

Artículo

Estudio comparativo de casos sobre el papel del modelo europeo de excelencia en la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias

Félix Rivera Sanz^{1,*}, Iván Santolalla Arnedo², Blanca Jodra Espartero³, Teresa Sufrate Sorzano⁴

¹ Servicio Riojano de Salud. Responsable de Calidad. E-mail: frivera@riojasalud.es

² Servicio Riojano de Salud. Supervisor de Salud Mental. E-mail: isantolalla@riojasalud.es

³ Centro de Salud Espartero (Logroño). Coordinadora de Enfermería. E-mail: bjodra@riojasalud.es

⁴ Hospital San Pedro (Logroño). E-mail: tsufrate@riojasalud.es

Correspondencia: Félix Rivera Sanz. E-mail: frivera@riojasalud.es

Recibido: 9/06/2019; Aceptado: 07/11/2019; Publicado: 21/12/2019

Resumen

La situación de las organizaciones sanitarias, como consecuencia de la crisis económica y de la necesidad de afrontar los retos que planteaban el envejecimiento, la cronificación y la implementación de nuevos tratamientos y tecnologías, propició diferentes respuestas para garantizar su sostenibilidad. Una de las herramientas usadas, que parecía funcionar en otros ámbitos, fue la implantación del modelo europeo de excelencia (EFQM). El objetivo de esta investigación era conocer el impacto del modelo sobre la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias. Se trató de identificar los factores que diferenciaron a las organizaciones y estudiar qué cambios aportó el modelo para apoyar la sostenibilidad. Este trabajo se planteó como un estudio de casos empleando metodología cualitativa y cuantitativa. Se trató de comparar dos organizaciones de similares características, pero con diferente grado de implantación del modelo. A nivel cuantitativo se identificaron diferencias significativas, pero no relacionadas únicamente por la implantación del modelo. Los pacientes de las dos organizaciones manifestaron un alto grado de satisfacción por encima de la media española. También se apreció, entre las personas de las organizaciones, diferencias en la percepción y en su satisfacción. La aportación más relevante del modelo EFQM a las organizaciones fue el apoyo que proporcionó para crear una cultura organizacional que favoreció la aparición de conductas sostenibles y un sentimiento de orgullo de pertenencia en las personas. Además, también generó una buena imagen hacia el resto de partes interesadas.

Palabras Clave: sostenibilidad, gestión, calidad, enfermería, estrategia.

Article

Comparative case study on the role of the European model of excellence in the sustainability of health organizations

Félix Rivera Sanz^{1,*}, Iván Santolalla Arnedo², Blanca Jodra Espartero³, Teresa Sufrate Sorzano⁴

¹ Servicio Riojano de Salud. Responsable de Calidad. E-mail: frivera@riojasalud.es

² Servicio Riojano de Salud. Supervisor de Salud Mental. E-mail: isantolalla@riojasalud.es

³ Centro de Salud Espartero (Logroño). Coordinadora de Enfermería. E-mail: bjodra@riojasalud.es

⁴ Hospital San Pedro (Logroño). E-mail: tsufrate@riojasalud.es

Correspondence: Félix Rivera Sanz. E-mail: frivera@riojasalud.es

Received: 9/06/2019; Accepted: 07/11/2019; Published: 21/12/2019

Abstract

The situation of health organizations, as a result of the economic crisis and the need to face up to the challenges posed by ageing, chronification and the implementation of new treatments and technologies, led to different responses to ensure their sustainability. One of the tools used, which seemed to work in other areas, was the implementation of the European model of excellence (EFQM). The aim of this research was to understand the impact of the model on the sustainability of health organizations. The aim was to identify the factors that differentiated the organizations and to study what changes the model brought about in order to support sustainability. This work was proposed as a case study using qualitative and quantitative methodology. The aim was to compare two organizations with similar characteristics, but with different degrees of implementation of the model. At the quantitative level, significant differences were identified, but not only related to the implementation of the model. Patients from both organizations showed a high degree of satisfaction above the Spanish average. There were also differences in perception and satisfaction among the people in the organizations. The most relevant contribution of the EFQM model to the organizations was the support it provided to create an organizational culture that favored the emergence of sustainable behaviors and a sense of pride in belonging among people. In addition, it also generated a good image towards the rest of the stakeholders.

Key words: sustainability, management, quality, nursing, strategy

1. Introducción

El sistema sanitario español es una institución fundamental de servicio público y, a día de hoy, un instrumento social insustituible en el estado de bienestar que contribuye al mantenimiento de un marco de convivencia e igualdad en la sociedad española (1).

La salud de las personas, su bienestar, es una condición "sine qua non" para contribuir al sostenimiento del propio país, para mejorar su productividad, nivel de vida, educación general y entorno de convivencia (2). El sistema sanitario, además, es uno de los principales sectores de la economía y supone una gran parte de los presupuestos de los gobiernos autónomos. Es una de las partidas económicas más grandes y llega a suponer cuatro veces el presupuesto en infraestructuras (3).

Todo ello, supone un reto y una responsabilidad que aconseja trabajar con el máximo rigor, ilusión y motivación por parte de quienes de algún modo tienen en sus manos la posibilidad del mantenimiento y mejora de los servicios públicos en general, y sanitarios en particular. La ética pública exige una gestión apropiada de los recursos disponibles y un mayor grado de corresponsabilidad de todos los grupos interesados incluidos los agentes económicos y sociales (4).

Las difíciles circunstancias financieras y fiscales por las que pasaron la mayoría de los países socialmente avanzados, entre 2007 y 2015, como consecuencia de la crisis económica, propiciaron políticas de contención y ajuste del gasto social para tratar de garantizar la sostenibilidad y la cohesión de los propios sistemas. El gasto en salud durante la crisis disminuyó hasta en un 25% (1).

A esto había que sumar la necesidad del sistema de afrontar retos como el envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades y la implementación de nuevos tratamientos y tecnologías cada vez más costosas (5).

Con todo ello, durante el periodo de crisis se suscitó un problema de sostenibilidad en el sistema sanitario que de otro modo hubiese permanecido silente, pero que tarde o temprano habría que afrontar, como reconocen diferentes autores consultados. Parecía inviable en el tiempo un sistema sanitario tal y como estaba funcionando (6).

