



ORIGINAL

Modelo EFQM en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: ciclo completo de autoevaluación



J.A. Ferrándiz Santos^{a,*}, A. Pardo Hernández^a, C. Navarro Royo^a,
E. Moreno Maté^a y F. Prados Roa^b

^a Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

^b Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

Recibido el 26 de diciembre de 2017; aceptado el 22 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2018

PALABRAS CLAVE

Gestión total de la calidad;
Sistemas sanitarios;
Gestión clínica;
Administración hospitalaria

Resumen

Objetivo: Analizar un ciclo completo de autoevaluación con el modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud y su relación con los conceptos fundamentales de excelencia (CFE).

Método: Estudio descriptivo del total de informes EFQM de los hospitales identificando la metodología utilizada y la información sobre puntos fuertes, áreas de mejora, evidencias relacionadas, matriz REDER (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión) y los CFE relacionados en los criterios agentes y en los planes de acción priorizados.

Resultados: La autoevaluación se realizó en el 85% de los hospitales (29/34) y precisaron formación específica el 86% (25/29) de estos, alcanzando 329 h docentes y 833 personas. Se utilizaron grupos de trabajo multidisciplinares en el 83% de los centros (24/29), los cuales sumaron 123 grupos y 857 personas. Se identificó un total de 3.686 puntos fuertes y 3.197 áreas de mejora, siendo respectivamente el 78% (2.869) y el 74% (2.355) en los agentes y el 22% (817) y el 26% (842) en los resultados. La puntuación media fue 404 puntos, con una mediana de 399. Los CFE dominantes fueron la gestión ágil de la organización, el desarrollo de la capacidad de la organización, la orientación a los resultados, la sostenibilidad, la potencialidad de las personas y el valor ofrecido a los clientes, estando el liderazgo y la creatividad e innovación en posiciones inferiores. Se identificaron 113 planes de acción.

Conclusión: Se aporta un ciclo completo de autoevaluación EFQM del sector hospitalario público dependiente de un Servicio de Salud, vinculando el análisis y los planes de acción con los CFE del modelo EFQM.

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.ferrandiz@salud.madrid.org (J.A. Ferrándiz Santos).

KEYWORDS

Total quality management;
Health care systems;
Clinical governance;
Hospital administration

EFQM Model in the hospitals of Madrid Regional Health Service: full self-assessment cycle**Abstract**

Aim: To analyse a complete cycle of self-assessment using the European Foundation for Quality Management (EFQM) Model in the hospitals of the Madrid Health Service as regards the fundamental concepts of excellence (FCE).

Method: Descriptive study of the EFQM self-assessments of the entire public hospital sector identifying the methodology and the information on strengths, weaknesses, evidence, RADAR matrix (Results, Approach, Deployment, Assessment and Review), and the related FCEs in the enabling criteria and in the prioritised action plans.

Results: The self-assessment was carried out in 85% of the hospitals (29/34), 86% of them required specific training (25/29), with a total of 329 teaching hours and 833 people in training. Multidisciplinary working groups were required in 83% of the hospitals (24/29), with 123 groups and 857 people involved. There were 3,686 strengths and 3,197 weaknesses identified: strengths and weaknesses were 78% (2,869) and 74% (2,355), respectively, for the enabling criteria and 22% (817) and 26% (842), respectively, for the results criteria. The mean score was 404 points with a median of 399. The main FCEs were managing with agility, developing organisational capability, sustaining outstanding results, creating a sustainable future, succeeding through the talent of people, and adding value for customers, with harnessing creativity/innovation and leading with vision, inspiration and integrity being placed in lower positions. A total of 113 action plans were identified for all the hospitals.

