

# Revista de Calidad Asistencial

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



## EDITORIAL

### Benchmarking y *Cotilleing*: eficiencia en acción

### Benchmarking and *Cotilleing*: efficiency in action

O. Moracho

Socio director de Innovasalud, Bilbao, España

Recibido el 2 de agosto de 2011; aceptado el 3 de agosto de 2011

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2011

En el sistema sanitario estamos viviendo un momento de necesario cambio, que requiere la incorporación de elementos de eficiencia, racionalidad y consenso entre los diferentes agentes para asegurar la sostenibilidad del mismo. Además de esta reorientación, una financiación suficiente y los cambios imprescindibles en la estructura y herramientas de gestión de personas, precisamos de forma urgente desde las organizaciones sanitarias la utilización intensiva de elementos de gestión que contribuyan a la eficiencia en la prestación de los servicios mediante el aprendizaje y la mejora disruptiva. Dentro de ellos, el benchmarking es una metodología con un enorme potencial de uso.

Supone un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los resultados, productos, servicios y formas de trabajo en las organizaciones, para identificar de esta forma las mejores prácticas e incorporarlas en la empresa. El término se utilizó por primera vez como benchmarking competitivo en la Corporación Xerox en 1982<sup>1</sup>, y desde entonces ha sido utilizado y modificado, tanto en su metodología como en sus aplicaciones, por numerosas empresas de éxito.

En sentido estricto, su utilización conlleva una metodología muy rigurosa, especialmente en la sistemática para valorar la comparabilidad de los datos (homotecia)<sup>2,3</sup>, que muchas veces supone una barrera decisiva para su empleo por parte de las organizaciones sanitarias<sup>4</sup>.

*Cotilleing*<sup>5</sup> es un término informal, un guiño jocoso a la utilización, a veces abusiva y snob, de los anglicismos, pero cuya intencionalidad es animar a los profesionales y a las organizaciones a usar las comparaciones de resultados, y la identificación e incorporación de buenas ideas y prácticas como método imprescindible de gestión y mejora continua, sin que la aplicación estricta de la metodología suponga un freno o una coartada para no utilizarlo. El seguimiento estricto de una metodología debe suponer una ayuda, pero nunca una limitación para no emprender acciones de mejora.

En cualquiera de los casos, los dos términos se refieren a observar lo que hacen y consiguen las mejores empresas, servicios o profesionales, para identificar tanto nuestro posible potencial de mejora, como aquello que podemos incorporar a nuestra forma de trabajar y organizarnos para mejorar la efectividad y eficiencia de nuestros resultados.

Los dos componentes de estas técnicas, identificación de buenas prácticas e implantación, se utilizan de forma muy limitada en nuestro sistema sanitario, y habitualmente de forma intuitiva, desigual y poco rigurosa. Es demasiado frecuente la crítica rápida y superficial ante las experiencias, y se desaprovecha de una forma casi escandalosa sus enormes posibilidades para aumentar la eficiencia de los procesos y los resultados.

A día de hoy, y en contra de la práctica habitual en otras latitudes, la disponibilidad de comparaciones de resultados se limita al CMBD o indicadores de actividad hospitalaria por parte del Ministerio de Sanidad<sup>6</sup> y algunas comunidades autónomas (CC.AA.), o a iniciativas privadas con escasa participación e importantes limitaciones metodológicas<sup>7-10</sup>. Aunque pueden suponer un estímulo para promover

Correo electrónico: [omoracho@innovasalud.es](mailto:omoracho@innovasalud.es)

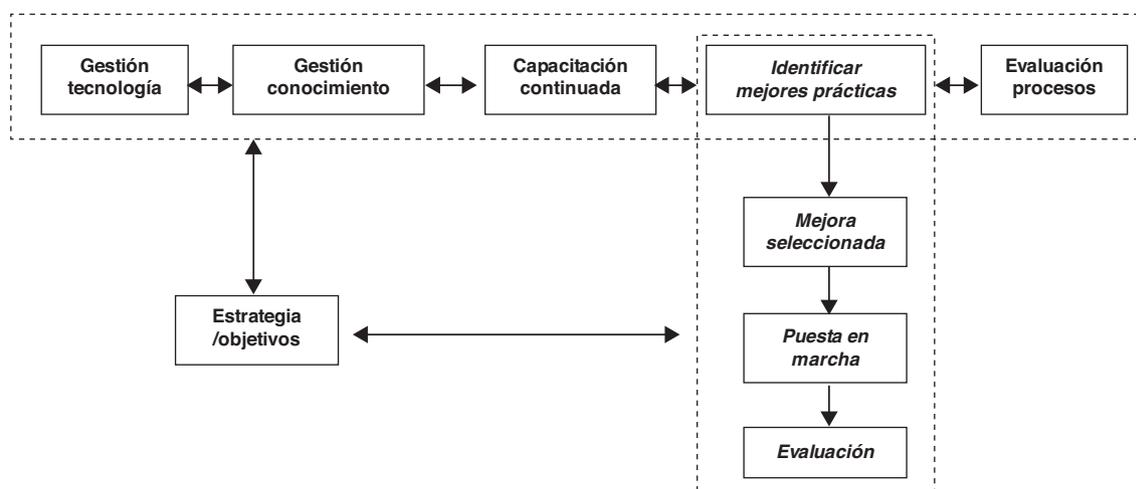


Figura 1 Sistemática de benchmarking para la mejora continua.

