

Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y *Joint Commission*

Rosa Simón, Joan Guix, Luis Nualart, Rosa M. Surroca, Joan-Miquel Carbonell

Grup SAGESSA, Unidad Clínico-Experimental Hospital Universitario Sant Joan de Reus-Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Reus

Correspondencia
Rosa Simón Pérez
Grup SAGESSA
C/Lluís Companys, s/n
43201 Reus (Tarragona)
Tel.: 977 312 228
E-mail: rsimon@grupsgs.com

Resumen

La utilización de modelos de referencia para el diagnóstico de la calidad de empresas y organizaciones es cada vez mayor. El sector sanitario se ha incorporado, aunque tardíamente, a esta tendencia. Se presenta la experiencia del Grup SAGESSA en la utilización conjunta del modelo de Acreditación de la *Joint Commission* (JC) y del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM) para el diagnóstico de la calidad. La utilización de los estándares de acreditación de la JC permite valorar los aspectos asistenciales, especialmente desde una visión centrada en el paciente; las áreas de mejora detectadas en nuestro caso fueron la gestión del entorno, la gestión de los recursos humanos y los derechos de los pacientes. La aplicación de la autoevaluación mediante EFQM pone de manifiesto las áreas de mejora referentes a los aspectos organizativos y estructurales; en nuestro caso fueron la gestión del personal y satisfacción del personal. El nivel de concordancia entre los modelos ha sido del 60%, aunque con distintos enfoques. La utilización conjunta de ambos ha permitido detectar áreas de mejora que, en caso de haber utilizado uno u otro, habrían caído en zonas ciegas para el modelo y pasar inadvertidas para la organización.

Palabras clave: Gestión de calidad total. EFQM. Auto-evaluación. *Joint Commission*.

Introducción

Las organizaciones sanitarias tienen por objetivo la mejora del estado de salud de la población, ofreciendo una atención completa y adecuada a todos los ciudadanos que la demanden, en condiciones de efectividad y eficiencia¹. La complejidad técnica de las actividades que llevan cabo y las múltiples interrelaciones que se producen entre recursos humanos y recursos técnicos hacen que garantizar la calidad de la atención vaya más allá del control estricto del acto realizado, debiendo incidir también en los aspectos organizativos, equipos y satisfacción de los clientes.

La evolución de las organizaciones del sector empresarial se ha acelerado en los últimos tiempos. Antes de la Revolución

Summary

Reference models of quality assessment have been used increasingly in all kind of organizations. These models have been lately incorporated in the health setting. In this paper our experience in quality assessment of SAGESSA Group using the Joint Commission (JC) Accreditation Model and the European Foundation Quality Model (EFQM) jointly is described. Standards defined by JC evaluate health care topics from a patient focused point of view. Environment management, human resources management and patients' rights were the improvement areas detected in our experience. EFQM self-assessment underlines organizational and structural topics, being personal and professional satisfaction the main improvement areas detected. Taking into account different focal point of models, concordance level was 60%. Using both models together permitted improvement areas detection that has been held using each one singly.

Key words: Total quality Management. EFQM. Self-assessment. *Joint Commission*.

Industrial, la estrecha relación del artesano con su cliente permitía la elaboración de productos exclusivos y adaptados a sus necesidades, estableciéndose una relación parecida a la actual médico-paciente. A principios del siglo XX, se profundiza en la aplicación de las técnicas de gestión de la calidad y se establece el control de la calidad como proceso final de la producción. Finalizada la Segunda Guerra Mundial, el control de calidad se sustituye por modelos de gestión dirigidos a planificar la calidad, desarrollar los procesos productivos y establecer los mecanismos de mejora continua. La producción se orienta a las necesidades de los clientes y se pretende aumentar la satisfacción de los consumidores para asegurar la pervivencia de la organización. En la década de los 70, se introduce el concepto de calidad total, cuyo principal exponente se sitúa en los Círculos

de Calidad de las empresas japonesas y en la participación de los trabajadores, no sólo con su esfuerzo, sino con su colaboración intelectual². Más tarde, se incorpora el término de excelencia como una forma de gestión basada en el liderazgo, y la mejora continua como método para alcanzarla. Gestionar la calidad se convierte pues, en uno de los principales objetivos de las nuevas organizaciones.

