

Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados

Fernando Palacio^a, Ignacio Pascual^b y Jordi Daniel^c

^aCentro de Salud Ondarreta. Osakidetza. ^bGerente de l'Àmbit Tarragona-Terres de l'Ebre. ICS. ^cDirector del Servei d'Atenció Primària Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut.

Correspondencia

Fernando Palacio.

Centro de Salud Ondarreta. Avda. Zumalacarregui, 24. 24008 San Sebastián.

Correo electrónico: fpalacio2001@yahoo.es

Resumen

Objetivos: Evaluar la Dirección de Atención Primaria (DAP) de Reus mediante el modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Probar la funcionalidad de un modelo adaptado al ámbito sanitario.

Material y métodos: Se evalúa la gestión de la DAP de Reus a lo largo del ejercicio 2000. Para ello se utiliza un modelo adaptado al ámbito sanitario, validado y publicado, con metodología de aplicación que permite que la evaluación se realice en poco tiempo.

Resultados: Se identificaron 84 puntos fuertes y 116 oportunidades de mejora, a partir de los cuales se elabora un documento estratégico, que sirve de base para los planes de mejora. La puntuación obtenida por la DAP fue de 445 puntos.

Conclusiones: El modelo adaptado es más fácil de utilizar que el original, con un lenguaje más próximo a la clínica. A pesar de ello sigue siendo complejo en su aplicación. En cuanto a los resultados, se considera de gran valor el documento estratégico obtenido, y aunque se reconoce como inusual un resultado superior a 400 puntos, se acepta como referencia para la propia DAP. La metodología de aplicación ha permitido realizarla en una sola jornada de trabajo.

Palabras clave: EFQM. Atención primaria de salud. Evaluación.

Summary

Objectives: To assess Primary Care Management (PMC) in Reus (Spain) using the European Foundation for Quality Management Excellence Model (EFQM) and to test the functionality of a version of this model adapted to the healthcare setting.

Material and methods: The performance of PMC throughout the year 2000 was analyzed using a published and validated version of the EFQM model adapted to the healthcare setting. The methodology used enabled assessment to be performed in a short period.

Results: Eighty-four strengths and 116 areas of improvement were identified. These elements were used to create a strategic document, which served as the basis for future improvement. The PMC's score was 445 points.

Conclusions: The adapted model is easier to use than its original counterpart and its language is closer to clinical language. However, application of the model remains complex. Regarding the results, the strategic document was considered of great value. Although a score of more than 400 points is considered high, this figure has been kept as a reference for the PMC. The methodology used enabled assessment to be performed in one working day.

Key words: EFQM. Primary Health Care. Assessment.

Introducción

La operativización del concepto de "empresa orientada al cliente" mediante los modelos de evaluación han significado un paso importante en el camino hacia la excelencia empresarial, en el que ha estado muy presente el sector sanitario¹. Dentro de estos modelos el más conocido en nuestro medio es el modelo europeo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM)², pero diferentes culturas empresariales disponen de otros semejantes, como pueden ser los de Japón, los EE.UU., Australia o el más reciente modelo iberoamericano. Centrándonos en el EFQM, su incorporación ha significado para las empresas europeas la posibilidad tanto de evaluarse de una manera cuasi objetiva

y, por tanto, de compararse entre ellas, como de reflexionar sobre la gestión de la propia empresa.

Estas características lo hacen muy adecuado para la evaluación de las empresas proveedoras de servicios sanitarios. La separación en Cataluña a partir de la promulgación de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya³ entre financiación y provisión de servicios sanitarios, responsabilidad del Servei Català de la Salut y de los diferentes proveedores de asistencia, respectivamente, está produciendo cambios importantes en la evaluación de las empresas sanitarias que se financian con dinero público, y es en este campo donde el EFQM puede ser de evidente utilidad.

En concreto, la autoridad sanitaria está, como compradora, abandonando los indicadores de proceso para centrarse

en otros orientados a resultados. Éstos, previsiblemente, habrían de ser de satisfacción de los ciudadanos, estados de salud de la población y resultados económicos.

El EFQM, como sistema de valoración de excelencia empresarial, parece responder de una manera más objetiva y estar más orientado a las expectativas del comprador de servicios que otro cualquier sistema actual, ya que contempla aspectos como la opinión de los usuarios, satisfacción de los profesionales, impacto social, procesos, etc., la importancia de los cuales no es preciso argumentar.

