

La evaluación de la organización de un equipo de Atención Primaria a través del modelo *European Foundation for Quality Management* de Excelencia

V. del Saz Moreno, J.M. Blanco Canseco, A. Revuelta Alonso, E. Tapias Merino, M. Parrilla Martínez y P. Esponera Román

Centro de Salud Comillas. Área 11. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

INTRODUCCIÓN. Las experiencias desarrolladas en el sector sanitario en España, con la aplicación del Modelo *European Foundation for Quality Management* de Excelencia para la autoevaluación de las diferentes organizaciones, son de gran interés pero parece que están aún lejos su generalización. Las características estructurales de los equipos de Atención Primaria hacen difícil la integración de esta compleja metodología en los mismos. Sin embargo, la filosofía del modelo no debería resultar extraña para evaluar el trabajo desarrollado en cualquier equipo de Atención Primaria que se plantee conseguir y mantener una mejora de sus servicios. En este trabajo se evalúa la organización de un equipo de Atención Primaria aplicando cinco criterios del Modelo *European Foundation for Quality Management* de Excelencia y el proceso para dinamizar la Comisión de Calidad del equipo como grupo de mejora continua.

MÉTODOS. Se desarrolla un proceso evaluador estructurado en los siguientes pasos: Formación en Gestión de Calidad Total y Modelo *European Foundation for Quality Management*; autoevaluación mediante cuestionario adaptado; identificación de puntos fuertes y áreas de mejora; priorización de las mismas; puesta en marcha de equipos de mejora y desarrollo de planes de actuación. Se utilizaron técnicas cualitativas para la búsqueda de consenso cuando fue preciso.

RESULTADOS. Se identificaron 45 puntos fuertes y 80 áreas de mejora, de las que fueron seleccionadas 15, principalmente relacionadas con los procesos y las personas. Se abordaron las cinco más prioritarias.

CONCLUSIONES. La aplicación del Modelo *European Foundation for Quality Management* de Excelencia ha resultado una experiencia factible y ha permitido identificar defi-

ciencias e impulsar acciones de mejora de modo más sistemático y estructurado que los sistemas evaluadores rutinarios. El proceso facilitó la puesta en marcha de la Comisión de Calidad.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, administración de la Calidad Total, evaluación.

INTRODUCTION. Experiences developed in the health care sector in Spain, with the application of the European Foundation for Quality Management Excellence Model for self-evaluation of the different organizations are of great interest but it seems that they are far from being generalized. The structural characteristics of the Primary Care Teams made it difficult to integrate this complex methodology into it. However, the philosophy of the model should not seem unfamiliar to evaluate the work developed in any Primary Care Team that wants to achieve and maintain an improvement in their services. This work evaluates the organization of a Primary Care Team, applying 5 criteria of the European Foundation for Quality Management Excellence Model and the process to dynamize the Quality Committee of the team as a group of continuous improvement.

METHODS. A structured evaluating process is developed in the following steps: Formation of Total Quality Management and European Foundation for Quality Management Model, self-evaluation with adapted questionnaire, identification of strong points and areas of improvement, giving priority to them, initiation of improvement teams and development of action plans. Qualitative techniques for the search of consensus when necessary were used.

RESULTS. A total of 45 strong points and 80 areas of improvement were identified. Fifteen of these were selected, mainly related with the processes and persons. The five having the greatest priority were studied.

CONCLUSIONS. Application of the European Foundation for Quality Management Excellence Model has been a feasible

Correspondencia: V. del Saz Moreno.
Centro de Salud Comillas. Área 11. Servicio Madrileño de Salud.
C/ Eduardo Marquina, 33. 28019 Madrid.
Correo electrónico: vsazm@papps.org

Recibido el 15-03-06; aceptado para su publicación el 19-09-06.

experience and has made it possible to identify deficiencies and promote improvement actions more systematically and structured than the routine evaluation systems. The process facilitated the initiation of the Quality Committee.

