

Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona

Joan Guix^a / Joan Ramon Villalbí^a / Ricard Armengol^b / Xavier Llebaria^b / Rafael Manzanera^b / Antoni Plasència^b /
y miembros del Comité de Dirección de la Agencia de Salud Pública de Barcelona*

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España; ^bDepartament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

(Innovating the service management of public health: the experience of the Barcelona Public Health Agency [Spain])

Resumen

Se describe la evolución de la prestación de servicios de salud pública en la ciudad de Barcelona hasta la creación de la Agència de Salut Pública de Barcelona. La Agencia es un ente consorcial del Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya, como único gestor de las competencias locales y autonómicas en salud pública para la ciudad. Se analiza la lógica de su construcción, su definición de misión, visión y valores, estrategia y catálogo de servicios, así como el rol de la dirección en el conjunto del proceso. Se detallan aspectos de los planes de comunicación y calidad, la estructuración por procesos, y su política de alianzas en los terrenos de docencia e investigación en salud pública, para acabar enumerando los principales retos de futuro que para esta organización se presentan.

Abstract

We describe the evolution of the organization of public health services in the city of Barcelona (Catalonia, Spain) until the creation of the Barcelona Public Health Agency. This Agency is a consortium created by the Barcelona City Council and the Government of Catalonia as the sole entity responsible for regional and local public health services in the city. The underlying logic for the Agency's design, as well as its mission, vision and value statements, strategy, services' portfolio, and the role of leadership in the process, are analyzed. Aspects related to the Agency's quality and communication plans, as well as the design of its processes, and its policy in terms of alliances for research and training in public health, are discussed. Finally, the main challenges for the future are described.

Introducción

Como en otras grandes ciudades españolas, el Ayuntamiento de Barcelona ha mantenido una responsabilidad institucional con la salud pública. En 1886, tras la epidemia de cólera que afectó a diversos puertos del Mediterráneo occidental y en el marco de la ley de sanidad de 1885, el Consistorio crea el Laboratorio Municipal¹. Cinco años después, en

1891 se crea el Instituto Municipal de Higiene Práctica², al que posteriormente, en 1899, se añade el Cuerpo de Veterinarios Municipales. Este desarrollo antecede a la instrucción de sanidad de 1904 que desarrolló los servicios locales de sanidad en el conjunto de España, y es paralelo al que se produjo en otras grandes ciudades, como Madrid, Bilbao, Valencia y Sevilla.

En Barcelona, estos componentes constituirán el núcleo de los servicios de salud pública municipales, que tras la recuperación de la democracia municipal en 1979 configurarán los servicios de salud pública del Ayuntamiento. Desde 1984, el Ayuntamiento concentra los servicios de atención sanitaria de los que es titular un Organismo Autónomo, el Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Éste se desvincula de la estructura de la Administración municipal, se gestiona conforme al derecho privado y se financia primariamente con las aportaciones de la Administración autonómica, titular de la gestión del servicio autonómico de salud. Por tanto, a finales de los años ochenta, el Ayuntamiento separa sus servicios asistenciales (que presta por motivos históricos) de los servicios de salud pública esencialmente municipales, que renueva y concentra en su estructura administrativa.

*Este artículo refleja el trabajo y la reflexión de los miembros del actual y anteriores Comités de Dirección de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), que han contribuido también a su redacción. Durante el proceso de creación de la ASPB han formado parte del Comité de Dirección, además de los arriba firmantes, J.M. Armengou, L. Artazcoz, C. Borrell, E. Camprubí, C. Casas, M. Cusi, J. Durán y L. Torralba.

Correspondencia: Joan Guix.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pza. Lesseps 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: direccio@aspb.cat

Recibido: 28 de noviembre de 2006.

Aceptado: 6 de julio de 2007.

En la década de los noventa se ponen de manifiesto dos tipos de problemas. Por un lado, la coexistencia de diversas administraciones con competencias concurrentes en el terreno de la salud pública en la ciudad, como la Delegación Territorial del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya y los propios servicios municipales, conlleva un cierto peligro de fragmentación de la autoridad sanitaria. Esto comporta la dificultad para los ciudadanos –y también para algunas Administraciones– de identificar el interlocutor adecuado para cada circunstancia, con riesgos para la efectividad y la eficiencia en la acción de salud pública. Además, la lógica imperante y el desarrollo legislativo atribuyen formalmente las competencias a la emergente Administración autonómica, al tiempo que, de facto, en la ciudad actúan de manera casi exclusiva los servicios municipales, que han dejado de recibir financiación externa al transferirse la salud pública del gobierno central al autonómico. Por otra parte, la política de contención del gasto emprendida por el Ayuntamiento desde principios de los años noventa, y desarrollada mediante recortes generales del gasto corriente, compactación de servicios y amortización general de las plazas vacantes, plantea más problemas en un sector de la Administración, como la salud pública, basado en profesionales con alta especialización. Si es posible compactar servicios comunitarios en equipos relativamente polivalentes, no es posible hacerlo con las responsabilidades de inspección alimentaria o de investigación epidemiológica, que requieren una formación acreditada concreta.