Conclusion: A complete EFQM self-assessment cycle of the entire public hospital sector of a Regional Health Service is provided, linking the analysis and action plans with the FCE of the EFQM Model.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) es un instrumento práctico y no prescriptivo que permite a las organizaciones evaluar su camino hacia la excelencia ayudando a identificar las fortalezas clave y posibles carencias con relación a su visión y misión¹. En el ámbito de la Comunidad de Madrid, el Plan de Calidad (1997) ya citaba al modelo EFQM para la realización de evaluaciones internas de la calidad de sus unidades y servicios, y en el Decreto 27/1997 se regulaba como mecanismo de evaluación y referente de las Cartas de Servicios y los Premios de Excelencia para la mejora continua de los servicios públicos²⁻⁴. Posteriormente, el Decreto 85/2002 (Sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos) cita que «los órganos, organismos y entidades incluidos en el ámbito de su aplicación tendrán como referencia el Modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) para la realización de las autoevaluaciones de la calidad»⁵. En 2006, 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 excelencia⁶.

En el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se han desarrollado hasta la fecha 4 ciclos de autoevaluación con el modelo EFQM en las organizaciones sanitarias desde 2003, y para el bienio 2014-2016 se incluyó como objetivo de calidad en los objetivos institucionales anuales de los 34 hospitales públicos el «realizar una autoevaluación de acuerdo al

modelo de calidad del sistema sanitario madrileño» incorporando la planificación, autoevaluación e implantación de los planes de mejora que se hubieran priorizado por parte de cada hospital de la red sanitaria. El objetivo de este trabajo se centra en realizar un análisis del último ciclo de autoevaluación (2014-2016) con el modelo EFQM de excelencia del total de los hospitales públicos dependientes del SERMAS.

Metodología

El trabajo, de carácter observacional y descriptivo, recoge el total de informes de autoevaluación EFQM cumplimentados por los hospitales para dicho periodo, asumiendo estos el compromiso de la planificación y realización de la autoevaluación en su ámbito de referencia de acuerdo con su plan de trabajo.

Para facilitar el trabajo técnico de la autoevaluación se elaboraron algunas herramientas a disposición de todos los centros: 1) manual de aplicación del modelo EFQM al ámbito sanitario con un lenguaje adaptado al sector incluyendo aclaraciones para la interpretación de los literales del modelo, ejemplos de uso y una relación de posibles fuentes de información; 2) aplicativo informático en Microsoft Office con un doble propósito: a) registrar la metodología utilizada por cada hospital respecto a la formación requerida, formato de trabajo para el desempeño de la autoevaluación, recursos empleados y posible reconocimiento externo de la excelencia, y b) cumplimentar la autoevaluación en un formato común generando para cada subcriterio y criterio

del modelo EFQM un informe de puntos fuertes (PF), áreas de mejora (AM), evidencias relacionadas, matriz REDER (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión) y puntuación con su registro gráfico correspondiente.

El análisis global de los informes de autoevaluación incluía la identificación de los PF y AM para cada uno de los 32 subcriterios del modelo EFQM por hospital, así como la autopuntuación referida por centro según criterio y la autoevaluación según la matriz REDER. Así mismo, se realizó la asignación del concepto fundamental de excelencia (CFE) del modelo EFQM con el que se relacionaba más estrechamente cada uno de los PF y AM señalados en los 24 subcriterios agentes, así como para el conjunto de los planes de acción (PA) priorizados en los informes hospitalarios. Esta función fue realizada desde la Subdirección General de Calidad por personal técnico con capacitación como evaluador con nivel acreditado frente al modelo EFQM por el Club Excelencia en Gestión en la última versión vigente.

Resultados

El trabajo se realizó en el total de hospitales dependientes del SERMAS a fecha septiembre de 2015 (34), habiendo realizado la autoevaluación completa el 85% de los mismos (29 de 34). Los hospitales se clasificaron en niveles de acuerdo con criterios de complejidad y tipología de la cartera de servicios. De los 29 que finalizaron la autoevaluación, 7 eran de complejidad alta, 10 de complejidad media, 5 de complejidad baja y 7 de otras categorías (hospitales de apoyo, psiquiátricos, etc.); en el resto, la no realización de la autoevaluación fue debida a la no suscripción del objetivo institucional y no por incumplimiento de este.