Las organizaciones sanitarias sufren un proceso parecido, aunque más tardío³. Se proponen tres ámbitos para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado, y se describen dos componentes de la calidad, la técnica y la identificada por los usuarios de los servicios⁴. Se identifican diferentes estrategias para la detección de áreas de mejora⁵. Entre ellas, destaca la opinión de los mismos profesionales⁶ (mediante métodos de consenso grupal o sugerencias individuales), la opinión de los clientes externos^{7,8} (bien mediante estudios cualitativos como grupos focales, entrevistas estructuradas, semiestructuradas, o en profundidad, bien mediante encuestas de expectativas o de satisfacción), la revisión de las reclamaciones⁹ y el análisis de los datos proporcionados por los sistemas de información de la organización mediante la monitorización de indicadores^{10,11}.

No obstante, esta estrategia es reactiva y puede comportar dificultades, e incluso contradicciones, cuando se desarrolla fuera de un marco de más amplios horizontes, con objetivos estratégicos y operativos claramente establecidos. Gestionar la calidad consiste en valorar el punto de partida, planificar en función de la valoración realizada, establecer un plan de acción que englobe objetivos consecuentes y coherentes con la planificación, aplicarlos, y evaluar la efectividad del plan de acción llevado a cabo, valorando su eventual modificación¹². Cualquier estrategia se debe inscribir en este círculo de mejora y marco de gestión de la calidad.

La valoración de la situación inicial se hace en base a un referente, que permite establecer el punto de apoyo del proceso de mejora continua (Planificación, Desarrollo, Comprobación y Ajuste), detectando los puntos fuertes y las áreas de mejora a tratar convirtiéndolas en objetivos estratégicos y operativos de la organización. Quedan atrás los tiempos en que esta evaluación se realizaba basándose en la intuición, la opinión y la percepción de los profesionales más voluntariosos. Se impone la utilización de modelos explícitos, utilizando como referencia modelos de calidad total¹³.

El presente trabajo tiene por objetivo presentar la experiencia del Grup SAGESSA en la utilización conjunta de dos modelos de gestión de la calidad total para el diagnóstico de la situación de la organización: el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM) y el Modelo de Acreditación de la *Joint Commission*.

Modelos

Modelo, según el diccionario de la Real Academia Española significa "arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo", "esquema teórico de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. En empresas, indica que ha sido creado como ejemplar o se considera que puede serlo". Aplicado al ámbito

sanitario, podríamos asimilar modelo a un instrumento de comparación o referencia que facilita la detección de aspectos de la organización susceptibles de mejora.

En el marco de la gestión de la calidad, nos encontramos con la existencia de muchos modelos posibles¹⁴⁻²², y de muchas modalidades para su aplicación. Todo consultor, todo gestor, todo profesional tiene su modelo, ya sea aplicando los existentes o introduciendo adaptaciones.

Para ser operativos, es recomendable recurrir a modelos explícitos, estructurados, validados, reconocidos, con amplia experiencia en su aplicación práctica, y, en la medida de lo posible, con vigencia y prestigio internacionales. Además, si la valoración del punto de partida en la gestión de la calidad ha de tener una proyección estratégica, el modelo no debe ser un modelo de mínimos, sino un modelo de excelencia. Un número reducido de modelos cumplen estos requerimientos y, entre ellos, mencionaremos sólo dos: el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad, y el Modelo de Acreditación de la *Joint Commission*.