Key words: Primary Health Care, total quality administration, evaluation.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha difundido con rapidez, en diferentes ámbitos de la sanidad en España, el Modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM) de Excelencia como una metodología nueva para la gestión de la calidad total (GCT). De hecho, existen experiencias de su aplicación con diverso grado de sistematización en el ámbito autonómico, hospitalario y gerencial de Atención Primaria¹⁻⁶.

Su fundamento y componentes se resumen en la figura 1. Dicho modelo aporta principios y conceptos que lo hacen especialmente atractivo para su desarrollo en el medio sanitario y en particular en Atención Primaria de Salud (APS). Entre ellos destacan la dirección mediante el liderazgo, la implicación de las personas, la gestión de los procesos, la dirección estratégica o la valoración del impacto social⁷.

La aplicación del modelo consiste en desarrollar procedimientos de autoevaluación sistemática y comparar los resultados de la evaluación con el referente teórico definido por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM). Esta comparación permite identificar los puntos fuertes (PF) y las áreas de mejora (AM) de una organización y facilita una visión de su situación respecto a la excelencia, así como la puesta en marcha de acciones de mejora.

La disponibilidad de un referente teórico dirigido a la globalidad de la organización se presenta como una gran innovación para la evaluación de servicios sanitarios, entre los que se incluyen los de APS. Éstos podrían hacer ahora, de los procesos de evaluación, experiencias mucho más enriquecedoras, realistas y eficientes que las que proporciona el mero análisis de resultados y cumplimiento de objetivos⁸.

Por lo tanto, el desarrollo de esta metodología no parece exclusivo de los niveles superiores de la gestión sanitaria⁹ y puede ser aplicable al proceso evaluador de diversas organizaciones asistenciales, como son los equipos de Atención Primaria (EAP), ya que los mismos no son ajenos a la necesidad creciente de desarrollar programas de calidad a nivel interno, si es que desean conseguir y mantener una mejora continua del servicio que prestan a la población. Sin embargo, la experiencia de aplicación del modelo en centros de salud y EAP es escasa¹⁰. Dificultades intrínsecas del mismo pueden justificarlo, como el origen empresarial de su enfoque y la complejidad de su fundamento teórico, pero también puede influir el escaso desarrollo en los EAP de procesos de gestión sanitaria lo suficientemente avanzados como para aplicar después mecanismos evaluadores tan exhaustivos como el propuesto. Finalmente, es considerable el esfuerzo sobreañadido que supone este tipo de actividades para unas organizaciones ya de por sí notablemente sobrecargadas de trabajo. Barreras que, por otro lado, no deberían asumirse como infranqueables.

Con la intención de avanzar en este terreno, se planteó este trabajo con dos objetivos: realizar una autoevaluación de la organización del EAP aplicando algunas de las directrices del Modelo EFQM de Excelencia adaptado al medio sanitario y promover la Comisión de Calidad (CC) del EAP como grupo de mejora continua de la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase se realizó un curso-taller de ocho horas en el EAP sobre los fundamentos de la GCT y del Modelo EFQM de Excelencia y se incluyó el análisis por grupos y posterior puesta en común de experiencias previas de evaluación de organizaciones sanitarias. El curso fue impartido por cinco profesionales del propio equipo, que a su vez habían recibido previamente formación acreditada sobre dicha materia en la Unidad de Calidad del Área Sanitaria dentro de un plan de formación centralizado y específico en este tema para profesionales de APS.

Posteriormente, con la totalidad de los profesionales del EAP, se constituyeron cuatro grupos de trabajo multidiscipli-

