



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Benchmarking o el mito de Sísifo

Benchmarking or the Myth of Sisyphus

Juan Ferrández Santos* y Alberto Rodríguez Balo

Subdirección de Calidad, Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 15 de abril de 2011; aceptado el 27 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 20 de julio de 2011

Clásicamente el *benchmarking* se define como «un proceso continuo de evaluación de los productos, servicios y métodos, respecto a los competidores más eficientes o empresas reconocidas como líderes» (Kearns DT, Xerox Corporation). Y por tanto, supone una metodología basada en el proceso sistemático de búsqueda, comparación, aprendizaje y aplicación de las mejores prácticas de la propia organización o de otras¹⁻³, que precisa de unas consideraciones previas:

- Conocerse uno mismo: Todo avance requiere un diagnóstico de partida, y un primer paso supone la identificación de las fortalezas y áreas de mejora de nuestra organización para proyectar el alcance de la mejora necesaria. De forma óptima es conveniente disponer de un marco de procesos y procedimientos de la organización, ya que en su ausencia la comparación puede no ser efectiva, siendo ésta el método clave donde reside el aprendizaje, adaptación y mejora.
- Mirar al «exterior»: Situarnos fuera del entorno de nuestro ámbito de gestión donde conocemos y manejamos de forma confortable nuestros procesos, nos permite observar que los comportamientos y prácticas de otras organizaciones, no solo son igualmente eficaces sino que superan nuestros resultados. Hay que ampliar la visión de la organización, admitiendo que existen otras formas exitosas de conseguir buenos resultados.

- Predisposición al cambio: Si se asume que incorporar el aprendizaje derivado de una comparación bien estructurada nos puede conducir a un cambio favorable, se estará respondiendo a dos factores importantes: la cultura de la mejora continua y la adaptación de los métodos de gestión para integrar el cambio. Afrontar nuevas preguntas que derivan del conocimiento de las mejores experiencias o prácticas conlleva asumir las potenciales debilidades donde será pertinente plantear las correspondientes oportunidades de mejora.

De forma práctica, permitiría positivamente afrontar nuevas preguntas que derivan del conocimiento de las mejores (o buenas) experiencias o prácticas, analizar la propia gestión y sus procesos, asumiendo las potenciales debilidades y plantear las correspondientes oportunidades de mejora, ampliar la visión de la organización admitiendo que existen otras formas exitosas de conseguir buenos resultados, y generar un autoaprendizaje e implantar ideas nuevas.

Benchmarking requiere la identificación de los *benchmarks* o marcas de referencia a partir de aquellas prácticas o métodos que permitan situar a la organización en el terreno de lo «mejor»²⁻³. Idealmente debería integrarse en la cultura de la organización como una herramienta de gestión estratégica para la mejora continua, ya que desvela los puntos críticos del sistema, susceptibles de mejora al compararse con las prácticas de referencia aplicables a dicho ámbito. Está enfocado a proporcionar un valor añadido lejos del que puede dar una simple comparación de los resultados de determinados indicadores.

Pero no hay éxito sin esfuerzo, y por tanto, se requiere delimitar claramente qué es y no es un proceso de *benchmarking*². De tal modo:

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.cali.2011.04.001](https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.04.001)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org
(J. Ferrández Santos).

- No debiera constituirse como una actividad independiente ni de carácter puntual. El *benchmarking* debe ser parte de una estrategia de mejora continua de la organización, ya que en un entorno competitivo los cambios se producen con rapidez.
- No es una actividad de «turismo» del aprendizaje. Las visitas superficiales a otros entornos y organizaciones no aportan valor real ni una mejora per se, ya que ni permiten conocer en profundidad el proceso ni está sustentado en el uso de una técnica estructurada.
- No es una actividad de «compartir información» simplemente. Relacionarse, transferir información, crear vínculos de contacto y conocimiento, desarrollar un «networking» no es la exigencia del *benchmarking*.
- Y por descontado, no es una actividad de «espionaje», copia y/o adopción estricta de otras experiencias. El código de conducta ético para el *benchmarking* debe ser una condición inexcusable, no un supuesto teórico⁴.