Respecto a la formación en EFQM requerida para la autoevaluación, el 86% de los hospitales (25/29) citaron la necesidad de formación/actualización específica, utilizando el 36% (9/25) recursos formativos internos (personal propio del centro por experiencia, conocimiento o capacitación), el 52% (13/25) utilizó recursos externos (ajeno a la plantilla del centro) y un 12% (3/25) recursos mixtos. El total de horas formativas ascendió a 329 (rango por hospital: 3-49 h), habiendo recibido dicha formación un total de 833 personas (rango por hospital: 7-160).

El formato de trabajo empleado por los hospitales se basó en la constitución de grupos de trabajo en el 83% de los hospitales (24/29), compuestos por personal del equipo directivo, unidades técnicas, de gestión y profesionales con experiencia y formación en el modelo. El total de grupos de trabajo para el conjunto de hospitales ascendió a 123 (rango por hospital: 1-9), estando incluidas un total de 857 personas (rango por hospital: 8-96). Para el proceso autoevaluador, el 45% de los hospitales (13/29) precisaron algún apoyo externo en actividades que podían requerir una mayor experiencia, como el liderazgo de los grupos de trabajo, el apoyo metodológico y el soporte consultor en diferentes fases (asesoramiento técnico, supervisión, validación y/o redacción de la Memoria EFQM).

Algunos centros contemplaron específicamente en su planificación estratégica el reconocimiento externo de la excelencia, contabilizándose hasta 2016 —mediante el Sello de Excelencia Europeo o Reconocimiento *Levels of*

Excellence— 5 hospitales/servicios con Sello +500/5 Stars y 5 con Sello +400.

En el análisis global (tabla 1) se identificaron 3.686 PF y 3.197 AM para el total de hospitales, suponiendo los criterios agentes el 78% (2.869) en PF y el 74% (2.355) en AM, y de igual modo en el caso de resultados, con el 22% (817) y el 26% (842), respectivamente. El total de PF y AM señalados para los 32 subcriterios mostraba un rango de entre 82-164 y de 80-158, mientras que la media de PF oscilaba entre 88-126 y de 89-134 para las AM según el criterio. El peso porcentual de PF y AM por cada criterio respecto al total mostraba valores similares, siendo del 12-17% para los criterios agentes y del 5-8% en los criterios resultados.

La puntuación referida por cada por centro, tras cumplimentar la matriz REDER para cada subcriterio/criterio, mostró un valor promedio para el conjunto de los 29 hospitales de 404 puntos, con un rango de entre 173-619 y una mediana de 399. La distribución por centro mostraba el 21% (6 hospitales) con puntuación ≥ 500 puntos, el 28% (8 hospitales) ≥ 400 puntos, el 41% (12 hospitales) ≥ 300 puntos y un 10% (3 hospitales) con < 300 puntos.

El modelo EFQM se materializa en 8 CFE que responden a los cimientos esenciales para alcanzar una excelencia sostenida en el tiempo¹. En los CFE relacionados con los 24 subcriterios agentes (fig. 1) para los 2.869 PF identificados del total de hospitales, resultaba dominante la gestión con agilidad (20,3%), el desarrollo de la capacidad de la organización (15,5%) y la creación de un futuro sostenible (14,1%). En el caso de las 2.355 AM referidas para los 24 subcriterios agentes, aparecían la gestión con agilidad (23,9%), el desarrollo de la capacidad de la organización (15,5%) y la orientación a los resultados (14,9%). Por el contrario, en posiciones inferiores se encontrarían: aprovechar la creatividad e innovación (3,2% y 3,7% para PF y AM) y el liderazgo con visión, inspiración e integridad (6% en AM).

Los hospitales aportaron una relación total de 113 PA teniendo en cuenta que en este ciclo de autoevaluación se requería proponer al menos 3 PA que derivasen de las AM priorizadas por cada hospital de acuerdo con los objetivos institucionales. En la relación entre el total de PA aportados respecto a los 8 CFE del modelo EFQM, se observa un curso parejo entre el diagnóstico (PF y AM) y la acción (PA), destacando los CFE referidos a la gestión con agilidad (27,4%), el desarrollo de la capacidad de la organización (22,1%) y mantener resultados sobresalientes (15,1%), subrayando la orientación hacia la eficacia del cambio y la mejora dentro de la organización (fig. 1).