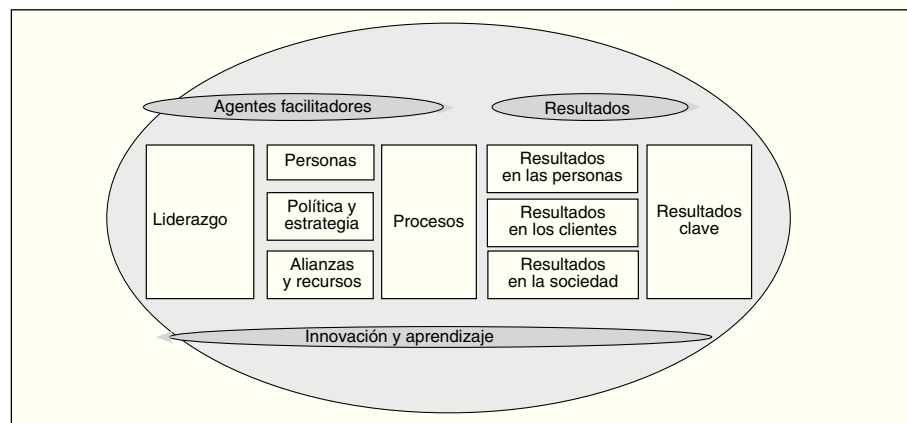


Figura 1. Criterios del Modelo *European Foundation for Quality Management* de Excelencia. 2003. Tomado de *European Foundation for Quality Management*¹².

nares, integrados por 6-8 personas, cada uno con un responsable. Cada grupo abordó la evaluación de los mismos criterios en diferentes reuniones a lo largo de cuatro semanas.

Para dicha evaluación se utilizó un cuestionario adaptado del Modelo EFQM de Excelencia aplicable a un EAP y aportado por la Dirección-Gerencia de Atención Primaria del Área 11 de Madrid. El cuestionario se diseñó teniendo en cuenta documentación de apoyo y experiencias parecidas en otras instituciones¹¹, e incluía la definición de cada criterio del modelo a evaluar con los subcriterios correspondientes y áreas a tratar. También indicaba la recogida de los aspectos positivos en relación con las mismas (PF) y aquéllos susceptibles de mejorar (AM). Como el fin último era la evaluación de la organización interna del EAP al menor coste posible, no se incluyó ningún procedimiento de puntuación propio de aplicaciones más avanzadas del modelo y que suelen utilizarse para la comparación interna y externa. También se pretendía conseguir la mayor adaptabilidad pragmática posible del modelo al proceso evaluador periódico que deben afrontar los EAP al realizar su memoria anual de actividad.

Para que el proceso fuera abordable por los grupos de discusión, sólo se tuvieron en cuenta cinco de los nueve criterios que configuran el modelo, seleccionados por su relevancia, ya que los criterios 1 (liderazgo), 3 (personas), 5 (procesos) y 7 (resultados en personas) abarcan suficientes aspectos clave del funcionamiento, organización interna y planificación de un EAP. Con esta selección se intentó evitar abordar aquellas áreas de ausencia de responsabilidad directa del EAP, como son las de mayor alcance estratégico o de mayor rango de decisión. Sin embargo sí se incluyó el criterio 2 (política y estrategia) con el fin de discriminar algún grado de implicación de los profesionales asistenciales en aspectos de la gestión que pueden no ser exclusivos del nivel superior. Cuatro de los criterios evaluados eran agentes facilitadores (los que conducen al éxito de una organización) y uno era el criterio de resultados (lo obtenido como consecuencia de la interacción de los agentes facilitadores)^{10,12-14} (tabla 1).

Los demás criterios del modelo fueron abordados a través del cuestionario pero fuera de los grupos de discusión. Sus resultados no se expresan aquí con el fin de destacar el trabajo resultante de la participación y puesta en común con la totalidad de los profesionales del EAP, lo que en definitiva determinó el resto de la actividad.

Finalmente, los responsables de los grupos elaboraron, previo consenso, un informe de conclusiones, además de una propuesta de trabajo para la CC que se presentó y se aprobó en reunión de equipo.

En una fase posterior, la recién creada CC procedió a priorizar las AM identificadas. Para ello se siguieron técnicas cualitativas de búsqueda de consenso¹⁵, como el Grupo Nominal, y de determinación de prioridades, como el Método Hanlon.