El *benchmarking* en nuestras organizaciones sanitarias, no siendo un proceso sistemático ni sostenido en el tiempo, sí encuentra diferentes intervenciones con alentadores resultados. En ocasiones un *benchmarking* informal mediante la incorporación del conocimiento científico disponible, la evaluación comparada con otras organizaciones, la utilización de fuentes y asistencia a entornos científicos, y el desarrollo profesional continuo han servido de puente para estimar un proceso formal de *benchmarking* posterior. Servicios clínicos y/o quirúrgicos, ámbitos asistenciales tanto de atención especializada y hospitales como en atención primaria, o experiencias en determinadas organizaciones y/o sociedades científicas, son ejemplos de que estas iniciativas son posibles⁵⁻⁹. Este número de la Revista de Calidad Asistencial se hace eco del trabajo realizado en el proceso de urgencias de 7 hospitales de diferentes comunidades autónomas¹⁰, que continua el propósito de la Red.7 en su creación¹¹. Resulta alentador como trabajo de *benchmarking* cuantitativo que incorpora un método en etapas bien diferenciado y donde finalmente se obtiene el consenso sobre un conjunto de indicadores factibles para los servicios de urgencia. Traducir los *benchmarks* en «drivers» o «buenas prácticas», como citan los autores, es el proceso de *benchmarking* cualitativo que culminará la adaptación de éstas al centro correspondiente para avanzar en la mejora.

El Informe 2009 del Centro de Calidad y Productividad Americano (APQC) sobre la situación del *Benchmarking* en 206 organizaciones evaluadas muestra algunas conclusiones interesantes para la reflexión¹²:

- El propósito principal del *benchmarking* se centra en poder desarrollar comparaciones externas y utilizar los *benchmarks* adecuados (73,3%), siendo parte de una aproximación más global de la mejora continua (68,9%) y como medio para fortalecer los objetivos (45,6%).
- En la mayoría de las organizaciones (75%) la utilización del *benchmarking* apenas supone un 20% del tiempo del total de las actividades regulares de mejora. La energía de una organización en el compromiso con la mejora continua requiere de un detallado análisis de las técnicas y herramientas adecuadas para cada propósito, y de un ineludible

respaldo directivo para que los esfuerzos no se diluyan en el tiempo.

- El análisis de los tipos de *benchmarking* utilizados, muestra que existe una clara tendencia a utilizar rápidas y discretas intervenciones, de menor carga de trabajo en metodología y tiempo que las actividades completas y formales de *benchmarking*.
- Uno de los retos es encontrar las organizaciones adecuadas sobre las cuales realizar un proceso de *benchmarking* verdaderamente efectivo, y por tanto, la identificación de las organizaciones con buenas prácticas suele ser una barrera en los sistemas. No en vano disponer de fuentes de información precisas sobre las experiencias llevadas a cabo por otras entidades y los resultados alcanzados para determinados *benchmarks* de referencia es una tarea compleja. Una de las posibles soluciones, que se refleja en el trabajo antes mencionado¹⁰, es la formalización de una estrecha colaboración al efecto, en este caso la de 7 hospitales que se constituyen en socios de cara a un *benchmarking* continuo. Los sistemas de salud y las estructuras sanitarias podrían asumir un mayor protagonismo para sumar a la función evaluadora y analítica que les corresponde, la de facilitador del proceso, lo que redundaría en una mayor rentabilidad de las experiencias.
- En aspectos metodológicos, *benchmarking* no es una herramienta sencilla y requiere, además de capacitación para una correcta ejecución, un cuidadoso ejercicio de identificación de los *benchmarks* de referencia que sean verdaderamente oportunos para proyectar la mejora. Antes del *benchmarking* cualitativo y aprender de los «cómo» de las buenas prácticas a adaptar, se requiere un *benchmarking* cuantitativo donde precisar los «qué» debemos analizar y tomar como referencia. El trabajo de investigar los *benchmarks*, de analizar la comparabilidad de las organizaciones y su potencial homotecia, requiere que sea una actividad adecuadamente planificada¹.