El EFQM está estructurado en 9 criterios: liderazgo; recursos humanos; estrategia; recursos y alianzas; procesos; satisfacción de los clientes; satisfacción del personal; resultado en la sociedad, y resultados clave. La razón de ser de los criterios sería²: "Bajo un liderazgo orientado a la gestión de calidad total, se diseñan y aplican unas estrategias, contando con los recursos humanos y el resto de recursos y alianzas de que se dispone, para llevar a cabo unos procesos que han de conseguir la satisfacción de los clientes, del propio personal y de la sociedad, además de obtener buenos resultados empresariales."

Cada uno de los criterios está dividido en subcriterios y para cada subcriterio se sugiere una serie de aspectos que se deben valorar.

Como instrumento de evaluación el modelo permite evaluar con criterios explícitos todos los aspectos relevantes de una empresa, y lleva a una puntuación que, agregada en el total o desagregada por criterios, permite un seguimiento a lo largo de los años de estos aspectos, lo que favorece una comparación a lo largo del tiempo de la propia empresa. En consecuencia, si es posible llegar a una puntuación objetiva, podrán compararse empresas diferentes que hayan utilizado el mismo instrumento de medida y con los mismos criterios, lo que permite una comparación entre empresas e incluso posibilita la existencia de un premio a la mejor⁴. Todo ello con la seguridad, con toda la prudencia con la que se puede hablar hoy de seguridades en el cambiante ámbito de la gestión, de que la valoración se realiza contemplando todos los campos relevantes y que incluso se pondera la importancia relativa de cada uno de estos campos.

Sin embargo, y precisamente debido a su origen y a lo exhaustivo de su enfoque, presenta en nuestra opinión dos problemas de aplicabilidad. Por un lado, el modelo adolece de falta de concreción de algunos subcriterios, hay solapamientos entre ellos o, en nuestro caso, utiliza un lenguaje que no está adaptado a nuestro producto que es la clínica⁵. Por otro, puede resultar un modelo muy complejo, que requiere mucha información y dedicación de tiempo y personas para poder aplicarlo⁶. Esto, unido a la falta de hábito de una autoevaluación exhaustiva, hace que pequeñas empresas, con sistemas de información poco desarrollados y recursos personales ajustados tengan serias dificultades para decidirse a aplicarlo. Por ello existen distintos enfoques para realizar una evaluación más o menos pormenorizada, pero como parece lógico, la sencillez del enfoque será inversamente proporcional a la riqueza de resultados⁷.

Por supuesto, cualquier propuesta que pretenda dar respuesta a estos problemas ha de garantizar la esencia del modelo, su exhaustividad y la riqueza de sus propuestas.

Para intentar dar una solución a ambos problemas, nos planteamos en nuestra Dirección de Atención Primaria (DAP) aplicar el modelo adaptado por Lorenzo et al^{7,8}, mediante una metodología asumible por nuestra organización, con los siguientes objetivos:

- Evaluar la DAP.
- Valorar la utilidad del modelo adaptado.
- Analizar la funcionalidad de la metodología utilizada.

Material y métodos

– Ambito: la DAP Reus-Altebrat es la entidad proveedora más importante de atención primaria para las comarcas del Baix Camp, Priorat i Ribera d'Ebre, en la provincia de Tarragona. Pertenece a la empresa Institut Català de la Salut. Tiene una extensión de 674,16 km² y atiende a una población de 172.194 habitantes; trabajan en ella 480 profesionales, 193 médicos, 131 enfermeras, 100 administrativos y 56 de otras profesiones. La DAP Reus-Altebrat cuenta con 14 unidades productivas, de las cuales 10 son áreas básicas de salud. Las demás unidades son rehabilitación, atención a la mujer, salud bucodental y atención continuada.

– Período de estudio: la gestión del año 2000. Evaluación realizada en el primer trimestre del 2001.

– Instrumento de evaluación: el modelo que utilizamos es el desarrollado por Lorenzo et al^{7,8} para adaptarlo al mundo de la clínica que, respetando la filosofía del original, utiliza un lenguaje mucho más "amigable" con el mundo sanitario, que lo hace asequible para trabajar con él en servicios clínicos.