Discusión

La aplicación del modelo EFQM tiene una solidez contrastada que permite un enfoque estructurado para el diagnóstico organizativo, formalizando dicho compromiso mediante la integración de los CFE, el modelo EFQM como marco conceptual y el esquema REDER¹, estimándose que más de 30.000 organizaciones lo utilizan como marco de referencia y reflexión de forma progresiva y sistemática⁷. El ámbito público de la Comunidad de Madrid no es ajeno a este propósito, teniendo al modelo EFQM como referencia con carácter normativo, existiendo una amplia trayectoria de utilización por parte de las organizaciones en el ámbito

Tabla 1 Puntos fuertes, áreas de mejora y puntuación

Criterio		Liderazgo	Estrategia	Personas	Alianzas y proveedores	Procesos, productos y servicios	Resultados clientes	Resultados personas	Resultados sociedad	Resultados clave
Puntos fuertes	Total PF					3.686				
	PF por criterio	596	428	607	631	607	227	175	208	207
	PF Agentes y Resultados (total y %)			2.869 (77,8%)				817 (22,2%)		
	Criterio/total (%)	16	12	16	17	16	6	5	6	6
	Promedio PF por criterio	119	107	121	126	121	114	88	104	104
Áreas de mejora	Total AM					3.197				
	AM por criterio	467	368	530	498	492	267	201	178	196
	AM Agentes y Resultados (total y %)			2.355 (73,7%)				842 (26,3%)		
	Criterio/Total (%)	15	12	17	16	15	8	6	6	6
	Promedio AM por criterio	93	92	106	100	98	134	101	89	98
Puntuación	Promedio por criterio	39	38	32	43	41	50	25	34	51
	Mediana por criterio	36	35	32	43	39	50	23	33	55
	Rango (mín.-máx.) total hospitales					173-619				
	Promedio total hospitales					404				
	Mediana total hospitales					399				

AM: áreas de mejora; PF: puntos fuertes.

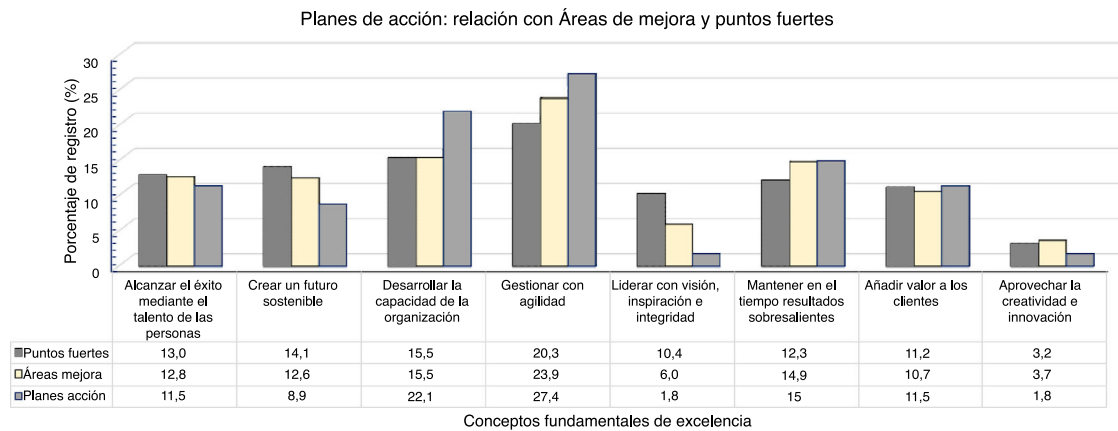


Figura 1 Planes de acción: relación con áreas de mejora y puntos fuertes.

sanitario. Este trabajo se centra en un análisis descriptivo de un cuarto ciclo de evaluación con el modelo EFQM de los hospitales de un servicio de salud con carácter institucional para el bienio 2014-16.