Algunas de las recomendaciones, muy pragmáticas por otra parte, sugeridas por la APQC serían las siguientes (y la Red.7 sirve de ejemplo sobre la posibilidad real de seguir estas recomendaciones¹⁰):

- Mostrar una actitud y disposición favorable para iniciar los esfuerzos de *benchmarking*.
- Constituir redes formales e informales de organizaciones y profesionales con propósitos afines.
- Contactar con potenciales organizaciones excelentes para aprender de ellas y posiblemente iniciar alguna colaboración de *benchmarking*.
- Participar en procesos válidos de información y recogida de datos para el *benchmarking*.
- Analizar e investigar las organizaciones y áreas relevantes de actividad oportunas para nuestras necesidades de *benchmarking*.
- Identificar áreas de mejora a partir del *benchmarking* y establecer los pasos para proyectar la estrategia de mejora en la consecución de los objetivos. Del análisis a la acción existe otro amplio camino por recorrer, de modo que la finalidad del *benchmarking* no sea la propia técnica sino el medio para obtener un propósito o valor en las organizaciones.

Una última reflexión, cuando hablamos de *benchmarking* en nuestras organizaciones... ¿no percibimos haber intentado este camino antes? Casi nos sitúa en un *déjà vu* familiar. En diferentes momentos de la madurez organizativa, surgen iniciativas o proyectos de *benchmarking* de calidad desigual pero en donde se comparte el propósito común de sustentar el avance en las buenas prácticas identificadas. Como en el mito de Sísifo, en numerosas ocasiones se convierte en una ardua tarea de subir y bajar la montaña con la pesada carga sin que el resultado se alcance finalmente por castigo de los dioses. Probablemente nos encontramos en una situación donde nuestro propio camino nos ha enseñado reiteradamente las dificultades, por lo que es nuestra voluntad de hacerlo mejor la que nos lleve ir dado pasos sólidos en la incorporación del *benchmarking* como una herramienta de gestión y mejora, y no solo posible sino cada vez más probable de poder ser parte del bagaje de la mejora continua de las organizaciones.

Hay para quienes el mito de Sísifo solo es una reminiscencia del pasado. Aprendamos de ellos.

Bibliografía

1. Costa Estany JM. Benchmarking de procesos. Rev Calid Asist. 2008;23:1-2.
2. Guía Metodológica de Benchmarking. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2000.
3. Benchmarking. Ruta-e. Club Excelencia en Gestión, 2006. [consultado 1 abr 2011]. Disponible en: <http://ruta-e.clubexcelencia.org/servlet/servlet.calidad.search>.
4. EFQM. European Benchmarking Code of Conduct. [consultado 1 abr 2011]. Disponible en: <http://www.efqm.org/en/PdfResources/Benchmarking%20Code%20of%20Conduct%202009.pdf>.
5. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R. Benchmarking entre servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009;209:107-9.
6. Plaza Tesías A, Zara Yanhi C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35:122-9.
7. García Cornejo B. La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema Nacional de Salud español. Balance de una década. Rev Adm Sanit. 2004;2:103-23.
8. Organización Nacional de Trasplantes. Guía de buenas prácticas en el proceso de la donación de Órganos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. [consultado 1 abr 2011]. Disponible en: http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf.
9. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Alcaraz Martínez J, Lorenzo Martínez S, Fariñas Álvarez C, Fernández González B, Calvo Pérez A, González Pérez ME. Benchmarking en el proceso de urgencias entre 7 hospitales de diferentes comunidades autónomas. Rev Calid Asist. 2011;26:285-91.
11. Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez-Diez E, Herrera-Carral P, Valdor-Arrairan M, Piedra-Antón L, et al. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red. 7. Rev Calid Asist. 2008;23:199-204.
12. APQC. State of Benchmarking 2009 Report. [consultado 1 abr 2011]. Disponible en: <http://www.apqc.org/knowledge-base/download/32860/a%3A1%3A%7Bi%3A1%3Bs%3A1%3A%222%22%3B%7D/inline.pdf?destination=node/32860>.