretendemos consiste en la visión de las organizaciones

de salud pública, generalmente vinculadas a la Administración, como organizaciones de servicios<sup>11</sup>, entendiéndose como *servicio* las actividades que producen un valor económico sin producir bienes materiales y como una *organización de servicios* cuya oferta está dominada por intangibles y cuya utilidad radica, principalmente, en la resolución de las necesidades de los clientes o los cambios que se operan en ellos.

Como toda organización de servicios, las organizaciones de salud pública presentan una serie de características definitorias: intangibilidad y heterogeneidad de su producción, participación del cliente en su producción y generación contemporánea con su consumo, lo que ha llevado a acuñar el concepto de *servucción* (servicio-producción)<sup>12</sup>.

Para que un servicio tenga la calidad adecuada debe satisfacer las necesidades y las expectativas del cliente receptor. Zeithaml et al<sup>13</sup>, mediante un amplio estudio entre empresas de servicios, definieron como atributos característicos de este tipo de organizaciones, valorables por el cliente, la efectividad, la eficiencia, la adecuación, la calidad científico-técnica, la satisfacción, la continuidad, la capacidad de respuesta, la flexibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la participación, la ética, la credibilidad, la seguridad y la confianza. Mediante el análisis factorial, dichos autores pudieron reducir todos los atributos anteriormente mencionados a 5 fundamentales con gran capacidad de influencia en la satisfacción de los clientes: tangibilidad de las estructuras de prestación de los servicios, fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía.

En nuestro contexto, las organizaciones de salud pública son organizaciones de servicios públicos<sup>14</sup>, es decir, organizaciones estables que realizan una prestación, bajo un régimen jurídico especial, como respuesta a la presencia de una necesidad pública que se debe satisfacer. Añadamos a ello que la actuación de las organizaciones de salud pública comporta con frecuencia la función de autoridad.

Pretendemos realizar una breve descripción de los principales y posibles modelos de gestión de la calidad potencialmente aplicables al terreno de los servicios de salud pública para, finalmente, proponer uno de ellos sobre la base de sus características.

---

### Un modelo de evaluación de la calidad para la salud pública

A partir de todo lo anteriormente mencionado, y para poder realizar una aproximación a la definición de la calidad en el terreno de la salud pública, será imprescindible establecer un modelo con el que compararse, escoger unas dimensiones (conjuntos de componentes) para valorar y definir unos criterios (condición que debe

cumplir la práctica para ser considerada de calidad), tanto estructurales como de proceso y resultados, así como unos indicadores, unos valores estándares (de referencia) y unos valores índice (valores existentes en un momento dado)<sup>15</sup>. Todo ello no puede ser fruto de la especulación, sino que debe estar construido sobre fuertes cimientos. Estamos hablando de la salud pública basada en la evidencia<sup>10</sup>, definida como «un intento en el terreno de la salud pública en el cual se produce un informado, explícito y juicioso uso de la evidencia, derivado del uso de diversos métodos de investigación y evaluación científicos y de las ciencias sociales»<sup>16</sup>.

Necesitamos un modelo explícito, estructurado, validado, reconocido, con amplia experiencia en su aplicación práctica y, en la medida de lo posible, con una vigencia y un prestigio internacionales. Por nuestra parte, además, creemos que si el diagnóstico de calidad ha de tener una proyección estratégica, el modelo no debe ser de mínimos, sino un modelo de excelencia.

Son menos los modelos que cumplen estos requerimientos, y entre ellos mencionaremos sólo 2, ampliamente aplicados en el sector de los servicios sanitarios: el modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de excelencia (EFQM).

La certificación ISO 9000<sup>6</sup> da fe de que una empresa, producto o servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica concreta, tiene validez temporal y es emitida por un organismo certificador reconocido internacionalmente. Está encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemáticas, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública. El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Tal como ya hemos mencionado, en salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica). Ciertamente, muchas de las actividades propias de los servicios de salud pública, como las inspecciones o la actividad de laboratorio, son estandarizables y, por tanto, ISO puede ser, y es, una muy buena alternativa para su garantía de calidad. ISO 9001-2000 se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las acciones realizadas en el seno de la organización dirigidas hacia la elaboración de un producto o servicio determinado, y está construido por una estructura en la que se incluyen 4 requisitos: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora<sup>6</sup>. En la tabla 1 se exponen los diversos capítulos de la norma ISO 9001-2000.