Se elaboró un Plan de Calidad para 2004-2005 con las áreas priorizadas y se configuraron equipos de mejora para cada una de ellas con sus correspondientes pautas de trabajo. Los profesionales que constituyeron los equipos

Tabla 1. Criterios incluidos en el cuestionario de evaluación

| | |
|---|-----------------------------------|
| Criterio EFQM 1 | Liderazgo |
| Subcriterio 1a. Compromiso de los líderes | |
| Subcriterio 1b. Dirección de la mejora continua | |
| Subcriterio 1c. Implicación con clientes y proveedores | |
| Criterio EFQM 2 | Política y estrategia |
| Subcriterio 2a. Formulación de la estrategia y los planes basados en información relevante y completa | |
| Subcriterio 2b. Comunicación e implantación de la estrategia y de los planes | |
| Subcriterio 2c. Revisión y mejora de la estrategia y de los planes | |
| Criterio EFQM 3 | Personas |
| Subcriterio 3a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos | |
| Subcriterio 3b. Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización | |
| Subcriterio 3c. Implicación y asunción de responsabilidades por parte de los profesionales | |
| Subcriterio 3d. Existencia de un diálogo entre los profesionales y la organización | |
| Subcriterio 3e. Reconocimiento e incentivar | |
| Criterio EFQM 5 | Procesos |
| Subcriterio 5a. Orientación al cliente | |
| Subcriterio 5b. Gestión de los procesos clave | |
| Subcriterio 5c. Gestión del proceso de mejora continua | |
| Criterio EFQM 7 | Resultados en las personas |
| Subcriterio 7a. Medidas de percepción | |
| Subcriterio 7b. Indicadores de rendimiento | |

de mejora se seleccionaron en función de criterios no aleatorios, como la experiencia y el grado de conocimiento e implicación de los mismos para abordar un área concreta. Los equipos siguieron un método de trabajo estructurado en fases: definición del tema o problema a tratar, generación de ideas, recogida de información, análisis, consenso y propuesta de intervención.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 45 PF y 80 AM (tabla 2).

No se identificó ningún PF en el subcriterio 2C del criterio 2 (política y estrategia) que abarca la revisión y mejora de la estrategia y los planes.

Del total de AM identificadas, 10 (12,5%) hacían referencia a aspectos de la GCT.

El procedimiento de priorización se realizó en tres pasos. Primero se eligieron tres AM en cada uno de los cinco criterios evaluados. En las 15 AM seleccionadas, se estableció un orden de prioridad por puntuación (tabla 3).

Quedaron priorizados con más fuerza los aspectos relacionados con los procesos y las personas.

La CC seleccionó definitivamente las cuatro primeras AM para establecer equipos de mejora. Estos equipos diseñaron proyectos de mejora que fueron aprobados, secuencialmente, por la CC, por la Comisión Directiva y por la reunión del EAP. También se decidió abordar el AM número diez mediante la petición formal al departamento correspondiente.

Tabla 2. Distribución del número de puntos fuertes y áreas de mejora identificados en cada criterio

| | Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 5 | Criterio 7 | |
|-----------------|------------|-----------------------|------------|------------|------------------------|-------|
| | Liderazgo | Política y Estrategia | Personas | Procesos | Resultados en Personas | Total |
| Puntos Fuertes | 20 | 12 | 22 | 14 | 12 | 80 |
| Áreas de Mejora | 7 | 4 | 14 | 14 | 6 | 45 |

Tabla 3. Áreas de mejora priorizadas para la intervención dentro de las 15 áreas de mejora seleccionadas en primera fase

| N.º | Área de mejora | Puntos |
|-----|--|--------|
| 1 | Falta un protocolo de atención a las emergencias con inclusión de reanimación cardiopulmonar | 73 |
| 2 | Actualización del reglamento de régimen interno | 42 |
| 3 | Hay comisiones que es necesario desarrollar e incentivar: calidad | 39 |
| 4 | Estudiar y gestionar la presión asistencial para permitir el desarrollo de otras actividades, como investigación | 34 |
| 10 | Mejoras estructurales del área administrativa | 12 |

A la fecha de envío del presente escrito, se ha puesto en marcha un Protocolo para la Atención a Emergencias Vitales (fig. 2), se ha actualizado el reglamento interno del EAP, se ha diseñado un reglamento específico con pautas de funcionamiento para la CC, se ha planteado una estrategia para la gestión de los pacientes que acuden al centro sin cita previa y se han comunicado al departamento correspondiente las deficiencias estructurales observadas en el área administrativa.