El modelo respeta los 9 criterios del original, con solo leves modificaciones en el vocabulario (fig. 1). Mantiene las mismas puntuaciones y ponderaciones que el original.

Figura 1. La estructura del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, según el modelo adaptado.



Por otra parte, simplifica el modelo original, mediante una distribución algo diferente de los subcriterios⁹.

– Metodología de aplicación: de la coordinación de la evaluación se responsabilizó a una persona ajena a la dirección y con conocimientos del modelo EFQM. Se elaboró un protocolo de actuación que fue discutido y aprobado por la dirección, en el que se detallaban todos los pasos que se deberían seguir para llevarla a cabo.

La evaluación se desarrolló en 5 fases.

Primera fase. Recogida de la información

Los criterios y subcriterios se distribuyeron entre todos los directivos de la DAP en función de sus cometidos (director, director médico, directora de enfermería, directora de atención al cliente, director administrativo y técnico en salud), coordinados para esta fase por el director médico y responsable de calidad de la DAP. Su misión fue recoger información detallada de todas las acciones llevadas a cabo en el último año, sobre todos los aspectos a evaluar en los diferentes subcriterios, así como de su grado de desarrollo y de sus resultados históricos si los había.

Este período de recogida sistemática de la información necesaria para la evaluación duró un mes.

Segunda fase. Selección de los participantes en la evaluación

Además del equipo directivo y del coordinador se invitó a participar a otras 8 personas, directivos intermedios y profesionales sin responsabilidades directivas, con interés en la calidad y la gestión, seleccionados entre los participantes en un curso previo de EFQM que se había realizado en la DAP. Todos ellos fueron invitados personal y directamente por el director de la DAP. Los participantes debían de trabajar en dos grupos paralelos, de manera que los 9 criterios quedaban repartidos entre los dos grupos.

Tercera fase. Distribución de la información y de los documentos que se deben utilizar en la evaluación

A todos los participantes en la evaluación se les hizo llegar, un mes antes de la fecha prevista para la reunión de evaluación, un dossier que contenía:

- Una copia del modelo EFQM adaptado.
- Un documento de recuerdo sobre la filosofía de la evaluación y la metodología para llevarla a cabo.
- El documento que recogía toda la información recogida en la fase 1.

Cuarta fase. Evaluación

Se llevó a cabo en una única jornada, con 7 h de trabajo real aproximadamente, de acuerdo con la siguiente distribución de tiempos:

- Presentación del acto, por el director (10 min).
- Repaso de la metodología a seguir y aclaraciones, por el coordinador de la evaluación (10 min).

– Distribución de los participantes en los dos grupos de trabajo. Uno de los grupos se responsabilizó de los criterios “estrategia”, “recursos humanos”, “recursos y alianzas”, “satisfacción del cliente” y “resultados en la sociedad”, y en él actuó de moderador el coordinador de la evaluación. El segundo grupo se responsabilizó de los criterios “liderazgo”, “procesos”, “recursos humanos” y “resultados clave” y en él actuó como moderador el director médico. La distribución de responsabilidades, moderadores y composición de los grupos estaban decididos y eran conocidos con anterioridad por todos los participantes (10 min).

– Evaluación de los criterios. Para cada criterio se dedicó una media de 60 min distribuidos de la siguiente manera: 20 min para repaso y aclaraciones de la información correspondiente (en cada grupo estaba el responsable de su recogida); 20 min para puntuar los diferentes subcriterios; 20 min para identificar los puntos fuertes y oportunidades de mejora correspondientes al criterio (5 h).

– Presentación de las puntuaciones, puntos fuertes y oportunidades de mejora en sesión conjunta (una hora).

Quinta fase. Elaboración del informe

Con la información recogida se elaboró el informe de la evaluación, que incluyó las puntuaciones de cada criterio y total, los puntos fuertes y oportunidades de mejora identificados, así como un documento de líneas estratégicas en función de los resultados obtenidos.

Resultados

Para cada subcriterio, tras el análisis de la información disponible, se identificaron los puntos fuertes de la DAP y las oportunidades de mejora, para puntuarlo posteriormente. Los resultados se presentan en la tabla 1.