---

**Tabla 1. Capítulos de la Norma ISO 9001-2000**

---

1. Sistema de gestión de la calidad
    - 1.1. Requisitos generales
    - 1.2. Requisitos de la documentación
      - Manual de calidad
      - Control de documentos
  2. Responsabilidades de la dirección
    - 2.1. Compromiso de la dirección
    - 2.2. Enfoque al cliente
    - 2.3. Política de calidad
    - 2.4. Planificación
      - Objetivos de la calidad
      - Planificación del sistema de calidad
    - 2.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación
      - Responsabilidad y autoridad
      - Representante de la dirección
      - Comunicación interna
    - 2.6. Revisión por la dirección
  3. Gestión de los recursos
    - 3.1. Suministro de recursos
    - 3.2. Recursos humanos
      - Generalidades
      - Competencias, toma de conciencia y formación
    - 3.3. Infraestructuras
    - 3.4. Ambiente de trabajo
  4. Realización del producto
    - 4.1. Planificación de la realización del producto
    - 4.2. Procesos relacionados con el cliente
      - Requisitos relacionados con el producto
      - Revisión de requisitos
      - Comunicación con el cliente
    - 4.3. Diseño y desarrollo
      - Planificación del diseño y desarrollo
      - Elementos de entrada para el diseño y el desarrollo
      - Resultados
      - Revisión
      - Verificación del diseño y el desarrollo
      - Validación
      - Control de cambios
    - 4.4. Compras
      - Proceso de compras
      - Verificación de productos comprados
    - 4.5. Producción y prestación del servicio
      - Control de producción y prestación
      - Validación de los procesos de las operaciones de producción y servicio
      - Identificación y trazabilidad
      - Preservación del producto
    - 4.6. Control de los dispositivos de seguimiento y medida
  5. Medida, análisis y mejora
    - 5.1. Generalidades
    - 5.2. Seguimiento y medida
      - Satisfacción del cliente
      - Auditoría interna
      - Seguimiento y medida de los procesos
      - Seguimiento y medida del producto
    - 5.3. Control del producto no conforme
    - 5.4. Análisis de datos
    - 5.5. La mejora
      - Mejora continua
      - Acción correctiva
      - Acción preventiva
  6. Proceso de certificación
-

Un segundo modelo, el de la European Foundation for Quality Management (EFQM), nace en 1988 de la mano de 14 de las más importantes empresas europeas, industriales y de servicios, para potenciar la obtención de ventajas competitivas para Europa a partir de la aplicación de la gestión total de la calidad (TQM). De aquí surge el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad y en 1991 se convoca el Premio Europeo a la Calidad, inspirado en los premios Deming (Japón) o Baldrige (Estados Unidos), como herramienta de reconocimiento de la gestión basada en la calidad total y enfocada hacia la excelencia. En 1999 se produjo un cambio importante en la estructura del modelo y se dio mayor énfasis a las alianzas estratégicas, planteando una nueva matriz de puntuación denominada RADAR (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión), más próxima conceptualmente a la clásica metodología PDCA (*plan, do, check, action*) esbozada por Dever y que se ha convertido en la base de la mejora de la calidad.

El Modelo Europeo se basa en un principio del tipo «si hacemos las cosas correctamente y de forma inspirada en la filosofía de la calidad total obtendremos resultados satisfactorios, tanto desde un punto de vista empresarial como social». Para ello articulan 9 criterios, 5 considerados como «agentes» y 4 como «resultados» (fig. 1), y formulan una premisa basada en dicha estructura: «La satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que llevan finalmente a la excelencia en los resultados empresariales»<sup>17</sup>.

Como marco práctico para la concesión del Premio Europeo de la Calidad, cada uno de estos criterios tiene una ponderación específica. El cumplimiento parcial o