La propuesta

De aquí surge el impulso de un proyecto nuevo y transformador, dirigido a superar la dualidad de responsabilidad entre las dos administraciones y a preservar un espacio de gestión propio y especializado para los servicios de salud pública de la ciudad: el proyecto de Agencia de Salud Pública de Barcelona. Aprovechando que entre las 2 Administraciones, Ayuntamiento de Barcelona y Generalitat de Catalunya, había una auténtica voluntad de solventar estos problemas, se planteó una alternativa organizativa basada en la fórmula consorcial. Es decir, un ente constituido por administraciones públicas que ponen en común sus recursos y los gestionan conjuntamente para dar un mejor servicio a los ciudadanos, obviando la concurrencia o la duplicación de competencias y servicios.

El contexto explica la opción adoptada: esta fórmula ya había sido utilizada en el sector sanitario en la ciudad. En 1987 se produce un acuerdo sobre servicios sanitarios entre el Ayuntamiento y la Generalitat, que se plasma al año siguiente en la creación del Consor-

cio de Hospitales de Barcelona³. En 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)⁴, que crea el Servei Català de la Salut (CatSalut) como ente organizador y comprador de servicios sanitarios de utilización pública, y lo estructura en Regiones sanitarias, entre ellas la Región Sanitaria de Barcelona, correspondiente al término municipal de Barcelona. En 1992, el Consorcio de Hospitales de Barcelona se convierte en Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB), ampliando su ámbito de interés más allá del campo hospitalario, con una participación del 60% para la Generalitat y un 40% para el Ayuntamiento. Con la reforma de la LOSC de 1995⁵, el CSB asume el papel que corresponde a la dirección de la Región Sanitaria de Barcelona; esto confiere al Ayuntamiento de Barcelona un rol cualitativamente distinto al de otros municipios, con una ponderación notable en el sector sanitario.

El proceso de construcción

El proyecto de Agencia se configura como una opción de gestión moderna para los servicios de salud pública. En las elecciones municipales de 1996, todas las fuerzas plantean su creación para mejorar los servicios municipales. En 1997, los servicios municipales de salud pública pasan a disfrutar de una mayor autonomía respecto al Ayuntamiento al crearse el Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) como organismo autónomo municipal. Al IMSP se adscriben los servicios municipales de salud pública, y en años siguientes algunas responsabilidades y personal de salud pública que se habían encomendado a estructuras municipales de distrito (inspección de minoristas de alimentación y de restauración, servicios de salud escolar...). El IMSP está regido por una Junta de gobierno en la cual están presentes concejales del equipo de gobierno y de la oposición, y cuenta con un gerente nombrado por el alcalde a propuesta de su junta. El proceso de creación y puesta en marcha del IMSP comporta un esfuerzo de gestión importante, con clarificación su misión, su cartera de servicios, los recursos que se le asignan y su modo de gestión.

En 1998, el Parlamento de Cataluña aprueba la Ley de la Carta Municipal de Barcelona⁶. En ella se establece que, avanzando en la eliminación de concurrencias y duplicaciones, el Consorcio Sanitario de Barcelona creará una Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente que asumirá también competencias en el terreno del consumo. No obstante, el proceso real de creación de la Agencia se retardará. Hasta finales de 2002 no se concreta el acuerdo entre Ayuntamiento y Generalitat para que la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) vea la luz. Ésta asumirá las competen-

cias de ambas partes en la gestión de programas de prevención y promoción de la salud, vigilancia de la salud pública, información sanitaria, salud laboral y ambiental, planificación y atención a las drogodependencias, protección de la salud, laboratorio de salud pública y atención a los animales de compañía. No obstante, inicialmente queda sin competencias en medio ambiente y en consumo. El proceso, una vez formalmente desatascado, es rápido y decidido: en noviembre de 2002, antes del despliegue formal de la ASPB, se produce la unificación física del Laboratorio Municipal y del Laboratorio de la Delegación Territorial de Barcelona del Departamento de Sanidad de la Generalitat en un solo laboratorio de salud pública. También avanza el proceso de unificación de las restantes competencias en salud pública que mantenía el Ayuntamiento, completado en junio de 2005 con la adscripción a la ASPB de la Dirección de Servicios de Vigilancia Ambiental del Ayuntamiento de Barcelona. De los diversos aspectos previstos en la Carta Municipal de 1998, sólo queda fuera del proceso el ámbito del consumo.

