



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL BREVE

### **Benchmarking en la identificación de pacientes: una oportunidad para aprender**



R.M. Salazar-de-la-Guerra<sup>a,\*</sup>, A. Santotomás-Pajarrón<sup>b</sup>, V. González-Prieto<sup>c</sup>,  
M.D. Menéndez-Fraga<sup>d</sup> y C. Rocha Hurtado<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Calidad, Dirección de Enfermería, Hospital Guadarrama, Guadarrama (Madrid), España

<sup>b</sup> Unidad de Calidad, Hospital de Gorniz, Gorniz (Bilbao), España

<sup>c</sup> Unidad de Calidad, Hospital Cruz Roja Española de Gijón, Gijón, España

<sup>d</sup> Unidad de Calidad, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

<sup>e</sup> Unidad de Calidad, Hospital La Fuenfría, Cercedilla (Madrid), España

Recibido el 12 de enero de 2016; aceptado el 10 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2017

#### **PALABRAS CLAVE**

*Benchmarking;*  
Sistemas de  
identificación  
de pacientes;  
Calidad de la  
atención de salud

#### **Resumen**

**Objetivo:** Realizar *benchmarking* sobre la identificación segura de los pacientes en los hospitales integrantes del Club de las 3 «C» (calidez, calidad y cuidados) y elaboración de una ficha común del proceso.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de las actividades llevadas a cabo en el proceso de identificación de pacientes en 5 hospitales de media estancia en las unidades de cuidados paliativos y de ictus. Se han seguido las siguientes etapas: recogida de datos en cada hospital, organización y análisis de los datos y elaboración de una ficha común de proceso.

**Resultados:** Los datos obtenidos para el proceso de ictus, del total de pacientes identificados de forma segura fueron: hospital n.º 1 (93%), hospital n.º 2 (93,1%), hospital n.º 3 (100%) y hospital n.º 5 (93,4%).

Para el proceso de cuidados paliativos: hospital n.º 1 (93%), hospital n.º 2 (92,3%), hospital n.º 3 (92%), hospital n.º 4 (98,3%) y hospital n.º 5 (85,2%).

**Conclusiones:** El objetivo del trabajo se ha cumplido satisfactoriamente. Se han desarrollado las actividades de *benchmarking* y compartido conocimientos sobre el proceso de identificación de pacientes. Todos los hospitales han tenido buenos resultados. El hospital n.º 3 destaca en la identificación del proceso de ictus.

La identificación de un *benchmark* es difícil, pero entre los 5 hospitales se ha identificado una ficha común útil que recoge las mejores prácticas.

Es importante incorporar a la sistemática de las organizaciones la práctica del *benchmarking*.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rosam.salazar@salud.madrid.org](mailto:rosam.salazar@salud.madrid.org) (R.M. Salazar-de-la-Guerra).

**KEYWORDS**

Benchmarking;  
Patient identification  
systems;  
Quality of health care

**Benchmarking in patient identification: An opportunity to learn****Abstract**

**Objective:** To perform a benchmarking on the safe identification of hospital patients involved in "Club de las tres C" (*Calidez, Calidad y Cuidados*) in order to prepare a common procedure for this process.

**Material and methods:** A descriptive study was conducted on the patient identification process in palliative care and stroke units in 5 medium-stay hospitals. The following steps were carried out: Data collection from each hospital; organisation and data analysis, and preparation of a common procedure for this process.

**Results:** The data obtained for the safe identification of all stroke patients were: hospital 1 (93%), hospital 2 (93.1%), hospital 3 (100%), and hospital 5 (93.4%), and for the palliative care process: hospital 1 (93%), hospital 2 (92.3%), hospital 3 (92%), hospital 4 (98.3%), and hospital 5 (85.2%).

**Conclusions:** The aim of the study has been accomplished successfully. Benchmarking activities have been developed and knowledge on the patient identification process has been shared. All hospitals had good results. The hospital 3 was best in the ictus identification process.