La *European Foundation for Quality Management* (EFQM), nace en 1988 de la mano de 14 de las más importantes empresas europeas, industriales y de servicios, para potenciar la obtención de ventajas competitivas para Europa, a partir de la aplicación de la Gestión Total de la Calidad (TQM). De aquí surge un modelo, el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad, y, en 1991, se convoca el Premio Europeo a la Calidad, inspirado en los premios Deming (Japón) o Baldrige (EE.UU.), como mecanismo de reconocimiento de la gestión basada en la calidad total, y enfocada a la excelencia, utilizando los criterios del modelo²¹. En 1996 se publica una adaptación al sector público²³ y recientemente ha visto la luz la adaptación del modelo al sector sanitario²⁴.

El Modelo Europeo se basa en el principio que "el liderazgo de la organización lleva a establecer una planificación estratégica y operativa orientada al cliente y a los resultados a alcanzar". Para ello articulan 9 criterios (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad, resultados clave), cinco considerados como "agentes, lo que la organización hace", y cuatro considerados "resultados, lo que la organización logra".

El Modelo Europeo es modelo de Excelencia. El diagnóstico, como valoración del punto de partida, precisa que el equipo directivo utilice la autoevaluación (herramienta que el modelo dispone para realizar la comparación), compare su organización con los criterios del modelo y determine de manera consensuada las áreas de mejora detectadas en relación con los criterios evaluados. Ha sido profusamente utilizado en el sector sanitario español, tanto en centros hospitalarios^{25,26}, como en centros de atención primaria²⁷, así como en los centros que conforman el Servicio Vasco de Salud²⁸. Su aplicación no está exenta de limitaciones²⁹, aunque algunas de ellas han sido superadas en su versión específica para el sector sanitario²⁴.

La *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* nace en el año 1951, dedicada a la acreditación de hospitales, convirtiéndose posteriormente en la actual *Joint Commission on Healthcare Organizations* (JCHO), cuyo campo de acción afecta a la totalidad de niveles asistenciales. Con la finalidad de contribuir a la mejora de los centros asistenciales, *Joint*

*Commission*²¹ establece una serie de estándares asistenciales orientados al paciente, entendidos como condiciones que debe reunir la práctica para ser considerada de calidad. *Joint Commission*, mediante un proceso de acreditación externa, da fe de que los estándares se cumplen, y a qué nivel. Además, colabora en el planteamiento de posibles soluciones en las áreas de mejora detectadas. La superación del proceso de acreditación y su certificación correspondiente, imprescindible en Estados Unidos para la contratación con *Medicare* y *Medicaid* desde 1966, supone un reconocimiento de prestigio y alcance internacionales.

Los estándares a valorar se dividen en: derechos del paciente, evaluación del paciente, asistencia al paciente, educación del paciente y familia, continuidad asistencial, gestión y mejora de la calidad, gobierno, liderazgo y dirección, seguridad y gestión de instalaciones, gestión del personal, gestión de la información, y manejo de la infección.

La utilización de los estándares de acreditación de *Joint Commission* como diagnóstico supone la detección de áreas de mejora en los aspectos asistenciales del centro. Además de en Estados Unidos ha sido utilizada en diversos países con sistemas sanitarios diferentes, habiéndose introducido modificaciones y ajustes en los criterios³⁰.

Nuestra opción

Nuestra organización, Grup SAGESSA, está constituida por un conjunto de centros asistenciales públicos, gestionados de forma integrada, que cubren los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Atención Socio-sanitaria y Atención Social), dentro del ámbito territorial de las comarcas más meridionales de Catalunya. Cuenta con 400 camas de hospitalización de agudos que generan unas 17.000 altas anuales, unas 500 plazas de atención socio-sanitaria, y la atención primaria para unas 50.000 personas. Globalmente, ocupa a unos 1.300 trabajadores.

A finales de 1993, y a partir de un diagnóstico inicial efectuado por consultores externos, se constatan como puntos fuertes de la organización la cultura de eficiencia existente, la satisfacción del cliente externo y el interés de los profesionales por mejorar la calidad. Se evidencian como áreas de mejora el predominio de la gestión economicista y la relativa insatisfacción de los profesionales. Por ello, se inicia un Plan de Calidad (1994-1996), dirigido a incorporar la calidad al modelo de gestión, ampliar el ámbito de liderazgo de la dirección a los temas de calidad e impulsar la adhesión progresiva de todos los profesionales. Para ello se constituyen Equipos de Mejora que faciliten la búsqueda y elección de oportunidades de mejora con el compromiso institucional de transformar las propuestas en objetivos de gestión y hacer frente a las inversiones necesarias³¹.

