



## ORIGINAL

# Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público

J. Ferrándiz-Santos<sup>a,\*</sup>, S. Lorenzo-Martínez<sup>b</sup>, C. Navarro-Royo<sup>c</sup>,  
A.I. Alguacil-Pau<sup>d</sup>, J. Morón-Merchante<sup>c</sup> y A. Pardo-Hernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad Calidad, Área 11 Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Análisis de la Información y Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup>Subdirección Calidad, Dirección General Atención al Paciente, Consejería Sanidad, Madrid, España

<sup>d</sup>Unidad Calidad, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, España

Recibido el 9 de junio de 2009; aceptado el 18 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 24 de marzo de 2010

### PALABRAS CLAVE

Gestión de calidad total;  
Modelo EFQM;  
Gestión asistencial;  
Calidad asistencial

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la utilización de los ejes transversales (EETT) del modelo EFQM en la autoevaluación de las organizaciones de servicios en una comunidad autónoma, y describir el resultado de la autoevaluación para el conjunto del sistema sanitario público (SSP).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en dos etapas: 1) evaluación del uso del modelo EFQM en el SSP, y 2) análisis de la metodología de trabajo mediante EETT. En la primera fase se analizó el 100% de los informes de autoevaluación (37 gerencias) de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) (2007). Se realizó un análisis cuantitativo de la distribución de puntos fuertes (PF) y áreas de mejora (AM), según nivel asistencial, centro sanitario y su agrupación en criterios y EETT del Modelo.

**Resultados:** La utilización del modelo EFQM en el conjunto del SSP alcanza el 84% de las gerencias (32/37) y el 94% despliegan planes de mejora (30/32). Se describen 3.543 PF y 3.573 AM, para el SSP. Del total de PF, los criterios agentes suponen un 67,6%.

Los resultados por EETT resaltan la dominancia de los ejes de gestión de la organización, personas, clientes, proceso y comunicación.

Las dificultades para su aplicación derivan del liderazgo de la organización en gestión de la calidad, de las estrategias formativas para su despliegue, del carácter novedoso que supone la herramienta en determinados entornos, y de la potencial carga de trabajo generada.

**Conclusiones:** Los EETT se perciben como un método de trabajo factible para la agrupación y síntesis de las AM, precisando una formación adecuada para optimizar su utilización.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org](mailto:jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org) (J. Ferrándiz-Santos).

**KEYWORDS**

Total Quality Management; European Foundation for Quality Management; Health Services Administration; Quality health care

**Use of the EFQM Red Threads in the Health Public Health System****Abstract**

**Objective:** To analyse the use of transversal axes (TA) of the EFQM Model in the self-assessment of the service organisations in an Autonomous Community and to describe the self assessment results for the health care system (HCS) as a whole.

**Material and methods:** Descriptive study divided in two phases: 1) evaluation of the use of the EFQM model in the HCS, and 2) analysis of the methodology using TA. All (37) of the self-assessment reports corresponding to Primary Care and Hospitals in 2007 were analysed. A quantitative analysis was performed on the strengths (S) and areas of improvement (AI) identified, stratifying them according to level of care, centre and EFQM criteria and TA.

**Results:** The use of the EFQM in the HCS reaches 84% of the organizations (32/37), and 94% deploy improvement plans (30/32). A total of 3543 S and 3573 AI were described for the HCS as a whole. From the total identified S, enablers reach 67.66%.

Results according to TA the organization management axes are the dominant ones: people, clients, process and communication.

Application difficulties derive from the organizations' leadership in quality management, the training strategies for deployment, the innovation character of the model in certain settings and the potential workload generated.

**Conclusions:** TA are perceived as a feasible work method to gather and synthesize AI. However it requires appropriate training to optimize its use.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El modelo de excelencia de la Fundación Europea para Gestión de la Calidad (conocido por su acrónimo en inglés EFQM) permite realizar un examen global y sistemático de las actividades y resultados de una organización, proporcionando un enfoque objetivo y estructurado para el diagnóstico e impulso de la mejora continua<sup>1</sup>. El modelo EFQM permite identificar de forma equilibrada las fortalezas y las áreas de mejora (AM) más relevantes, si bien la autoevaluación no supone una mejora per se, ya que requiere el despliegue de las medidas correctoras y los planes de acción efectivos<sup>2</sup>. Sin duda, resulta improbable que una organización pueda abordar de forma simultánea toda oportunidad de mejora detectada, siendo razonable utilizar criterios para la gestión y priorización de las intervenciones a desarrollar.

En la periódica actualización del modelo EFQM (2003) se incluyó la idoneidad de los ejes transversales (EETT) distribuidos en 11 categorías, para facilitar la recogida de información y la lectura del modelo con carácter transversal (fig. 1). Los EETT contribuyen de forma complementaria a una mejor comprensión del modelo, facilitando la integración de los diferentes procesos y la gestión de las medidas correctoras, actuando de forma sistemática y con mayor certidumbre en los diferentes criterios y subcriterios de forma simultánea<sup>3</sup>. De forma pragmática, permiten interpretar el comportamiento de la institución, recogiendo y agrupando las AM detectadas en la autoevaluación, incrementando las posibilidades de actuación para el desarrollo de los planes de mejora que fuesen precisos.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección (DGCAE) de la Consejería de Sanidad y Consumo, definió su modelo de calidad, tomando como referencia el modelo

EFQM de excelencia<sup>4</sup>. En los contratos de gestión (2006/07) con las respectivas gerencias de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) se incluyó como objetivo de calidad el «[...] realizar una autoevaluación de acuerdo al modelo de calidad del Sistema Sanitario madrileño» y «[...] elaborar planes de mejora para áreas prioritizadas en la autoevaluación». El propio modelo de calidad hace una explícita referencia a «[...] identificar las áreas de mejora comunes a los distintos centros sanitarios [...] dichas áreas podrían estar clasificadas en torno a los ejes transversales del modelo, que impactan en más de un subcriterio».