The benchmarking identification is difficult, but, a useful common procedure that collects the best practices has been identified among the 5 hospitals.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Nuestra sociedad cambia a gran velocidad. Lo que hace unos años servía y satisfacía a los usuarios, hoy no añade valor. Este hecho nos obliga a pensar constantemente en nuevos escenarios. Fenómenos como la globalización de las industrias, los avances tecnológicos y el aumento de la exigencia de los clientes han llevado a las organizaciones a desarrollar entornos más competitivos de trabajo, no solo para tener éxito sino también para asegurar su supervivencia<sup>1</sup>. Por tanto, las organizaciones que son proclives a los cambios y capaces de adaptarse con agilidad para dar respuesta a las nuevas necesidades, se pueden considerar modelos para las demás. En el entorno sanitario público, aunque no se esté inmerso en un escenario de libre mercado y, por tanto, la realidad no es exactamente la misma, también se necesita adecuación a las nuevas necesidades y exigencias de los usuarios. Se ha de ser lo suficientemente ágil para modificar o incorporar los servicios que den respuesta a esta nueva necesidad.

Muchas organizaciones sanitarias han incorporado el modelo europeo de excelencia como referencia en la gestión. Este modelo conduce a la innovación y al aprendizaje<sup>2</sup>. Invita a dejar de mirarse a uno mismo para abrirse más al entorno y aprender de él. Movidos por esta necesidad de mejora, el Hospital Guadarrama promovió la creación del Club de Benchmarking de Hospitales de Media Estancia denominado Club de las 3 «C» (calidez, calidad y cuidados). Dicho club lo forman organizaciones que presentan características similares y prestan parecidos servicios, lo que contribuye a asegurar el nivel de comparación entre dichas organizaciones, es decir, existe lo que se denomina homotecia, definida como «la propiedad que determina el grado de semejanza»<sup>3</sup>.

Spendolini<sup>4</sup>, fundador y presidente de *MJS Associates* define el *benchmarking* como «el proceso continuo y

sistemático de evaluar los productos, servicios o procesos de las organizaciones que son reconocidas por ser representativas de las mejores prácticas para efectos de mejora organizacional»<sup>4</sup>.

El club incorpora la herramienta de *benchmarking* como elemento necesario para el proceso de aprendizaje, manteniendo a las organizaciones en un proceso continuo de medición, análisis y mejora de procesos<sup>5,6</sup>. Este proceso permite conocer qué resultados están obteniendo otras organizaciones e identificar las prácticas que contribuyan a la obtención de buenos resultados para adaptarlas y mejorar el desempeño.

El Club de Benchmarking de Hospitales de Media Estancia está sujeto a un código de conducta basado en el «código de conducta europeo para las actividades de benchmarking»<sup>7</sup>. Esto es importante para generar confianza y trabajar para la eficiencia, la eficacia y la ética.

El principal objetivo fue realizar actividades de benchmarking y generar aprendizaje entre los hospitales integrantes del club.

En este trabajo presentamos los resultados obtenidos en la actividad de benchmarking realizada para conocer y mejorar el proceso de identificación activa de los pacientes.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo sobre la identificación activa de pacientes, que puso en común y analizó los resultados y actuaciones llevadas a cabo en el año 2014 por cada uno de los hospitales de media estancia dedicados a la atención y cuidados de pacientes crónicos con altos niveles de dependencia que forman parte del Club de las 3 «C».

Los hospitales participantes fueron el Hospital de Guadarrama que, con 144 camas organizadas en unidades

**Tabla 1** Ficha del indicador utilizado para la realización del estudio

Nombre	Identificación de pacientes
Descripción	Expresa el porcentaje de usuarios que están correctamente identificados durante la hospitalización, es decir, que la pulsera esté legible y que los datos correspondan al paciente, (comprobar mediante pregunta)
Ámbito	Hospital. Unidad de Ictus o de Cuidados Paliativos
Fórmula	$\text{Usuarios que están correctamente identificados} \times 100 / \text{total usuarios revisados}$
Exclusiones	No aplica
Frecuencia de la medición	Mensual
Fuente de los datos	Informe de la Dirección de Enfermería
Observaciones	Aportar el dato acumulado al año

funcionales, dedica 32 camas a la rehabilitación de pacientes con ictus y 12 a la Unidad de Cuidados Paliativos; el Hospital de Gorniz, con 24 camas para pacientes con daño cerebral y 24 camas en la Unidad de Cuidados Paliativos; el Hospital Cruz Roja de Gijón, con 32 camas en la unidad de ictus y 32 camas en la Unidad de Cuidados Paliativos; el Hospital La Fuenfría organizado en unidades funcionales con 17 camas dedicadas a la rehabilitación de pacientes con ictus y 22 a la Unidad de Paliativos; y el Hospital Monte Naranco con 20 camas dedicadas a la Unidad de Paliativos.