Una de las principales conclusiones a las que se llegó al realizar la valoración del Plan de Calidad fue que no se habían identificado las áreas de mayor interés o más trascendentes tanto para nuestros profesionales como para la organización. Además, existía la sensación de presión excesiva y de sobrecarga de demandas (la calidad era algo añadido a las tareas diarias) y habían aparecido contradicciones entre la gestión diaria

y el plan de calidad, ya que los objetivos en algunos casos no eran confluentes.

El plan de calidad también nos había proporcionado éxitos, pero pese a ello, era necesario un replanteamiento que permitiese dar una perspectiva estratégica concreta dirigida a la gestión de la calidad, marcando y priorizando objetivos claros, concretos y relevantes, que afectasen y motivasen a la totalidad de nuestros profesionales, tanto asistenciales, como de los demás ámbitos, y que hicieran explícito nuestro objetivo estratégico de cambio cultural, centrado en torno de la mejora continua, y la mejora de la satisfacción de nuestros clientes y de nuestros profesionales.

El primer paso, imprescindible y en el cual nos centraremos, era la realización de un nuevo diagnóstico de calidad en la organización, que nos permitiese objetivar toda una serie de áreas de mejora que, posteriormente, pudiesen priorizarse y convertirse en objetivos concretos para el conjunto del grupo o para los diversos centros integrantes del mismo.

Por todas las consideraciones más arriba expuestas, nos inclinamos por utilizar un modelo que nos permitiera llevar a cabo un planteamiento finalista, lineal, objetivo y sin contradicciones. De los posibles modelos a adoptar, considerando que nuestra organización es, esencialmente asistencial, decidimos basarnos en el modelo *Joint Commission*.

No obstante, después de analizar los estándares de acreditación de la *Joint Commission*, valoramos que cubrían perfectamente los aspectos de la asistencia, especialmente desde una visión centrada en el paciente, pero observamos que adolecía de insuficiencias en el análisis de los aspectos organizativos y estructurales desde un punto de vista empresarial. Este segundo nivel lo cumplía de forma satisfactoria el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM). Después de analizar ambos modelos, llegamos a la conclusión que ambos, *Joint Commission* y EFQM, no tan sólo no eran incompatibles, sino que se complementaban excelentemente. A nuestro entender, el marco conceptual de *Joint Commission*, al estar centrado en la asistencia a los pacientes, sintonizaba perfectamente con nuestro personal clínico, sus intereses y sus motivaciones, y el modelo EFQM, al desarrollarse desde una óptica de gestión de la calidad, podía comportar un alto nivel de implicación y compromiso por parte de nuestros mandos.

El diagnóstico

Una vez tomada la decisión, y bajo el liderazgo de la Dirección General, se procedió a un proceso informativo a todos los niveles, especialmente de directivos y mandos intermedios, tanto mediante artículos en nuestra publicación interna trimestral, como mediante charlas informativas, insistiéndose en que nuestro objetivo inicial no era la obtención de ningún tipo de certificación, sino conseguir un diagnóstico explícito y objetivo, a partir del cual poder establecer objetivos concretos de mejora.

El diagnóstico se inició mediante la realización de procesos de evaluación (*assessment*), previos a la acreditación, por parte de personal vinculado a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, en el ámbito de dos de nuestros hospitales de agudos, en el de una área básica de salud y en dos centros socio-sanitarios integrados en el grupo.