En este trabajo, la información aportada sobre la metodología utilizada por los hospitales es coherente con las prácticas habituales en nuestro sector al abordar un ciclo de autoevaluación, dependiendo de la experiencia, madurez y recursos que dicho centro disponga. Existe una comprensible variabilidad en el diagnóstico que deriva del conocimiento y experiencia con la herramienta, no en vano puede ser una actividad de mayor novedad para algunos centros mientras que otros con gran experiencia adquirida en anteriores evaluaciones o con reconocimiento previo de la excelencia han sido de una mayor solidez. Por ello, aunque la autoevaluación muestra un proceder común entre los hospitales, la información sobre PF y AM es reflejo del juicio autoevaluador de los mismos, por lo que su capacidad de análisis y concreción redunda en la calidad del conjunto.

El número de PF y AM identificados es consecuencia del detalle diagnóstico, si bien es lógicamente una relación condicionada por el número de subcriterios por criterio (24 subcriterios agentes, 8 subcriterios resultados). El registro de PF y AM por criterio presenta un curso parejo sugiriendo un comportamiento común en la carga de análisis en la autoevaluación de cada criterio. Por otro lado, la puntuación autorreferida resulta plausible con los PF y AM señalados en los informes de autoevaluación de los hospitales, aunque una valoración individual por centro requiere un análisis específico distinto, debiendo mejorar para futuros ciclos de evaluación el ajuste entre el número e importancia de los PF y AM y la puntuación.

Comparativamente, por establecer una referencia de volumen, en el trabajo sobre 216 organizaciones que a fecha de 2013 contaban con un reconocimiento a la excelencia otorgado por el Club Excelencia en Gestión^{8,9}, se observa que las organizaciones líderes actúan como modelo a seguir exhibiendo un enfoque sólido de los criterios agentes y con un mayor énfasis en aquellos subcriterios más estrechamente relacionados con su sistema de gestión de la calidad, con mejoras en los resultados fundamentalmente en clientes y resultados clave y en menor medida sobre las personas y la sociedad. Así mismo, las organizaciones que orientan

su transición progresivamente hacia niveles superiores de excelencia y adoptan las mejores prácticas del modelo EFQM de manera similar citan la relevancia de la participación directiva en procesos de mejora, la consideración de las necesidades de los grupos de interés en la planificación estratégica y la identificación de los indicadores de los procesos clave. En ese ámbito, la motivación para adoptar el modelo EFQM respondía a la satisfacción de los clientes, la mejora de los productos/servicios y la eficiencia de los procesos internos así como de la imagen de las organizaciones, subrayando en todo caso que la decisión se condiciona más por motivos internos que por presiones externas.

El trabajo sobre 64 hospitales de la red pública del antiguo INSALUD observó un diferente grado de implicación con los principios de excelencia, siendo los criterios más desarrollados la gestión de personal, los procesos y la satisfacción del cliente, y los que menos el liderazgo, la satisfacción del personal y el impacto en la sociedad, mostrando una correlación entre el grado de desarrollo del modelo de calidad y el nivel de capacidad técnica, especialmente en aquellos con mayor complejidad en la estructura¹⁰. Considerando otros servicios de salud de entidad similar en nuestro país, el amplio trabajo sobre 31 organizaciones sanitarias del País Vasco mostraba, tras 4 ciclos de autoevaluación¹¹, que según evolucionaban las autoevaluaciones se obtenía una progresiva mejora de las puntuaciones en la mayoría de los criterios, particularmente en procesos, con una media superior al 40% en los criterios 4, 9 y 6 (este con mayor variabilidad intercentro). Una perspectiva diferente, pero en el ámbito europeo, se encuentra en el Consorcio sanitario italiano de Trento (*Trento Healthcare Trust*) el cual incluye entre otros a 4 distritos sanitarios, 7 hospitales y 535.000 personas, y en que tras 4 ciclos internos y externos de evaluación EFQM (2001-2008) se observó un incremento de puntuación de 290 a 601, con mejores resultados en general para los criterios agentes que para los resultados, con menores registros en los criterios 3 y 7 referidos a la gestión y resultados en las personas¹².