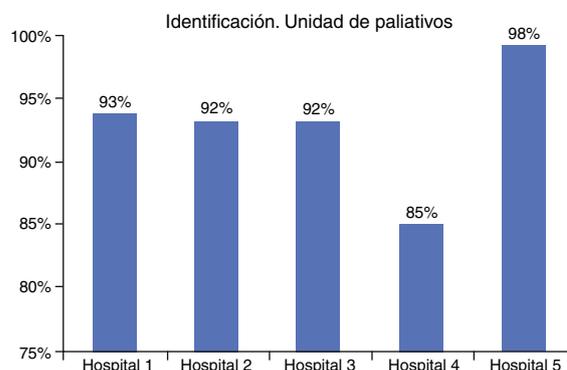
Se acordó hacer benchmarking para las Unidades de Cuidados Paliativos e Ictus. En esta última no participó el Hospital Monte Naranco al no ser comparable su Unidad con la de los otros hospitales del Club, aunque sí participó en la comparación de las unidades de paliativos.

En primer lugar se puso en marcha la práctica de benchmarking cualitativo<sup>3</sup> para el proceso de identificación de pacientes.

El indicador utilizado para ambos tipos de unidades fue el porcentaje de pacientes correctamente identificados (tabla 1). Este indicador fue acordado por los coordinadores de calidad de cada organización por su disponibilidad, relevancia para la práctica clínica y comparabilidad.

Para recoger los datos del indicador en cada tipo de unidad y hospital, se elaboró una ficha que aseguró la homogeneidad, tanto en el concepto del indicador como en la recogida de datos. La ficha proporcionaba una estructura y una organización común, ya que cada hospital tenía un procedimiento de trabajo diferente, adaptado a sus necesidades. Esta ficha permitió reflejar la práctica de cada organización de manera ordenada. Su análisis posteriormente se estructuró en 4 etapas: recogida de datos, identificación inequívoca del paciente, mantenimiento de la identificación y retirada de la pulsera.

Todos los hospitales cumplimentaron una ficha de proceso que recogía las diferentes etapas del proceso: registrar los datos del paciente, identificación inequívoca del paciente,

**Figura 1** Porcentaje de identificación correcta de los pacientes en las unidades de cuidados paliativos.

mantenimiento de la correcta identificación del paciente y alta del paciente. Para cada una de estas etapas se reflejan:

- los criterios operativos que se aplican. Por ejemplo en el caso de la etapa «mantenimiento de la correcta identificación del paciente», se refleja la práctica operativa tanto en el momento de la llegada a la hospitalización, al hospital de día, o ante cada actuación de los profesionales, así como el sistema semanal de control.
- Los profesionales responsables.
- Los recursos de los que se dispone para su realización.
- Las restricciones existentes, es decir, normas, procedimientos, legislación, etc.

Posteriormente se analizaron las diferencias encontradas entre los procedimientos descritos en la ficha y se elaboró una ficha común que incluía las mejores prácticas de los diferentes hospitales, seleccionadas por los coordinadores de calidad (tabla 2).

El siguiente paso es la adaptación de prácticas y mejoras, a partir de las mejores prácticas encontradas. Cada organización tendrá que adaptar e implementar aquellas buenas prácticas que ayuden a mejorar este proceso.

## Resultados

En todos los hospitales el cumplimiento del proceso de identificación activa de los pacientes en las unidades de cuidados paliativos superó el 85% (fig. 1), pero el hospital número 5 llegó al 98%.

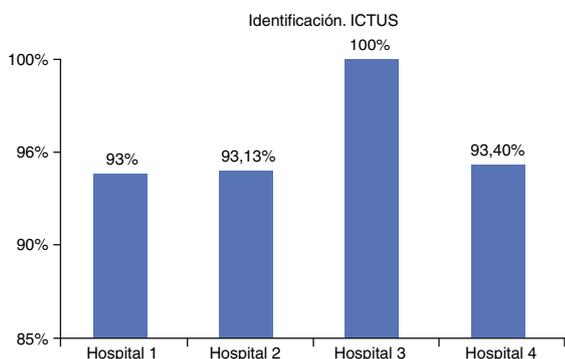
En el caso de las unidades de ictus, superaron el 93% de cumplimiento (fig. 2), aunque el hospital número 3 alcanzó el 100%.

## Discusión

Vistos los resultados y la pequeña diferencia obtenida entre los hospitales, se procedió a analizar la práctica de cada organización con especial atención a los hospitales 3 y 5, ya que sus resultados eran algo mejores. Aunque en el caso del hospital 3 se dio la circunstancia de que no tenía las actividades descritas en cada etapa del proceso con tanto nivel de detalle como los demás hospitales, su resultado fue bueno.