A partir de los puntos fuertes y oportunidades de mejora identificados se ha podido elaborar un documento estratégico como base de los planes de mejora concretos. Los resultados que presentamos son una síntesis del mismo.

El documento identifica 7 líneas de trabajo: comunicación, recursos humanos, gestión, procesos, partners, informática y mantenimiento.

La comunicación con el cliente interno ha de mejorar su calidad, fortalecer la bidireccionalidad y asegurar el conocimiento de la misión, visión y valores por parte de todo el personal.

La comunicación con el cliente externo ha de asegurar que se reciben las opiniones de todos ellos, tanto en el ámbito individual como social, así como que también ellos reciben la información de nuestra cartera de servicios, actividades y resultados.

En cuanto a los recursos humanos, han de establecerse planes de acogida protocolizados para todos los estamentos (solamente existe para los residentes de medicina de familia). Parece necesario trabajar para consensuar indicadores válidos para evaluar el desempeño, y en reconocerlo cuando es bueno. La encuesta de calidad de vida profesional ha de ser un

Tabla 1. Puntos fuertes, oportunidades de mejora y puntuación de cada uno de los criterios

Criterio	Puntos fuertes identificados	Oportunidades de mejora identific.	Puntuación
Liderazgo	22	26	38
Estrategias	5	8	38
Recursos humanos	6	10	30
Recursos y alianzas	7	11	42
Procesos	13	18	52
Satisfacción del cliente	4	11	76
Satisfacción del personal	9	13	45
Resultados en la sociedad	8	4	34
Resultados clave	10	15	90
Totales	84	116	445

vivero de planes de mejora. Se debe llegar a diseñar planes de formación individualizados cuando se detecten déficits.

Por lo que se refiere a la gestión, la mejora de la calidad de la información, basada más en resultados que en proceso, es la línea fundamental.

En cuanto a los procesos se ve la necesidad de mejorar la implicación de los propietarios de los mismos. Se han de seguir definiendo nuevos procesos y gestionándolos. Consideramos importante estandarizar los procesos relacionados con la accesibilidad, ya que existe una fuerte variabilidad. Finalmente ha de asegurarse la intimidad y confidencialidad a lo largo de todos los procesos.

Con los *partners* han de lograrse una mayor confianza y se han de compartir los flujos de información. Parece necesario hacer *benchmarking* y aprender a compartir información clínica, y profundizar nuestro conocimiento del entorno, más allá del nivel local.

Se ha de asegurar la seguridad informática, y garantizar en todo momento el acceso a la historia clínica.

Por último, en cuanto a mantenimiento parece necesario trabajar en la mejora de la gestión de almacén y disponer de un inventario de recursos actualizado. Es importante trabajar la cultura de reciclaje de residuos y de seguridad e higiene.

En cuanto a la metodología, se pudo completar la evaluación en los plazos previstos.

Discusión

A pesar de que se trata de una primera evaluación y, de un caso, creemos que pueden extraerse diferentes conclusiones que sin duda aportaran algún valor a quienes estén dispuestos a evaluarse con el modelo EFQM. Agrupamos estas conclusiones en tres apartados:

– *En cuanto a la utilidad del modelo adaptado.* Es un modelo fácilmente comprensible, si se dispone de conocimientos

sobre el modelo original. En este caso el modelo parece mucho más aplicable a la práctica, ya que el lenguaje es un lenguaje de gestión clínica. Si en la evaluación participan profesionales con formación básica sanitaria esta adaptación no aparece como un documento extraño a nuestro trabajo y a nuestras organizaciones, lo que facilita que los profesionales asistenciales puedan participar activamente. Incluso la fase de recopilación de la información necesaria resulta más sencilla.

El modelo adaptado mantiene toda la riqueza de información del original. No es un modelo simplificado en el sentido de “resumido” sino en el sentido de “adaptado al medio donde se ha de utilizar”. Los cambios principales están en el vocabulario y la redacción. Se han simplificado subcriterios, pero para agruparlos de una manera que parece más coherente para nuestras empresas, sin perder ningún aspecto relevante a evaluar. Los ejemplos y notas de apoyo de que dispone permiten aclarar ideas a quienes no están familiarizados con el modelo.

