

Análisis comparativo de mejores prácticas (*benchmarking*) aplicado a las clínicas de tabaquismo en México

Dr. Agustín Vélez-Barajas,* Dr. Raúl Velásquez-Sosa**

Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

RESUMEN

Introducción. El tabaquismo es una pandemia que afecta a todos los grupos sociales; no tiene fronteras ni limitaciones de género, edad o religión. Se asocia a un importante número de padecimientos prevenibles, que producen discapacidad y muerte. Para consolidar las estrategias del Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se ha planteado como objetivo elaborar un análisis comparativo de mejores prácticas (*benchmarking*) en las clínicas de ayuda para dejar de fumar o clínicas de tabaquismo.

Objetivo. Realizar un ejercicio de *benchmarking* en un grupo representativo de clínicas de tabaquismo para detectar prácticas exitosas que puedan ser compartidas y adoptadas por otras clínicas en todo el país.

Metodología. Elaboración de una cédula con preguntas abiertas y cerradas, con las variables que se pretende medir. La cédula se aplicará mediante una entrevista a los responsables de las clínicas y se complementará con una investigación de campo para detectar las mejores prácticas. Los resultados de la investigación se presentarán en una futura colaboración. La efectividad en el tratamiento será el indicador base.

Conclusiones. El proyecto constituye un trabajo novedoso en materia de cambio y desarrollo organizacional que servirá de base para estudios futuros, con la finalidad de apoyar la operación de los establecimientos de los sectores público, privado y social que brindan servicios de prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Palabras clave: *benchmarking*, prácticas exitosas, clínicas de tabaquismo, cambio organizacional, desarrollo organizacional.

Benchmarking in Mexico's Clinics for Smoking Treatment

SUMMARY

Introduction. Tobacco abuse is a pandemic problem. It affects all social groups, recognizes no countries' borders or gender, religion and age differences. It is associated to an important number of diseases that cause disability and death, which can be prevented. In order to strengthen the Health Services Model for Tobacco Control strategies, Mexico's National Council Against Addictions has developed a project to perform benchmarking analysis in some clinics for smoking treatment.

Objective. To perform benchmarking analysis in a representative group of clinics in order to set up successful practices that can be shared by other clinics in Mexico.

Methodology. Elaboration of a research document with open and closed questions, including the variables to be measured. Clinics' chief officers will be interviewed; questions will be supplemented with a field research in order to highlight the best practices. Research results will be presented in a future article. Treatment effectiveness will be the main indicator.

Conclusions. This research constitutes an innovative work within the organizational change and development fields in health care, intended to support future projects in order to consolidate public, private and social substance abuse control facilities in Mexico.

Key words: Benchmarking, successful practices, clinics for smoking treatment, organizational change, organizational development.

* Director General Técnico en Adicciones y Salud Mental (CONADIC). ** Subdirector Técnico. Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental (CONADIC).

Correspondencia:

Dr. Agustín Vélez Barajas

CONADIC. Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental. Av. Paseo de la Reforma 450, 7o. piso. Col. Juárez 06600, México, D.F.

Recibido: Junio 13, 2002.

Aceptado: Agosto 2, 2002.

El problema del tabaquismo en México

Prevalencia e incidencia. El tabaquismo es una epidemia de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras ni limitaciones de género, edad o religión. Debido a que el humo del tabaco genera 4,500 sustancias tóxicas, de las cuales 45 son cancerígenas, el tabaquismo se asocia a un importante número de padecimientos prevenibles que producen discapacidad y muerte.

Entre estos padecimientos se encuentran las neoplasias, las enfermedades respiratorias, las cardiovasculares y cerebrovasculares. El riesgo de desarrollar los principales padecimientos asociados al tabaco es en promedio de dos a nueve veces mayor entre los fumadores que entre la población no fumadora (*Cuadro 1*).

Fumar un solo cigarrillo contribuye a perder casi 11 minutos de vida.¹ En promedio, un fumador reduce en 10% su esperanza de vida, lo que en total equivale a perder aproximadamente ocho años de existencia.

Las tendencias actuales indican que para el año 2020 más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante la madurez productiva² (*Figura 1*).

En México, 44,000 personas mueren prematuramente por causas asociadas al tabaquismo. La mayoría de estas muertes (28%) suceden en personas en edad productiva (35-65 años).

“Los adolescentes son considerados grupos de alto riesgo, ya que más del 60% de los fumadores se han iniciado desde los 13 años y más del 90% antes de los 20 años”.²

La Encuesta Nacional de Adicciones 1998 señala que en México 27.7% de la población entre 12 y 65 años que vive en comunidades urbanas fuma, lo que representa a 13 millones de personas.²

Se estima que este número haya crecido a 15 millones o 16 millones, debido a que anualmente un millón de mexicanos, particularmente adolescentes y mujeres, comienza a fumar.

