

¿Es posible una red de *benchmarking* entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red.7

Concepción Fariñas-Álvarez^a, Luis Ansorena-Pool^{b,c}, Eduardo Álvarez-Díez^c, Pedro Herrera-Carral^d, María Valdor-Arriarán^e, Liébana Piedra-Antón^f, Ana Rosa Díaz-Mendi^c, M. Dolores Acón-Royo^c y Ángel Alzueta-Fernández^c

^aServicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^bServicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^cEquipo directivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^dUnidad de Docencia, Calidad y Formación Continuada de Enfermería. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^eHospital de Día. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^fServicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

Correspondencia: Dra. C. Fariñas Álvarez.

Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Sierrallana.

Barrio de Ganzo, s/n. 39300 Torrelavega. Cantabria. España.

Correo electrónico: mfarinas@hsl.scsalud.es

Resumen

Introducción: A raíz de una acción de mejora priorizada en la segunda autoevaluación con el modelo EFQM realizada en el Hospital Sierrallana (Cantabria), surgió la idea de crear una red de *benchmarking* entre hospitales similares. El objetivo de este trabajo es presentar cómo se abordó y se desarrolló dicha acción de mejora hasta la creación de la Red de Benchmarking "Red.7".

Material y métodos: Se preseleccionaron, a través del Catálogo Nacional de Hospitales de 2004, los hospitales con que nos podríamos comparar. Se solicitó información de indicadores de resultados clave a los servicios de salud de las comunidades autónomas y se seleccionaron los hospitales con los que establecer la red de *benchmarking*, a los que se propuso participar contactando con las gerencias. Se incluyó al menos un hospital por comunidad autónoma. Se realizó una jornada científico-técnica para la constitución de la red.

Resultados: Se preseleccionaron 74 hospitales de 12 comunidades autónomas. Se seleccionaron 18 con los que se contactó. Respondieron 7 y 1 rechazó participar. Finalmente, la red de *benchmarking* se constituyó con 7 hospitales: Fundación Hospital Alcorcón, Hospital El Bierzo, Hospital J.M. Morales Meseguer, Hospital San Jorge, Hospital Sierrallana, Hospital Son Llàtzer y Hospital Valle de Nalón.

Conclusiones: La autoevaluación según el modelo EFQM nos permitió detectar una carencia en cuanto a comparación de resultados y buenas prácticas con otros hospitales del Sistema Nacional de Salud y hemos conseguido poner en marcha una red de *benchmarking* integrada por hospitales de tamaño y objetivos similares a los del nuestro, y de diferentes comunidades autónomas.

Palabras clave: *Benchmarking*. Modelo de excelencia EFQM. Red. Mejores prácticas.

Introducción

El *benchmarking*, tal y como se concibe en el ámbito de la gestión empresarial, implica la identificación de las mejores prácticas con la finalidad de obtener una estimación de los beneficios que se podría alcanzar si las diversas organizaciones se situaran en el nivel de las mejores y facilitar el aprendizaje¹⁻⁴. Es decir, el objetivo del *benchmarking* es aprender

Abstract

Introduction: As a result of a prioritised improvement action during the second self-assessment using the EFQM Excellence Model carried out in Sierrallana Hospital (Cantabria, Spain), it was decided to form a Benchmarking Network between Hospitals. The objective of this work is to present how this action was developed to create the Benchmarking Network "Red.7".

Material and methods: Using the 2004 "Catálogo Nacional de Hospitales" we pre-selected hospitals which could be compared with ours. We asked for information on results indicators in the Health Services of the different regions and we selected those hospitals that could be integrated into the Benchmarking Network. We contacted the top management of the selected hospitals in order to offer them the possibility of participating in the Network. Finally we organised a scientific session to create the Network.

Results: We pre-selected 74 hospitals from 12 regions and 18 of them were selected. Seven of these 18 hospitals responded to our invitation, of which one decided to not participate. Finally the Benchmarking Network was created with 7 hospitals: Fundación Alcorcón; El Bierzo, Morales Meseguer, San Jorge, Sierrallana, Son Llàtzer and Valle del Nalón, hospital.