Todo el proceso descrito precisó de la configuración de una nueva CC prácticamente inexistente hasta entonces. La misma consta de 15 integrantes con representación de todas las categorías profesionales del EAP y de ambos turnos de trabajo. Se eligió un responsable y un secretario. Para todo el trabajo desarrollado se han realizado diez reuniones formales de trabajo de la CC, así como otras muchas colaterales de los diversos equipos de mejora constituidos.

DISCUSIÓN

La escasa experiencia en la aplicación del Modelo EFQM en el ámbito de la APS hace interesante la difusión del trabajo realizado por el EAP Comillas. La experiencia descrita supone una gran novedad, ya que incorpora una metodología de evaluación que abarca la globalidad de una organización, evitando los aspectos parciales y, por lo tanto, se interrelaciona fácilmente con los elementos conceptuales de la APS.

La aplicación del modelo se ha mostrado accesible y viable para todos los profesionales, pero conviene reseñar que la experiencia ha puesto de manifiesto que existe una serie de condiciones elementales para su desarrollo, como el compromiso e implicación de las personas que lideran el EAP, la formación previa en mejora de la calidad, la existencia de profesionales concretos para liderar el proceso y la disposición positiva de los profesionales para participar en la evaluación y llevar a cabo las propuestas de cambio.

El trabajo desarrollado puede considerarse, más que una aplicación del modelo en sentido estricto, una aproximación al mismo, ya que sólo se expresan resultados de determinados criterios que fueron considerados de especial relevancia en el ámbito de la APS, evitando desarrollar un proceso de puntuación como reflejo único del alcance de la GCT.

La cumplimentación del cuestionario no estuvo exenta de dificultades, al incluir preguntas poco precisas. La respuesta cerrada de sí/no en ocasiones fue un obstáculo para lograr definir los PF y AM. En algunas áreas de exploración resultó difícil discriminar si se hacía referencia a la organización del EAP o más bien al conjunto de la organización del área de Atención Primaria. Por otro lado, la simplificación del procedimiento a través del cuestionario adaptado ha podido ser esencial para hacer de la evaluación un proceso viable y accesible a los profesionales.

Todos estos aspectos podrían poner en discusión la validez del proceso de evaluación, aunque otras experiencias similares han demostrado el alto grado de consistencia entre la evaluación interna y la realizada por auditores externos¹⁰. En cualquier caso y al margen de las limitaciones expuestas, los resultados de la evaluación han sido tan sumamente útiles y positivos para la organización del EAP que se despejan rápidamente las dudas acerca de su validez.

La aplicación del modelo nos ha proporcionado una fotografía, con cierta nitidez, de cómo es la organización de nuestro EAP y ha resultado de gran ayuda para analizar y comprender los motivos de las deficiencias detectadas. La información suministrada por la evaluación ha indicado en qué campos se deberían introducir mejoras en el futuro, pero lo ha hecho con gran flexibilidad. Como se describe en la literatura⁷, y así lo hemos constatado, el modelo no es prescriptivo, no dicta lo que hay que hacer, sino que promueve que cada unidad o servicio decida las acciones a emprender en función de las características y singularidades de cada organización. En nuestro caso, la fuerza de las puntuaciones aplicadas en el proceso de priorización de las AM generó la puesta en marcha de grupos de mejora de manera muy efectiva. Podríamos resumirlo en que la evaluación, sin obligar a nada, ha actuado como fuente de estímulos para la acción.

También hemos podido observar cómo el modelo no sólo no se opone a la aplicación de herramientas de gestión de la calidad más clásicas, sino que refuerza su aplicación⁸, ya que ha sido preciso utilizar técnicas, como las de búsqueda de consenso o de priorización, para desarrollar el proceso de gestión subsiguiente a la evaluación.