No obstante, existían luces que alumbraban este camino porque era un sistema que, a juicio de sus usuarios, mayoritariamente funcionaba bien (7) aunque si necesitaba hacer algunos cambios. Todas las partes implicadas reconocían que el problema existía y conocían cuáles podían ser sus posibles causas. También se realizaron un número importante de propuestas, entre los que se encontraban la implementación de determinadas herramientas, entre ellas de gestión de la calidad, que ya habían sido probadas en organizaciones sanitarias y en otros ámbitos (8,9).

Una de las herramientas que ya se había testado y que parecía funcionar en otros ámbitos era la implantación de modelos de gestión basados en la calidad total como el modelo europeo de excelencia (EFQM).

Según un estudio realizado por la Universidad de Leicester (10), en el que participaron durante 11 años 120 empresas ganadoras de premios de calidad y un grupo de control integrado por organizaciones del mismo sector y tamaño similar, se observó que los resultados en el incremento de ventas y la disminución de costes, eran relevantemente mejores en las empresas ganadoras de premios.

El modelo EFQM parte de una serie de conceptos fundamentales e introduce el concepto de mejora continua a partir de la identificación de los criterios que abarcan todos los aspectos de la organización y la implementación de la lógica REDER (11).

Las organizaciones sanitarias son sistemas abiertos formados por personas que se relacionan entre sí y con el entorno. Necesitan una serie de recursos o entradas y elaboran una serie de servicios y productos. Necesitan un equipo directivo y tienen una misión, un objetivo común que tratan de alcanzar. La organización trata de ser perdurable en el tiempo y tiene sus propias normas, reglas...cultura. Entendiendo que la cultura es una especie de cola que mantiene a la organización unida y le proporciona estabilidad (12).

Con todo ello nos planteamos intentar conocer el impacto del modelo EFQM sobre la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias.

Se trató de identificar los factores que diferencian a las organizaciones y estudiar qué cambios aporta el modelo para apoyar su sostenibilidad. Todo ello, desde una perspectiva apoyada en la visión holística de la organización que proporciona el propio modelo EFQM y la percepción enfermera de los investigadores.

2. Material y método

El problema de la sostenibilidad en las organizaciones es un tema recurrente (13) y su abordaje se ha hecho en la mayor parte de las ocasiones desde el punto de vista cuantitativo, analizando datos y elaborando indicadores que muestran resultados sobre gastos, recortes, consumos, tasas, porcentajes, etc. Se han realizado trabajos similares con anterioridad que, apoyaban la idea de que las organizaciones que trabajan con modelos de calidad total o excelencia mejoran sus resultados cuantitativos, tanto en el corto como en el largo plazo (14).

En los estudios de sostenibilidad en el sistema sanitario, los expertos aconsejaban emplear diferentes herramientas de trabajo porque el objeto del estudio es complejo y con diferentes dimensiones a estudiar (15). Parecía necesario optar por la complementariedad de metodologías para tratar de comprender el problema, y por tanto, emplear diferentes herramientas de trabajo (16). En este mismo sentido, dentro del marco de las investigaciones multimétodo, otros autores hablaban de la complementación concurrente con retroalimentación como uno de los modos de usar conjuntamente técnicas cualitativas y cuantitativas (16).

En este sentido, el uso de múltiples fuentes de información dentro del método de caso (17) permitía reducir la posibilidad de pérdida de datos y aumentar la verificación de los mismos y tener una visión completa y holística del fenómeno. Por tanto, este trabajo se planteó como un estudio de casos (17), tratando de comparar dos organizaciones de similares características, pero con diferente grado de implantación del modelo EFQM.

Para ello se seleccionaron dos organizaciones: el Servicio Riojano de Salud (SERIS), sin implantación del modelo, y Osakidetza, con un importante recorrido con el modelo como herramienta institucional y extendida por todos los centros. Para facilitar el estudio y tratar de salvar la diferencia de tamaño se tomó como muestra en Osakidetza a la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao Basurto, que cuenta con una población de referencia y unos recursos y características comparables al SERIS.

Para recabar la información se usaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas que buscaban conocer el discurso de las personas de la organización (18) y tratar de identificar aquellos elementos que mostraban elementos de la organización en relación con la sostenibilidad (19). Las entrevistas se realizaron a personas referentes y con conocimiento de las organizaciones. En total se realizaron 22 entrevistas (Tabla 1) con un tiempo promedio por entrevista de una hora y treinta minutos.

Tabla 1. Perfiles de las personas entrevistadas

OSI Bilbao Basurto	Servicio Riojano de Salud
Subdirección de Calidad	Responsable de calidad del servicio de alimentación
Dirección Médica	Dirección Médica, Subdirección de enfermería,
Dirección de Enfermería	Jefatura de estudios Mantenimiento
Jefatura de Estudios	Hospital de día
Servicio de Oncología	Hospitalización a domicilio Gestión Económica,
Unidad de Gestión Sanitaria Mantenimiento	Formación Continuada
Hospital de Día Quirúrgico	Admisión
Gestión Económica	
Formación Continuada	
Gestión Medioambiental	
Atención al Paciente	

Además, se emplearon otros métodos de recogida de datos adecuados para complementar y dar mayor validez a los hallazgos: observación directa participativa, estudios hemerográficos, estudios documentales, fotografía y el diario del investigador (20).

Para complementar y reforzar el estudio cualitativo se realizó un estudio cuantitativo que aportó valor añadido a los hallazgos y teorías surgidos del análisis de la situación, comparando resultados obtenidos entre las dos organizaciones y en las mismas en diferentes etapas (21).

Para el análisis de la información cuantitativa de ambas organizaciones se tomaron como referencia los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud elaborados por el ministerio.

En el trabajo de campo, la recolección y el análisis siguió el ciclo iterativo deductivo e inductivo, es decir, la obtención y el análisis se llevó a cabo al mismo tiempo (22), debido a que los datos se iban reflexionando en la medida que se generaban con el fin de ir orientando la investigación de acuerdo a lo que los mismos datos indicaban (23).

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente y anonimadas mediante la asignación de un código identificativos de organización y un número correlativo. Para su análisis se utilizó el programa Atlas ti. El análisis de la información procedente de las entrevistas realizadas en la investigación se basó en el análisis del discurso (24) para profundizar en el conocimiento de las organizaciones y disponer de una visión holística de las mismas.