La aplicación del modelo EFQM en estructuras sanitarias públicas en Europa tiene una solidez contrastada, siendo en la actualidad el modelo de gestión de calidad preferentemente adoptado por las administraciones sanitarias<sup>5-9</sup>. No obstante, el recurso de los EETT todavía requiere una mayor experiencia en este campo para estimar sus ventajas y limitaciones de forma práctica.

El objetivo de este estudio fue analizar la aplicabilidad y grado de utilización de los EETT del modelo EFQM en la autoevaluación de las organizaciones de servicios en una comunidad autónoma, y describir el resultado de la autoevaluación EFQM para el conjunto del sistema sanitario público (SSP).

**Método**

El trabajo se desarrolló de forma estructurada en dos etapas:

- 1) *Análisis de la autoevaluación EFQM del sistema sanitario.* Todo el proceso tuvo la responsabilidad institucional de la DGCAE, mediante un grupo de trabajo evaluador formado

## Ejes transversales y modelo EFQM de excelencia

Criterio	Liderazgo					Política y estrategias					Personas					Alianzas y recursos					Procesos					Resultados en clientes		Resultados en personas		Resultados en sociedad		Resultados clave			
	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	a	b	a	b	a	b		
Eje transversal																																			
Comunicación	•			•						•											•					•	•	•	•	•	•				
Responsabilidad social de la organización	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•							•		•		•	•	•	•	•	•
Creatividad e innovación	•					•					•					•				•	•	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•		
Clientes		•				•	•														•	•	•			•	•								
Gobierno/gestión de la organización	•					•	•									•																•	•		
Conocimiento						•									•												•	•			•	•			
Entorno						•	•	•			•					•										•	•	•	•	•	•	•	•		
Personas			•			•	•	•			•	•	•	•	•												•	•							
Metodología de procesos	•							•													•	•				•	•	•	•	•	•	•	•		
Proveedores aliados		•				•	•									•																•	•		
Sostenibilidad	•	•				•	•				•										•	•				•	•	•	•	•	•	•	•		

Figura 1 Relación de ejes transversales y criterios del modelo EFQM.

Tabla 1 Metodología: análisis de los ejes transversales del modelo EFQM

Análisis causa efecto de la dificultad de aplicación de los ejes transversales en las áreas de mejora	Análisis DAFO de los ejes transversales como estrategia de uso	Análisis cualitativo de la aplicabilidad de los ejes transversales en el ámbito del sistema sanitario
Diagrama causa efecto o espina de Ishikawa	Método DAFO: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades	Encuesta sobre la utilidad de los ejes transversales
Grupo evaluador en la subdirección general calidad	Grupo evaluador+subdirección general calidad	Grupo de expertos en EFQM
Fuente: elaboración propia.		

por 2 coordinadores de calidad (AP y AE) y 2 técnicos de la DGCAE. Se utilizó el 100% de todos los informes de autoevaluación remitidos por AP y AE, y posteriormente se procedió al análisis cuantitativo de la distribución de puntos fuertes (PF) y AM, segmentando por nivel asistencial y centro sanitario, y agrupándose finalmente en función de los criterios EFQM y los propios EETT. Se realizó un análisis cualitativo de las AM identificando las categorías por afinidad de contenidos que responderían a cada EETT planteado en el Modelo, segmentando toda la información por eje transversal, nivel asistencial y centro sanitario.

- 2) *Análisis de los limitantes metodológicos para la aplicación de los EETT en el sistema sanitario (tabla 1)*. Se diferenciaron tres líneas de trabajo específicas: a) análisis causa efecto (ACE) sobre la dificultad de uso de los EETT; b) análisis DAFO (*debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades*) de los EETT como estrategia, y c) valoración cualitativa de la aplicabilidad de los EETT en el ámbito sanitario.

Para el ACE y el método DAFO se recurrió al grupo evaluador constituido en la primera fase, incluyendo en el mismo a un miembro de la DGCAE.

En el ACE, se identificaron las causas principales y posibles causas secundarias en cada rama, tomando como

propuesta de análisis el problema de la «*dificultad de aplicación de los EETT del Modelo EFQM para el análisis de las autoevaluaciones del sistema sanitario*».

Con el análisis DAFO se identifican los factores internos y externos de la organización que afecten de forma negativa (D-A) y positiva (F-O) a la efectividad del servicio o proceso. Consecuentemente, debieran plantearse las estrategias susceptibles de intervención, cruzando los factores de análisis, para visualizar el potencial mapa de actuaciones y enfocar la estrategia futura del proyecto. Toda la información, tanto para los factores de análisis como para las estrategias de cruce secundarias, fue clasificada por orden relativo y ponderación para establecer la jerarquía correspondiente.