Respecto a las características de cómo se ha realizado la autoevaluación en los hospitales, en este trabajo se sigue la reflexión apuntada en otros estudios, como en el análisis de barreras en la implementación del modelo EFQM realizado sobre 68 empresas españolas, donde los

resultados mostraban que las limitaciones más relevantes serían las barreras de comportamiento y culturales, organizacionales y de recursos (falta de tiempo, recursos físicos y financieros)¹³. En el trabajo sobre 7 organizaciones públicas y privadas con reconocimiento de la excelencia (2009-2011) en Portugal, se observó que la implementación del modelo EFQM radicaba básicamente en la motivación interna de la organización hacia la progresión del sistema de gestión de calidad total, siendo los criterios 1 y 5 los que determinaban un mayor compromiso del avance hacia la excelencia¹⁴. La encuesta nacional a todos los proveedores sanitarios públicos (352) en Italia, con una tasa de respuesta del 42%, señalaba que la mejora del sistema de gestión de la calidad repercutía favorablemente en la reputación hospitalaria, la satisfacción del paciente y la orientación al mercado, siendo un factor relevante la existencia de estructuras o departamento de calidad en dicha actividad¹⁵.

Aunque la versión EFQM 2003 ya sugería una lectura de los ejes transversales con carácter horizontal facilitando la comprensión de los procesos y la gestión de las medidas correctoras¹⁶, la potencialidad de la versión 2013 ha permitido valorar el impacto de la autoevaluación sobre cada uno de los CFE, al relacionar el 100% de los PF y AM de los criterios agentes con el CFE de mayor afinidad. Esto ha sido así ya que el modelo EFQM cita expresamente que «los CFE son la base de los elementos a considerar de los subcriterios del Modelo EFQM, *observando dicha relación en los criterios agentes* al estar orientados a la acción, mientras que los resultados obtenidos dependen de los enfoques adoptados por cada centro y organización, de las medidas utilizadas para supervisar su eficiencia y el entorno donde se sitúa el centro sanitario». Como en este ciclo de autoevaluación institucional se requería la implantación de al menos 3 PA que derivasen de las AM priorizadas por cada hospital, los PA aportados en relación con los CFE presentan un curso parejo entre el diagnóstico y la acción de mejora, cursando las tendencias de ambas variables de forma similar.

La información aportada es de carácter descriptivo y por tanto se acompaña de las ventajas y barreras clásicas de este tipo de trabajos, donde la interpretación entre las metodologías utilizadas y los resultados obtenidos está restringida al ámbito de un estudio transversal. Del informe global no debe inferirse una mejor calidad del proceso autoevaluador de cada hospital ni afirmar que exista una relación definida entre el análisis (PF y AM) con la mejora del proceso (PA) y su vinculación necesaria con uno u otro CFE del modelo EFQM. En este sentido, también hay que considerar que una limitación en el análisis sobre la asignación de un determinado CFE para cada PF y AM deriva tanto del estilo y concisión en la redacción de los informes de autoevaluación de cada hospital como del juicio de valor del evaluador para dicha tarea y que pudiera condicionar la interpretación técnica de dichos informes.

Aunque es conocida la aplicación del modelo EFQM al sector sanitario, la principal fortaleza de este trabajo radica en la descripción de un ciclo completo de autoevaluación de gran volumen de todo un sector hospitalario público, enlazando además del análisis clásico de evaluación con el modelo su relación con los CFE y PA. En todo caso permite sugerir ciertas reflexiones sobre cómo y dónde centran los

hospitales su análisis, así como vincular adecuadamente el diagnóstico con la puesta en marcha de los PA en el ámbito hospitalario.