El 1 de enero de 2003 se inicia el funcionamiento operativo, configurándose la ASPB como ventanilla única en el campo de la salud pública para la ciudad de Barcelona. Así pues, la ASPB se configura legalmente como un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia y patrimonio independiente, creado por el CSB. En la práctica, esto presupone la unificación de las competencias y recursos de salud pública, tanto municipales como autonómicos, que actúen en la ciudad de Barcelona. Formalmente, se plasma en la composición de la Junta de gobierno de la ASPB, con un 60% de miembros en representación del Ayuntamiento y un 40% en representación del Departamento de Sanidad de la Generalitat, es decir, en proporción inversa a la composición de los órganos de gobierno del CSB. A estos vocales institucionales se añade un vocal en representación de los trabajadores de la Agencia.

La puesta en marcha real de la ASPB no es simple. Tenemos un conjunto de actores que deberán interaccionar satisfactoriamente con la finalidad de llegar a acuerdos: el Ayuntamiento, la Generalitat, los representantes sindicales, el CSB y los representantes del antiguo IMSP. Aunque también se han producido una serie de cambios que pueden convertirse en problemas: un nuevo marco legal, un nuevo contexto económico, la necesidad de conciliar cinco regímenes laborales distintos (funcionarios municipales y autonómicos, personal laboral de ambas administraciones y personal laboral propio), fusiones y, por tanto, necesidad de superar culturas organizativas distintas, para crear una nueva y única.

Para todo ello, la herramienta principal fue la negociación. Se llegó a acuerdos con los representantes sindicales mediante los cuales se preservarían los re-

gímenes laborales de los diversos profesionales procedentes de cada una de las dos administraciones de origen, manteniendo todas sus ventajas. Se establecieron grupos de trabajo para tratar aspectos económicos, jurídicos, de inversiones, compras, acreditación de calidad del nuevo laboratorio unificado... Pero especialmente se trabajó para crear una cultura organizativa propia, común para todos sus profesionales, que enraizase y reivindicase como patrimonio propio algunos de los elementos más distintivos de las culturas originales. Se trata de un proceso de cambio cultural en una nueva organización, que aún está en curso. Con la experiencia de 3 años, creemos que los principales instrumentos para avanzar en el cambio fueron la movilización del equipo de dirección como actores del cambio y la definición de una estrategia.

Es evidente que los responsables políticos son los agentes que deciden y ponen en marcha el proceso, pero en lo concreto el cambio se hace operativo con actores directos. Aquí es donde resulta crucial la opción de la Gerencia de movilizar al equipo de dirección de la ASPB como motor del cambio, en función de cuatro ejes –transparencia, participación, capacidad de respuesta y eficiencia–, estructurados en torno al eje principal de nuestro trabajo, los clientes, entendiendo como tales a los ciudadanos usuarios o beneficiarios de nuestros servicios, de los que debemos conocer no sólo sus necesidades sino también sus expectativas y grado de satisfacción, con la finalidad de poderles prestar el buen servicio al que, como ciudadanos que son, tienen derecho⁷. Entre las acciones con valor añadido realizadas por el equipo de dirección en esta primera fase destacan un análisis DAFO⁸, la elección del modelo EFQM como modelo de gestión⁹, y la realización de acciones de refuerzo de la cohesión interna del equipo con apoyo externo.

Creemos imprescindible definir 2 elementos clave: nuestra misión (para qué existimos) y nuestra visión (a dónde queremos llegar). Asumimos y propusimos a la Junta una definición de misión preparada poco antes de la puesta en marcha de la ASPB por el equipo de dirección. La Junta la aprobó, así como una visión propia (tabla 1). Una vez configurada la estructura, fue imprescindible dotarse de objetivos estratégicos a medio plazo. Mediante un proceso participativo con profesionales de la ASPB, personajes clave de las administraciones consorciadas en la ASPB, y representantes de grupos políticos y entidades relacionadas con la salud pública, se elaboró un análisis estratégico a medio plazo (4-5 años), a partir del cual se planteó un conjunto de objetivos estratégicos para la organización, que posteriormente fueron aportados y, en buena parte recogidos para la elaboración del Plan de Acción Municipal del Ayuntamiento de Barcelona¹⁰, y del Plan de Salud de la Región Sanitaria de Barcelona del Departamento de Salud de la Generalitat¹¹.