De forma específica, se diseñó una encuesta para valorar la percepción de un grupo de expertos en el modelo EFQM sobre la potencial utilidad de los EETT en los procedimientos de autoevaluación del sistema sanitario (fig. 2). Los expertos debían tener experiencia relevante en EFQM, con responsabilidad técnica y/o directiva en las instituciones sanitarias o universitarias, participar de estructuras oficiales de autoevaluación del modelo EFQM y con diferente adscripción geográfica del estado español. La encuesta semiestructurada y anónima, comprendía diferentes ítems que abordaban las características de uso de los EETT, estimación de las potenciales utilidades y limitaciones, y una revisión de la relación de categorías agrupadas en cada eje transversal.

Cuestión		Respuesta		
		Sí	No	NS/NC
Considera Ud...? / Conoce Ud...?				
p1	que... ¿los EETT son de utilidad para la agrupación y síntesis de las AM de una organización sanitaria pública?	10	0	0
p2	que... ¿los EETT son de aplicación práctica para la agrupación y síntesis de las AM de una organización sanitaria pública?	10	0	0
p3	¿Alguna organización que haya aplicado los EETT para la agrupación y síntesis de las AM?	3	7	0
p4	¿Alguna aplicación informática que pueda facilitar la aplicación de los ETT en la autoevaluación de una organización?	0	10	0
p5	que... ¿es apropiada la utilización de los EETT como herramienta de benchmarking entre organizaciones?	8	2	0
p6	que... ¿los EETT presentan alguna ventaja y/o limitación para la síntesis y agrupación de las AM frente a otros formatos hasta la fecha utilizados?	9	0	1
p7	que... ¿los 211 EETT propuestos por el Modelo EFQM requieren de adaptación a las características de una organización sanitaria pública?	7	2	1
p8	que... ¿globalmente los EETT están suficientemente descritos para su comprensión según la versión 2003 del Modelo EFQM?	9	1	0
p9	que... ¿específicamente, algún EETT está sujeto a un cierto riesgo de confusión/mal interpretación o precisa mayor concreción en su descripción?	6	4	0
p10	que... según los subcriterios incluidos en cada EETT 2003 EFQM, ¿algún eje puede señalarse con mayor frecuencia que otros en el análisis de una organización sanitaria?	2	3	5
p11	que... ¿es apropiado realizar un estudio de validez y/o fiabilidad de los EETT para su aplicación sistemática en las organizaciones sanitarias?	4	4	2
p12	que... ¿alguno de los ítems (categoría analizada) incluido en cada EETT requeriría de una mayor concreción o es susceptible de confusión?	7	2	1
p13	que... ¿existe algún ítem (categoría) no incluido en la relación aportada y que podría haberse incorporado en su correspondiente EETT?	4	0	6

Fuente: Elaboración propia

Figura 2 Encuesta sobre la utilidad de los ejes transversales.

Tabla 2 Desarrollo de la autoevaluación EFQM		Proceso de autoevaluación EFQM				
		N.º total de gerencias	No iniciado	En desarrollo	Realizado	Con Priorización
Atención Primaria*	12	0	1	11	10	10
Atención Especializada**	25	2	2	21	20	20
Total	37	2	3	32	30	30

Fuente: elaboración propia. Adaptado del informe de resultados del modelo de autoevaluación y mejora. DGCAE.

## Resultados

Para cada etapa mencionada, los resultados fueron los siguientes:

### A) Aplicación del modelo EFQM

#### a.1) Por criterios del Modelo:

El 84% de gerencias de AP y AE de la Comunidad de Madrid (32/37) realizaron la autoevaluación EFQM, llegando hasta la fase de priorización de las AM y la definición de planes de acción específicos en un 94% (30/32) (tabla 2).

Para el conjunto de organizaciones del SSP se describen un total de 3.543 PF, observando el mayor registro en los criterios facilitadores, con un ligero predominio del criterio 4 (16,2% del total) sobre el resto (tabla 3). La información desagregada por nivel asistencial muestra que en AE los criterios agentes alcanzan el 70,1% del total de PF, superando el criterio 4 (alianzas y recursos) el 15%. En AP se mantiene la relevancia del conjunto de los criterios agentes, excepto en el caso del criterio 2 (política y estrategia) en favor del criterio 9 (10,7%), destacando igualmente como en AE el criterio 4 (18%) sobre el resto. Por otro lado, el menor registro tanto en el conjunto del sistema sanitario como en AE se centra en

Tabla 3 Detección de puntos fuertes

	Áreas Atención Primaria/ SUMMA 112		Hospitales Atención Especializada		Total Sistema Sanitario	
	%	Número	%	Número	%	Número
Liderazgo	14,9	208	15,08	324	15,0	532
Política y estrategia	9,2	129	11,54	248	10,6	377
Personas	13,4	188	15,08	324	14,4	512
Alianzas y recursos	17,9	250	15,17	326	16,2	576
Procesos	12,7	178	13,31	286	13,1	464
Resultados en clientes	7,4	104	8,66	186	8,1	290
Resultados en personas	6,9	97	5,21	112	5,9	209
Resultados en la sociedad	6,4	90	7,07	152	6,8	242
Resultados clave	10,7	150	8,89	191	9,6	341
Total	100	1.394	100	2.149	100	3.543

Fuente: elaboración propia. Adaptado del informe de resultados del modelo de autoevaluación y mejora. DGCAE.