Para realizar el análisis de los indicadores se compararon series de La Rioja y del País Vasco buscando diferencias significativas y analizando su significado y relevancia. En una primera aproximación se analizó la variación de los valores en cada indicador de los diferentes grupos en el periodo estudiado, comparando el primer valor de la serie con el de fecha más reciente. Posteriormente, se buscó diferencias significativas entre los resultados clave, en salud y en satisfacción, obtenidos entre el País Vasco y La Rioja por un lado, y si existían diferencias significativas entre los datos de gastos, recursos y determinantes de la salud en ambas comunidades. Ante el gran número de indicadores disponibles se seleccionó aquellos de los que se disponía de datos de todos los años del periodo estudiado (2007-2015), y solo uno de cada área temática. Para el análisis se utilizó el Programa de Regresión Joinpoint, versión 4.4.0.0- enero 2017 de metodología estadística y aplicaciones desarrollado por el Programa de Investigación de Vigilancia del Instituto Nacional del Cáncer de EEUU.

Como se ha descrito anteriormente, se realizó la recogida de la información mediante los diferentes métodos reflejándola en transcripciones, resúmenes y datos recogidos en el diario del investigador. Se elaboró un documento que organizó, concentró y presentó los datos obtenidos de cada caso. Se realizó la primera codificación. Siguiendo el ciclo iterativo adoptado para este trabajo, se redactó una primera aproximación de cada caso utilizando como fuente la información previa recogida a través de la documentación, las entrevistas y el diario del investigador. La primera redacción de los casos se envió a los responsables de cada centro para confirmar los datos encontrados y recibir nuevo feedback de los mismos.

Con los comentarios del feedback de las organizaciones, se realizó otro proceso de reflexión con el fin de realizar un análisis más detallado y una segunda codificación de la información que permitió triangular o comparar nuevamente todas las fuentes de datos.

Finalmente se realizó la redacción final del caso en base a todo el proceso iterativo anterior, buscando cumplir con el objetivo de la investigación y el diseño metodológico

Siguiendo el diseño de la investigación establecido se procedió a la comparación entre los casos cruzando contenidos con el fin de encontrar coincidencias y diferencias (17). El cruce entre los casos se realizó fundamentalmente a través de matrices y tablas comparativas, lo cual permitió establecer ciertos patrones que permitieron comprender el fenómeno y presentarlo de una manera que integraba lo encontrado en los dos casos (22).

Como resultado del análisis del cruce entre los casos se obtuvo un esquema, en forma de fotografía fija, que describe y explica el fenómeno de la sostenibilidad en los centros sanitarios, resultado del análisis de contexto, es decir, las interrelaciones de los elementos básicos o drivers (factores

económicos, sociales), potenciadores (sistema de gestión), de resultados (indicadores de resultados), inhibidores (políticas), y actividades de mejora (el espacio de sostenibilidad).

Los productos de la investigación, resultado del análisis del cruce de casos, fueron nuevamente comparados con la literatura (teorías, modelos y marcos de referencias) existente al respecto, tanto desde la perspectiva de la implantación de EFQM en el sector sanitario público, como la de los modelos de sostenibilidad. Se trató de proporcionar credibilidad a la investigación con el fin de establecer un marco teórico y práctico que realmente aportará al campo de la sostenibilidad en el ámbito sanitario público.

Los resultados encontrados se presentaron y discutieron con personas de las organizaciones estudiadas y con otros investigadores del tema con el objeto incrementar la validez de los mismos (triangulación de investigadores) (25,26).

3. Resultados

Para exponer los resultados, estos se han agrupado en aspectos relevantes del tema tratado. Partiendo de una visión global de la sostenibilidad del sistema sanitario, se expone el análisis de la estrategia de cada organización para afrontar su presente y su futuro, y la cultura generada en cada una, así como, la respuesta a los grupos de interés y los resultados obtenidos.

Aunque para los entrevistados de ambas organizaciones el concepto de sostenibilidad abarca los aspectos sociales, económicos y medioambientales, cuando se les preguntó por la sostenibilidad de su organización respondieron haciendo referencia al aspecto económico exclusivamente:

“La sanidad tal como la vivimos es complicada porque el envejecimiento, la cronicidad, la renovación tecnológica, que es carísima, el tema de farmacia con cada vez nuevos fármacos que alargan la vida de las personas y mejoran la calidad de vida pero a un coste económico importante” (P02)

Para las personas entrevistadas, las organizaciones por sí mismas son insostenibles. Los recursos son finitos. La organización debe trabajar en conseguir ser más eficiente para que el aumento de la actividad no implique necesariamente un aumento paralelo en el consumo de recursos.

“La sanidad tal como la vivimos es complicada porque el envejecimiento, la cronicidad, la renovación tecnológica, el tema de farmacia con cada vez nuevos fármacos que alargan la vida de las personas y mejoran la calidad de vida pero a un coste económico importante...” (P08).

Para los entrevistados, la enfermería es una pieza clave del futuro. Como ya se ha citado, para ser sostenibles las organizaciones deben adaptarse a los retos que plantean el envejecimiento y el aumento de crónicos para lo que se precisarán profesionales que sean capaces de responder a las necesidades de los pacientes de forma integral y holística. Según los entrevistados, de diferentes perfiles, el profesional adecuado para responder a este reto es la enfermera.

“La gran apuesta de los próximos años tiene que ser por enfermería...se está trabajando en dos cuestiones: establecer claramente que las competencias de enfermería tienen que vincularse al seguimiento del crónico, algo propio de enfermería y que la atención tiene que realizarse en su entorno”. (OSI10)

A pesar de tener una visión común sobre la sostenibilidad y la enfermería, la estrategia de las organizaciones para enfrentar el periodo estudiado fue diferente.

Según los entrevistados la prioridad del SERIS durante la crisis fue el ahorro y el control presupuestario. De un año para otro cambiaba, disminuía, el presupuesto y era necesario ajustar para que los recortes no afectasen a los pacientes.