Al tratarse de un *assessment*, es decir, una fase previa a la acreditación, si bien la evaluación no fue exhaustiva, tuvo la intensidad suficiente como para poner de manifiesto las áreas de mejora más importantes existentes con relación a los estándares, tanto a nivel de los centros auditados, como del conjunto de la organización.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, para los dos hospitales de agudos, se cumplían en forma total o parcial, el 51% y el 67% de los estándares revisados. Para el centro de atención primaria se cumplían el 81% de los estándares correspondientes y para los dos centros socio-sanitarios, el 53% y 54%. Nuestras principales áreas de mejora se situaron en la gestión del entorno, los derechos de los pacientes y la gestión de recursos humanos.

Simultáneamente a los procesos de *assessment*, se llevó a cabo la autoevaluación basada en el modelo EFQM. Consideramos que, del total de los nueve criterios del modelo que se debían examinar, los de liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, resultados en la sociedad, y resultados clave eran comunes al grupo, y su evaluación se realizó de manera conjunta. Los referidos a procesos, resultados en el cliente, y resultados en el personal podían considerarse específicos para cada centro y cada uno de ellos realizó su propia autoevaluación.

El proceso de autoevaluación se llevó a cabo mediante el enfoque de grupos de trabajo. Se constituyeron un total de 17 grupos de trabajo, con una participación directa de 63 directivos y mandos de la organización, que trabajaron, aproximadamente, unas 2.300 horas en total, entre reuniones, trabajo de recogida y análisis de la documentación, y redacción de resultados. Cada equipo de trabajo contó con un tutor externo a la organización, experto en el modelo, que dirigía al equipo en la autoevaluación y en la adopción de acuerdos mediante el consenso.

Se identificaron un total de 169 objetivos de mejora relevantes para toda la organización y cada uno de los centros. Los criterios en los que se consiguió una menor puntuación fueron los de gestión de personal y satisfacción del personal.

El nivel de concordancia entre las áreas de mejora identificadas por uno y otro modelo superó el 60%, aunque los enfoques eran distintos. Las áreas de mejora detectadas se convirtieron en objetivos operativos a desarrollar en los próximos años.

Conclusión

Nuestra experiencia se concreta en la utilización meramente diagnóstica de ambos modelos. La utilización conjunta de los modelos EFQM y *Joint Commission*, pese a su distinto enfoque, ha sido beneficiosa, al permitirnos detectar áreas de mejora que, en caso de haber únicamente utilizado uno u otro, habrían caído en zonas ciegas para el modelo.

Sin embargo, es necesario hacer una serie de consideraciones, una vez realizados ambos procesos, sobre cada uno de los dos modelos utilizados.

Joint Commission es un modelo centrado en el paciente, por lo que su lenguaje y su abordaje son fácilmente comprendidos y aceptados por el personal clínico. En su fase de *assessment*, y si lo utilizamos como herramienta diagnóstica, es un proceso pasivo y escasamente laborioso, características que desapare-

cen en cuanto se pretende utilizar el modelo para lo que ha sido creado, es decir, para la acreditación. En su conjunto, no es tan distinto de una revisión o auditoría, a las que tan acostumbrados están nuestros profesionales a partir de las sesiones o las comisiones clásicas (infecciones, mortalidad...), y presenta el valor añadido de las aportaciones de los evaluadores externos expertos (*surveyors*), vinculados a una organización altamente prestigiada en los medios asistenciales internacionales. No obstante, la mayoría de los procesos que podemos catalogar como auxiliares, y algunos de los estratégicos son, o pasados por alto, o poco profundizados por el modelo.

Por otra parte EFQM, a nuestro entender, precisa de una cultura previa de calidad y de eficiencia sólidamente implantadas. Al tratarse de un proceso de autoevaluación, puede resultar difícil y laborioso. Precisa de una formación específica dirigida a conocer el modelo, las interrelaciones entre sus criterios, los criterios de valoración y el proceso de autoevaluación, pese al apoyo de expertos externos. Por otra parte, constituye un proceso altamente participativo y vinculante. Provoca la concienciación y, en buena manera el compromiso, por parte de aquellos que han participado directamente en la valoración, en nuestro caso mandos y directivos.