A pesar de todo, el modelo sigue siendo complejo y precisa de unas coordenadas culturales de las que los asistenciales, y muchos gestores, carecen, lo que hace evidente la necesidad de formación previa ya sea en el modelo original, ya sea en el adaptado, puesto que captar y asumir toda la cultura que fundamenta el modelo EFQM no puede hacerse de manera informal. Un mínimo de 20 h en los participantes y responsable/s de la evaluación con buenos conocimientos del modelo son imprescindibles para el éxito del proceso de evaluación. En nuestro caso la DAP había hecho el esfuerzo previo para cumplir estos requisitos.

– *En cuanto a la funcionalidad de la metodología.* La aplicación de un modelo simplificado en una dirección de atención primaria no ha comportado grandes esfuerzos económicos ni de utilización de recursos (humanos) y nos permitió reflexionar sobre el estado actual de la organización orientando las acciones de mejora y facilitando también el seguimiento temporal y el impacto real de las mejoras propuestas.

Por otro lado, la metodología aplicada ha sido valorada por el comité de dirección positivamente, dado que creemos que es: a) útil al medir aspectos de la vida de la organización que, además de adecuados, responderán a las expectativas del Servei Català de la Salut; b) fácil en su aplicación, suponiendo únicamente un mayor esfuerzo a los responsables al obligarles a traducir su cotidianidad y resultados a criterios valorables; c) económica, pues no precisa de inversiones ni de grandes gastos en consultorías. El coste de la formación previa es un gasto asumible, que se realiza una sola vez; d) rápida, al poderse realizar la evaluación prácticamente en un día y, por la propia dinámica del sistema de puntuación, obtener tanto los puntos fuertes como las oportunidades de mejora de manera fiable, y e) comparable en el tiempo, de la organización consigo misma. Si bien es verdad que el propio modelo hace problemáticas las comparaciones con otras direcciones de atención primaria o empresas sanitarias.

En todo caso, esto hace que sea una metodología asumible con los recursos de la atención primaria, pero no sin es-

fuerzo. Es preciso esfuerzo en formación, un gran esfuerzo en la adecuación de toda la información que se pone en juego (la gestión de un año) e implicación de todos los participantes en la evaluación.

– *En cuanto a la evaluación de la DAP Reus-Altebrat.* El EFQM parece un modelo válido para evaluar las organizaciones tipo DAP. Otra forma de hacerlo podría ser la utilización de indicadores más “duros” que podrían ser tanto de proceso como de resultados y que, si se consigue una batería suficientemente completa y relevante, también nos dará información valiosa sobre la gestión empresarial¹⁰⁻¹³. Si hemos optado por el EFQM es porque presenta para nosotros ventajas añadidas, fundamentalmente la ocasión de identificar y explicitar los puntos fuertes de la organización y sus oportunidades de mejora.

El documento estratégico que se ha obtenido de la evaluación nos parece enormemente valioso, y le damos total validez para trabajar a partir del mismo, al igual que en otras organizaciones^{14,15}. Nos parece una síntesis muy apropiada de nuestras fortalezas y de nuestras debilidades, por lo que su valor para la gestión es muy elevado¹⁶. Los aspectos que se incluyen en las diferentes líneas constituyen la base de los planes de mejora que hay que desarrollar.

En cuanto a la puntuación, es evidente que obtener algo más de 400 puntos en una primera evaluación parece muy alto. Si bien en el ámbito hospitalario hay experiencias importantes en la aplicación del modelo¹³⁻¹⁵ y nos consta su utilización en organizaciones sanitarias¹⁷⁻²¹ como el Servicio Vasco de Salud²²⁻²⁴ o el Grup SAGESSA²⁵, los resultados en atención primaria no se han publicado hasta la fecha o bien no hemos encontrado referencias en la bibliografía consultada, a pesar de que la atención primaria ha trabajado el modelo²⁶⁻²⁹. Ahora bien, los resultados obtenidos los tomamos con todas las reservas, pero de hecho no son lo más relevante para la DAP. Las revisiones sucesivas, opiniones de evaluadores externos y la mejora de nuestra formación y experiencia dirán si nos hemos sobrevalorado y hasta qué punto. Sin embargo, queremos hacer énfasis en que en los tres criterios en los que se obtuvo una puntuación de más de 50 puntos la DAP presenta una serie de actuaciones destacadas. En satisfacción del cliente se está desarrollando una importante línea de investigación cualitativa^{30,31}, además de las encuestas periódicas de satisfacción y detección de problemas y una gestión de sugerencias y reclamaciones claramente orientada al cliente; en los procesos la DAP de Reus fue pionera en la definición de procesos, con el EAP 2000^{32,33}; en cuanto a los resultados clave, la DAP tiene un histórico de varios años modélico en cuanto al cumplimiento presupuestario y el gasto farmacéutico.

