

Teodoro Carrada
Bravo

Jefe de Educación
Médica e Investigación,
Hospital General
de Zona con Unidad
de Medicina Familiar 2,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Irapuato, Guanajuato.

Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario

RESUMEN

El benchmarking es una herramienta que facilita lograr la excelencia, mediante la medición y comparación de procesos de salud semejantes. Es un instrumento de calidad para identificar las causas del éxito de otras organizaciones, y aplicarlas en el propio servicio de atención clínica. El método del benchmarking hace comparaciones de los procesos en los sistemas de salud, de las prácticas y del desempeño, para alcanzar estándares de excelencia, de manera sistemática y continuada. El benchmarking hospitalario incluye coleccionar la información existente y medirla, aprender de las organizaciones líderes, y adoptar los procedimientos más perfeccionados para mejorarlos. No es una repetición sino una forma de definir *lo mejor* e ir más allá del estándar establecido, para forjar un modelo superior de atención en salud, o bien, un modo novedoso de monitorear y evaluar los procesos; es también un apoyo para llevar a cabo los planes y lograr los objetivos de la institución.

SUMMARY

The benchmark is a tool to make possible the achievement of excellence that is used to measure and compare similar health processes. It is a quality tool for identifying measurable successes of other organizations and applying them to your own hospital's service. The benchmarking process compares organizations' health system processes, practices, and outcomes to standards of excellence in a systematic and continuous manner. Hospital benchmarking includes measuring clinical performance and information, systematically identifying best practices, learning from leading health organizations, and adapting best process practices to improve your own performance. It is not a means for duplicating but a way of defining the best and moving beyond that standard to create an exemplary clinical model or a new process for monitoring and evaluating progress. It also helps to assess and implement plans and resource objectives.

Correspondencia:
Teodoro Carrada Bravo,
Calzada de los
Rincones 694,
Col. Las Plazas,
Irapuato, Guanajuato.
Tel.: (01 462) 51 746,
(01 462) 43 100,
extensión 127.
Fax: (01 462) 43 660.
Correo electrónico:
teocamx@yahoo.es

Origen y definición de benchmarking

El *benchmarking* se originó por la necesidad de saber cómo se desempeñan otras instituciones o empresas, es decir, obtener información confiable que sirviera para mejorar los procesos de atención en salud y lograr así un nivel superior de competitividad hacia la excelencia. La figura 1 muestra un modelo de calidad organizacional y la participación del benchmarking como proceso referencial de mejora continua.

Dos ideas antecedieron la existencia de benchmarking. Hace más de 2500 años el general chino Sun-Tzu escribió en *El arte de la guerra*:

Si usted conoce a su enemigo y se conoce así mismo, no tiene por qué temer el resultado de cien batallas.

En Japón se conoce de tiempo ancestral la palabra *dantotzou*, que significa *luchar para ser el mejor de los mejores*. En lengua inglesa, *benchmark* significa una marca o proceso de referencia, algo que permite medir y comparar lo hecho por alguien en particular con lo efectuado por los demás. Se compara un proceso, un servicio o sistema de salud con el de una organización semejante o de excelencia reconocida (centro de referencia), para evaluar el desempeño y determinar los cambios; entre otras tantas, *el benchmarking es una estrategia de calidad*.¹

En un proceso evolutivo; inicialmente, el concepto y la aplicación del benchmarking se refieren a la comparación del producto y después del servicio; posteriormente, la comparación se efectúa con el proceso de fabricación y, más adelante, con los procedimientos de trabajo, hasta llegar a una práctica proactiva encaminada al mejoramiento continuo.

Palabras clave
Benchmarking
competitivo

Keywords
Competitive
benchmarking

Conforme su objeto, esta práctica comparativa puede ser clasificada en:

- *Interna*: mejores desempeños en la empresa.
- *Competitiva*: mejores competidores.
- *Mejor de la clase o funcional*: organizaciones con funciones o procesos que utilizan las mejores prácticas.

en 1989 su libro *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance*, donde dio a conocer las experiencias de Rank Xerox. El intercambio de personal de esta compañía permitió que los trabajadores definieran los procesos internos de sus organizaciones y tuvieran acceso a procesos nuevos para lograr mejoras.²

El benchmarking en sistemas de salud

Es un proceso sistemático y continuo para identificar, comprender y adoptar las prácticas mejores y las acciones sobresalientes de las instituciones de salud destacadas por un desempeño excelente; de ese modo, se puede ayudar a otras organizaciones a mejorar sus servicios y/o procesos de salud (figura 2).