Conclusions: The use of the EFQM Excellence Model permitted us to detect a gap in the comparison of results and best practices with other hospitals from the National Health Service, and we have been able to form an integrated Benchmarking Network with hospitals similar to ours in the different regions.

Key words: Benchmarking. EFQM Excellence Model. Network. Best practices.

acerca de las circunstancias o los procesos que consiguen los mejores resultados para adaptarlos a la organización y no sólo compararlos¹⁻⁴. Por lo tanto, se podría definir *benchmarking* como "mejorar aprendiendo de otros"¹.

El *benchmarking* aplicado a los servicios de salud puede constituir una herramienta de gran utilidad en la gestión de la calidad, ya que mantiene la organización en un proceso continuo de medición, análisis y mejora de procesos. Se convierte así en

un instrumento de suma utilidad en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de las organizaciones de salud, y como tal está integrado en el modelo de excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management)^{1,5}. Sin embargo, en el sector sanitario el tipo de *benchmarking* utilizado habitualmente se limita al análisis de indicadores, estableciendo un estándar para cada criterio definido por los centros que muestran los mejores resultados en ese criterio (p. ej., utilizar como norma deseable de duración de la estancia en un proceso concreto el promedio del 5-10% de los centros con mejor comportamiento)⁶. También, antes de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, el INSALUD publicaba datos anuales de los indicadores que permitían la comparación entre los distintos hospitales. Pero, en nuestro conocimiento, no existen experiencias nacionales de realización de actividades de *benchmarking* siguiendo el proceso formal que se utiliza en el ámbito empresarial.

En este contexto, en el año 2005 y a raíz de una acción de mejora priorizada en el Hospital Sierrallana de Torrelavega (Cantabria) tras la segunda autoevaluación del centro con el modelo EFQM, surgió la idea de poner en marcha una red de *benchmarking* entre hospitales similares que sirviese para comparar regularmente aspectos del desempeño (funciones o procesos) de los centros integrados en la red con el objetivo final de conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios de salud al ciudadano. Además, con ello se pretendía solucionar una carencia existente en estos momentos en el sector sanitario en cuanto a comparación y adaptación de mejores prácticas.

El objetivo de este trabajo es presentar cómo se abordó el desarrollo de la acción de mejora priorizada en la segunda autoevaluación del hospital, cuyo resultado final ha sido la creación de una red de *benchmarking* entre hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) llamada "Red.7".

Material y métodos

Se ha utilizado la metodología de evaluación REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) del modelo EFQM⁵. La duración de todo el despliegue realizado fue de abril de 2005 a noviembre de 2006. Toda la información referente a la acción de mejora se recogió en una ficha de seguimiento.

La acción de mejora priorizada en la autoevaluación fue la siguiente: establecer un proceso para la identificación de líderes del sector, o de las mejores prácticas, en relación con los clientes, las personas, la sociedad y los resultados clave y realización de actividades de *benchmarking*.

Inicialmente se nombró un propietario de dicha acción de mejora y se definió el enfoque de ésta. Tanto el enfoque como el despliegue desarrollado sufrieron un proceso de evaluación y revisión continuo, lo que supuso la elaboración de cinco versiones de la ficha de seguimiento. Se confeccionó un cronograma de las distintas etapas del despliegue.

El primer paso del despliegue fue la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario inicialmente compuesto por seis profesionales, la mayoría de ellos con experiencia en calidad asistencial o sistemas de información y análisis de indicadores: tres facultativos médicos (Coordinadora de Calidad,

Jefe de Admisión y Documentación Clínica, Facultativo de Urgencias que previamente había trabajado en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica), dos diplomados en enfermería (Supervisor de Calidad y Supervisora de Hospital de Día Médico con formación en EFQM) y un profesional de la Dirección de Gestión (Subdirector de Gestión, que también previamente había trabajado en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica). Posteriormente, en las últimas fases del despliegue se incorporaron al grupo la Directora de Enfermería y la Subdirectora de Gestión. Puntualmente el Director Gerente asistió a las reuniones del grupo en las que se discutieron decisiones que requerían su aprobación.