Tabla 1. Misión y visión de la Agencia de Salud Pública de Barcelona

Misión

La misión de la ASPB consiste en velar por la salud de los ciudadanos de Barcelona, especialmente a través de: *a)* la valoración de las necesidades de salud de la población general, incluidos los subgrupos de especial riesgo; *b)* el desarrollo de políticas y acciones de prevención y control de enfermedades, así como de promoción y protección de la salud; *c)* la garantía de la igualdad en el acceso de los ciudadanos a los servicios que les permitan mantener y mejorar su estado de salud, y *d)* la contribución al desarrollo de un entorno ambiental y social sostenible para la salud. La ASPB aspira a la excelencia en el funcionamiento de sus servicios para que los ciudadanos obtengan el máximo rendimiento de sus recursos

Visión

La ASPB aspira a ser la organización de referencia en el campo de la gestión, la investigación y la innovación en salud pública aplicada en el contexto europeo, con altos niveles de efectividad y eficiencia, que tienden a la excelencia en la producción de nuestros productos y servicios

ASPB: Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Para convertir la estrategia en objetivos operativos para la gestión necesitábamos una nueva herramienta. El Cuadro de Mando Integral (CMI, o *balanced scorecard*)^{12,13} es un instrumento útil para la planificación estratégica de las empresas, que evita que los objetivos de la dirección se centren sólo en el corto plazo y los rendimientos actuales, para introducir una perspectiva más integral que incluye a los accionistas, los clientes, los procesos clave y el crecimiento y desarrollo de la organización. El uso sistemático del CMI ha permitido cohesionar mejor el equipo de dirección y el conjunto de la organización, y permeabilizar la gestión cotidiana con los objetivos más estratégicos. La organización ha integrado mejor los elementos relacionados con sus clientes, ha iniciado acciones para mejorar los procesos internos transversales más complejos y ha desarrollado de manera más sistemática y general elementos orientados al crecimiento y el desarrollo de sus cuadros y de todo el personal. Al mismo tiempo, los directivos han pasado a tener mucho más presentes en su quehacer las necesidades de las administraciones titulares de la agencia, que configuran sus órganos de gobierno.

Herramientas

Una vez planteado el «qué somos» (misión), el «a dónde queremos ir» (visión) y el «cómo ir» (líneas estratégicas y modelo de gestión), necesitamos un conjunto de herramientas que nos permitan avanzar. Un primer paso consiste en el diagnóstico de la situación de partida. Para ello, el Comité de Dirección realizó un

análisis DAFO en el año 2000, que fue revisado al año siguiente. Identificamos entonces como debilidades o amenazas, entre otras, una escasa presencia en los medios de comunicación de nuestra organización, de lo que se derivaba un importante desconocimiento de ésta, a excepción de los círculos académicos, importantes problemas en la comunicación interna, fallos en nuestro modelo de liderazgo y en la política y gestión de recursos humanos, déficit en la aplicación del concepto de cultura de cliente, así como en la gestión de los temas derivados de la salud ambiental. Por el contrario, advertíamos como fortalezas la profesionalidad y el prestigio de nuestros profesionales, la existencia de un catálogo de servicios, el carácter integrado de la protección y la promoción de la salud en nuestra organización, así como el carácter innovador de ésta y su orientación a asumir aspectos positivos de la gestión empresarial. Apreciábamos nuestras oportunidades en la profundización del modelo integrado de servicios, especialmente si éramos capaces de llegar a asumir competencias en el terreno de la salud ambiental. Nuestra posible adscripción, con la materialización de la ASPB, en el CSB, y con ello conseguir la integración entre servicios asistenciales y de salud pública, así como el establecimiento de alianzas estratégicas, especialmente en el terreno de la docencia y la investigación, formaban parte de nuestra lista de oportunidades.

Efectuamos también una autoevaluación según el modelo EFQM a partir del modelo abreviado para PYMES¹⁴, realizado también en el año 2000 por el Comité de Dirección y repetido el año 2002 entre el Comité de Dirección y el conjunto de mandos de la organización. Detectamos como déficit principales la política y gestión de recursos humanos, derivada del hecho de formar parte de la Administración, con las notables rigideces que comporta en este terreno, y como máximas fortalezas nuestro nuevo modelo de liderazgo y el impacto en la sociedad de nuestra actuación.