El benchmarking es el patrón de referencia para efectuar dicha comparación; lo que se busca es el perfeccionamiento institucional, grupal y personal. Esta herramienta se puede aplicar en la práctica clínica hospitalaria y en los procesos de atención poblacional y de salud pública. En esencia, es un proceso de cambio dirigido y de creación de prácticas sanitarias mejores. Se ha caracterizado como:

- Un enfoque de trabajo interdisciplinario, compartido por dos o más organizaciones de salud.
- La evaluación de procesos, servicios, productos y procedimientos de trabajo de las instituciones participantes, en términos de calidad, coste y complejidad.
- La identificación de procesos que es necesario modificar, rediseñar o mejorar.
- El mapeo y precisión de las áreas y subprocesos potenciales para la mejora.
- El fomento en la práctica clínica hospitalaria, del deseo por el cambio y la innovación creativa.
- La facilitación del intercambio de ideas, métodos de trabajo o formas de resolver satisfactoriamente determinados problemas de salud.
- Medir y evaluar los beneficios logrados mediante los estándares e indicadores de calidad utilizados.

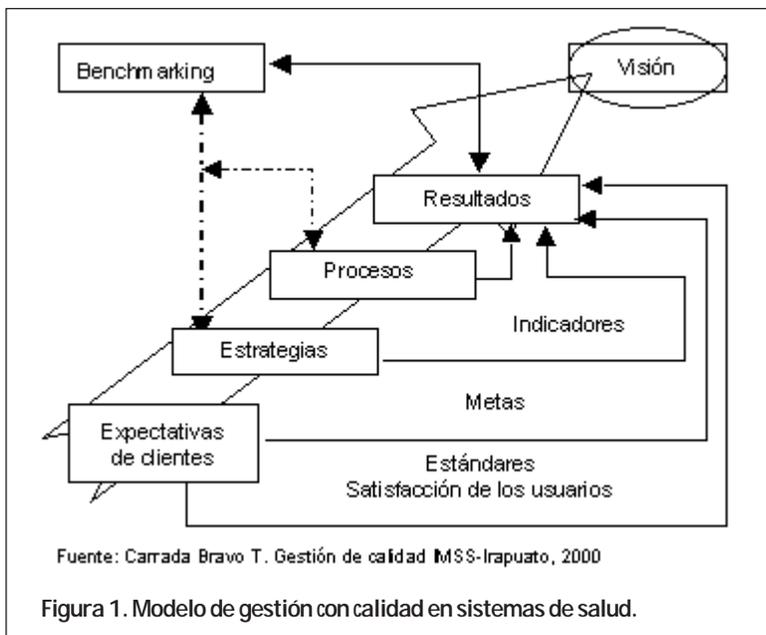


Figura 1. Modelo de gestión con calidad en sistemas de salud.

También puede clasificarse en términos de las metas:

- *De desempeño*: su propósito es identificar quién se desempeña mejor, con base en mediciones de productividad.
- *Estratégica*: se realiza estableciendo alianza con un número limitado de empresas no competidoras.
- *De procesos*: busca las mejores prácticas mediante estudios personales y observacionales de procesos clave, sin importar quienes sean los candidatos para las mejores prácticas.

Aunque desde 1979 en Japón se había desarrollado el *shukko*, o préstamo de empleados a otras organizaciones con ideas similares, el crédito de hacer del *benchmarking* un término moderno se debe a Robert C. Camp, quien publicó

Razones para efectuar benchmarking hospitalario

Cuando se decide iniciar el benchmarking es porque se desea satisfacer los requerimientos y las expectativas expresadas por los clientes del sistema de salud y de los profesionales prestadores de servicios. Se comienza por conocer y jerarquizar las necesidades prioritarias de las organizaciones de salud.