**Tabla 2** Proceso completo con las prácticas de cada organización

Etapas	Criterios operativos aplicables	Responsabilidades	Recursos	Restricciones
1. Registrar datos del paciente	Admisión Solicitud de documentación que indique la identidad del paciente Búsqueda del paciente en el sistema Confirmar o modificar los datos del paciente Realizar el ingreso	Admisión	Ordenador Impresoras	Aplicación del procedimiento específico de filiación
2. Identificación inequívoca del paciente	Admisión Identificar al paciente. Retirada de la pulsera del hospital anterior Emisión de pulsera identificativa (con datos completos) Información a la familia	Admisión	Ordenador Impresoras Pulseras	Procedimiento específico de filiación
3. Mantenimiento de la correcta identificación del paciente	A la llegada del paciente a la unidad de atención (unidad de hospitalización. . .) Verificación de los datos del paciente (nombre y 2 apellidos) con los datos reflejados en la documentación y en la pulsera. Comprobar la retirada de la pulsera del hospital anterior o retirarla si no se ha retirado en admisión Colocación de la pulsera (en planta o en admisión) Si el paciente rechaza el uso de la pulsera se le informa de los riesgos que conlleva, dejando constancia en la H.C. Antes de realizar cualquier intervención en el paciente se han de comprobar sus datos, en los momentos contemplados en el procedimiento Pase de visita	Personal de enfermería Admisión Médicos	Ordenador Impresoras Pulseras Personal sanitario y no sanitario	Protocolos Aplicación del protocolo Aplicación del protocolo
	Solicitud de pruebas diagnósticas, consultas a otros especialistas, petición de transporte sanitario Prescripción farmacológica	Enfermeras Aux. de enfermería		
	Administración de fármacos Extracción de muestras Administración de transfusiones	Terapeutas Técnicos de Rx El personal de apoyo asistencial		
	Realización de técnicas Aplicación de cuidados Traslado del paciente a Rx, rehabilitación, Aplicación del tratamiento rehabilitador Alimentación Cada profesional cumplimenta los documentos que se desprenden de sus actuaciones Método semanal de control		Aux. de enfermería unidades de hospitalización	
	Revisión sistemática una a una de las pulseras de todos los pacientes Solicitud de nuevas pulseras en caso necesario	Enfermeras Aux. de enfermería	Ordenador	Normas
	Colocación de nuevas pulseras por el personal de la unidad Cumplimentación de los registros	Supervisora	Pulseras	
4. Retirada de la pulsera	Se indica al paciente que se retire la pulsera cuando ya haya abandonado el hospital	Admisión Enfermeras Aux. de enfermería	Impresoras	Aplicación del protocolo



**Figura 2** Porcentaje de identificación correcta de los pacientes en las unidades de ictus.

Tras el análisis, se constató la dificultad de identificar un hospital con una práctica mejor, o *benchmark*, para este tipo de proceso, por lo que se procedió a confeccionar una ficha común en la que se reflejase el proceso completo con las mejoras prácticas, a criterio de los coordinadores de calidad, de cada hospital y en las diferentes etapas. En la [tabla 2](#) se puede ver esta ficha común.

El objetivo del trabajo se ha cumplido satisfactoriamente, se han desarrollado las actividades de benchmarking y se ha tenido la oportunidad de aprender de los que se tiene implementado en cada organización.

Tradicionalmente se comparaban los resultados obtenidos en un periodo de tiempo con los que la organización había alcanzado en periodos anteriores. La incorporación de la herramienta del benchmarking creemos que permite, mediante un proceso organizado, compararse con otras organizaciones, lo que supone un acelerador en el proceso de aprendizaje. La metodología del benchmarking incorpora un proceso continuo de medir, analizar y mejorar sumando las experiencias de otras organizaciones, lo cual permite conocer las mejores prácticas y aprender de ellas.

El disponer de código de conducta basado en el *Código de conducta europeo para actividades de benchmarking de hospitales de media estancia*, consideramos que contribuye a crear un clima de respeto y confianza en el Club de las 3 C (calidez, calidad y cuidados), lo cual es necesario para poder compartir resultados con total transparencia, sobre todo cuando estos no son todo lo buenos que se desearía.