Dada la escasa experiencia en *benchmarking* de estos profesionales, se realizaron actividades de formación: búsqueda de bibliografía sobre *benchmarking* y asistencia a una jornada de formación sobre *benchmarking* en el sector sanitario.

A continuación se procedió a la selección de los hospitales con los que queríamos compararnos. La selección se hizo a partir del Catálogo Nacional de Hospitales de 2004, el último disponible a la fecha de inicio de la acción de mejora. Se seleccionaron todos los hospitales generales, de entre 200 y 500 camas y de titularidad pública: un total de 75 hospitales de 13 comunidades autónomas, incluido el Hospital Sierrallana.

Posteriormente se definieron los indicadores con los que se pretendía conseguir información general de los hospitales así seleccionados para identificar aquellos con las mejores prácticas clínicas, candidatos a formar parte de la red de *benchmarking*. Se seleccionaron indicadores asistenciales estándar, utilizados en todos los hospitales del SNS, incluyendo al menos un indicador de actividad de cada una de las áreas asistenciales de los hospitales: hospitalización, área quirúrgica, urgencias y consultas externas.

Los indicadores de los que se solicitó información referida al año 2004 fueron: número de camas funcionantes, población del área de referencia, estancia media, peso de *case-mix*, índice de ocupación de camas, rendimiento quirúrgico, número de consultas nuevas/mes y número de urgencias/día.

La información de estos indicadores se obtuvo de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas, tras contacto telefónico con los responsables de los servicios de información asistencial y solicitud escrita firmada por el Gerente del Hospital Sierrallana.

Con la información recibida se elaboró una hoja de cálculo de Excel en la que figuraban los resultados de los nueve indicadores para los 75 hospitales preseleccionados. En función de la información así obtenida, se seleccionaron los hospitales candidatos a formar parte de la red de *benchmarking*. Se seleccionaron los que presentaban los mejores resultados de cada comunidad autónoma. Se incluyó al menos un hospital por comunidad autónoma, y en aquellas donde había un mayor número de hospitales que cumplían los requisitos antes mencionados, se incluyeron dos.

A los hospitales seleccionados se les propuso participar en el proyecto en el primer trimestre de 2006. Se contactó con ellos desde la gerencia del hospital mediante una carta de presentación del proyecto y un documento en el que se explicaban los objetivos que se pretendía alcanzar con la creación de esta red, las posibles líneas de trabajo y las ventajas de formar parte de ella.

Tras un período de espera de varios meses para la recepción de las adhesiones de los hospitales interesados, con los hospitales que aceptaron participar en el proyecto se planificó una jornada científico-técnica para la constitución formal de la red.

Para comenzar a trabajar según la metodología REDER, en primer lugar se definió el enfoque de la acción de mejora. Hubo tres versiones del enfoque hasta el definitivo. En el primer enfoque planteado sólo se incluía la identificación de organizaciones con las que compararnos y se pretendía solamente seleccionar indicadores adecuados para realizar dichas comparaciones, de acuerdo con experiencias previas en el sector sanitario. Sin embargo, a medida que el Grupo de Mejora se fue formando en *benchmarking* y se avanzó en las primeras fases del despliegue y, como consecuencia de la evaluación y la revisión continuas, el enfoque fue cambiando hasta el definitivo. El segundo enfoque ya incluía la creación de la red, y el último y definitivo planteaba la creación de la red y especificaba el tipo de *benchmarking* que se iba a realizar (*benchmarking* funcional) (tabla 1).