En la *Encuesta nacional de salud II* (ENSA II), levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994, se indagaron los motivos por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención. En las instituciones de seguridad social los motivos de quejas fueron los siguientes:

- Mala atención (22 %).
- Larga espera (17 %).
- Falta de medicamentos y materiales (20.7 %), según usuarios de la Secretaría de Salud.
- No sirvieron los medicamentos recetados (19.5 %).

En instituciones de salud privadas la queja mayor fue el elevado costo de los servicios (33.8 %) o que no estuvieron de acuerdo con el tratamiento indicado (17.6 %). En promedio nacional, 81.2 % de los entrevistados percibió que la atención recibida fue buena.

Al analizar esta información se concluyó que los clientes tuvieron niveles de percepción diferentes. La mala calidad se definió en las quejas: tiempos largos de espera, deficiencias en el diagnóstico, tratamiento e información proporcionada al cliente, y, sobre todo, la poca atención a la relación interpersonal (12 %).¹

Propósito principal del benchmarking en sistemas de salud

Incrementar la probabilidad del éxito, facilitar el desarrollo continuado de los servicios de salud, considerando cinco requisitos básicos:

1. Estar dispuesto a invertir tiempo, esfuerzo y dinero, con miras a mejorar ciertos procesos de salud.

2. Estar seguro de que el equipo realmente desea aplicar una mejora, y saber para qué.
3. Convencer a la propia institución y a otras participantes, de las bondades y beneficios de implementar este proceso. Compartir, cooperar y mejorar continuamente.
4. Diseñar un plan de comunicación y capacitación para motivar e involucrar a todo el personal.
5. Lograr la aprobación, el apoyo y el compromiso de directivos y colaboradores. La calidad es trabajo de todos.³

Teodoro Carrada Bravo.
Benchmarking

La puesta en marcha

Primero es preciso conocer a fondo los procesos, registrar cuidadosamente los diagnósticos y procedimientos efectuados a cada paciente, medir el tiempo de estancia, clasificar y codificar los episodios de hospitalización, usando los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Después, efectuar el procesamiento estadístico (medición) y comparar la información recolectada. Evaluar las debilidades y fortalezas del servicio de salud.

Seguramente será necesario capacitar y motivar al equipo de trabajo, esforzarse en mejorar los registros clínicos (expedientes y hojas de

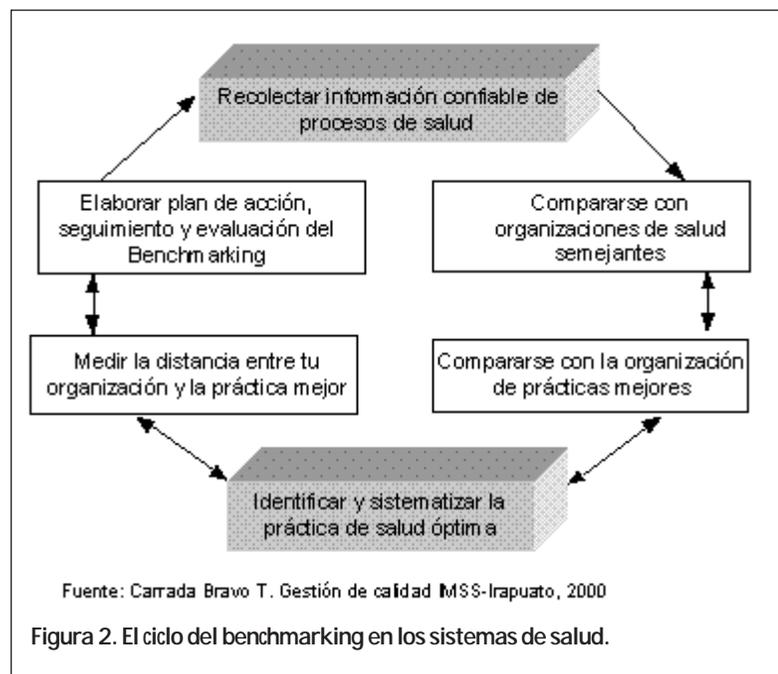


Figura 2. El ciclo del benchmarking en los sistemas de salud.

egresos), llenar correctamente los certificados de defunción, tener a la mano normas y guías clínicas, leer más y consultar a los expertos. Lo más relevante es crear un equipo interdisciplinario de alto desempeño profesional dispuesto a cambiar y mejorarse continuamente.