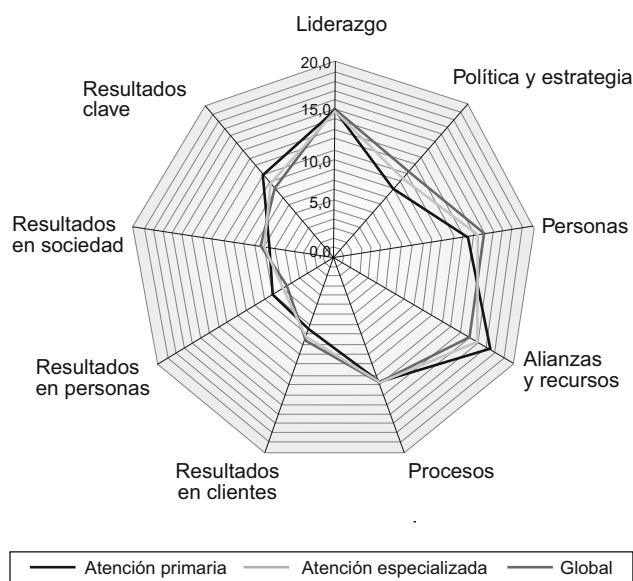


Figura 3 Distribución de puntos fuertes por criterio EFQM.

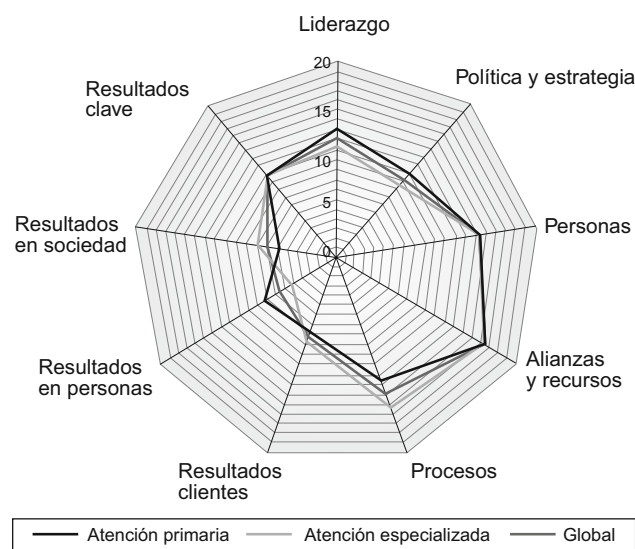


Figura 4 Distribución de áreas de mejora por criterio EFQM.

el criterio 7 (resultados en personas), mientras que en AP es el criterio 8 (resultados en sociedad) el de menor apunte. La lectura aislada del global de los criterios resultados muestra que el criterio 9 (resultados clave) suma el principal registro en ambos niveles asistenciales y en el conjunto del sistema sanitario (fig. 3).

Respecto de las AM, se describen un total de 3.573 AM para el conjunto del sistema, siendo el patrón de registro similar al perfil ofrecido en los PF (tabla 4). En AP se sitúan de forma preferente los cinco criterios agentes (67,8%) mientras que en AE y el conjunto del sistema, son los criterios 1-5 y 9 los más registrados (68%). Atendiendo a los criterios de menor registro, en AP el criterio con un menor apunte resulta el criterio 8, mientras que en AE y el sistema sanitario en su conjunto corresponde al criterio 7 (fig. 4).

#### a.2) Por EETT del modelo:

El grupo de trabajo, mediante técnica cualitativa por afinidad de contenidos, clasificó el 100% de las AM

detectadas (3.572) para el SSP en 95 categorías de análisis en el seno de los 11 EETT del modelo EFQM 2003, obteniéndose mediante agrupación por similitud de las características mencionadas de las AM señaladas por los diferentes centros sanitarios, respetando el mismo método y criterios para ambos niveles asistenciales.

Los datos globales por EETT para las AM detectadas (tabla 5), reflejan el predominio de las categorías vinculadas a los ejes de gestión de la organización, personas, clientes, proceso y comunicación, sumando cinco ejes un 72% del total de AM señaladas por los centros sanitarios. Por el contrario, los ejes referidos al conocimiento, creatividad/innovación, responsabilidad social, alianzas, entorno y sostenibilidad suman el 28% restante. Como compromiso del contrato de gestión, los centros sanitarios debían plantear una relación de planes de acción sobre las AM priorizadas. En concreto los EETT de comunicación, gestión de la organización, personas, procesos y clientes, suponen un 83,3% del total de AM priorizadas, alcanzando con tan solo la comunicación y la

**Tabla 4** Detección de áreas de mejora

	Áreas Atención Primaria/SUMMA 112		Hospitales Atención Especializada		Total Sistema Sanitario	
	%	Número	%	Número	%	Número
Liderazgo	12,9	190	11,3	238	11,9	428
Política y estrategia	11,0	163	9,6	202	10,2	365
Personas	14,4	212	14,3	301	14,3	513
Alianzas y recursos	16,7	247	16,7	351	16,7	598
Procesos	12,6	186	15,5	327	14,3	513
Resultados en clientes	7,7	114	8,7	183	8,3	297
Resultados en personas	8,0	119	5,0	106	6,3	225
Resultados en la sociedad	5,7	84	7,9	167	7,0	251
Resultados clave	10,6	157	10,7	226	10,7	383
Total	100	1.472	100	2.101	100	3.573

Fuente: elaboración propia. Adaptado del informe de resultados del modelo de autoevaluación y mejora. DGCAE.