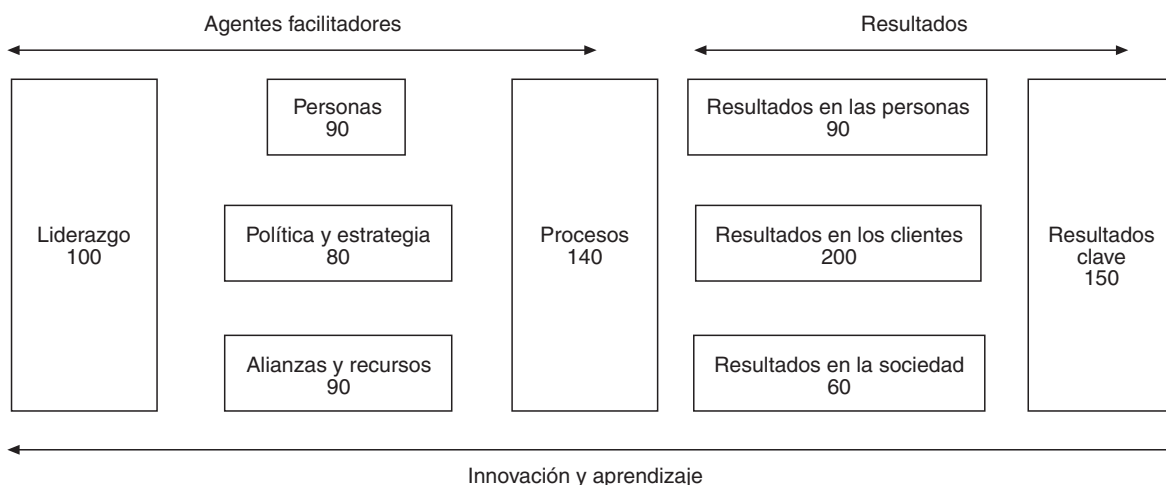
total de estos criterios y de sus correspondientes sub-criterios (tabla 2) implica una puntuación determinada, de acuerdo con el peso específico de cada uno de ellos, hasta una puntuación máxima teóricamente posible de 1.000 puntos, de los cuales 500 podrían corresponder a los criterios «agentes» y 500 a los criterios «resultados». Las organizaciones que hasta el momento han obtenido el Premio Europeo no han superado los 800 puntos en total.

El diagnóstico basado en modelo EFQM tiene distintas posibilidades y todas ellas, a excepción de la presentación formal al Premio, se basan en la autoevaluación, lo cual posibilita un alto grado de participación e implicación por parte de los profesionales.

En resumen, el Modelo Europeo es un muy buen modelo de referencia, especialmente para los aspectos organizativos y de impacto empresarial. No obstante, los aspectos estrictamente técnicos, no empresariales, son de difícil plasmación en el modelo, lo cual, a nuestro juicio, hace que no resulte por sí mismo, en su forma actual, totalmente adecuado para la evaluación de la calidad en el campo de la salud pública.

A partir de las definiciones mencionadas con anterioridad es francamente difícil deducir un modelo concreto y aplicable en la práctica en el terreno de la salud pública. En ambos modelos no está definido qué debe hacer un servicio de salud pública para cumplir con su misión. Ambos parten de una definición previa, implícita, por parte de la organización de cuáles deben ser sus productos o servicios para cumplir con su misión. Es necesaria una mayor concreción, lo que implica un proceso previo de amplia discusión y consenso. Es imprescindible un marco de acuerdo sobre qué debe hacer un servicio de salud pública. Sin embargo, no estamos sobre tierra virgen.

Figura 1. Criterios y puntuaciones del modelo European Foundation for Quality Management (EFQM).