comportamientos más eficientes en las organizaciones, el análisis de causas y su utilización para la mejora son muy limitados y su objetivo último suele limitarse a la obtención de un reconocimiento externo.

En el mismo sentido que utilizan la mayor parte de las organizaciones que se evalúan con el Modelo EFQM<sup>11</sup>, las comparaciones con los *best-in-class* en los criterios resultado suelen incorporarse meramente como elemento para mejorar la puntuación, alejado de la filosofía y el objetivo que persigue la comparación con los mejores como método de aprendizaje.

Más extendido es el acceso al conocimiento de sistemas organizativos, de gestión y de resultados mediante sesiones de revisión sistemática, sesiones clínicas, la asistencia a jornadas técnicas y científicas, la consulta de páginas web, así como a través de la divulgación de publicaciones científicas. Aunque en el sector sanitario existe una larga tradición de aprendizaje mediante estas herramientas, el análisis sistemático de las oportunidades de mejora a partir del conocimiento adquirido mediante ellas, la difusión a otros profesionales de la misma organización o la incorporación de lo aprendido a la práctica clínica o de gestión, son francamente escasas.

Aunque poco utilizado, también puede resultar sumamente útil la identificación de mejores prácticas en organizaciones externas al sistema sanitario, especialmente en funciones comunes como la comunicación, gestión de personas, gestión de recursos, alianzas y un largo etcétera. Aunque el conocimiento clínico y sanitario constituye el núcleo central del conocimiento y del valor añadido en la prestación de servicios sanitarios, como empresas somos más parecidos que distintos, y podemos enriquecernos en gran medida de los sistemas de gestión de organizaciones de referencia; en definitiva, eliminar espejos y abrir ventanas en nuestras organizaciones. Como elemento facilitador, además de las fuentes de conocimiento referidas anteriormente, existen algunas comunidades virtuales y/o presenciales que comparten sus mejores prácticas de una forma sistemática<sup>12</sup>. La gestión, como la medicina, debe basarse en la evidencia científica que aporte la mayor efectividad y eficiencia en sus resultados.

Además de estas oportunidades de benchmarking externo, también se desperdician múltiples oportunidades de utilizar el benchmarking interno, tanto entre organizaciones del mismo servicio de salud o corporaciones, como entre distintos profesionales y/o servicios de la organización propia. La ausencia de herramientas que permitan conocer y compartir el conocimiento de forma sistemática, especialmente en grandes organizaciones, provoca frecuentemente la repetición de las mismas experiencias o el acudir a profesionales de referencia externos aún cuando el conocimiento esté en la puerta contigua.

Aunque en su esencia la identificación e implantación de buenas prácticas supone un cambio cultural hacia una organización que aprende, su incorporación al sistema de gestión precisa unas actitudes facilitadoras y una sistemática en su implantación para hacerlo realmente efectivo.

Las actitudes pueden suponer el elemento más difícil de incorporar en las organizaciones, pero constituyen el elemento imprescindible para el aprovechamiento efectivo de esta metodología. El convencimiento de que todo es mejorable y la voluntad decidida de hacerlo de forma continua. La inteligencia y humildad necesarias para reconocer que podemos aprender algo de cualquier organización por pequeña o limitada que sea. El liderazgo suficiente para obtener el máximo provecho de los colaboradores, de sus ideas, de su implicación e incluso de sus equivocaciones. La comunicación interna y externa, abiertas a compartir y socializar las dudas y el conocimiento. La sistemática en la utilización y la constancia en el empeño. Todo ello puede ser más fácil de llevar a cabo y puede verse potenciado en organizaciones que utilizan modelos de gestión basados en la mejora continua de una forma coherente y consecuente, independientemente de que ésta se base en gestión por servicios, por procesos, gestión clínica u otros modelos.

Sin embargo, como en cualquier aspecto de la gestión, además de las actitudes, su desarrollo como proceso estructurado y sistemático constituye un elemento central para ser efectivo. En la figura 1 se pueden visualizar en el recuadro vertical las principales fases del proceso, constituidas como en todos los procesos, por un ciclo PDCA. Dependiendo del sistema de gestión utilizado, este ciclo puede

ser un elemento integrado en el sistema de mejora continua, o gestionarse como un proceso paralelo de innovación que contribuya a la mejora y el aprendizaje de todos los procesos.