Quisimos conocer la visión que de nosotros tenían nuestros principales clientes, es decir, los directivos de los servicios municipales de los 10 distritos de la ciudad. Para ello, efectuamos entrevistas semiestructuradas con personajes clave, a lo que asociamos una encuesta anónima. El resultado era consistente con lo detectado anteriormente. Nuestra cartera de servicios era altamente desconocida, y presentábamos importantes deficiencias en la percepción de la prestación de nuestros servicios por la falta de una cultura de servicio al cliente. Posteriormente hemos desarrollado encuestas de satisfacción para los usuarios de diversos servicios, basadas en el esquema SERVQUAL¹⁵, que nos han permitido pulsar su opinión e integrar los resultados en planes de mejora.

Para concentrar nuestros esfuerzos en lo esencial, definimos un catálogo de servicios, validado por la Junta de gobierno, que especifica la cincuentena de líneas

de trabajo que desarrollamos. El catálogo se puede desglosar en carteras de servicios para nuestros clientes principales, y cada línea de trabajo cuenta con una batería de indicadores de producción que permiten su seguimiento periódico y se reflejan en las memorias anuales de actividad.

El Comité de Dirección desarrolló un proceso con apoyo externo, dirigido a la adquisición de habilidades directivas, de liderazgo y gestión de equipos, cambio cultural, *coaching* y planificación estratégica, pero por encima de todo pensado para mejorar la integración del equipo directivo como tal. Este proceso de cohesión y formación continuada se mantiene de forma permanente. Con posterioridad, se diseñó un plan de desarrollo de habilidades dirigido específicamente a mandos y profesionales con equipos humanos a su cargo, por el que actualmente han pasado unos 40 profesionales de la Organización, entre ellos la totalidad de los mandos intermedios. Asimismo, se desarrollan actividades formativas técnicas y de creación de equipo dirigidas a diversos colectivos profesionales específicos.

Algunos puntos débiles detectados en la fase de análisis estaban en relación con la comunicación, tanto en su vertiente interna como en la externa. Por ello, planteamos la necesidad de dotarnos de una política y un plan de comunicación, que al mismo tiempo ayudase a dotar de contenidos nuestros planteamientos estratégicos de transparencia y de participación. Además, se creó la figura del Responsable de Comunicación e Imagen, y posteriormente la de Relaciones con la Prensa, adscritas ambas al equipo técnico de la organización. Definimos que la política de comunicación de la ASPB quiere ser el vehículo de relación entre nuestra organización y la comunidad en la cual estamos insertos, así como en el seno de nuestra organización. Pretende transmitir la misión, la visión, nuestros valores, las estrategias y los objetivos de nuestra organización, a partir de sus actuaciones, a los ciudadanos de Barcelona y a sus representantes electos, a nuestros clientes, a los medios de comunicación, a las organizaciones aliadas y a los profesionales de la propia organización. También pretende establecer conductas y facilitar su utilización con la finalidad de recoger opiniones, ideas, quejas o sugerencias surgidas de la propia comunidad, nuestros clientes, aliados y medios de comunicación, y muy especialmente de nuestros propios profesionales.

Desde el punto de vista de la comunicación interna, planteamos una estrategia basada en un alto nivel de transparencia y accesibilidad, con múltiples contactos entre los directivos y los profesionales de base. Establecimos un sistema de comunicación en cascada, por el cual, además de las reuniones sistemáticas del Comité de Dirección (mínimo quincenales), de los diversos directores con sus mandos, y de los mandos con sus propios equipos, con una frecuencia aproximada trimestral la gerencia se reúne con los mandos por uni-

dades, y con una frecuencia semestral con la totalidad de profesionales, por servicios. El orden del día incluye una primera parte con la información, facilitada por la gerencia, de los resultados del período, los principales objetivos estratégicos, así como cualquier información de interés institucional, y una segunda parte en la cual cualquier mando o profesional puede dirigirse a la gerencia para preguntar, plantear problemas o sugerencias de forma totalmente espontánea y libre. La Responsable de Comunicación intenta indagar las líneas específicas de interés para cada uno de los servicios o unidades concretas, de tal forma que la información procurada por la gerencia esté lo más cercana posible a los intereses cotidianos del personal. Asimismo, se establece un sistema de valoración anónimo de cada una de dichas reuniones, con la finalidad de conocer el grado de satisfacción, seguimiento e interés de la reunión, y por esta vía se pueden aportar sugerencias para próximas reuniones. Cualquier evento imprevisto y de importancia para la organización presupone la realización de las reuniones ad hoc necesarias. En la misma línea, la existencia de un correo electrónico de contacto directo con el gerente, buzones para sugerencias o quejas que prefieran el anonimato, así como una intranet en constante desarrollo, constituyen herramientas dirigidas a facilitar la participación y la transparencia en la organización. Este conjunto de medidas está altamente valorado por nuestros profesionales, pese a no haber podido desterrar la «radio macuto» como sistema de información informal.