Si se dispone de buena información, con ayuda de un ordenador podrá conocerse la casuística (*case mix*), la productividad y la eficiencia de un servicio, además del coste y calidad de la atención otorgada, el grado de satisfacción de los pacientes, de los prestadores de servicios y de la institución. Al comparar y graficar los periodos anteriores del mismo servicio se conocerán las tendencias, podrá medirse la estancia promedio, la letalidad hospitalaria, los reingresos, las infecciones hospitalarias y diferenciar si las variaciones de los indicadores corresponden a cambios en la tipología de los pacientes hospitalizados o al manejo en su atención.⁴

Lo ideal es llevar a cabo la comparación con el estándar de oro, identificar las desviaciones y emprender acciones de mejora. En el medio hospitalario —tan diverso, complejo y siempre cambiante— resulta difícil establecer un estándar de oro; lo más práctico y factible es hacer comparaciones entre hospitales de un mismo entorno. Aunque no es un patrón de excelencia, se mide y grafica el comportamiento promedio, las desviaciones (distancia medible) respecto al promedio de otros hospitales, o la distancia entre un servicio y aquel con las prácticas de salud mejores (benchmark). Los grupos médicos participantes en el benchmarking deben funcionar siguiendo las normas de ética

profesional, puesto que se trabaja con información confidencial compartida. Sólo los médicos involucrados pueden valorar la idoneidad o validez de las diferencias encontradas.

El benchmarking permite aprender de los equipos de salud más talentosos y de la competencia. Si ésta es fuerte en determinado proceso, descubre por qué y cómo lo hizo. La finalidad es encontrar esas prácticas mejores y ponerlas a prueba, modificarlas o incorporar los puntos fuertes a la propia operación.

Cuando se trabaja e investiga con profundidad y perseverancia (continuidad) usando la visión *glocal* (pensar en la globalidad y mejorarse en lo local), es posible identificar *los secretos del éxito en los otros* y aprovecharlos. Se puede así alcanzar la excelencia profesional y mayor calidad en los servicios de salud.

El benchmarking es un proceso continuo de medir procesos, servicios, productos y prácticas de atención en salud, contra competidores o instituciones sobresalientes, lo que suele conducir al desempeño excelente con valor agregado para los pacientes y el propio equipo interdisciplinario de salud.⁵

Información para el benchmarking hospitalario

Lo primero es identificar el diagnóstico principal: proceso patológico que, después de un estudio clínico pertinente, se considera el motivo de ingreso del paciente al hospital. Ejemplo:

- Un paciente de 64 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus de siete años de evolución, ingresó a urgencias por dolor precordial intenso y persistente que se irradiaba al brazo izquierdo. En el departamento de medicina interna se estableció el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Cuatro días después del ingreso hospitalario presentó episodio neumónico agudo que se resolvió satisfactoriamente.

¿Qué preguntas debe hacerse el clínico al llenar su hoja de egreso?

- ¿Cuál es la categoría diagnóstica mayor de los 25 agrupamientos posibles?

Cuadro I
Peso relativo de las patologías del hígado y páncreas, categoría diagnóstica mayor 07 (versión HCFA 16.0)

Clave GRD	Descripción del diagnóstico	Peso relativo del GRD
041	Trasplante hepático	10 6455
494	Colecistectomía laparoscópica, Sin complicaciones	0 8223
197	Colecistectomía sin exploración del conducto biliar, con complicaciones	2 0082

GRD = grupos relacionados con el diagnóstico.

Fuente: Carrada Bravo T. *Gestión de calidad IMSS-Irapuato, 2000.*

Respuesta: enfermedades y trastornos del aparato circulatorio, clave GRD-05.