“Esta etapa por la que hemos estado pasando tenemos una revisión de una serie de indicadores económicos que además nos los mandan los directivos para ir poniendo mejoras porque si no es imposible. De un año para otro te cambia mucho el presupuesto y tienes que ajustarte para que el paciente no llegue a notar” (SRS1)

“Estos años han enseñado que se debe hacer con unos criterios de eficiencia y eficacia” (SRS7)

Por otro lado también señalaban que durante este periodo se recortó en personal y se pidió un esfuerzo extra a los trabajadores, que, aunque parece que entendido en un principio, creó malestar:

“Los trabajadores sienten que el personal verdaderamente ha trabajado y ha tenido menos sueldo y más horas y la gente ha cumplido en general salvo raras excepciones. Se ha cumplido, unos de mejor grado que otros, pero ahora ha llegado un momento en que es necesario reconocer y premiar el esfuerzo....” (SRS3)

“La anterior gestión era eficaz, el hospital hacía cosas. No era una mala gestión pero era un estilo de gestión que no estaba alineado con los objetivos. Era eficaz pero por otro lado rompía con otras cosas también necesarias... no es solo lo económico que hay otras cosas importantes. Era un poco el despreciar a las personas y aún sigue chirriando en algunas partes de esta dirección. Lo que pasa es que si tú piensas que las personas no son muy importantes y que lo importante son los resultados y los hechos te van dando la razón tú no cambias” (SRS5)

Por su parte la OSI Bilbao- Basurto apostó por los Sistemas de Calidad. Para los entrevistados de la OSI, la implantación del modelo EFQM ordenó y priorizó los procedimientos dotándolos de continuidad y mejorando su eficacia. Proporcionó a los profesionales seguridad en la realización de su trabajo, unos objetivos comunes y la unificación de criterios.

“El EFQM te permite trabajar de una forma mucho más organizada, básicamente tienes que tener la política y la estrategia”. (OSI10)

“El EFQM vino muy bien porque me dio una herramienta de trabajo, me ayudó a ordenar, a elaborar protocolos, a saber que eso era bueno” (OSI9)

La implantación del modelo también ayudó a la OSI a proyectar una buena imagen al exterior mediante los diferentes reconocimientos logrados, tanto a nivel de sistemas de gestión como por parte de la sociedad.

Pero por otro lado, se detectaron una serie de problemas en la implementación del modelo EFQM:

- El uso de un lenguaje difícil relacionado con la calidad que produjo rechazo
- El choque contra una estructura vertical medicalizada tradicional con mucho poder.
- Para algunas personas supuso un trabajo añadido que no aportaba nada o una herramienta con el único objetivo de conseguir premios o reconocimientos
- Para su correcta implantación fue necesario un esfuerzo y una estrategia continuada en el tiempo

No obstante, esa misma continuidad en la implantación de sistemas de gestión de la calidad apoyó la idea de cultura organizacional. En las personas de la OSI se detectó la idea de pertenencia a un entorno social con el que continuamente está interactuando y al que hay que considerar como factor importante en su sostenibilidad.

“Es un referente y forma parte de la cultura y de la esencia de los bilbaínos...y es muy querido por estos” (OSI4)

La implantación del modelo EFQM introdujo en el discurso de las personas entrevistadas (tabla 2) en la OSI Bilbao-Basurto, valores comunes (cultura de la organización) que se correspondían con los Conceptos Fundamentales de la Excelencia (CEG, 2014):

Tabla 2. Verbatines relacionados con los Conceptos Fundamentales de la Excelencia

Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas: <i>“El empoderamiento de la enfermería es vital para el sostenimiento del sistema sanitario” (OSI12).</i>
Añadir valor para los clientes: <i>“El paciente es el elemento fundamental. El enfoque es al paciente y a mejorar continuamente su atención” (OSI8)</i>
Aprovechar la creatividad y la innovación: <i>“Hay que aplicar las nuevas tecnologías para que el paciente esté comunicado con el hospital sin tener que acudir, de forma no presencial. Hay que innovar si no el sistema no se sostiene”. (OSI3)</i>
Liderar con visión, inspiración e integridad: <i>“Un líder te ayuda a echar para adelante miles de historias y moverte a la gente, motivar y crear buen ambiente, ser capaz de encabezar proyecto” (OSI5)</i>
Crear un futuro sostenible: <i>“La competitividad siempre va un poco de la mano del dinero... Pero si creo que podemos ser sostenibles por competitivos” (OSI10)</i>
Mantener en el tiempo resultados sobresalientes: <i>“Puede ser sostenible desde el punto de vista de resultados asistenciales, somos buenos. Este es un centro de más de cien años que ha pasado muchas vicisitudes y no se ha hundido con lo cual yo creo que el futuro del hospital como organización está asegurado” (OSI7)</i>
Desarrollar la capacidad de la organización: <i>“Este es un hospital que trabaja en equipo, todos ponen de su parte, no hay nadie más que nadie. Todos somos iguales”. (OSI4)</i>

Las personas de la OSI manifestaron, mayoritariamente, orgullo de pertenencia y el convencimiento de que la capacidad asistencial y los cuidados dispensados eran excelentes. Esto no ocurrió entre las personas del SERIS.

“La gente es muy de aquí, muy de Basurto, siente la marca” (OSI7).

“Este hospital tiene una idiosincrasia propia que hace que la gente tenga mucho sentimiento de pertenencia”. (OSI8)

“Teniendo objetivamente razones para poder estar orgullosos existe entre el personal un sentimiento de negativismo, un pesimismo, un complejo de inferioridad, un auto desprecio...” (SRS5)

Respecto a los pacientes, ambas organizaciones los reconocían como sus principales clientes. Se priorizó lo asistencial sobre todo lo demás. La orientación al paciente buscó no solo la satisfacción sino que también favoreció que se mejoren otros aspectos, como la seguridad.

“Lo primero son los pacientes, lo importante es cumplir los resultados en todo lo que tiene que ver con la asistencial” (OSI8)

Los profesionales de la salud consideraban que el servicio ofrecido en ambas organizaciones era muy bueno, aunque preocupaba el aspecto económico. La percepción de la capacidad asistencial y de los cuidados dispensados era muy buena. Este aspecto estaba refrendado por los datos de percepción de los pacientes. (Anexo IV)

“Por cultura de los médicos o por la ilusión sí que vemos que en general los pacientes están muy contentos con el centro. La relación médico paciente sobre todo en consulta es la satisfacción por todo esto...la seguridad de los pacientes, la habitación individual y esas cosas es importante pero luego tienen que estar contentos con el trato” (SRS3)

A nivel de resultados cuantitativos existen diferencias significativas, pero no son explicables únicamente por la implantación del modelo (Anexo IV). La satisfacción de los pacientes en ambas organizaciones estaba en niveles superiores a la media del país.