Desde este punto de vista, la coordinación con los gabinetes de prensa del Ayuntamiento, en el cual la ASPB cuenta con un referente específico, y del Departamento de Salud de la Generalitat ha sido siempre máxima. La alta accesibilidad de los responsables de la ASPB a los miembros de los diversos medios de información, especialmente en situaciones de crisis, junto con la creación de una oficina de prensa propia, que inició su puesta en marcha en el cuarto trimestre de 2004, ha sido altamente positiva, hasta el punto de que en el Informe Quiral del año 2004¹⁶, en el cual se recoge anualmente el impacto de la información sanitaria en la prensa escrita difundida en Cataluña, la ASPB fue considerada como la tercera fuente de información más citada en dichos medios. Otras herramientas utilizadas para la mejora de la comunicación externa de nuestra organización han sido la mejora y la constante actualización de nuestra web (www.aspb.es), la difusión frente a hechos concretos de «Salut Pública Informa», un noticiero electrónico destinado inicialmente a dotar de información rápida, fiable y comprensible a nuestros principales responsables institucionales ante situaciones de crisis o crisis potencial, y que posteriormente ha ampliado notablemente su lista de difusión. La presencia de una imagen institucional clara y específica de la ASPB, difundida mediante *stands*, pa-

trocinios o la difusión de nuestros principales documentos e informes, bien editados convencionalmente o por medios electrónicos, accesibles por Internet, han ampliado y complementado a la ya históricamente notable presencia de nuestra organización en los medios científicos profesionales.

La aprobación de la Política y Plan de Calidad de la ASPB constituyó, por una parte, la afirmación de una línea de trabajo esencial, especialmente en el caso de nuestro Laboratorio, acreditado mediante la normativa UNE 17025. La Política de Calidad de la ASPB se explicitó del modo siguiente: «La ASPB, en su actuación, se orienta hacia la satisfacción de los ciudadanos de Barcelona, a los cuales consideramos como clientes. Esto implica el conocimiento explícito de sus necesidades y expectativas. Para lograr esta satisfacción es necesaria la mejora continua de nuestros procesos, para producir nuestra cartera de servicios con la mayor calidad. Nuestra acción se fundamenta en la transparencia y la participación, la satisfacción y el crecimiento laboral de nuestros profesionales, y en la efectividad y la eficiencia de nuestros servicios. Todos los integrantes de la ASPB mantienen una práctica permanente de mejora de nuestros productos y servicios, que se evalúan periódicamente. La Gerencia y el Comité de Dirección se constituyen en máximos responsables y garantes de esta política de calidad, considerándola como objetivo institucional integrado plenamente en el sistema de gestión global de la organización, y proporcionan los recursos humanos y técnicos para asegurar su desempeño». En la práctica, todo ello se plasma en la creación de equipos de mejora sobre procesos y objetivos concretos con la implicación de los profesionales de base, la evaluación de la satisfacción de nuestros clientes directos (laboratorio, centros de atención y seguimiento de las drogodependencias [CAS], centro de acogida de animales de compañía, vacunaciones, responsables de los 10 distritos de la ciudad...), así como en la evaluación externa de algunos de nuestros servicios (Laboratorio: UNE 17025, CAS, FAD...).

Nuestra organización, como cualquier otra que afronta retos complejos, realiza un conjunto de acciones que, en muchas ocasiones, no están restringidas a la actuación de un solo servicio, o ni tan sólo de una misma unidad, sino que, por sus características, debemos considerar como transversales al conjunto o a buena parte de la organización. Ello puede comportar importantes problemas de efectividad y de eficiencia. La alternativa consiste en tratarlas como procesos, entendiendo que un proceso es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un fin, producto o servicio. Un proceso esta compuesto por una serie de acciones o etapas orientadas a generar un valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requeri-