- ¿Cuál es la categoría clínica específica del GRD principal?

Respuesta: trastornos circulatorios con IAM, sin complicaciones ni defunción, clave GRD-122.

La diabetes se clasificó como una comorbilidad, pero no fue la causa principal del ingreso.

Todos los episodios de hospitalización son clasificables en los 500 GRD. En algunos grupos se incluye la edad pero no el género, y se recomienda registrar siempre las comorbilidades y/o complicaciones. En los procedimientos quirúrgicos (Q) se codifica el procedimiento efectuado, ejemplo: *bypass* coronario con cateterismo cardiaco GRD-107.^{6,7}

Lo que no es benchmarking

- No es un mecanismo para determinar reducciones de recursos. Todas las estrategias de calidad implican eficiencia, siempre y cuando no se disminuya el beneficio ni se afecte la satisfacción de los usuarios.
- No es una panacea ni un programa. Es un proceso de mejora continua y requiere actualización constante.
- No es una receta en la que sólo se necesita buscar los ingredientes para aplicarlos y obtener un resultado. Es un proceso de descubrimiento, una experiencia de aprendizaje. El propósito es incrementar la calidad de los procesos y servicios de salud, proyectando el mejor desempeño al futuro. Se aprende lo mejor para ser excelente.
- No es una moda sino una estrategia de los servicios de salud más exitosos. Es una forma de modernizarse e impulsar la gestión.
- No es una imitación sino una forma accesible de atención a la salud. Obliga a utilizar un punto de vista externo que garantice la corrección de los objetivos fijados. Es un enfoque administrativo innovador, de máximo beneficio en salud poblacional. Mirar hacia fuera, aprender y mejorar; así se impulsa el desarrollo organizacional, el nivel de salud y la satisfacción de los clientes, de los prestadores de servicios y de la propia institución.⁸

Indicadores del benchmarking*

Teodoro Carrada Bravo.
Benchmarking

El GRD(*i*) es un sistema para clasificar los episodios de hospitalización de una misma categoría clínica, que consumen una cantidad similar de recursos. Se ha elaborado también un índice epidemiológico de gravedad en siete grupos, por ejemplo: un infarto agudo del miocardio puede tener estancia corta (baja gravedad y bajo coste) y/o baja letalidad.

El peso relativo (PR) es el coste respecto a la estancia (coste) promedio de todos los pacientes hospitalizados. Se acostumbra aplicar los costes derivados de los estudios empíricos de grandes series hospitalarias en los Estados Unidos de Norteamérica. En el cuadro I se observa que la colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar ni comorbilidad (GRD-494), tiene un PR cercano a 1, casi igual al coste medio del paciente hospitalizado agudo. La colecistectomía abdominal complicada (GRD-197) cuesta el doble, y el trasplante hepático (GRD-480) es diez veces más costoso.

El peso medio hospitalario (PMh) de un determinado GRD(*i*) será:

$$PMh = \frac{\sum (Nih * PRi)}{\sum Nih}$$

Nih = número de egresos del GRD en un hospital (h).

PRi = peso relativo del GRD

La estancia media hospitalaria ajustada por casuística (EMACH) es aquella que habría tenido un hospital al tratar los pacientes del benchmark o del estándar nacional (e). Es un dato teórico al que se le aplica la EM por cada GRD, calculado con los datos de un servicio hospitalario:

$$EMACH = \frac{\sum (Nie * EMih)}{\sum Nie}$$

i = GRD h = un hospital

Nie = número de egresos en el GRD del estándar.

EMih = estancia media del GRD, calculada con datos de un hospital.

El peso relativo (PR) es la razón de dividir el peso medio del hospital (h) y el peso medio

*Para calcular otros indicadores y razones consulte las referencias 4, 6 y 7.