Al mismo tiempo que se iba revisando el enfoque, se fue modificando el despliegue de la acción de mejora. De esta forma, hubo cinco versiones de la ficha de seguimiento: desde la versión 0 a la versión 4, que fue la definitiva (tabla 1).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de la información de los indicadores asistenciales se calculó la media \pm desviación estándar, mínimo, máximo y percentiles de los distintos indicadores y se estratificó por comunidades autónomas. La comparación de medias se realizó mediante los test de la t de Student para muestras independientes y ANOVA de una vía. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados

Del Catálogo Nacional de Hospitales de 2004, se seleccionaron de 12 comunidades autónomas 74 hospitales que cumplieran los criterios de selección. En dos comunidades autónomas no había ningún hospital que cumpliera los requisitos: Canarias y Navarra; en Cantabria tampoco había ningún hospital, excepto el Hospital Sierrallana. El número de hospitales con las características establecidas por comunidades autónomas fue: 12 en Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana; 6 en Castilla y León; 5 en Castilla-La Mancha y Madrid; 4 en Aragón, Asturias, Extremadura y Murcia; 3 en País Vasco; 2 en Galicia, y 1 en Baleares.

El contacto con los servicios de salud de las 12 comunidades autónomas para solicitarles información de los indicadores establecidos se realizó entre mayo y junio de 2005. Todas las comunidades autónomas respondieron en distintos plazos enviando la información requerida sobre los indicadores establecidos. La población de referencia media de los 74 hospitales fue de 195.335 habitantes, con una media de 296 ± 93 camas funcionantes. La estancia media osciló entre 3,4 y 9,7 (media, $6,78 \pm 3,41$) días. El índice de *case-mix* medio fue de $1,39 \pm 0,87$ (tabla 2).

Tabla 1. Evolución del enfoque y el despliegue durante el desarrollo de la acción de mejora como consecuencia de la evaluación y la revisión de la metodología REDER

Tipo	Descripción
Enfoque	
Versión 0	Identificación de las organizaciones líderes en el sector y evaluación, en la medida de lo posible, de las mejores prácticas que realizan, así como selección o definición de los indicadores que comparar
Definitivo	Identificación de las organizaciones líderes en el sector y evaluación, en la medida de lo posible, de las mejores prácticas que realizan, así como establecer un proceso para intercambio de información con las organizaciones que cumplan los criterios de comparación establecidos (red de <i>benchmarking</i> funcional)
Despliegue	
Versión 0	Estudio de los datos procedentes del INSALUD Selección de las organizaciones "comparables" con nuestra organización Selección de identificadores que comparar Evaluación de las fuentes de información y definición de criterios de fiabilidad de dicha información
Definitivo	Creación de un grupo de trabajo con conocimientos previos en sistemas de información y realización de actividades de formación Búsqueda de información de hospitales y determinación de los criterios para seleccionarlos Selección de los indicadores de los que se va a conseguir información general que permita identificar los hospitales con las mejores prácticas clínicas para la red de <i>benchmarking</i> Solicitud de la información de los indicadores a los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas, mediante contacto telefónico y carta del gerente del hospital Recepción de la información solicitada Selección de las organizaciones comparables (los "candidatos" a la red) Contacto con las organizaciones y proponerles participar en la red de <i>benchmarking</i> Diseño y consenso sobre el proceso de intercambio de información

Los hospitales elegidos para proponerles formar parte de la red de *benchmarking* fueron 18. Se incluyó al menos un hospital por comunidad autónoma (tabla 3). La media de camas de estos hospitales fue de 318 ± 60 , y la población de referencia osciló entre 98.000 y 278.000 (media, 195.513) habitantes. Los indicadores de actividad asistencial estancia media, índice de ocupación y rendimiento quirúrgico fueron mejores que los del conjunto de los 74 hospitales. Además, el elevado *case-mix*

Tabla 2. Indicadores de actividad asistencial de los hospitales seleccionados y del Hospital Sierrallana. Año 2004