**Tabla 5** Distribución de las áreas de mejora según ejes transversales del modelo EFQM

Total Sistema Sanitario (Atención Primaria y Especializada)			
Ejes transversales	Áreas de mejora detectadas (%)	Áreas de mejora priorizadas (%)	Ejes transversales
Gestión de la organización	19,9	22,6	Comunicación
Personas	18,0	20,5	Gestión organización
Clientes	12,2	14,7	Personas
Procesos	11,3	14,7	Procesos
Comunicación	10,7	10,8	Clientes
Sostenibilidad	7,5	6,8	Entorno
Entorno	6,6	3,2	Alianzas
Alianzas	5,1	2,6	Sostenibilidad
Responsabilidad social	3,8	1,8	Creatividad/innovación
Creatividad/innovación	2,6	1,6	Responsabilidad social
Conocimiento	2,3	0,5	Conocimiento

Fuente: elaboración propia. Adaptado del informe de resultados del modelo de autoevaluación y mejora. DGCA.

gestión de la organización el 43,1% de las propuestas de los centros.

Por otro lado, se obtiene una extensa relación de AM descritas para el conjunto del sistema sanitario y con segmentación por nivel asistencial. La descripción de las AM más utilizadas en el conjunto del sistema sanitario respondió a las categorías de: a) desarrollo de estrategias de comunicación interna ascendente y descendente, b) planificación estratégica, y c) desarrollo, revisión y mejora del cuadro de mando y los sistemas de información

#### B) Análisis de los EETT como metodología de trabajo

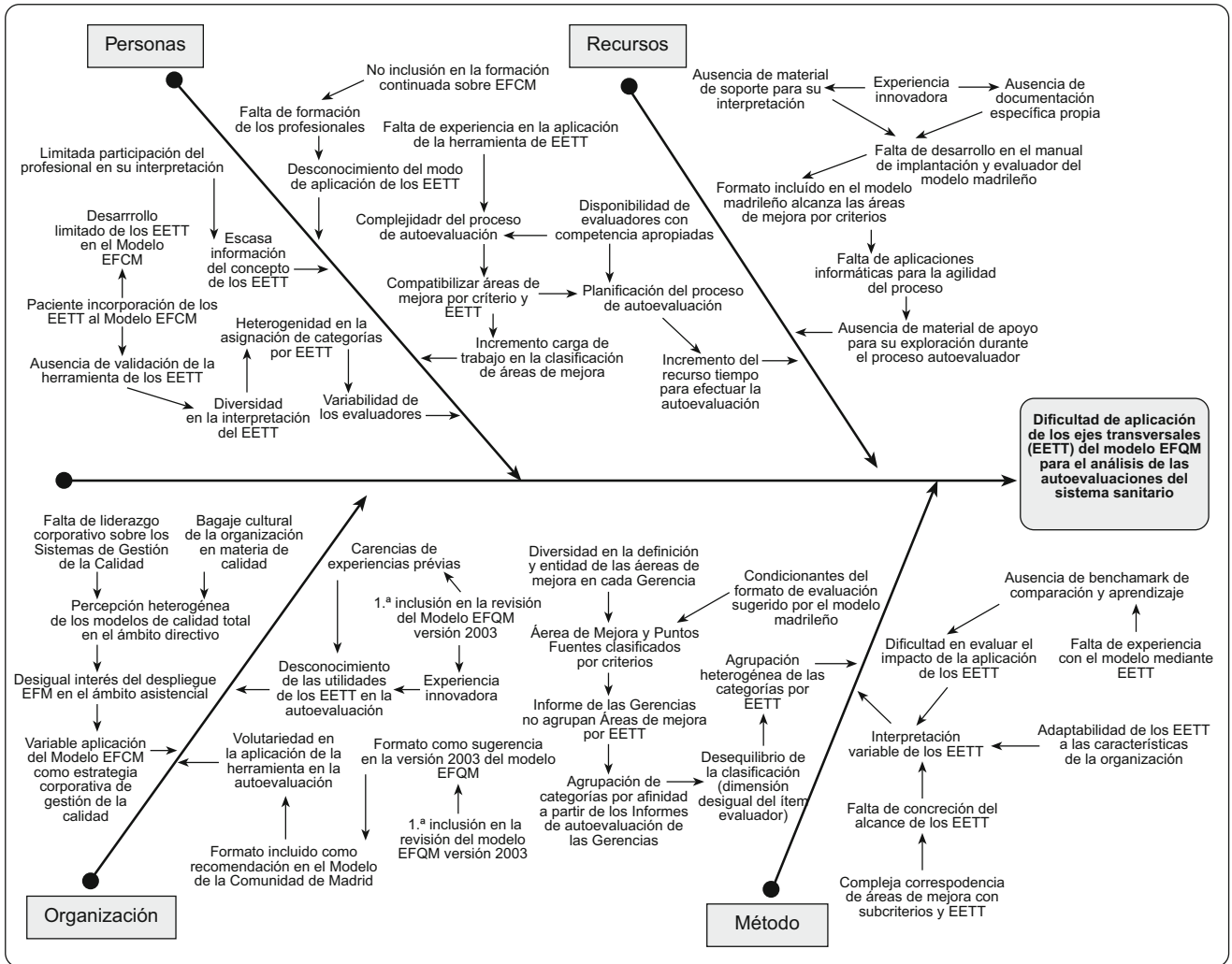
##### b.1) Análisis causal:

Estimando como problema la dificultad de implantación de los EETT en la autoevaluación EFQM en el sistema sanitario, se identificaron las causas derivadas de la innovación de la utilización de la herramienta y su propuesta inicial como formato evaluador (fig. 5), así como la falta de experiencia en la aplicación del modelo, el desconocimiento de las utilidades específicas de los EETT, los condicionantes en cultura de calidad y liderazgo

de la organización, las estrategias formativas e informativas precisas para su despliegue, la potencial carga de trabajo al aplicarse de forma simultánea con otros formatos de evaluación, la carencia de soportes informatizados, y específicamente en estas primeras experiencias, los potenciales limitantes de validez y reproducibilidad de las categorías seleccionadas.

##### b.2) Análisis DAFO:

Teniendo en cuenta la información que derivaba de cada factor de análisis, como estrategias de supervivencia (cruce debilidades-amenazas) fueron sugeridas líneas de acción sobre la normativa de aplicación del modelo, fortaleciendo la competencia de los evaluadores y profundizando en la revisión y validación de la propuesta vigente. En el caso de las estrategias de reorientación (cruce debilidades-oportunidades) sería recomendable atender a liderazgos compartidos, utilizando figuras clave de la organización o alianzas institucionales además de la revisión de los formatos utilizados en la autoevaluación. Las potenciales estrategias defensivas (cruce fortalezas-amenazas) inciden en el carácter de



Fuente: Elaboración propia

Figura 5 Análisis causa-efecto: ejes transversales.

norma de la autoevaluación y los condicionantes formativos orientados tanto hacia los evaluadores como al conjunto de la organización como ventaja competitiva de la cultura de calidad. Las estrategias ofensivas (cruce fortalezas-opportunidades) promueven la utilización de los EETT en sucesivas autoevaluaciones del sistema incorporándose más detalladamente en el seguimiento de los planes de acción y mejora de las gerencias (fig. 6) b. 3) Encuesta:

Existió consenso para los diferentes ítems de la encuesta (fig. 5), destacando las afirmaciones de la potencial utilidad y aplicabilidad de los EETT para la agrupación y síntesis de las AM, la constatación por parte de los expertos encuestados de la carencia de experiencias similares en nuestro entorno publicadas o conocidas con la suficiente madurez que sirvan de aprendizaje, y que potencialmente suponían, como valor añadido, la aportación de una visión complementaria a la autoevaluación clásica según los criterios EFQM. Por otro lado, existían dificultades como la heterogeneidad en la interpretación y aplicación del modelo mediante EETT, ya fuera por los criterios utilizados en este estudio (agrupación de categorías por afinidad,

potencial riesgo de confusión y/o interpretación de algunos ítems), la variabilidad interevaluador en el proceso, como al necesario desarrollo de criterios de comprensión y aplicabilidad para su utilización más práctica por parte de las organizaciones que se evalúan.

### Discusión

Este trabajo se centra en la aplicación del modelo EFQM en el conjunto de las organizaciones del SSP de la Comunidad de Madrid, tanto de AP como de AE, a partir de sus informes de autoevaluación. Aporta las características de los centros sobre los potenciales PF y AM registrados, tanto por criterios como por EETT. Si bien los EETT se formulan explícitamente por el modelo EFQM desde 2003 y algunas organizaciones pueden haber incorporado su uso desde entonces, no hemos encontrado referencias en la literatura sobre el uso de EETT que permitan compartir su conocimiento, por lo que consideramos oportuno en nuestro caso analizar la utilización de los mismos.