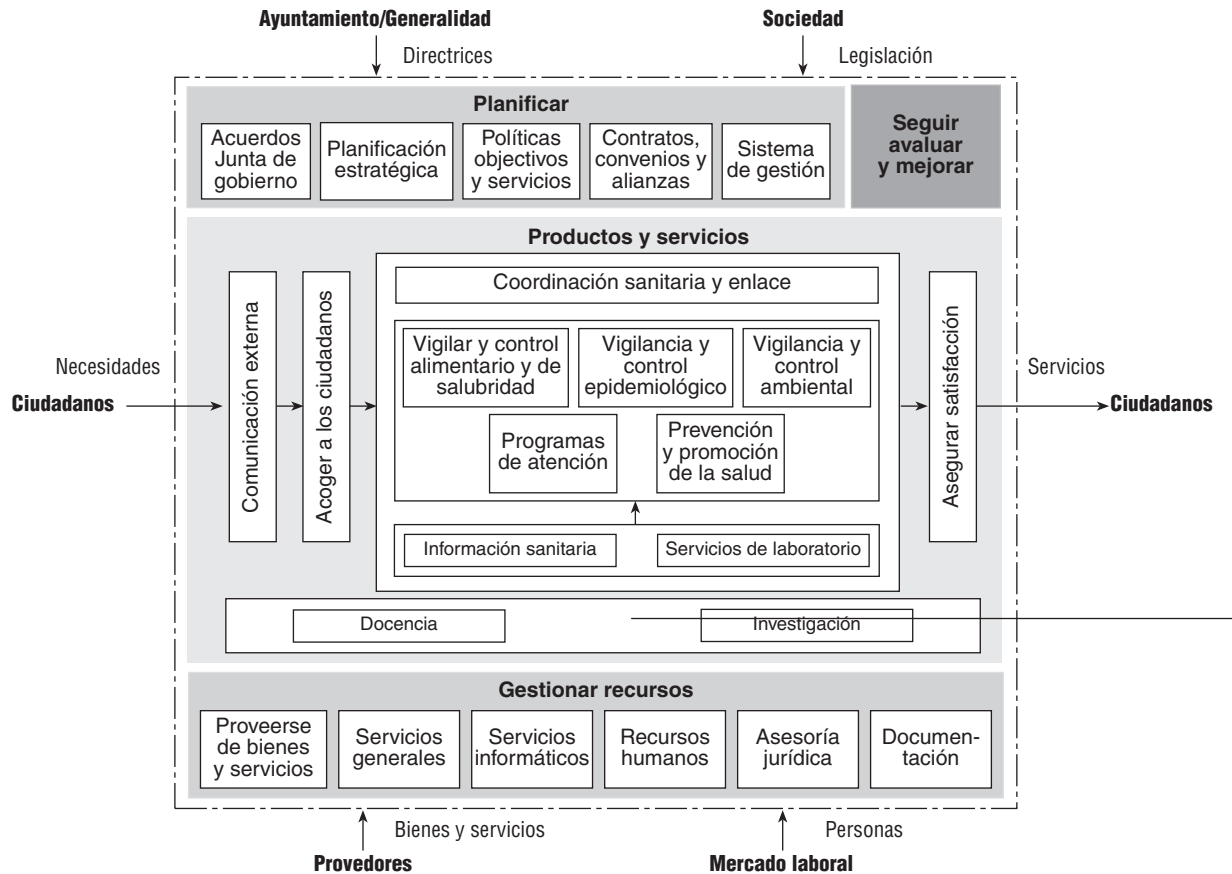
mientos del cliente, como consecuencia de la actividad realizada¹². Era, pues, del máximo interés definir el mapa de procesos de nuestra organización, con la finalidad de poderlos gestionar de una forma más efectiva. Para ello, y mediante la colaboración de una asesoría externa y una importante participación de los profesionales implicados, se dibujó el mapa de procesos y el cuadro de contingencia (acciones/responsables) de la ASPB en función de la metodología IDEFO¹⁷ (fig. 1), la formación de un grupo de profesionales en el manejo de esta metodología y en la de herramientas de mejora, la identificación de un conjunto de procesos piloto y el nombramiento de propietarios de proceso¹⁸ que, en una primera fase, recayó sobre los mandos para, posteriormente, transferirlo a profesionales de base.

Uno de los objetivos estratégicos más importantes para nuestra organización es hacer de la docencia y la investigación una de las tareas transversales esenciales. Tenemos claro que la ASPB no es una organización cuya finalidad principal sea la investigación. No obstante, es evidente que si queremos avanzar hacia lo definido en nuestra misión y mantenernos como una organización puntera en el terreno de la salud pública, la investigación y la docencia deben tener una importante presencia en nuestro quehacer diario. En este sentido, la ASPB ha establecido una serie de alianzas estratégicas con diversas organizaciones académicas dedicadas al terreno de la salud pública. Así, con la Universidad Autónoma de Barcelona y el IMAS tenemos un convenio para actuar en el terreno de la enseñanza de grado en el área de salud pública. Con la Universidad Pompeu Fabra nuestra alianza estratégica se concreta en el terreno de la enseñanza de posgrado, participando en niveles directivos de los programas de máster en salud pública y en salud laboral, y dejando abierta la puerta a otras posibilidades de colaboración. Por último, nuestro convenio con la Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University, ha comportado la creación en Barcelona del campus europeo de dicha escuela, que acoge la realización anual de un Fall Institute. Asimismo, la ASPB contribuye a la formación de médicos (MIR) especialistas en medicina preventiva y salud pública, forma parte del Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, y es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en salud laboral.