Indicadores	Grupo de 74 hospitales preseleccionados	Grupo de 18 hospitales seleccionados	Grupo de 6 hospitales integrantes de la red de <i>benchmarking</i>	Hospital Sierrallana
Población de referencia	195.335 ± 92.120	195.513 ± 52.048	170.147 ± 69.416	157.512
Camas funcionantes (n)	296 ± 93	318 ± 60	316 ± 60	265
Estancia media (días)	6,78 ± 3,41	6,54 ± 0,97	7,18 ± 1,19	8,4
Índice de <i>case-mix</i>	1,39 ± 0,87	1,44 ± 0,15	1,46 ± 0,12	1,6
Índice de ocupación	78,62 ± 8,05	83,41 ± 5,64	83,92 ± 11,41	94,5
Rendimiento quirúrgico	64,8 ± 22,5	75,5 ± 8,8	74,0 ± 11,4	75,6
Urgencias/día (n)	189 ± 74	215 ± 73	199 ± 106	184
Consultas nuevas/mes (n)	5.513 ± 2.809	7.035 ± 2.557	6.650 ± 2.580	5.262

Los datos expresan media ± desviación estándar.

Tabla 3. Hospitales seleccionados para formar la red de *benchmarking*

Comunidad autónoma	Hospitales
Andalucía	Hospital de la Merced (Osuna)
	Hospital Costa del Sol (Marbella)
Aragón	Hospital General San Jorge (Huesca)
Asturias	Hospital Valle del Nalón (Langreo)
Castilla-La Mancha	Complejo Hospitalario La Mancha Centro (Alcázar de San Juan)
Castilla y León	Hospital El Bierzo (Ponferrada)
Cataluña	Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona)
	Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona)
Comunidad Valenciana	Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant (Sant Joan d'Alacant)
	Hospital de la Ribera (Alzira)
Extremadura	Hospital de Mérida (Mérida)
Galicia	Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos (El Ferrol)
Islas Baleares	Hospital Son Llätzer (Palma de Mallorca)
Madrid	Hospital Severo Ochoa (Leganés)
	Fundación Hospital Alcorcón (Alcorcón)
Murcia	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer (Murcia)
País Vasco	Hospital Santiago Apóstol (Vitoria)
	Hospital de Galdakao (Galdakano)

de nuestro hospital hizo que se seleccionaran hospitales con un índice de *case-mix* medio más elevado ($1,44 \pm 0,15$) y mayor media de consultas nuevas/mes y urgencias/día que el total de los hospitales. Sin embargo, estas diferencias observadas en los valores medios de los indicadores no fueron estadísticamente significativas (todos los valores $p > 0,05$) (tabla 2).

De los 18 hospitales respondieron 7 (38,9%). Uno rechazó formar parte (Hospital Costa del Sol) y seis aceptaron.

Estos seis hospitales fueron: Fundación Hospital Alcorcón (Madrid), Hospital El Bierzo (Castilla y León), Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia), Hospital San Jorge (Aragón), Hospital Son Llätzer (Islas Baleares) y Hospital Valle de Nalón (Asturias). Por lo tanto, la futura red estaría constituida por siete hospitales, incluido el Hospital Sierrallana. Los resultados de los indicadores para este grupo de hospitales se muestran en la tabla 2. La población de referencia media fue de 170.147 habitantes, con una media de 316 ± 60 camas funcionantes. La estancia media fue de $7,18 \pm 1,19$ días. Para la mayoría de los indicadores los resultados son similares a los del grupo de 18 hospitales seleccionados, sin que las diferencias apreciadas en los valores medios de éstos respecto al grupo de 74 hospitales fueran estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Los indicadores asistenciales también son similares a los del Hospital Sierrallana, excepto la estancia media (nuestro hospital no tiene en su cartera de servicios la atención al parto ni pediatría).

El 10 de noviembre de 2006 se constituyó formalmente la red de *benchmarking* entre hospitales del SNS (tabla 3) en una jornada científico-técnica realizada en el Hospital Sierrallana, mediante la firma del documento de creación de la red por los hospitales fundadores. Este documento recoge la misión, la visión y los valores de la red, así como los objetivos y los hospitales fundadores (tabla 4).