4. Discusión

Los profesionales de la salud consideraban que el servicio ofrecido era muy bueno, aunque preocupaba el aspecto económico. La percepción de la capacidad asistencial y de los cuidados dispensados era muy buena. También, los pacientes de las dos organizaciones manifestaron un alto grado de satisfacción por encima de la media española.

Para algunos entrevistados, el sistema no era sostenible. Los recursos eran finitos. El sistema sería sostenible siempre y cuando el financiador tuviese dinero para hacerlo. El sistema no era sostenible y solo lo será en la medida en que la administración lo financie. Todo depende de la prioridad política y de la legislación vigente en cada momento.

Ambas organizaciones reconocían al paciente como su principal preocupación. Esto hizo que se priorizase lo asistencial sobre todo lo demás y que existiese la sensación de poca implicación o poco reconocimiento de la importancia y la participación de los procesos de apoyo en el logro de la misión de la organización.

Las diferencias entre ambas organizaciones se hallaban principalmente en la percepción de la organización y en la satisfacción de las personas que las formaban.

La apuesta por priorizar el ahorro en el SERIS mejoró la eficiencia, pero provocó en las personas de la organización un sentimiento de falta de sensibilidad por el equipo directivo y falta de orgullo de pertenencia y mala percepción del propio centro.

Por otro lado, las personas de la OSI manifestaron un orgullo de pertenencia y una defensa de los valores de la organización que denominaban espíritu Basurtiano. El centro también proyectaba buena imagen al exterior y tenía un gran número de reconocimientos.

También existían diferencias en el trabajo desarrollado en cuanto a la planificación y las estrategias de ambas organizaciones.

A nivel de indicadores cuantitativos existen diferencias significativas, pero no son explicables únicamente por la implantación del modelo. No se puede afirmar que el modelo EFQM, por sí mismo, mejore los resultados de satisfacción de pacientes, ni los resultados clave de la organización, en línea con el trabajo presentado por OSALAN en 2016 sobre el impacto del modelo EFQM en las organizaciones sanitarias vascas (27).

5. Conclusiones e Implicaciones para la práctica

A pesar de todo ello, la aportación más relevante del modelo EFQM a las organizaciones es el apoyo que proporciona para crear una cultura organizacional introduciendo una serie de conceptos (conceptos fundamentales de la excelencia) en la planificación y estrategia que calan entre las personas y favorecen la aparición de conductas sostenibles. Además, crea un sentimiento de orgullo y una buena imagen entre las personas y hacia el resto de GI.

En cuanto a la metodología empleado en este estudio, el método de casos (17) y el uso de una metodología mixta es útil para el estudio de organizaciones sanitarias porque permite estudiarlas desde diferentes puntos de vista complementarios de forma holística. Un estudio sobre la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias debe ser abordado desde multitud de enfoques debido a su complejidad (19). Para poder conocer la organización en su totalidad, así como los diferentes factores que influyen en su sostenibilidad, parece necesario estudiar su cultura organizativa y los resultados que obtiene en diferentes ámbitos (ambiental, económico, social) y en sus grupos de interés

Los métodos cualitativos aportan ventajas como la facilidad de acercamiento a las personas, un contacto próximo, más calidez. Permite incorporar sentimientos, apreciaciones, la subjetividad del

contacto entre personas y la subjetividad del propio investigador. Permite detectar la cultura organizacional que es el substrato sobre el que crece la adaptabilidad y la sostenibilidad de la organización.

No obstante, no se puede abordar este tipo de estudios sin la complementariedad que ofrece disponer también de datos objetivos de indicadores de resultados que nos guíen en el diagnóstico final de la sostenibilidad de la organización sanitaria. Los métodos cuantitativos (28) permiten valorar indicadores relacionados con aspectos clave de grupos de interés, económicos y ambientales (29).

En todo caso, la metodología para el estudio de la sostenibilidad del sistema sanitario debe ser realizada desde múltiples enfoques realizando una aproximación a ciencias como la sociología, la psicología o la antropología.

Con todo ello parece surgir, también aquí, la figura de la enfermera como el profesional que dispone del enfoque necesario para realizar este estudio por su formación y por la perspectiva holística del conocimiento de la organización y de las necesidades de todas las partes interesadas.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de este estudio vienen determinadas por el propio método cualitativo y la representatividad limitada de los resultados y por el importante componente ideológico que se introduce aún sin querer en temas relacionados con la sanidad pública.

Para futuras investigaciones debería profundizarse en los elementos claves de la cultura organizacional que tienen impacto positivo en los procesos de las organizaciones.

Conflictos de interés: No se ha identificado ningún conflicto de interés.

Financiamiento – Este trabajo de investigación no ha recibido ningún apoyo económico por parte de ninguna de ninguna institución, organismo o empresa.