Teodoro Carrada Bravo.
Benchmarking

del conjunto hospitalario que sirve como estándar (e). Un peso mayor de 1 indicará una casuística más compleja que puede expresarse en porcentajes:

$$PR = \frac{PM_b}{PM_e}$$

Logro de la excelencia

Una vez aceptada la necesidad de cambiar, se comienza por identificar las prácticas de salud óptimas y las instituciones líderes, se intenta definir lo que habrá de modificarse y los factores causales del desempeño superior. Con esa información se forjará la marca ideal (*benchmark*) de mejora organizacional y los arreglos para el intercambio de experiencias y modelos de trabajo. Se formulan los objetivos a largo plazo, lo que seguramente impulsará el deseo

de avanzar hacia la excelencia sanitaria. Nada mejor que una institución o empresa que abra la puerta y permita la cooperación. El expediente clínico es un recurso fundamental para evaluar la calidad de los servicios hospitalarios.

Es vital identificar la causa principal del ingreso y/o la defunción, y los diagnósticos secundarios o comorbilidades. El abuso de los antibióticos y la deficiencia en el manejo de los pacientes inmunodeficientes pueden incrementar la incidencia de las infecciones hospitalarias de las vías urinarias, las septicemias y las muertes por choque séptico. La función del comité respectivo es prevenir, educar y reducir las estancias por infecciones nosocomiales.

El poder del benchmarking radica en invitar a los trabajadores de la salud a pensar *fuera de la caja*, en un proceso de cambios graduales, hacia un nivel de calidad superior. Esta metodología puede aplicarse a cualquier proceso de salud en el que sea posible...

Cuadro II
Razones fundamentales para usar benchmarking en sistemas de salud

Sistemas sin benchmarking	Sistemas con benchmarking
Definir las necesidades del usuario	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Con base en el historial o en percepciones propias ■ Valoración subjetiva ■ Baja adaptación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realidad del mercado de los servicios de salud ■ Evaluación objetiva ■ Alta conformidad
Establecer objetivos y metas alcanzables	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Carencia de un centro de atención externo prestigiado ■ Reactivo ■ Institución burocratizada 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existe un centro de excelencia prestigiado y cooperativo ■ Proactivo ■ Institución líder en salud
Desarrollar estándares de calidad	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Perseguir los proyectos preferidos ■ Falta de comprensión de los puntos fuertes y débiles ■ Vía de solución más fácil 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solucionar problemas reales, prioritarios ■ Se identifican las oportunidades de mejorar los procesos de salud ■ Basado en la práctica mejor
Hacerse más competitivos	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Centro de atención solo interno. No hay intercambios ■ Cambio evolutivo y tecnología obsoleta ■ Bajo compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprensión concreta de la competencia ■ Nuevas ideas de prácticas mejores, creatividad tecnológica ■ Alto desempeño
Las mejores prácticas de servicios con calidad	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pocas soluciones ■ Promedio del progreso de la organización ■ Actividad frenética de seguir a la competencia, de imitar. Poco interés en satisfacer a los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Muchas opciones ■ Descubrimiento de la práctica de calidad y mejora continua ■ Desempeño superior, de excelencia. Se busca la satisfacción de los clientes y los prestadores de servicio

Fuente: Carrada Bravo T. *Gestión de calidad IMSS-Irapuato, 2000.*

- La planificación sistemática y el desarrollo de planes a corto y largo plazo.
- La comparación con departamentos o servicios de excelencia.
- El pronóstico y la comparación de las tendencias son procesos sólo viables en aquellas unidades de salud que tienen directivos formados en epidemiología y salud pública, interesados en impulsar la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud poblacional. La epidemiología, la estadística y la investigación en servicios de salud son herramientas que permiten hacer seguimientos y evaluar los progresos en salud alcanzados en los servicios clínicos hospitalarios.
- El establecimiento de objetivos claros, por ejemplo: la disminución de la incidencia de las infecciones hospitalarias de 6.5 a 1.0 por 1000 usuarios.⁹

Características del benchmarking

El benchmarking competitivo proporciona parámetros mensurables con los cuales se puede evaluar el desempeño bajo dos apartados: *estratégico* y *táctico*. Las organizaciones modernas tienen perspectivas a largo plazo que incorporan la capacitación y el autoaprendizaje de sus trabajadores y la educación sanitaria de la población usuaria, sin descuidar el costo financiero (eficiencia). En el IMSS, el programa de atención integral de la diabetes mellitus, por citar un ejemplo, genera resultados mensurables; en unidades de segundo nivel es factible abatir los errores en el manejo terapéutico, incrementar la oportunidad de la atención y reducir así la estancia media de los enfermos diabéticos e hipertensos.