AMENAZAS (entorno externo)		OPORTUNIDADES (entorno externo)	
A1. Ausencia de una normativa sobre la aplicación del modelo EFQM en sanidad A2. Dificultad de comparación con otras experiencias del Modelo EFQM (que no hayan empleado los ejes transversales) A3. Falta de suficiente liderazgo corporativo para implantar de forma efectiva el modelo A4. Falta integración en la cultura de las organizaciones A5. Cambios políticos pueden cambiar las estrategias de calidad A6. Existencia de diferentes modelos y sistemas de gestión de la calidad A7. Su aplicación conllevó alto consumo de recursos A8. La agrupación de AM en categorías dentro de los ejes puede condicionarse por la subjetividad del evaluador		O1. EFQM es el Modelo elegido por la comunidad de Madrid O2. Experiencias relevantes sobre el Modelo EFQM en otras Comunidades Autónomas O3. Recomendado-avalado por la Fundación Europea de Gestión de Calidad O4. Utilización de modelos de calidad basado en EFQM en la mayoría de las Comunidades Autónomas O5. Convergencia con la marca Madrid excelente O6. Experiencia novedosa-innovadora en la aplicación práctica del Modelo EFQM O7. La existencia de un formato uniforme facilita la agrupación de AM en torno a los ejes O8. Comprensión mayor y más intuitiva de las áreas de mejora detectadas O9. Líderes y profesionales formados en el modelo O10. Existencia de Premios-reconocimientos vinculados a aplicación EFQM	
DEBILIDADES (entorno interno)		Estrategias de supervivencia (DA)	
D1. Falta de una cultura de calidad extensa en la organización D2. Ausencia de experiencias y referencias sobre ejes transversales D3. Escasa formación sobre los ejes transversales y su aplicabilidad D4. Complejidad de comprensión, requiriendo definir el significado aplicado al entorno sanitario D5. Generalidad de los ejes originales precisando agrupaciones de difícil validez externa D6. Variabilidad en la agrupación de las AM según Ejes debido a la interpretación del significado D7. Necesidad de una clasificación específica en los Ejes para incorporar los resultados D8. Mayor esfuerzo de clasificación de las AM al diversificar tanto por criterios como por Ejes D9. Algunos ejes tienen difícil interpretación en el entorno sanitario D10. Aplicación informática no prevista para la interpretación por ejes D11. No disponibilidad de AM por subcriterio que dificulte su correspondencia rápida con cada eje D12. Participación insuficiente de expertos en el consenso D13. Interés limitado de la cúpula directiva de la organización D14. Mala experiencia anterior en el uso del modelo EFQM		DA1- Elaborar y aprobar una norma sobre la aplicación del modelo EFQM DA2- Mantener en la aplicación del Modelo la clasificación de las áreas de mejora por Criterio DA3- Sensibilización de directivos de la organización DA4- Analizar la concordancia de los evaluadores DA5- Revisar y validar la clasificación sobre áreas de mejora y ejes transversales DA6- Utilizar la terminología y clasificación de Ejes y categorías disponible para siguientes evaluaciones DA7- Elaborar material de difusión sobre la utilidad de los ejes transversales DA8- Promover trabajos sobre el coste beneficioso del uso del modelo y los ejes	
FORTALEZAS (entorno interno)		Estrategias de reorientación (DO)	
F1. Permite la comprensión e interpretación de las AM comunes detectadas F2. Facilitación para implantar las mejoras y planes de acción F3. Mayor pragmatismo al permitir la agrupación de estrategias en torno a un mismo AM F4. Potencial eficiencia de los ejes transversales al actuar sobre varios criterios del modelo F5. Mejora la comprensión de las autoevaluaciones del conjunto de la organización F6. El Modelo de Autoevaluación y Mejora de Madrid orienta-recomienda sobre su utilización F7. Aplicación generalizada del Modelo EFQM en instituciones sanitarias de la C. de Madrid F8. Permite la comparación entre centros al adoptar un formato homogéneo para todos F9. El lenguaje utilizado en las categorías es más comprensible F10. Reducción de las áreas a tratar F11. Experiencia inicial de aplicación de los ejes transversales F12. Aplicación de los ejes a la realidad de la organización F13. Conocimiento de los evaluadores		DO1- Utilizar los líderes de opinión para promover la utilización de los ejes DO2- En sucesivas autoevaluaciones clasificar las áreas de mejora también por subcriterio DO3- Promover la utilización de los ejes de forma conjunta con la DG de Calidad de los Servicios DO4- Incluir en el informe un apartado de agrupación de AM en torno a los ejes DO5- Crear-mejorar una clasificación sobre la interpretación y aspectos a incluir en cada eje transversal DO6- Incluir los ejes dentro de los contenidos de los Planes Formativos DO7- Elaborar documentos de divulgación con la Fundación Madrid Excelente DO8- Comunicar y publicar los resultados de la aplicación	
		Estrategias defensivas (FA)	
		FA1- Promover la aprobación de normas sobre uso del modelo EFQM FA2- Diferenciar la aplicación de los ejes y su complementariedad con la clasificación tradicional de las AM FA3- Ampliar el consenso original FA4- Disponer de evaluadores entrenados, independientes y objetivos FA5- Incluir los proyectos de mejora clasificados por ejes en los contratos de gestión FA6- Diferenciar la utilidad del modelo EFQM y su complementariedad con otros modelos FA7- Elaborar artículos de opinión sobre la utilidad de los ejes	
		Estrategias ofensivas (FO)	
		FO1- Incluir la utilización de ejes en la metodología de las próximas autoevaluaciones FO2- Valorar la utilización de los ejes en los objetivos del contrato de gestión FO3- Inclusión de la aplicabilidad de los ejes en los cursos de formación FO4- Utilizar los ejes para el seguimiento de los proyectos de mejora FO5- Adaptación de la herramienta informática para su interpretación por ejes FO6- Diferenciar y publicar la experiencia de aplicación de los ejes en el análisis de las autoevaluaciones FO7- Establecer una correspondencia entre los ejes y los criterios del modelo "Madrid excelente"	

Figura 6 Análisis DAFO: ejes transversales.

La utilización del modelo EFQM ha alcanzado un elevado despliegue, tanto para la fase de evaluación como para las consecutivas etapas de priorización y delimitación de los planes de acción. La identificación de PF y AM prácticamente centran su énfasis sobre los criterios agentes, ya sea para el conjunto del sistema sanitario como de forma segmentada por cada nivel asistencial<sup>10</sup>. Esto traduce una valoración positiva, al facilitar un abordaje muy pragmático debido al alto volumen de información utilizado, y permite un diagnóstico del conjunto de la organización sanitaria<sup>11</sup>.