Referencias

1. Oteo Ochoa, L.A. (2010). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: los profesionales sanitarios y la ciudadanía. ¿Hemos agotado nuestro Sistema Nacional de Salud? Contextualización y determinantes del cambio y la innovación. *Rev Adm Sanit.*; 8(1):5-32.
2. Abellán Perpiñán, J. et al. (2015). El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas. Fundación BBVA. Bilbao. Alvira F, Serrano A. Diseños y estrategias de investigación social, en García.; Alvira, F.; Alonso, L.E. y Escobar, M.: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social. Madrid: Alianza.
3. Beltrán, A., Forn, R., Garicano, L., Martínez, MM., Vázquez, P. (2009). Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Fundación de estudios de economía aplicada (FEDEA). Disponible en: www.cambioposible.es/sanidad.
4. Arenilla, M. (2011). Hacia una Administración Pública Sostenible. Informes AEVAL. http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/informes/Informe_AP_sostenible.pdf. Acceso: 8/10/2019.
5. Arratibel, P. (2014). La transformación sanitaria: el camino hacia la sostenibilidad. XII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Huesca. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/20160118181559.pdf> (acceso 6/10/2016).
6. Gutiérrez, R. y Peñalver, R. (2009). El futuro de la Calidad Asistencial. Manual de Calidad Asistencial. SESCOCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
7. MSSSI- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud-INCLASNS (2018). Disponible en <http://inclasns.msssi.es/main.html>
8. Zardoya, A.I., Guevara, I.R., García, J., Marzo, M. (2007). El modelo EFQM en el Sector, Salud. Cuadernos de CC.EE. y EE. nº52, pp103-125.
9. Suárez, M.F.(2007). La sostenibilidad de la mejora continua de procesos en la administración pública: un estudio en los ayuntamientos. Tesis Doctoral.Universidad Ramón Llull. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9178/Sostenibilidad-MFSB-Tesis-PhD-vf.pdf?sequence=2> Acceso: 08/11/2019
10. Boulter, L. et al. (2005). Report on EFQM and BQF funded study into the impact of the effective implementation of organizational excellence strategies on key performance results. University of Leicester. European Foundation for Quality Management.
11. CEG-Club de Excelencia en Gestión.(2014). Guía de interpretación para el Sector Sanidad. Modelo EFQM de Excelencia 2013. Club de Excelencia en Gestión. Madrid.
12. Brunet, I.; Catalin, L. (2016). Las organizaciones. La Sociedad desde la Sociología. ED. Tecnos. Cap. 15, pp415-440.
13. Bacigalupe, A et al.(2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit.* 2016;30(1):47-51
14. Hendricks, KB., Singhal, VR.(1997) Does implementing an effective TQM program actually improve operating perform *Management Science*; Sep 1997; 43, 9;ABI/INFORM Global
15. Ortí, A. (1999). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Edited by J. M. Delgado and J. Gutiérrez. Madrid: Síntesis SA.
16. Alvira, F. y Serrano, A. (2015). Diseños y estrategias de investigación social, en García,M.; Alvira, F.; Alonso, L.E. y Escobar, M.: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social, Alianza. Madrid.
17. Yin, R. (2009). *Case Study Research, Design and Methods-4th edition*. Thousands Oaks, California Estados Unidos: Sage Publications.
18. Francés, F. (2015). *Técnicas de Investigación Social*. Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante. [acceso: 24/02/2018]. Disponible en http://personal.ua.es/es/francisco-frances/materiales/tema4/la_entrevista_en_profundidad.html.
19. Paternoster, A. (2011). Herramientas para medir la sostenibilidad corporativa. Cátedra de sostenibilidad UNESCO. Universidad Politécnica de Catalunya. [acceso: 8/11/2019].Disponible en: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099.1/13644/PFM_Agustin_Paternoster.pdf
20. Amezcua, M. (2000). Los métodos y técnicas cualitativas y sus utilidades. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital); 28-29. [acceso: 28/12/2017]. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_35.php>
21. Villasante, T.(1994) De los movimientos sociales a las metodologías participativas. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.
22. Marshall, C. y Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Ed Sage.
23. Merriam, S.B. (1998) *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco. Jossey-Bass.
24. Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M., Palmar, A.M.(2014) *Investigación cualitativa*. Barcelona: Elsevier.

25. Eisenhardt, K. y Graebner, M., (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal* 2007, Vol. 50, No. 1, 25–32.
26. Huberman, M. y. Miles, M.B. (1994), Métodos para el manejo y análisis de datos, en Norman Denzin & Yvonnas Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications. Citado en Documento de Cátedra nº1. Sautu R. Metodología III. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
27. Matthies-Baraibar, C., et al. (2016) Impacto de la implantación de Efqm en Osakidetza. *Osteba*. Vitoria. Disponible en: www.euskadi.eus/publicaciones. Acceso: 25/10/2019.
28. Barrasa, JI. (2015). La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica. *Sociedad Española de Calidad Asistencial*. [acceso: 08/11/2019]. Disponible en http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/indicadores_efectividad_clinica2.pdf
29. García, E.I. et al.(2014). Indicadores de eficiencia para contribuir a la sostenibilidad de los servicios de salud en España. *Revista de Calidad Asistencial* ;29(5):287-290.



© 2019 by the authors; licensee Archives of Nursing Research, Cáceres, Spain. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>.