Como éste, existen otros intentos por introducir competencia en el sistema, pero de entrada se requiere *inyectar* la cultura de calidad en todos los trabajadores. El benchmarking podría ser la estrategia para mejorar la oportunidad de la atención quirúrgica, incrementar la prescripción razonada, reducir las esperas largas y los diferimientos. Hay deseo de cambio, aunque el proceso de calidad no se dará sin resistencia y los buenos resultados seguramente serán un detonador para acelerar los cambios.

Aplicación del benchmarking

En México el benchmarking se aplicó primero por medio de consultorías internacionales, pero a partir de 1990 se ha usado cada vez más sin la participación extranjera. Hay dos enfoques:

- *Cuantitativo*: se comparan los indicadores de acuerdo a las métricas aceptadas por los expertos, ejemplo: la cobertura con toxoide tetánico de 100 % de las embarazadas, para erradicar los casos de tétanos neonatal.
- *Cualitativo*: se incorpora la mejora de la relación interpersonal o se exploran las opiniones y expectativas de los clientes. La entrevista semiestructurada, el estudio de los grupos focales y la metodología etnográfica son técnicas de investigación que se han practicado exitosamente para conocer las vivencias de los enfermos. Al respecto, Peter Drucker escribió:

La generación del conocimiento profundo se ha convertido en la base de la productividad, la fuerza competitiva y el logro económico. El conocimiento se ha convertido en la industria primordial que suministra a la economía y las empresas, los recursos esenciales para la producción de la calidad.

Objetivos del benchmarking

El primer objetivo es medir los procesos y fijar metas alcanzables. Es un medio que permite innovar, descubrir, abrir opciones y comprender los procesos superiores en calidad que se realizan en otras instituciones o empresas de salud para rediseñar los procesos e incrementar el desempeño y la satisfacción con el trabajo; pero su valor motivacional también es importante. Cuando la mejora *importada* se incorpora en el trabajo y sistema de recompensas de la organización, proporciona el poder necesario para cambiar y eliminar los procesos obsoletos existentes, de lo contrario tendría que ser impuesta. El benchmarking legitima las metas y los objetivos propuestos por los profesionales de los servicios hospitalarios locales.

A manera de resumen, en el cuadro II se intenta clarificar por qué se utiliza el benchmarking en salud. Las instituciones o empresas de

salud que marchan a la vanguardia no permanecen inmóviles, apuntan a la consecución de objetivos modificables. Las organizaciones que desean ser líderes deben aprender a elevar sus expectativas y ampliar sus metas, verificar la racionalidad de sus objetivos y las metas de mejora establecidas: planear, ejecutar y verificar es la ruta de la calidad de Shewhart-Deming.¹⁰

Discusión y comentarios

El advenimiento de la competencia global y la tecnología de la información ha obligado a las organizaciones de salud a incorporar la para-metrización (benchmarking) como herramienta clave de la inteligencia, entendida ésta como la reunión de datos tanto de los competidores como de las organizaciones de salud líderes. Su propósito es identificar las oportunidades de lograr avances sostenidos en los procesos de calidad y mejora continua de los servicios, ir más allá de las prácticas normales para incorporar lo mejor de lo mejor. El benchmarking ha llegado a ser un instrumento ideal para recoger información selecta y útil de los expertos en procesos específicos de salud y de la propia organización. Es uno de los catalizadores principales para emprender el cambio hacia la excelencia, aunque debe advertirse: es un procedimiento costoso y tardado, requiere de apoyo sostenido y perseverancia. Se recomienda su aplicación sólo en instituciones de salud maduras, que tienen interés en la innovación y el aprendizaje.¹⁻⁵