Los valores son los recogidos en el Código de conducta Europeo de *Benchmarking*: 1. Principio de Preparación (compromiso con la eficiencia del *benchmarking* y preparación y ayuda al socio); 2. Principio de Contacto (respetar la cultura de las organizaciones socias y evitar comunicar nombres de contactos sin permiso previo); 3. Principio de Intercambio (proporcionar información honesta, completa y del mismo grado que la solicitada al socio de *benchmarking*); 4. Principio de Confidencialidad (tratar el intercambio de información de forma confidencial, sin comunicarla a terceros sin el acuerdo de los socios); 5. Principio de Uso (utilizar la información obtenida únicamente para los propósitos definidos y acordados); 6. Principio de legalidad (realizar acciones siempre en el marco de la legalidad vigente); 7. Principio de terminación (cumplir los compromisos adquiridos según la pla-

Tabla 4. Contenido del documento de creación de la red de *benchmarking*

Ítem	Descripción
Misión y visión	Convertirse en un grupo de hospitales de referencia nacional que realicen regularmente actividades de <i>benchmarking</i> entre sí, compartiendo información e identificando y aprendiendo de las mejores prácticas, como una ayuda para la gestión de la calidad dentro de los hospitales miembro
Objetivos específicos	<p>Establecer un proceso para el intercambio de información y mejores prácticas entre los hospitales integrantes</p> <p>Compartir información de resultados clave periódicamente</p> <p>Elaborar los mejores estándares dentro de la red con los que comparar la gestión de cada uno de los hospitales</p> <p>Identificar las mejores prácticas dentro de la red para facilitar el aprendizaje y la adaptación de tales prácticas por los hospitales integrantes</p>
Valores (Código de Conducta Europeo de <i>Benchmarking</i>)	<p>Principio de preparación</p> <p>Principio de contacto</p> <p>Principio de intercambio</p> <p>Principio de confidencialidad</p> <p>Principio de uso</p> <p>Principio de legalidad</p> <p>Principio de terminación</p> <p>Principio de empatía y acción</p>
Hospitales Fundadores	<p>Hospital General San Jorge (Aragón)</p> <p>Hospital Valle del Nalón (Asturias)</p> <p>Hospital Son Llätzer (Baleares)</p> <p>Hospital Sierrallana (Cantabria)</p> <p>Hospital El Bierzo (Castilla y León)</p> <p>Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)</p> <p>Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer (Murcia)</p>

nificación establecida y finalizar el proyecto a completa satisfacción con el/los socios de *benchmarking*); 8. Principio de empatía y acción (tratar al socio de *benchmarking* y utilizar su información como a uno le gustaría que la utilizarasen)⁷.

Discusión

Actualmente los ciudadanos y la sociedad en general reclaman a los hospitales que la prestación de sus servicios sea cada vez de mayor calidad. Dentro de esta estrategia global de mejora de la calidad de la asistencia, el *benchmarking* es una herramienta necesaria y muy útil para seguir avanzando y aprendiendo dentro de la organización. Existen numerosas definiciones del término *benchmarking*^{1,8,9}, pero en esencia el concepto implica compartir información, aprendizaje y adaptar las mejores prácticas para efectuar paso a paso cambios

en el funcionamiento de las organizaciones, es decir, mejorar aprendiendo de otros^{1,4,8-11}.

En el sector sanitario, aunque existen algunas experiencias de comparación promovidas desde sociedades científicas^{12,13}, el *benchmarking* suele limitarse a la comparación de indicadores asistenciales⁶. Ejemplo de este tipo de *benchmarking* es el proyecto Hospitales Top-20 de lasist^{14,15}. Sin embargo, estas clasificaciones presentan algunas limitaciones importantes y su objetivo no es comparar resultados dentro de una estrategia de mejora de la calidad, sino clasificar hospitales como “mejores”¹⁵. En este sentido, la creación de la red permitirá la realización de actividades de *benchmarking* dentro de este concepto más amplio, sin limitarse a la simple comparación de indicadores y, por supuesto, sin establecer *rankings* entre nosotros.