En conclusión, aportamos un análisis de utilización del modelo EFQM del conjunto del sector de los hospitales de un Servicio de Salud, con resultados acordes a la aplicación del modelo con un quinto ciclo institucional de autoevaluación y la madurez específica de los hospitales respecto a la gestión de la calidad con el modelo EFQM. Aunque la coherencia interna del modelo EFQM en la literatura se advierte robusta¹⁴ y se considera un marco de referencia sólido para la evaluación de las organizaciones respecto a la excelencia, la consistencia de la interrelación entre los criterios agentes y resultados requiere de análisis más específicos. La amplia experiencia adquirida en diferentes contextos¹⁷⁻¹⁹ subraya el necesario compromiso institucional y del liderazgo para crear una cultura que facilite la implantación efectiva del modelo EFQM, y muy especialmente el despliegue de planes de mejora que trasciendan la simple autoevaluación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. EFQM Model 2013. Club Excelencia en Gestión. Madrid: EFQM; 2012.
2. Dirección General de Calidad de los Servicios. Manual de implantación del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Hacienda; 1998.
3. Consejería de Hacienda. Decreto 27/1997, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno por el que se regulan las Cartas de Servicios y los premios anuales a la excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: <https://www.bocm.es/boletin/CM.Boletin.BOCM/19970314.B/06200.pdf>
4. Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano Vicepresidencia, Consejería de Cultura y Deporte y Portavocía del Gobierno. Aproximación a la Excelencia en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM010631.pdf>
5. Consejería de Presidencia. Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: <https://www.bocm.es/boletin/CM.Boletin.BOCM/20020605.B/13200.PDF>
6. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Manual de aplicación y autoevaluación. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: <https://saluda.salud.madrid.org/calidad/Paginas/GestionModeloEFQM.aspx>
7. Club Excelencia en Gestión. Modelo EFQM [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.clubexcelencia.org/modelo-efqm>
8. Escrig AB, Palomero S, Roca V, Bou JC, Segarra M, Beltrán I. Buenas prácticas de gestión en las organizaciones con Reconocimiento a la Excelencia. Castellón [consultado 25 Oct 2017]. Disponible en: http://www.agoraceg.org/system/files/estudio_efqm_jaumei.0.pdf

9. Escrig AB, de Menezes LM. What characterizes leading companies within business excellence models? An analysis of "EFQM recognized for excellence" recipients in Spain. *Int J Prod Econ.* 2015;169:362–75.
10. Oteo Ochoa LA, Silva Sánchez D, Garrido Casas J, Pereira Candel J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. *Gest Hosp.* 2000;11:127–43.
11. Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpón J, Garay JI. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *Int J Qual Health Care.* 2006;18:58–65.
12. Favaretti C, de Pieri P, Torri E, Guarrera G, Fontana F, Debiassi F, et al. An EFQM excellence model for integrated health-care governance. *Int J Health Care Qual Assur.* 2015;28:156–72.
13. Gómez-López R, López-Fernández MC, Serrano-Bedia AM. Implementation barriers of the EFQM excellence model within the Spanish private firms. *Total Qual Manag Bus.* 2017;28:695–711.
14. Araújo M, Sampaio P. The path to excellence of the Portuguese organisations recognised by the EFQM model. *Total Qual Manag Bus.* 2014;25:427–38.
15. Macinati MS. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health Policy.* 2008;85:228–41.
16. Ferrándiz Santos J, Lorenzo Martínez S, Navarro Royo C, Alguacil Pau AI, Morón Merchante J, Pardo Hernández A. Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público. *Rev Calid Asist.* 2010;25:120–8.
17. Hera I, Marimon F, Casadesús M. An empirical study of the relationships within the categories of the EFQM model. *Total Qual Manag Bus.* 2012;23:523–40.
18. Gómez-López R, Serrano-Bedia AM, López-Fernández MC. Motivations for implementing TQM through the EFQM model in Spain: an empirical investigation. *Total Qual Manag Bus.* 2016;27:1224–45.
19. Escrig AB, de Menezes LM. What is the effect of size on the use of the EFQM excellence model? *Int J Oper Prod Man.* 2016;36:1800–20.