**Tabla 2. Criterios y subcriterios del modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)**

|  |   |
|--|---|
| <p>1. Liderazgo<br/>«Cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, y están implicados personalmente para asegurar que el sistema de gestión de la Organización se desarrolla e implanta»</p> <p>1.a. Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de excelencia</p> <p>1.b. Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión de la organización</p> <p>1.c. Implicación de los líderes con clientes, <i>partenaires</i> y representantes de la sociedad</p> <p>1.d. Motivación, apoyo y reconocimiento de las personas de la organización por parte de los líderes</p> <p>2. Política y estrategia<br/>«Cómo implanta la organización su visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticos, planes, objetivos, metas y procesos relevantes»</p> <p>2.a. Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés son el fundamento de la política y la estrategia</p> <p>2.b. La información procedente de las actividades relacionadas con la medición del rendimiento, la investigación, el aprendizaje y la creatividad son el fundamento de la política y la estrategia</p> <p>2.c. Desarrollo, revisión y actualización de la política y la estrategia</p> <p>2.d. Despliegue de la política y estrategia mediante un esquema de procesos clave</p> <p>2.e. Comunicación e implantación de la política y la estrategia</p> <p>3. Personas<br/>«Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto en el ámbito individual como de equipos o de la organización en su conjunto, y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y estrategia de eficaz funcionamiento de sus procesos»</p> <p>3.a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos</p> <p>3.b. Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización</p> <p>3.c. Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización</p> <p>3.d. Presencia de un diálogo entre las personas y la organización</p> <p>3.e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización</p> <p>4. Alianzas y recursos<br/>«Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos»</p> <p>4.a. Gestión de las alianzas externas</p> <p>4.b. Gestión de los recursos económicos y financieros</p> <p>4.c. Gestión de los edificios, equipos y materiales</p> <p>4.d. Gestión de la tecnología</p> | <p>5. Procesos<br/>«Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor a sus clientes y otros grupos de interés»</p> <p>5.a. Diseño y gestión sistemática de los procesos</p> <p>5.b. Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación con el fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor</p> <p>5.c. Diseño y desarrollo de los productos y servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes</p> <p>5.d. Producción, distribución y servicios de atención, de los productos y los servicios</p> <p>5.e. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes</p> <p>6. Resultados en los clientes<br/>«Qué logros está alcanzando la organización en relación con sus clientes externos»</p> <p>6.a. Medidas de percepción<br/>Imagen general<br/>Productos y servicios<br/>Ventas y servicio posventa<br/>Fidelidad</p> <p>6.b. Indicadores de rendimiento<br/>Imagen externa<br/>Productos y servicios<br/>Ventas y servicio posventa<br/>Fidelidad</p> <p>7. Resultados en las personas<br/>«Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran»</p> <p>7.a. Medidas de percepción<br/>Motivación<br/>Satisfacción</p> <p>7.b. Indicadores de rendimiento<br/>Logros<br/>Motivación e implicación<br/>Satisfacción<br/>Servicios que la organización proporciona a las personas que la integran</p> <p>8. Resultados en la sociedad<br/>«Qué logros está alcanzando la organización en la sociedad en el ámbito local, nacional e internacional»</p> <p>8.a. Medidas de percepción</p> <p>8.b. Indicadores de rendimiento</p> <p>9. Resultados clave<br/>«Qué logros está alcanzando la organización en relación con el rendimiento planificado»</p> <p>9.a. Resultados clave del rendimiento de la organización<br/>Económicos y financieros<br/>No económicos</p> <p>9.b. Indicadores clave del rendimiento de la organización<br/>Procesos<br/>Recursos externos, incluidas las alianzas<br/>Economía y finanzas<br/>Edificios, equipos y materiales<br/>Tecnología<br/>Información y conocimiento</p> |
|--|---|



Ya en 1988, el Institute of Medicine definió las denominadas funciones de salud pública, entendidas como conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones<sup>18</sup>. Estas funciones son tres: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento.

Obviamente, el grado de definición es aún insuficiente para nuestro objetivo, pero significa el punto de partida de diversas experiencias al respecto. Fue a partir de este planteamiento inicial que, en 1996, un grupo representativo del salubristas españoles realizó una primera propuesta concreta<sup>19</sup> basada en nuestra propia realidad, que se concretó en el enunciado de 17 funciones concretas de salud pública, a partir de la interpretación, en clave local, de las 3 funciones de salud pública del Institute of Medicine mencionadas con anterioridad.

El estudio Delphi de 1997, realizado por la OMS<sup>20</sup> y, en el mismo año, el US Department of Health and Human Services plantean, cada uno por su lado, una nueva visión. Asimismo, diversas experiencias y aplicaciones ven la luz. California experimenta un modelo de estándares propios<sup>21</sup>, así como también lo hacen Washington<sup>22</sup>, Chicago<sup>23</sup>, la Escuela de Salud Pública de Illinois<sup>24,25</sup>, el Programa de Acreditación para servicios locales de salud pública de Michigan<sup>26</sup> o la Faculty of Public Health Medicine del Reino Unido<sup>27,28</sup>, entre otros.

La propuesta APEX PH (Assessment Protocol for Excellence in Public Health) de la NACCHO (National Association of County and City Health Officials), iniciada en 1987 y publicada en 1991, implica una nueva visión. Consiste en un proceso voluntario de autoevaluación de las organizaciones locales de salud pública respecto de su capacidad organizativa y del trabajo realizado junto con la comunidad para valorar y mejorar el estado de salud de los ciudadanos<sup>29-34</sup>.

---

### **Una propuesta concreta: el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP)**

No obstante, el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública en Estados Unidos (NPHPSP)<sup>20,35-38</sup>, iniciado en 1994 como una consecuencia del anterior, es el que más se aproxima a nuestras necesidades de definición de dimensiones y criterios para la práctica de la salud pública. La Organización Panamericana de la Salud planteó una adaptación a sus necesidades, ampliamente validada y aplicada<sup>20,39</sup>.