Perspectivas

El posibilismo y el pragmatismo, según un plan preconcebido, han hecho factible que en la actualidad podamos considerar finalizado el diseño de la ASPB. Obviamente, la secuencia de las etapas explicitadas en

Figura 1. Mapa de procesos de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.



el presente artículo no ha sido la del relato, y el terreno sobre el que se ha trabajado no era virgen. La actuación de un conjunto de gestores y profesionales anteriores han hecho posible estas realidades actuales.

No obstante, al escribir estas páginas han transcurrido varios años desde la creación de la ASPB, por lo que podemos considerar que la experiencia adquirida es importante. A pesar de todo, hay problemas. Al igual que el conjunto de las administraciones españolas, seguimos teniendo una importante asignatura pendiente: la gestión de los denominados recursos humanos no puede funcionar adecuadamente. La rigidez de un sistema que no permite una incentivación adecuada de los profesionales, y que obliga a una burocracia exacerbante y poco efectiva, impide que nuestros profesionales puedan dar de sí todo su potencial al margen de voluntarismos, manteniendo, no obstante, todo aquello que de positivo hay en el régimen público: publicidad, igualdad de oportunidades, etc.

Por otra parte, tras 3 años y medio de existencia, debemos constatar una serie de fenómenos no previstos:

el alejamiento desde la ASPB de las Administraciones constituyentes, en nuestro caso el Ayuntamiento y la Generalitat, y el fenómeno de alineación desde estas instituciones hacia la ASPB. La ASPB cada vez se siente más organización independiente, y las organizaciones matrices cada vez la sienten más como una organización ajena, lo que se plasma en un incremento de la demanda de prestación de servicios muy por encima de la que se requería cuando estos mismos servicios eran prestados desde la Administración matriz. De alguna forma se ha transformado una relación de gestión en una relación cliente-proveedor con todas sus consecuencias.

El futuro ya está aquí. La firme apuesta del gobierno catalán por la salud pública, explicitada en la creación y el despliegue de la Agencia de Protección de la Salud de Cataluña, en primer lugar y, posteriormente, su conversión en Agencia de Salud Pública de Cataluña, nos permite esperar que, en un plazo de tiempo no excesivamente largo, otras experiencias parecidas a la nuestra puedan ser puestas en común.

Bibliografía

1. Roca i Rossell A. Història del Laboratori Municipal de Barcelona. De Ferran a Turró. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1988.
2. Roca i Rossell A, coordinador. Cent anys de salut pública a Barcelona. Institut Municipal de la Salut. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1991.
3. Coneix el CSB. El Consorci Sanitari de Barcelona [citado 9 Dic 2005]. Disponible en: <http://www.csbcn.org/coneix.htm>
4. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya n.º 1.372: 5.364.
5. Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya n.º 2116.
6. Llei 22/1998, de 30 de desembre, de la Carta municipal de Barcelona. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya n.º 2801.
7. Duran J, Villalbí JR, Guix J. Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gac Sanit.* 2004;18:479-82
8. Muñiz R. Márketing en el siglo XXI. Estrategias de marketing: análisis DAFO [citado 27 Dic 2005]. Disponible en: <http://www.marketing-xxi.com/analisis-dafo-18.htm>
9. EFQM. Directrices para el sector público: salud. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1996.
10. Programa d'Acció Municipal 2004-2007. Ajuntament de Barcelona [citado 9 Dic 2005]. Disponible en: <http://w3.bcn.es/fitxers/ajuntament/pam060404.415.pdf>
11. Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona 2002-2005. Consorci Sanitari de Barcelona [citado 9 Dic 2005]. Disponible en: <http://www.csbcn.org/ps/index.htm>
12. Kaplan RS, Norton DP. Cuadro de Mando Integral. 2.ª ed. Barcelona: Gestión 2000; 2000.
13. Villalbí JR, Casas C, Borrell C, Durán J, Artazcoz L, Campubí E, et al. El cuadro de mando integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gac Sanit.* 2007;21:60-5.
14. European Foundation for Quality Management. Formulario de evaluación para PYME. Madrid: Productos. Club Gestión de Calidad; 1998.
15. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
16. Fundación Privada Vila Casas. Informe Quiral 2004. Barcelona: Rubes Editorial S.L.; 2005.
17. Costa JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Barcelona: Gestió 2000; 1998.
18. Hammer M, Champy J. Reingeniería de la empresa. Barcelona: Parrammon; 1994.