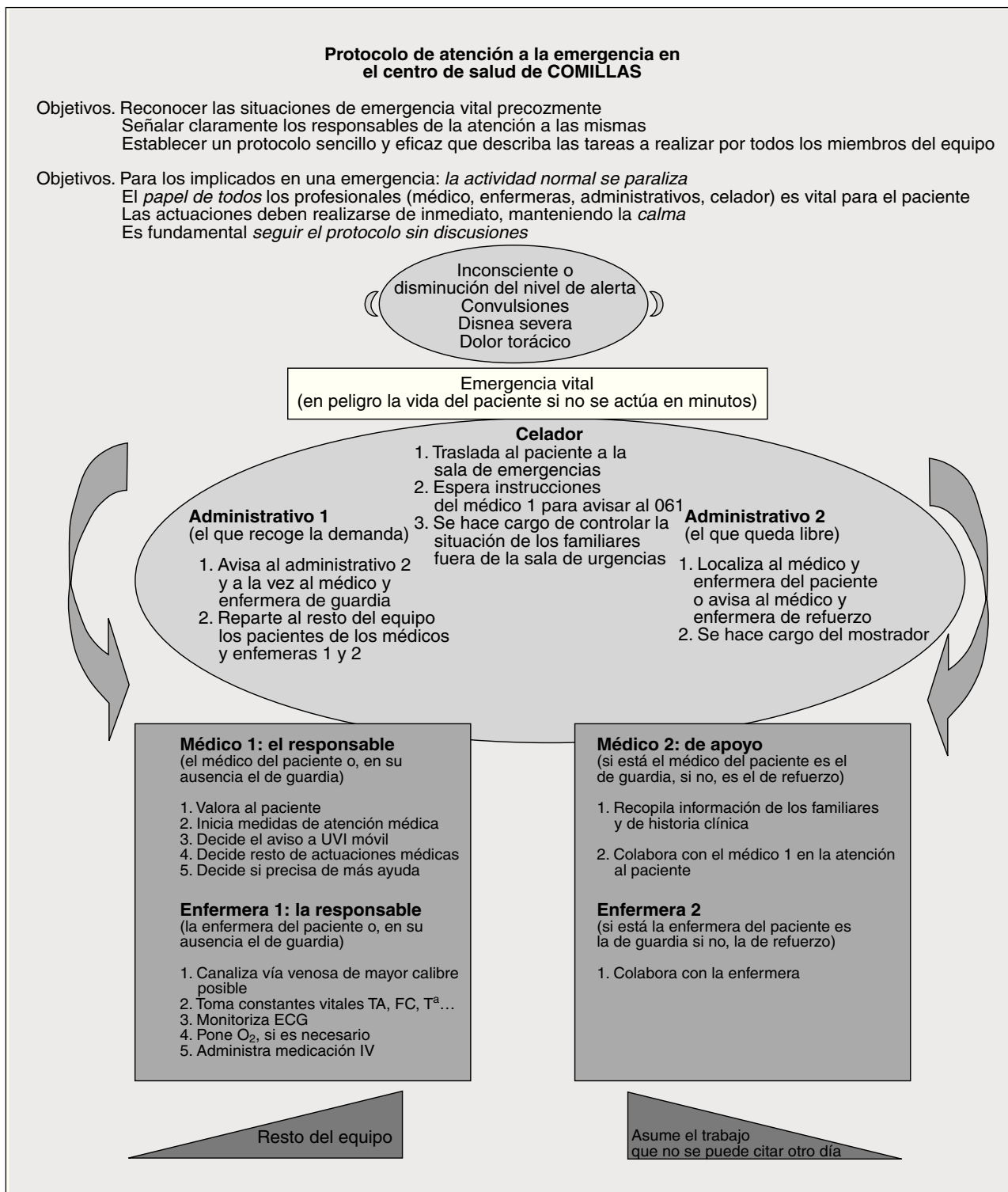


Figura 2. Panel resumen del Protocolo de Atención a la Emergencia Vital (diseñado para ser instalado en diversos puntos del centro de salud).