La identificación de las mejores prácticas supone el elemento diferencial de este proceso de mejora continua. Esta identificación debe estar orientada a alcanzar los objetivos estratégicos y operativos de las organizaciones, y debe pivotar sobre la necesidad de mejora en los resultados que indique la evaluación de los procesos. Así mismo, debe coordinarse y potenciarse mutuamente con la gestión de la tecnología, la gestión del conocimiento y la formación y capacitación continuada, ya que a través de estos procesos se identifican habitualmente las necesidades de innovación y mejora en la organización. Así mismo, la gestión de las alianzas puede facilitar la confianza y colaboración necesarias con otras empresas y/o asociaciones para identificar y compartir las mejores prácticas.

La selección de las mejores prácticas debe realizarse en función de los criterios de priorización establecidos y siempre teniendo en cuenta la factibilidad y la adaptación de las mismas a nuestra realidad. La puesta en marcha debe incorporar objetivos, responsables, cronograma e indicadores de control, contar con los recursos necesarios e incorporar la suficiente comunicación y capacitación a los profesionales afectados. Puede ser conveniente la realización de pruebas piloto en caso de prácticas complejas o con una alta capacidad de cambio en la organización. Como en cualquier otro plan, resulta indispensable la evaluación de los resultados para evaluar la efectividad de los cambios e identificar las posibles modificaciones a incorporar en la planificación o en la implementación de las nuevas prácticas.

Utilizando de forma sistemática estas herramientas, tanto el *cotilleing* en una fase inicial e ineludible como el *benchmarking* formal en una etapa más evolucionada, es posible crear una cultura que estimule de forma efectiva la mejora continua en las organizaciones. Ante ello, sería muy positiva una reflexión abierta y sincera en cada sistema sanitario, organización o servicio. ¿Tenemos una actitud de curiosidad crítica y creativa hacia el conocimiento para innovar, o simplemente crítica, autosuficiente e inmovilista? ¿Cuántas veces se cuenta en el servicio lo que se ha aprendido en el congreso al que se ha asistido? ¿Cuántas buenas ideas se transmiten, se estudian de forma apropiada, se ponen en marcha y se evalúan? ¿Cuántas mejoras incorporadas a un servicio o proceso se generalizan en toda la organización? ¿Cuántos recursos, en tiempo y en gasto, se utilizan en el acceso al conocimiento y qué porcentaje del mismo se acaba rentabilizando?

En definitiva, disponemos de una herramienta sumamente potente y eficiente para mejorar la práctica clínica y de gestión en nuestras organizaciones. Aunque resulta habitual en nuestro sector el conocimiento de mejores prácticas, dada la especial transparencia y difusión que se hace de ellas, su incorporación al día a día de nuestras actividades es esporádica, limitada, poco compartida a nivel interno y habitualmente carente de una sistemática de implantación y evaluación. Compartir y socializar el conocimiento para la mejora, constituye un componente de gestión ética obligada para incrementar el valor añadido en el sector sanitario, y un elemento de cambio cultural para la innovación de enorme potencial para mejorar la eficiencia y asegurar la sostenibilidad del sistema. Pongámonos en marcha de forma inmediata: no podemos dejar pasar de largo ni una sola oportunidad en estos momentos.

## Bibliografía

1. Karlöf B, Östblom S. Benchmarking. London: Wiley John and Sons; 1993.
2. Costa Estany JM. Benchmarking de procesos. Rev Calid Asist. 2008;23:1-2.
3. Alcaraz-Martínez J, Lorenzo-Martínez S, Fariñas-Álvarez C, Fernández-González B, Calvo Pérez A, González-Pérez M, Grupo de Trabajo RED7. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes comunidades autónomas. Rev Calid Asist. 2011;26: 285-91.
4. Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez-Díez E, Herrera Carral P, Valdor Arriarán 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.
5. Moracho O. Jornada Modelos organizativos en gestión sanitaria, Madrid. Referido en Diario Médico. 2001;7:12-2001.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema de Información Sanitaria. [Consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es>.
7. IASIST. Top 20. [Consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.iasist.com>.
8. Premios Best in Class. [Consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.premiosbic.com>.
9. Peiró S. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calid Asist. 2001;16:119-30.
10. Meneu R. Top be or not Top be. Rev Calid Asist. 2001;16:83-4.
11. Modelo EFQM 2011. EFQM Fundación Europea para la Gestión de Calidad. Ed. Club Gestión de Calidad, Madrid 2010.
12. Club 400. Euskalit-Fundación Vasca para la Excelencia. [Consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://euskalit.net>.