En cualquier caso está claro que no es a partir de las puntuaciones de donde se extraen los planes de mejora, sino de la evaluación “cuantitativa”, los puntos fuertes y las oportunidades de mejora.

Por todo lo expuesto, creemos que podemos recomendar este modelo adaptado y esta metodología, que en nuestro caso mantendremos en el tiempo, a otras organizaciones o grupos profesionales similares al nuestro.

Bibliografía

1. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114: 460-3.
2. European Foundation for Quality Management. *Modelo Europeo de Excelencia*. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
3. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Llei 15/90. DOGC 30/7/90.
4. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. *Rev Calidad Asist* 2001;16:330-42.
5. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. How health care organizations can apply the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence model. Our experience in its adaptation to the Spanish health care setting [En prensa]. *Int J Qual Health Care* 2002.
6. 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.
7. Lorenzo S, Mira JJ, Arcelay A, Bacigalupe M, Ignacio E, Palacio F, et al. Utilidad del modelo europeo de excelencia en el sector sanitario. [En prensa] Barcelona: Xarxa Barcelona Qualitat, 2002.
8. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio E, Palacio F, et al. Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: MSD Ediciones, Madrid, 2001.
9. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio E, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total a las instituciones sanitarias españolas. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:184-92.
10. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:211-6.
11. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283:1866-74.
12. Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:684-5.
13. Lopez K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido-López MV, Moreno-Barbas JA. Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. Gestión del proceso hemodiálisis [En prensa]. *Nefrología* 2002.
14. Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:142-50.
15. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E, Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:322-9.
16. Arcelay A. Reflexiones sobre un excelente modelo de excelencia. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:131-2.

17. Lorenzo S. Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:129-30.
18. Shaw C. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on *visitatie*, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care* 2000;12:169-75.
19. Klazinga NS. Reengineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of healthcare services in Western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 2000;12:183-9.
20. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. *Int J Qual Health Care* 2000;12:177-82.
21. Bohigas LI, Heaton C. Methods for external evaluation of health care institutions. *Int J Qual Health Care* 2000;12:231-8.
22. Arcelay A, Hernández L, Bacigalupe M, Letona J, González RM. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial* 1998;12:414-8.
23. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, et al. Self-assessment of all the health centers of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *Int J Health Care Quality Assurance* 1999;12:54-8.
24. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, González-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 Asist* 2000;15:177-83.
25. Simón R, Guix J, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asist* 2001;16:308-12.
26. Duran J, Marquet R. El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial. Validación del formulario de evaluación adaptado a la Atención Primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998;4:432-9.
27. Duran J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A. Reforma de la Atención Primaria de Salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Atención Primaria* 1999;23: 474-8.
28. Duran J. Model Europeu d'Excel·lència (EFQM): adaptació, validació i aplicació del formulari d'autoavaluació a l'atenció primària de salut [tesis doctoral]. UAB, 1999.
29. Gene J, Jodar G. La gestión de la calidad: conceptos básicos. *Modelo Europeo de Excelencia Empresarial en un Centro de Salud*. En: Marquet R, editora. *Curso Mejora continua de la calidad. Formación Médica Continuada* 2000;7(Suppl 7): 3-16.
30. Palacio F. Características de la calidad en los centros de salud, apreciadas por el cliente y el profesional. Ponencia al IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 1999; Cádiz.
31. Palacio F, Pla M, Marquet R, Piñol JL, Oliver A, Castro P. ¿Qué características han de reunir los centros de salud según los usuarios? Un estudio cualicuantitativo. *Comunicación al XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*; 2001; Murcia.
32. Daniel J, Pascual I, Espelt P, Basora J, Grifoll J, Pous A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:247-54.
33. Daniel J, Basora T. La calidad de los procesos. En: Marquet R, editora. *Curso Mejora continua de la calidad. Formación Médica Continuada* 2000; 7(Suppl 7):69-87.