El NPHPSP define 6 objetivos en salud pública: a) prevención de epidemias y propagación de enfermedades; b) protección frente a los daños ambientales; c) prevención de daños; d) promoción y fomento de conductas saludables; e) respuesta a desastres y asistencia a comunidades damnificadas, y f) garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud. Las 10 funciones o servicios esenciales de salud pública planteados, equiparables al concepto de dimensión antes mencionado, se recogen en la tabla 3.

El proyecto del NPHPSP de los Centres for Disease Control (CDC) ofrece, ya en el momento actual, una potente herramienta ampliamente validada y ensayada<sup>40-44</sup>, al plantear un modelo (estándar) con el que poder compararse a partir de criterios, subcriterios e indicadores concretos, y con puntuaciones respecto al grado de cumplimiento que la organización de salud pública evaluada alcanza en cada uno de ellos. Todo ello de forma específica para servicios de salud pública estatales y locales, así como un clarificador glosario que permite definir y comprender unívocamente cada uno de los términos utilizados (tabla 3)<sup>35</sup>.

Cada uno de estos criterios específicos es evaluado con 4 valores (respuestas) posibles: «sí» (nivel de cumplimiento entre el 75 y el 100%); «parcialmente alto» (cumplimiento entre el 51 y el 75%), «parcialmente bajo» (cumplimiento entre el 26 y el 50%), o «no» (cumplimiento < 25%). Podemos, por tanto, objetivar y dimensionar hasta qué punto nuestra organización está próxima o alejada de los estándares establecidos. Obviamente, la aplicación de esta herramienta en una realidad concreta nos permite detectar y ponderar fortalezas y debilidades de nuestro sistema u organización de salud pública, así como plantear objetivos concretos de mejora, para la plasmación de los cuales los modelos ISO 9001-2000 o EFQM pueden ser herramientas adecuadas.

En este contexto, el Parlamento español aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>45</sup>, que aporta notables avances en el terreno que nos ocupa: la calidad y la salud pública. La Ley de Cohesión y Calidad define las principales prestaciones de los servicios de salud pública, equiparables a las funciones antes mencionadas: a) información y vigilancia epidemiológica; b) protección de la salud; c) promoción de la salud; d) prevención de las enfermedades; e) vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros; f) evaluación, prevención y control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana; g) promoción y protección de la salud laboral, y h) promoción de la seguridad alimentaria. Además, establece un marco específico para la evaluación y la mejora de la calidad del sistema sanitario basado en normas de calidad y seguridad e indicadores, entre otros.

**Tabla 3. Principales indicadores de las funciones o servicios esenciales de salud pública**

|             |   |
|-------------|---|
| Función 1.  | Control 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  |
| Función 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  |
| Función 3.  | Información, educación y <i>empowerment</i> de las personas en temas de salud   |
|             | 3.1. Educación sanitaria  |
|             | 3.2. Actividades de promoción de la salud para facilitar la vida saludable en comunidades saludables                                    |
| Función 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  |
| Función 5.  | Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva   |
|             | 5.1. Presencia de los servicios de salud pública en el ámbito 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   |
| Función 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   |
| Función 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  |
| Función 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  |
| Función 9.  | Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individuales y colectivos                                  |
|             | 9.1. Evaluación según la población de los servicios sanitarios  |
|             | 9.2. Evaluación de los servicios sanitarios personales  |
|             | 9.3. Evaluación del sistema local de salud pública  |
| Función 10. | Investigación sobre 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          |

Si somos capaces de amalgamar lo ya avanzado en las experiencias anteriormente mencionadas con este encargo formal de la Administración, no estamos muy lejos de contar con el instrumento que salubristas y ciudadanos necesitamos para poder objetivizar y, por tanto, mejorar los niveles de calidad de nuestro sistema y organizaciones de salud pública.

Tenemos herramientas y tenemos un mandato. Deberíamos aplicar la idea, el método y la estructura de las opciones especialmente mencionadas y, en especial, adaptar el planteamiento de NPHPSP a nuestro contexto concreto. Pero, ¿quién debería hacerlo?

## Bibliografía

1. Diccionario de la Lengua Española. Barcelona: Grupo Editorial Océano; 1987.
2. Aenor. Guía para la implantación de sistemas de la calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios. Madrid: AENOR; 2000.
3. Costa JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Barcelona: Gestió 2000; 1998.
4. Suñol R, Foz G. Sobre la qualitat de l'assistència. Monografies Mèdiques. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 1982.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44:166-203.
6. Centre Català de la Qualitat. ISO 9001:2000. Guia de la Qualitat. Barcelona: CIDEM; 2001.