La ausencia de PF en la evaluación del subcriterio 2C que abarca la revisión y mejora de la estrategia y los planes coincide con resultados de otros trabajos de aplicación del modelo en el medio sanitario¹⁶. Esto puede interpretarse como consecuencia de la escasa participación de los pro-

fesionales de los equipos asistenciales en la definición de las estrategias del conjunto de la organización sanitaria en la que se hallan inmersos. Además, es concordante con la presencia entre las AM de aspectos relacionados con la necesidad de escuchar la opinión de los trabajadores e in-

centivar su desarrollo profesional. Consideramos el hallazgo de gran importancia y a tener en cuenta por parte de los equipos directivos, porque esta realidad puede llevar a unos peores resultados globales.

Entre los PF hay que resaltar el trabajo centrado en el usuario y las actividades de formación.

Por último, es de destacar la efectividad de todo este proceso para impulsar de manera determinante el funcionamiento de la CC y promover una cultura positiva de organización, lo cual es realmente esencial para mantener la mejora continua del servicio que se presta.

Podemos concluir que la experiencia de aplicación del modelo ha servido para hacer un diagnóstico de la situación interna, detectar AM, tener un enfoque global y sistemático, fomentar una orientación hacia el cliente, aprender sobre la GCT, aumentar la comunicación interna, fomentar la cultura de organización e iniciar planes de mejora más allá de la simple autoevaluación. Esperamos que esta experiencia resulte estimulante para el trabajo de otros EAP y ayude a la sistematización y generalización de este tipo de actividades en APS.

De cara al futuro, ya sea con un enfoque investigador o con estrategias planificadas, es posible que se precise un mayor respaldo institucional a los EAP para que puedan incorporar de una manera dinámica, y no de modo puntual, la aplicación de esta metodología en sus organizaciones. Esto puede contribuir a superar el desánimo entre los profesionales, que observan su escasa capacidad para modificar la inercia del trabajo diario.

Gracias a las experiencias de aplicación del modelo¹⁷, se está abriendo un nuevo camino en lo que respecta a los procesos evaluadores de los dispositivos asistenciales en APS y también de avance en la GCT en los mismos. Además, con ello se pone de manifiesto la posibilidad de compartir un marco teórico de calidad total más consistente entre gestores y profesionales, ya que la responsabilidad de la mejora de la calidad asistencial pertenece a ambos.

AGRADECIMIENTOS

A Juan Ferrándiz Santos, Técnico de Salud del Área 11 de Atención Primaria de Madrid, por sus valiosas aportaciones y disponibilidad en todo momento para resolver cualquier duda en la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité director del Plan Estratégico Área 11 Atención Primaria de Madrid. El Plan Estratégico de un Área de Atención Primaria: una propuesta metodológica. *Rev Admin Sanit.* 2001;5:71-83.
2. Ignacio E, Rodríguez-Cornejo MJ, López-Sánchez A, Cruzado MD, Martínez-Mora M, Arriaga E, et al. Un modelo de Gestión de la Calidad Total para la enfermería hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:234-42.
3. Ramón C, Rici C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:151-4.
4. Fernández-León A, Barros MA, García M. La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:155-60.
5. Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, et al. El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como Sistema de Gestión Hospitalaria: experiencia y resultados tras dos años en un hospital público. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:164-71.
6. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, et al. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12:54-8.
7. Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *MEDIFAM.* 2002;12:631-40.
8. Lleras Muñoz S. La utilización del modelo EFQM de calidad y su aplicabilidad en Atención Primaria. *MEDIFAM.* 2002;12:609-12.
9. González RM. El modelo de excelencia 2000 de la EFQM y la enfermería. *Gestión Hospitalaria.* 2001;12:27-34.
10. Gene-Badía J, Jodar-Sola G, Peguero-Rodríguez E, Contel-Segura JC, Moliner-Molins C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Fam Pract.* 2001;18:407-9.
11. Junta de Castilla y León. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León; 2003.
12. Rodríguez Balo A. El modelo EFQM aplicado a los centros de salud. *Centro de Salud.* 2001;9:549-51.
13. European Foundation for Quality Management. EFQM Introducing Excellence. Madrid: Club Gestión de Calidad; 2003.
14. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:184-91.
15. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995;311:376-80.
16. Ardevol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento de difusión de la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;15:161-3.
17. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *European Foundation for Quality Management. Int J Qual Health Care.* 2000;12:191-201.