Anexo I: Guion de las entrevistas

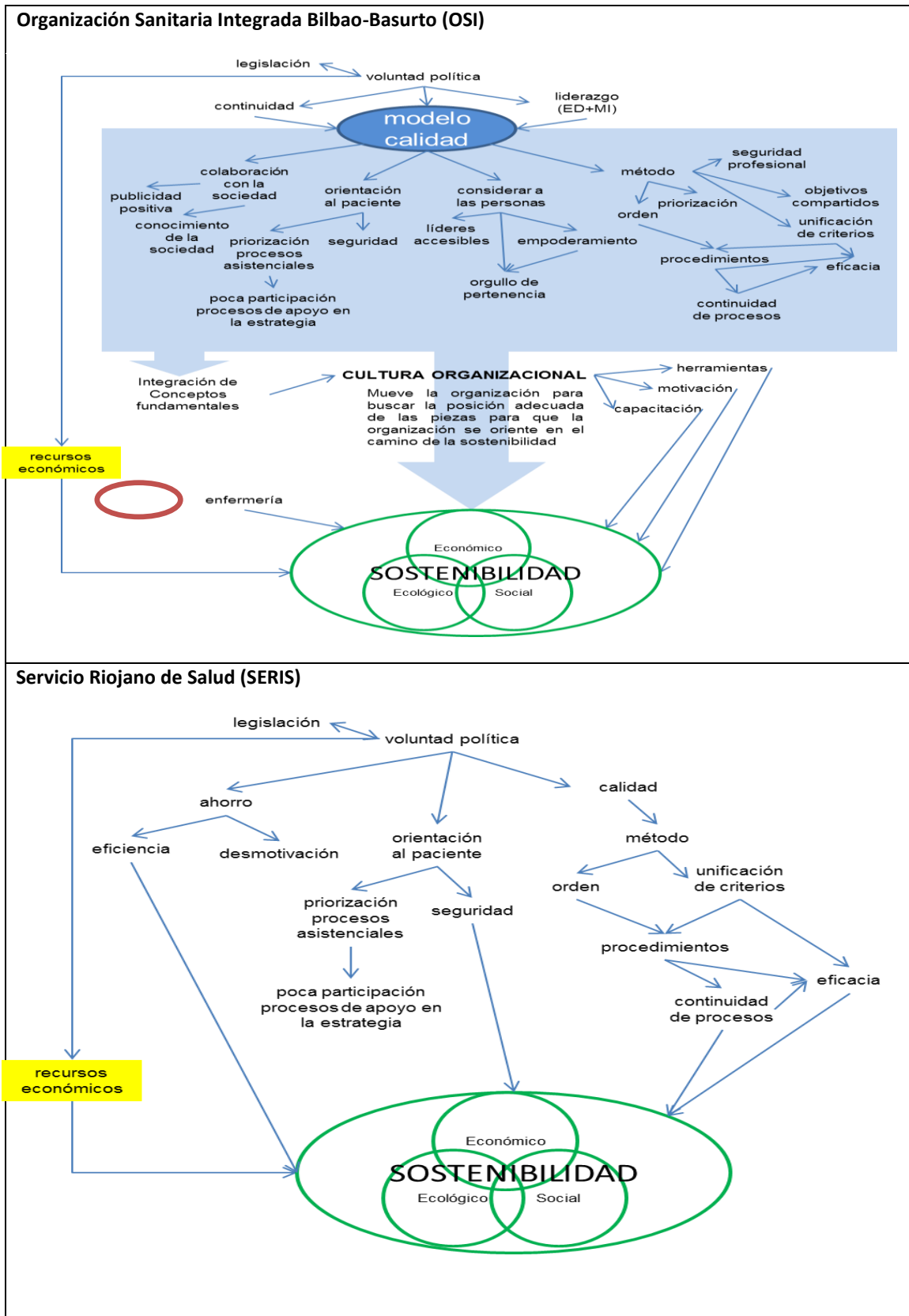
<p>Presentación: Breve personal Breve del estudio: Objetivos, metodología, confidencialidad, autorización.</p>
<p>Fase inicial: Temas generales, fáciles, "romper el hielo": ¿Cuánto tiempo llevas en esta organización? ¿Cuáles son tus tareas? ¿Conoces otras? ¿Hay diferencias?</p>
<p>Temas Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es para ti una organización sanitaria sostenible? ¿Crees que esta lo es? ¿Por qué? • ¿Qué importancia le das a la sostenibilidad? ¿Qué grado de conciencia piensas que hay entre tus compañeros sobre ello?? • ¿Crees que la organización da respuesta a las necesidades de los pacientes, usuarios, sociedad...? ¿Por qué? ¿Qué debería hacer? ¿Tiene buena imagen? • ¿Sabes si existen políticas, planes, ideas, estrategias para su buen funcionamiento? ¿Las conoces? ¿Sabes si se revisan y actualizan? • ¿Crees que la organización es flexible y capaz de adaptarse a los cambios de manera eficaz? ¿Por qué? ¿Conoces algún ejemplo? Si no es así porqué y qué debería hacer el centro. • ¿Qué hace la organización para asegurar la sostenibilidad económica? ¿medidas financieras....? • ¿Existe una gestión medioambiental adecuada de edificios, equipos, materiales y recursos naturales? ¿Qué hacéis al respecto? ¿Qué más podría hacerse? • ¿Se implica la organización con los grupos de interés externo (pacientes, asociaciones profesionales....) y con la sociedad (asociaciones de vecinos, municipio....)? • ¿Qué importancia le da cada categoría/estamento a los aspectos éticos/cumplimiento normativas? ¿Se promociona o potencia desde la dirección?

Elaborado según el Concepto Fundamental de la Excelencia "Crear un futuro sostenible" y los subcriterios del modelo EFQM relacionados según el Club de Excelencia en Gestión. (Guía de interpretación para el Sector Sanidad. Modelo EFQM de Excelencia 2013. Madrid: Club excelencia en gestión; 2014)

Anexo II Cuadro de entrevistados

OSI Bilbao Basurto	SERIS
Subdirección de Calidad	Responsable de calidad del servicio de alimentación
Dirección Médica	Dirección Médica, Subdirección de enfermería,
Dirección de Enfermería	Jefatura de estudios Mantenimiento
Jefatura de Estudios	Hospital de día
Servicio de Oncología	Hospitalización a domicilio Gestión Económica,
Unidad de Gestión Sanitaria Mantenimiento	Formación Continuada
Hospital de Día Quirúrgico	Admisión
Gestión Económica	
Formación Continuada	
Gestión Medioambiental	
Atención al Paciente	

Anexo III. Redes conceptuales de ambas organizaciones respecto a la sostenibilidad



Anexo IV. Indicadores

Indicadores seleccionados			Diferencia 2008-2014		
Dimensión Sostenibilidad	DOMINIOS	INDICADOR	P. Vasco	La Rioja	España
Social: Resultados Clave en Salud	Bienestar	Esperanza de vida al nacer	1,83	2,34	1,8
	Bienestar	Esperanza de vida en buena salud al nacer	2,89	4,01	4,92
	Bienestar	Años de vida saludable a los 65 años	4,99	2,32	3,3
	Bienestar	Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud	4,45	3,13	4,41
	Bienestar	Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud	8,91	2,09	-0,57
	Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab	-6,77	-14,35	-8,52
	Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 hab.	-2,87	2,2	-4,67
	Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 hab.	-0,28	-1,39	-1,08
	Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 hab.	-2,48	-6,58	-3,53
	Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100000 hab.	-0,97	-1,21	-1,18
	Mortalidad	Tasa de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos	-0,69	-3,28	-0,42
	Mortalidad	Tasa de mortalidad perinatal por cada 1 000 nacidos vivos	-0,85	-0,98	0
	Morbilidad	Incidencia de tuberculosis por 100 000 hab.	-4,12	-19,13	-7,22
	Morbilidad	Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta. Ver definición	-0,68	-0,52	0,92
	Morbilidad	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta. Ver definición	1,97	0,93	1,07
	Morbilidad	Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10 000 hab.	-1,27	0,65	-0,51
	Eficacia	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100 000 hab.	-7,17	-4,67	-10,87
	Eficacia	Tasa de mortalidad ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular por 100 000 hab.	-9,69	-13,37	-11,05
	Eficacia	Tasa de mortalidad perinatal	-0,85	-0,98	0,18
	Eficacia	Tasa de infección hospitalaria.	-0,08	-0,08	-0,01