7. EFQM. Directrices para el sector público: salud. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1996.
8. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios. Madrid: MSD; 2001.
9. Joint Commission. Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: FAD; 1998.
10. March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:57-60.
11. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit*. 2003;17:231-7.
12. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
13. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
14. Durán J, Villalbí JR, Guix J. Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gac Sanit*. 2004;18:479-82.
15. FAD. Manual per equips de millora de la qualitat. Barcelona: FAD; 1994.
16. Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:538-44.
17. Clemente, P, Fortuny B, Tort-Martorell X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura Casas Editorial; 2003.
18. OPS. La salud pública en las américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. 2002. OPS. Washington [consultado 23 May 2003]. Disponible en: <http://sobe.w3internet.net/spanish/publichealth-americas.htm>
19. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresseras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13:218-25.
20. OPS/OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento, CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS/SMS; 2000.
21. Spain C, Eastmen E, Kizer KW. Model standards impact on local health department performance in California. *Am J Public Health*. 1989;79:969-74.
22. Mauer BJ, Mason M, Brown B. Application of quality measurement and performance standards to public health systems: Washington State's Approach. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10:330-7.
23. Turnock BJ, Handler A. Is public health ready for reform? The case for accrediting local health departments. *J Public Health Manag Pract*. 1996;2:41-5.
24. Handler A, Issel M, Turnok B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*. 2001;91:1235-9.
25. Landrum LB, Baker SL. Managing complex systems: performance management in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10:13-8.
26. Pyron TS, Cline G, Tews DS, Parker MD. The Michigan Local Public Health Accreditation Program: many partners: one vision. *J Public Health Manag Pract*. 2003;9:228-31.
27. The Faculty of Public Health Medicine [consultado 5 Mar 2004]. Disponible en: <http://www.fphm.or.uk>
28. Segura A, Larizgoitia I, García Benavides F, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit*. 2004;17 Supl 3:23-34.
29. National Association of Country and City Health Officials. APPEX PH Assessment Protocol for Excellence in Public Health. Washington: NACCHO; 1996.
30. Pratt M, McDonald S, Libbey P, Oberle M, Liang A. Local health departments in Washington State use APEX to assess capacity. *Public Health Rep*. 1996;111:87-91.
31. Vaughn EH, Richards TB, Christenson GM, Taylor MS, Eyster J. An information manager for the Assessment Protocol for Excellence in Public Health. *Public Health Nurs*. 1994; 11:399-405.
32. Suen J, Christenson GM, Cooper A, Taylor M. Analysis of the current status of public health practice in local health departments. *Am J Prev Med*. 1995;11 Suppl 6:51-4.
33. Zucconi SL, Carson CA. CDC's consensus set of health status indicators: monitoring and prioritization by state health departments. *Am J Public Health*. 1994;84:1644-6.
34. Corso LC, Wiesner PJ, Halverson PK, Brown CK. Using the essential services as a foundation for performance measurement and assessment of local public health systems. *J Public Health Manag Pract*. 2000;6:88-92.
35. National Public Health Performance Standards Program [consultado 17 Mar 2004]. Disponible en: <http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/SampleReportLinks.asp>
36. Barry MA. How can performance standards enhance accountability for public health? *J Public Health Manag Pract*. 2000;6:78-84.
37. Turnok BJ. Can public health performance standards improve the quality of public health practice? *J Public Health Manag Pract*. 2000;6:19-25.
38. Halverson PK, Nicola RM, Baker EL. Performance measurement and accreditation of public health organisations: a call to action. *J Public Health Manag Pract*. 1998;4:5-7.
39. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8:126-34.
40. Beaulieu J, Scutchfield FD, Kelly AV. Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep*. 2003;118: 508-17.
41. Beaulieu J, Scutchfield FD. Assessment of validity of the national public health performance standards: the local public health performance assessment instrument. *Public Health Rep*. 2002;117:28-36.
42. Mays GP, Halverson PK. Conceptual and methodological issues in public health performance measurement: results from a computer-assisted expert panel process. *J Public Health Manag Pract*. 2000;6:59-65.
43. Reid WM, Beitsch LM, Brooks RG, Mason KP, Mescia ND, Webb S. National public health performance standards: workforce for development and agency effectiveness in Florida. *J Public Health Manag Pract*. 2001;7:67-73.
44. Kennedy VC. A study of local public health performance in Texas. *J Public Health Manag Pract*. 2003;9:183-7.
45. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128/2003.