Todos los hospitales han obtenido en nuestro trabajo buenos resultados, pero el hospital número 3 destaca en la identificación del proceso de ictus, a pesar de no disponer de las actividades con tan alto nivel de detalle, lo que nos hace reflexionar sobre la importancia de que en las organizaciones haya una actitud sistemática e incorporada a la práctica de los profesionales para alcanzar buenos resultados, lo cual puede ser incluso más relevante que tener unos procedimientos bien detallados y elaborados, aunque sin duda las 2 cuestiones inciden en la obtención de buenos resultados, como hemos podido observar.

Las diferencias cualitativas observadas entre los hospitales básicamente fueron en dónde se coloca la pulsera al paciente. En 4 hospitales se hace en la planta de hospitalización y en uno de ellos, hospital 2, en la unidad de admisión. En los hospitales 1 y 2 está instaurada la práctica de revisión semanal, como método de control. Los hospitales 2, 4 y 5, especifican en el procedimiento que la pulsera se retire al

paciente ya fuera del hospital y, en caso de fallecimiento, que no se retire.

Al igual que en otros trabajos publicados<sup>8</sup>, se ha podido comprobar la dificultad para identificar un benchmark, por lo que en el trabajo de fusión de las prácticas de cada centro se ha elaborado un proceso común con las mejores prácticas de los hospitales implicados. Todo ello con el criterio y consenso de los coordinadores de calidad.

El ejercicio del benchmarking ha ayudado a pensar y a conocer cómo se puede mejorar el proceso. Se trata de una estrategia de mejora de las organizaciones que estén dispuestas a pensar, a aprender y a cambiar.

Para obtener beneficios de la metodología del benchmarking, esta se debe incorporar como un proceso continuo y habitual, no ha de tratarse de una acción puntual. No puede ser una actividad pasajera. Las actividades superficiales, sin continuidad, sin aprendizaje, no aportan nada al proceso de mejora de la calidad de los procesos asistenciales, ya que en estos casos es muy difícil familiarizarse con la metodología y conocer en profundidad una actividad o proceso<sup>5</sup>.

## Agradecimientos

A todos los profesionales de los 5 hospitales que forman el Club de Benchmarking, por su implicación, buen hacer y compromiso constante con la mejora continua y el aprendizaje. A los directores gerentes, por la oportunidad de participar y aprender en este club. Gracias por comprender que solo con la mejora de la práctica clínica seremos capaces de adecuar el servicio que ofrecemos a las necesidades y expectativas de pacientes, familiares y cuidadores.

## Bibliografía

1. Roure J, Rodríguez Badal MÁ. Aprendiendo de los mejores. El modelo EFQM y el proceso de autodiagnóstico en la práctica. Barcelona: Gestión; 2000. p. 1999.
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. Costa, J. M. Benchmarking de procesos. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(1):1-2. [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl.servlet?.f=10&pident.articulo=13114440&pident.usuario=0&pcontactid=&pident.revista=256&ty=108&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v23n01a13114440pdf001.pdf>
4. Spendolini, M. J. Benchmarking. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2005 [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=AKGjHXntJVcC&pg=PR3&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=AKGjHXntJVcC&pg=PR3&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false).
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía metodológica de benchmarking. España: Secretaría General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 202-00-001-0.2003. [consultado 16 Nov 2015]. Disponible en: [http://www2.uned.es/113016/archivos/management\\_documents/Gu%EDa.Benchmarking.2003.pdf](http://www2.uned.es/113016/archivos/management_documents/Gu%EDa.Benchmarking.2003.pdf)
6. Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez-Díez E, Herrera-Carral P, Valdor-Arriarán M, Piedad-Antón L, et al. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red. Rev Cal Asistenc. 2008;23:199-204 [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl.servlet?.f=10&pident.articulo=13126978&pident.usuario=0>

- [&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=163&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v23n05a13126978pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/efqm/sites/default/files/benchmarking_code_of_conduct.pdf).
7. Código de Conducta Europeo para actividades de Benchmarking. EFQM. [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: [http://www.efqm.org/sites/default/files/benchmarking\\_code\\_of\\_conduct.pdf](http://www.efqm.org/sites/default/files/benchmarking_code_of_conduct.pdf)
  8. Alcaraz-Martínez J, Lorenzo-Martínez S, Fariñas-Álvarez C, Fernández-González B, Calvo-Pérez A, González-Pérez M. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes comunidades autónomas. *Rev Calid Asist.* 2011;26: 285–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.04.001> [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-90028506-S300>