Así mismo, el conjunto del proyecto y el extenso proceso autoevaluador se caracteriza por la riqueza de dicha información sobre los PF y AM identificados en todos los centros sanitarios y objetivar el diferente desarrollo institucional de los planes de acción propuestos. De tal modo, una adecuada comunicación y difusión de los resultados permite avanzar de una manera más homogénea en el conjunto del sistema, compartiendo las experiencias y conocimientos aplicados como potencial herramienta de *benchmarking*.

Sin duda, también adolece de ciertas limitaciones ya que los resultados derivan de las técnicas y formato de trabajo diseñados al efecto, requiriendo cautela al sugerir la extrapolación de sus conclusiones a otros entornos. Por otro lado, si bien se encuentra identificada la relación de EETT del modelo, no puede decirse lo mismo del contenido y alcance de cada EETT en la práctica, siendo una cuestión todavía no resuelta en la literatura. Por ello nos encontramos en las primeras etapas de su potencial aplicabilidad y este trabajo pretende incidir en dicha consideración. La relación de categorías y códigos de análisis utilizados para interpretar los EETT en este trabajo ha supuesto un exhaustivo ejercicio de síntesis a partir del total de informes de autoevaluación del SSP. Con seguridad, en posteriores acercamientos al uso de los EETT se podrá ir delimitando más estrechamente el marco de trabajo de cada EETT dentro del modelo.

Ciertamente de la información obtenida, las AM con mayor citación en el conjunto del sistema sanitario responden a las categorías de comunicación interna ascendente y descendente, planificación estratégica, así como el diseño y despliegue de los cuadros de mando y sistemas de información disponibles, además de las limitaciones en la aplicación y medición de los resultados clave en organizaciones de servicios sanitarios. Los resultados por EETT reflejan de modo similar, el predominio de los ejes de gestión de la organización, personas, clientes, proceso y comunicación, centrándose la priorización sobre la comunicación y la gestión de la organización para el conjunto del sistema. Esto debe sugerirnos la reflexión de las verdaderas necesidades en el entorno de trabajo de los profesionales y centros sanitarios, y por tanto las actuaciones prioritarias que son realmente demandadas.

Asumiendo el problema de la utilización de los EETT para el análisis de las autoevaluaciones del sistema sanitario, se han objetivado un número de causas coherentes con la bisoñez de la utilización de la herramienta, los condicionantes en cultura de calidad y liderazgo de la organización y de modo más específico para esa intervención los atributos de validez y reproducibilidad de las categorías seleccionadas como objeto de análisis. El análisis estratégico mediante el DAFO resulta especialmente atractivo en cuanto a que considera la perspectiva actual y sugiere determinadas estrategias de intervención al cruzar los factores internos y externos. Si la utilización de los EETT termina siendo una característica de las autoevaluaciones EFQM en nuestro ámbito, no es menos importante anticipar qué factores pueden ser más interesantes para hacer efectiva su implantación. Este análisis DAFO resume las condiciones vigentes de nuestro entorno sanitario, lo que no debe considerarse como norma para otros ámbitos que precisan de su correspondiente adaptación.

Resultaba de especial importancia, la valoración cualitativa de los expertos sobre las características y continuidad



de los EETT en las autoevaluaciones. Existe un apreciable consenso para la mayoría de ítems de la encuesta, y se subrayan las dudas razonables sobre la complejidad de la herramienta y la verdadera efectividad de su aplicación. Sin duda, una mayor experiencia con los EETT determinaría otras consideraciones, pero en este momento permite aproximarse a las percepciones que sugiere su aplicación, no en vano cualquier sistema y técnica requiere de personas, que en definitiva son el verdadero capital del éxito de cualquier intervención.

En conclusión, la autoevaluación mediante el modelo EFQM, aplicando los EETT como herramienta de lectura horizontal, precisa de una mayor capacitación de los evaluadores y del propio sistema para utilizar los EETT de forma apropiada, observándose en el momento actual, una expectativa favorable ya que sistematiza las acciones correctoras que inciden con mayor certidumbre en diferentes criterios y subcriterios simultáneamente del modelo EFQM.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Especialmente al grupo de expertos, sin cuya amplia experiencia y conocimiento no hubiese sido posible obtener la profundidad de este trabajo: Andoni Arcelay Salazar, Alberto Fernández León, Marbella García Urbaneja, José María Mena Mateo, José Joaquín Mira Solves, Fernando Palacio Lapuente, Alberto Rodríguez Balo, Pedro Ruiz López, Paz Sánchez Aznar.

### Bibliografía

1. European Foundation for Quality Management. Modelo de Excelencia. Ed. Club Gestión de Calidad. Madrid: 1999.
2. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio I, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de Calidad Total al sector sanitario. *Rev Calid Asist.* 2000;15:184-91.
3. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado. Club Excelencia en Gestión. 2003, Madrid.
4. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Manual de Aplicación y Autoevaluación. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. 2006, Madrid.
5. Lorenzo S. Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. *Rev Calid Asist.* 2000;15:129-30.
6. Heaton C. Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care.* 2000;12:177-82.
7. Jackson S. Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service. *Qual Assur J.* 2001;5:19-31.
8. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care.* 2001;13:45-9.
9. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM Excellence Model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 191-201.
10. Subdirección General de Calidad. Modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema Sanitario Madrileño. Informe de resultados 2006-2007. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. 2007, Madrid.
11. Evaluar la Excelencia. Guía práctica para desarrollar, implantar y revisar la autoevaluación de mi organización. Ed. Club Gestión de Calidad. Madrid, 2003.