Las organizaciones excelentes han llegado a considerar su propia institución como una *red funcional* y cruzada de equipos de trabajo, a quienes se les ha otorgado el poder de incorporarse a otras redes más amplias para administrar su proceso. Los gerentes de salud más inteligentes descubrieron que sus rutinas necesitaban rediseñarse si deseaban mantenerse a la par de las exigencias de los usuarios y de los patrones, que cambian con gran rapidez. Lo que se pretende es el mejoramiento del desempeño organizacional. David Collins y Cynthia Montgomery, escribieron en un artículo del *Harvard Business Review*:

Ya sea que una institución construya una estrategia basada en las capacidades esenciales y se logre una organización que aprende, o se encuentre en medio de un proceso de transformación, esos conceptos se interpretan como un mandato para integrar un conjunto único de recursos y talentos. Sin embargo, debe prestarse mucha atención al contexto dinámico del sistema de salud y a la situación competitiva, al mismo tiempo que se aplican mediciones del progreso alcanzado. La estrategia funciona entre dos poderosos grupos de entendimiento, que intercambian conocimientos profundos, lo que seguramente trascenderá a las modas en la administración.

Con esta metodología, la gerencia médica abarcará las áreas funcionales en los campos de servicios y calidad, más allá de los ambientes tradicionales y, de ese modo, podrá asegurar un futuro exitoso y la superación continua de la institución de salud empeñada en ser la mejor.^{8,10}

El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Dirección General del IMSS buscan la modernización de los sistemas locales de salud, bajo un modelo integral de atención a la salud que facilite la capacitación y desarrollo de los directivos; sólo falta aterrizarlo y ponerlo en práctica aplicando las herramientas de gestión con calidad. El benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico ofrecen una puerta abierta para el desarrollo futuro de los líderes médicos y administradores de *alto desempeño*.¹¹⁻¹⁵

Referencias

1. Carrada-Bravo T. Benchmarking: estrategia de calidad en los sistemas de salud. *Directivo Médico (Mex)* 1999;4(1):18-23.
2. Camp RC. *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance*. Milwaukee, Wis: ASQC Quality Press; 1989. p. 146.
3. Finnigan JP. *Guía de benchmarking empresarial*. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1997. p. 234.
4. Alan-Dever GE. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Rockville, Md: Aspen Pub; 1984.
5. Macdonald J, Tanner S. *¿Cómo entender el benchmarking?* Distrito Federal, México: Panorama Editorial; 1998. p. 95.

6. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión Clínica. Distrito Federal, México: IASIST-México; 2000. p. 5-39.
7. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. Taller de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD's). Acapulco, Guerrero. Reunión Nacional del 15-19 noviembre, 1999. p. 1-25.
8. McNair CJ, Leibfried KHJ. Benchmarking a competitive intelligence for quality and participation. Essex Junction, Vt: Omneo; 1992. p. 163.
9. Ponce-de-León S, Rangel-Frausto S. Infecciones nosocomiales. Salud Publica Mex 1999;41(Supl 1): s3- s64.
10. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
11. Bogan C, English M. Benchmarking for best practices: winning through innovative adaptation. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 208.
12. Malagón-Londoño G, Galán-Morera R, Pontón-Laverde G. Administración hospitalaria. Primera edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996.
13. Peters TJ, Waterman RH. En busca de la excelencia. Santafé de Bogotá: Norma; 1993. p.
14. Bochino W. Sistemas de información para la administración. Técnicas e instrumentos. México: Trillas, 1997; p. 2-49.
15. Fitztenz J. Benchmarking staff performance: How staff Departments can enhance their value to the customer. San Francisco: Jossey-Vass; 1993.

Teodoro Carrada Bravo.
Benchmarking

La Coordinación de Educación Médica y los colaboradores de Revista Médica del IMSS, expresan su pesar por el fallecimiento del doctor

Miguel Ángel Montoya Cabrera

ocurrido el 22 de diciembre de 2001, en la ciudad de México. Al mismo tiempo, hacen un reconocimiento póstumo a quien por diez años, con empeño y entrega, fuera distinguido integrante del Consejo Editorial y editor en 1998 de esta publicación.

Diciembre de 2001