Indicadores seleccionados			Diferencia 2008-2014		
Dimensión Sostenibilidad	DOMINIOS	INDICADOR	P. Vasco	La Rioja	España
	Eficacia	Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados.	-0,11	0	-0,01
	Eficacia	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total)	102,21	-32,35	148,84
	Eficacia	Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias	0	-0,14	0,15
	Eficacia	Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas	-0,48	-0,17	-0,2
	Eficacia	Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía	-0,24	0,03	-0,25
Social: Determinantes de la Salud	Social	Índice de dependencia	8,54	6,32	5,07
	Estilos de vida	Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta. Ver definición	-4,49	-7,67	-3,18
	Determinantes biológicos	Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años	-1,07	-0,29	0,91
	Determinantes sociales	Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior	-6,3	-8,8	-6,4
	Accesibilidad	Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe	-9,58	-6,5	-9,31
	Accesibilidad	Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)	0,43	0,9	-0,11
	Accesibilidad	Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)	-1,42	1,29	-1,45
	Accesibilidad	Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada	9,61	-1,57	7,8
Social: Ética Sanitaria. Seguridad y cobertura	Seguridad	Notificación de reacciones adversas graves a medicamentos (Tasa por 1 000 000)	116,23	88,68	113,78
	Seguridad	Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto	-1,06	-0,93	-1,88
	Seguridad	Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos	0	0,01	-0,01
	Efectividad	Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab.	-1,04	0	-0,69
	Accesibilidad	Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público	98,52	99,38	98,97
Social: Satisfacción ciudadano	Satisfacción Ciudadanos	Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público	0,24	-0,05	0,02
	Satisfacción Ciudadanos	Grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra	0,69	0,64	0,55

Indicadores seleccionados			Diferencia 2008-2014		
Dimensión Sostenibilidad	DOMINIOS	INDICADOR	P. Vasco	La Rioja	España
	Satisfacción Ciudadanos	Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud	0,23	-0,24	0,19
Económico: Recursos utilizados	Recursos	Personal médico AP por 1 000 personas asignadas	0,09	0	0,01
	Recursos	Camas hospitalarias en funcionamiento por 1 000 hab.	-0,38	0,2	-0,25
	Recursos	Puestos en hospitales de día por 1 000 hab.	0,32	0,12	0,17
	Recursos	Equipos de hemodinámica por 100 000 hab.	0,27	0,32	0,08
	Uso	Frecuentación en medicina de AP por persona asignada/año	0,15	1,85	-0,86
	Uso	Tasas de uso de resonancia magnética por 1 000 hab./año	15,91	52,58	21,36
	Uso	Índice de la estancia media ajustada (IEMA)	-0,02	0,02	0
	Uso	Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS	5,01	-2,79	6,41
	Uso	DHD de antibióticos	4,19	-1,15	1,72
	Pertinencia	Tasa de cesáreas	0	-20,51	0
	Pertinencia	Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama	1,37	4,86	3,78
	Pertinencia	Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas	8,64	11,33	5,29
Económico: Gasto	Económico	Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido	3,43	-195,29	100,64
	Económico	Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria	-0,28	0,25	-1,12
	Económico	% del gasto de los servicios de atención especializada	5,56	-0,09	4,95
	Económico	% del gasto en farmacia	-4,27	-1,87	-3,12
	Económico	% del gasto en remuneración de personal	2,62	-0,47	1,28
	Económico	% del gasto en consumos intermedios	3,69	3,5	3,61
	Económico	% del gasto dedicado a conciertos	-0,22	2,65	0,11
	Eficiencia	Estancia media ajustada por la casuística (EMAC)	-0,56	-0,3	-0,4
	Eficiencia	Porcentaje de cirugía ambulatoria	5,01	-2,79	6,41
	Eficiencia	Porcentaje global de reingresos	0,12	0,73	0,65

Determinantes sociales de la salud

	Number of Joipoints	Numerator Degrees of Freedom	Denominator Degrees of Freedom	Number of Permutations	P-Value	Significance Level~	Final selected model:	Conclusión
Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1ª Etapa de educación secundaria o inferior	0 Joipoint(s)	2	14	4500	0.0024444	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe	0 Joipoint(s)	2	14	4500	0.0251111	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)	0 Joipoint(s)	2	14	4500	0.0002222	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)	0 Joipoint(s)	2	14	4500	0.0475556	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa

Recursos sanitarios

	Number of Joipoints	Numerator Degrees of Freedom	Denominator Degrees of Freedom	Number of Permutations	P-Value	Significance Level~	Final selected model:	Conclusión
Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS	1 Joipoint(s)	4	8	4500	0.0044444	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Personal médico AP por 1 000 personas asignadas	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0122222	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Camas hospitalarias en funcionamiento por 1 000 hab.	1 Joipoint(s)	4	8	4500	0.0044444	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Gasto farmacia	1 Joipoint(s)	4	8	4500	0.0120000	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Remuneración personal	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0002222	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa

Resultados clave en salud

	Number of Joipoints	Numerator Degrees of Freedom	Denominator Degrees of Freedom	Number of Permutations	P-Value	Significance Level~	Final selected model:	Conclusión
Esperanza de vida al nacer	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0297778	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Incidencia de tuberculosis por 100 000 hab	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.4028889	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Tasa de mortalidad prematura enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 h.	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.1213333	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 hab.	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0988889	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100 000 hab.	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0297778	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados.	0 Joipoint(s)	2	12	4500	0.0133333	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa

Satisfacción de los ciudadanos con el sistema de salud

	Number of Joipoints	Numerator Degrees of Freedom	Denominator Degrees of Freedom	Number of Permutations	P-Value	Significance Level~	Final selected model:	Conclusión
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público	1 Joipoint(s)	4	10	4500	0.0022222	0.0500000	Rejected coincidence	Diferencia significativa
satisfaccion informacion	1 Joipoint(s)	4	10	4500	0.1895556	0.0500000	Failed to reject Coincidence	Coincidencia