Las perspectivas de futuro tras la aplicación de los modelos nos llevan a profundizar en las áreas de mejora detectadas, en realizar una nueva autoevaluación mediante el EFQM, y en orientar alguno de los centros a la obtención de la acreditación por la *Joint Commission*.

En resumen, la utilización conjunta de ambos modelos ha permitido poner de manifiesto múltiples áreas de mejora de nuestros centros, tanto en relación a los aspectos asistenciales, como a los organizativos. Ha propiciado, asimismo, la implicación de grandes grupos de profesionales en la mejora de la calidad de los centros.

Bibliografía

1. Lamata F, Conde J, Martínez M. *Marketing sanitario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
2. Zarzo A. Gestión de la Calidad Total: una pincelada de historia. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:131-2.
3. Costa JM. *Gestió de la qualitat en un món de serveis*. Barcelona: Gestió 2000, 1998.
4. Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
5. FAD. *Manual per a equips de millora de la qualitat*. Barcelona: Fundació Avedis Donabedian, 1994.
6. Dueñas S, Mota C, Sellarés J. Una estrategia para el cambio: hacia la mejora continua mediante la notificación de situaciones mejorables en una dirección de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:102-7.
7. Solà C, Aluja M, Guix J, Nualart LI. Mejora de la información y comunicación sistemática a pacientes y familiares de una unidad de cuidados intensivos. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11: 91-5.
8. Santacruz V, Carbonell JM. Evaluación de la satisfacción de los usuarios en Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* 1999;6 (2):48-55.

9. Bautista D, Tenías JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el Hospital Dr. Peset de Valencia, durante 1994. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11: 108-12.
10. Temes Montes JL, Pastor Adelguer V, Díaz Fernández JL. *Manual de Gestión Hospitalaria*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
11. Koch H. *Gestión total de la Calidad en la sanidad*. Barcelona: SG editores-Fundación Avedis Donabedian, 1994.
12. Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
13. Donabedian A. El pasado y el futuro a los ochenta años. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:785-7.
14. Escabias J, Villatoro V, Trillo V, Rius F, Gómez C, Aranda JM. Propuesta y validación de un modelo teórico para la ejecución de programas de calidad en atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:114-9.
15. Fernández Delclós MD. Experiencia en la acreditación de un laboratorio clínico en Australia. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12:120-1.
16. Rillo F, Sató J. Propuesta de un modelo de audit de calidad para hospitales: AUDIT Q. *Mapfre Medicina* 1994;5(Supl.III):103-34.
17. Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:203-9.
18. Generalitat de Catalunya. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris. *DOGC* 1477 (1991):4308-4314.
19. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. *Int J Qual Health Care* 2000;12:177-82.
20. Carrasco Prieto A, González Arias E. *Manual práctico de acreditación de hospitales*. Valladolid: Editorial Médica Europea, 1993.
21. European Foundation for Quality Management. *Modelo EFQM de Excelencia: 1999*. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
22. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Estándares de acreditación de hospitales*. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1998.
23. European Foundation for Quality Management. *Manual de Autoevaluación: Directrices para el Sector Público: Salud* 1995. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1996.
24. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. *Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM*. Madrid: MSD, 2001.
25. Moracho O. Gestión por procesos y Modelo Europeo de Excelencia: evaluación y mejora continua. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:140-8.
26. Ramon C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital de Manacor usando el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:149-53.
27. Ardèvol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El Modelo Europeo de Gestión empresarial como instrumento para difundir la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de la atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:159-61.
28. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, Gonzalez-Llinares R. De la Gestión de la Calidad hacia la Excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:177-83.
29. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:92-7.
30. Schyve PM. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Int J Qual Health Care* 2000;12:255-8.
31. Nualart LI. *Metodología y diseño de planes de calidad en centros sanitarios: problemas de implantación. Libro de Ponencias del XII Congreso de Calidad Asistencial*. Donostia: Sociedad Española de Calidad Asistencial, 1994.