También se hubiese podido crear una red de estas características y ámbito autonómico, ya que el contacto entre hospitales pertenecientes al mismo servicio de salud se facilitaría. Sin embargo, el número de hospitales de características similares existentes en una misma comunidad autónoma sería muy pequeño o nulo en el caso de las uniprovinciales, como ocurre en Cantabria. Además, la realización de actividades de *benchmarking* con hospitales muy distintos en cuanto a tamaño y funcionamiento sería más complicado y menos eficiente debido a la disimilitud de procesos y resultados, y no se cumpliría el principio de homotecia¹⁶. La homotecia es la propiedad geométrica que determina el grado de semejanza e indicaría el grado en que una transformación simple produciría los mismos resultados en distintos ámbitos¹⁷. Para poder realizar *benchmarking* es imprescindible que los procesos cumplan esta propiedad, esto es, sean comparables entre sí¹⁷.

Por eso, teniendo en cuenta este concepto de homotecia necesario para que distintas organizaciones puedan realizar actividades de *benchmarking*, se decidió buscar hospitales lo más parecidos al nuestro, es decir, de similares tamaño y actividad asistencial. Dadas las características del Hospital Sierrallana, los criterios fijados fueron hospital general, de titularidad pública y con 200-500 camas. En la práctica, entre los 18 hospitales seleccionados, todos tenían menos de 400 camas, excepto uno con 404. La comparación de indicadores, especialmente el índice de *case-mix*, hizo que hospitales de mayor tamaño y por ello con procesos más complejos y mayor índice de actividad asistencial (número de consultas, urgencias atendidas) no fueran incluidos.

Se pretendió, en la medida de lo posible, seleccionar los hospitales con las mejores prácticas; por eso se solicitó información de indicadores asistenciales y se seleccionaron los que presentaban los mejores resultados, manteniendo la representatividad de todas las comunidades autónomas. De hecho, los resultados medios de los indicadores del grupo de 18 hospitales fueron mejores que los del grupo de 74 hospitales. Sin embargo, el *benchmarking* no sólo se debe hacer con las organizaciones excelentes, ya que también se puede aprender de otras organizaciones que no sean las número uno, y muchas veces resulta más eficiente¹⁸. Un ejemplo que ilustra este concepto es que, si se quiere practicar deporte, se puede aprender de un atleta olímpico, pero también –y muchas veces es preferible– de un entrenador local¹⁸.

Inicialmente se propuso participar a 18 hospitales y finalmente la red está integrada por siete, lo que a priori podría suponer una baja tasa de adhesión al proyecto (33,3%). Sin embargo, la experiencia de los primeros meses de trabajo conjunto dentro de la red está demostrando que un número mayor de hospitales hubiese dificultado la realización de actividades conjuntas y el funcionamiento de la red, por lo menos en estos primeros momentos.

Aunque el *benchmarking* implica realizar comparaciones del funcionamiento de las organizaciones, ello no significa análisis del competidor ni exclusivamente comparación de tablas de resultados o cuadros de mando ni es algo puntual que se realiza una sola vez. Tampoco significa copiar ni, por supuesto, espiar¹. En este sentido, todos los hospitales integrantes de la red se han adherido al Código de Conducta Europeo de *Benchmarking*^{7,16} como instrumento para realizar actividades de *benchmarking* éticas y eficientes y que refleja los valores con los que se ha constituido la red.

La autoevaluación según el modelo EFQM ha sido efectiva para identificar acciones de mejora en nuestro hospital, y nos ha permitido detectar, entre otras, una carencia en cuanto a comparación de resultados y buenas prácticas con otros hospitales del SNS. Además, de la metodología REDER del modelo EFQM se ha demostrado utilidad para abordar la acción de mejora y, siguiendo un proceso objetivo de identificación y selección de hospitales, nos ha permitido alcanzar los objetivos fijados en ella. Así se ha conseguido poner en marcha una red de *benchmarking* integrada por un número suficiente de hospitales del SNS, de tamaño y objetivos similares a los del nuestro y de distintas comunidades autónomas.

Esta red puede ser de gran utilidad para seguir avanzando en la mejora continua y hacia la calidad total dentro de nuestras organizaciones, ya que creemos que compartir información y aprender de los mejores también son una necesidad y una carencia dentro de nuestro sistema sanitario. En este sentido, el *benchmarking* puede convertirse en el mecanismo de cooperación y colaboración entre nuestros hospitales.

Agradecimientos

A los responsables de la red y equipos directivos de los hospitales que forman la Red.7 por su interés y trabajo entusiasta en el proyecto, especialmente a Julián Alcaraz Martínez (Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer), Bernabé Fernández González (Hospital Valle del Nalón), Celia García Menéndez (Hospital Son Llätzer), Susana Lorenzo Martínez (Fundación Hospital Alcorcón), Juan Rodríguez García (Hospital General San Jorge) y José Manuel Seco González (Hospital El Bierzo).

A los profesionales de los servicios de salud de las comunidades autónomas que han facilitado la información de los indicadores asistenciales, por su amable colaboración.

Bibliografía

1. Camp RC. *Benchmarking: the Search for Industry best practices that lead to superior performance*. Milwaukee: Quality Press, American Society for Quality Control; 1989.

2. EFQM y Club Gestión de Calidad. *Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el sector público y las organizaciones del voluntariado*. Madrid: Club Gestión de Calidad; 2003.
3. Camp RC. *Cómo medirse con los mejores*. Excelencia (Club Gestión de Calidad). 1997;16:16-8.
4. Club Excelencia en Gestión. *Guía práctica de benchmarking*. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1996.
5. APQC. *Benchmarking: leveraging best-practice strategies* [citado Abr 2008]. Disponible en: <http://www.apqc.org>
6. Peiró S, Casas M. *Comparación de la actividad y resultados de los hospitales en España y perspectivas*. En: Juan M. Cabasés, et al, editores. *Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. Informe SESPAS 2002*. Valencia: Artes Gráficas Soler; 2002 [citado Abr 2008]. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib06.html
7. EFQM. *European code of conduct* [citado Abr 2008]. Disponible en: <http://www.efqm.org/Portals/0/Benchmarking%20Code%20of%20Conduct.pdf>
8. APQC. *Dear Infosearch... Defining benchmarking* [citado Abr 2008]. Disponible en: http://www.apqc.org/portal/apqc/ksn?paf_gear_id=contentgearhome&paf_dm=full&pageselect=detail&docid=119522
9. APQC. *Glossary of benchmarking terms* [citado Abr 2008]. Disponible en: http://www.apqc.org/portal/apqc/ksn?paf_gear_id=contentgearhome&paf_dm=full&pageselect=detail&docid=119519
10. APQC. *Benchmarking methodology* [citado Abr 2008]. Disponible en: http://www.apqc.org/portal/apqc/ksn?paf_gear_id=contentgearhome&paf_dm=full&pageselect=detail&docid=108227
11. Arévalo JA, Martín Cerro S. *Benchmarking: una herramienta para gestionar la excelencia en las bibliotecas y los servicios de información* [citado Abr 2008]. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/archive/00001604/01/5.htm>
12. Varela G, Molins L, Astudillo J, Borro JM, Canalís E, Freixinet J, et al. *Experiencia piloto de benchmarking en cirugía torácica: comparación de la casuística e indicadores de calidad en resección pulmonar*. Arch Bronconeumol. 2006;42:267-72.
13. López Revuelta K, Barril G, Delgado R, García López F, García Valdecasas J, Gruss E, et al. *Desarrollo de un sistema de monitorización clínica para hemodiálisis: propuesta de indicadores del Grupo de Gestión de Calidad de la S.E.N. Nefrología*. 2007;27:542-59.
14. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. *Los top 20: objetivos, ventajas y limitaciones del método*. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:107-16.
15. Peiró S. *Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión*. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:119-30.
16. Costa JM. *Práctica y beneficios del benchmarking en el sector sanitario*. Barcelona: Costa Asociados; 2006.
17. Costa JM. *Benchmarking de procesos*. Rev Calidad Asistencial. 2008;23:1-2.
18. APQC. *Exploding the myths of benchmarking* [citado Abr 2008]. Disponible en: http://www.apqc.org/portal/apqc/ksn?paf_gear_id=contentgearhome&paf_dm=full&pageselect=detail&docid=102155