Según la misma ENA 1998 el grupo etéreo con mayor prevalencia en tabaquismo es el de 18 a 29 años de edad (38.1%); el consumo disminuye a 11.2% en el grupo de 50 a 65 años.²

El rango de edad más crítico para iniciar el consumo fue de 11 a 14 años. El consumo en población urbana de 12 a 65

años, es más representativo en estudiantes de secundaria (32%) y en segundo lugar los menores en educación primaria (29.3%).²

Con respecto a la edad de inicio ha bajado gradualmente de los 12 a los 10 años de edad. El 61.4% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 18 años y 33% entre los 18 y los 25 años; 5.5% después de tener 25 años.² Esto implica otro riesgo, pues los adolescentes fumadores tienen 13 veces más probabilidad de consumir alcohol y drogas.

De conformidad con encuestas realizadas por la Universidad Nacional Autónoma de México, 30% de los estudiantes de nivel superior y 12.1% de las preparatorias o Colegio de Ciencias y Humanidades fuman, lo que representa cifras muy elevadas.³

En México, la proporción de fumadoras se elevó de 29% en 1988 a 31% en 1993 y 33.4% en 1998. Esto representa una prevalencia de consumo de tabaco de 16.3% en mujeres. En varones la prevalencia de fumadores es de 42.9%.²

Consumir tabaco durante el embarazo es uno de los peligros más importantes para la salud de la madre y el producto. “Fumar durante el embarazo provoca entre 20 a 30% de los casos de bajo peso en los recién nacidos, 14% de los partos prematuros y cerca del 10% de las defunciones infantiles. La posibilidad de contraer asma se duplica en niños cuyas madres fuman más de 10 cigarrillos al día”,² además del aumento en la posibilidad de malformaciones congénitas y cardíacas.

Por otra parte, un poco más de 18 millones de personas (52.6% de la población) son fumadores involuntarios, expuestos al humo del tabaco ambiental en su casa, el trabajo, la escuela u otros centros de reunión (*Figura 2*).²

La mortalidad por enfermedades asociadas al tabaquismo ascendió a 44 mil personas, lo que equivale a que cinco mexicanos por hora, es decir, un poco más de 120 mexicanos por día, fallezcan.

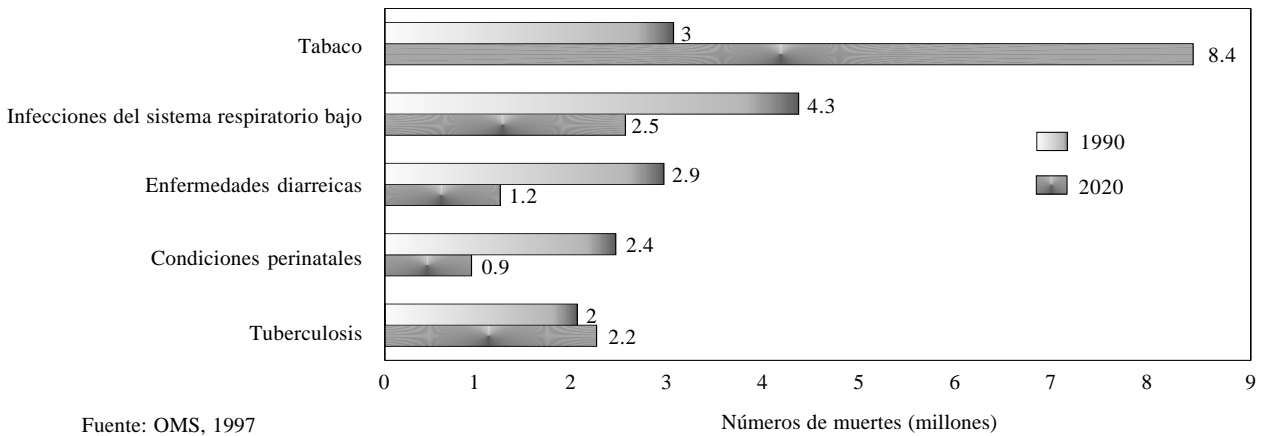
Por la cantidad de sustancias radiactivas (polonio 210 y radón 222) que contiene el tabaco, fumar dos cajetillas de cigarrillos al día durante un año equivale a tomarse 300 radiografías de tórax.⁴

Cuadro 1. Evolución del lugar ocupado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, entre las principales causas de mortalidad general en México, 1950-1998.

Causas	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedades del corazón	5°	4°	3°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°
Tumores malignos *	-	6°	5°	5°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°
Enfermedad cerebro-vascular	-	-	7°	7°	8°	6°	5°	5°	5°	5°	5°	6°
Bronquitis crónica, enfisema pulmonar	-	-	-	-	12°	14°	14°	14°	14°	13°	13°	15°

* Incluye cáncer de tráquea, bronquios, pulmón; cáncer de estómago y del cuello del útero.

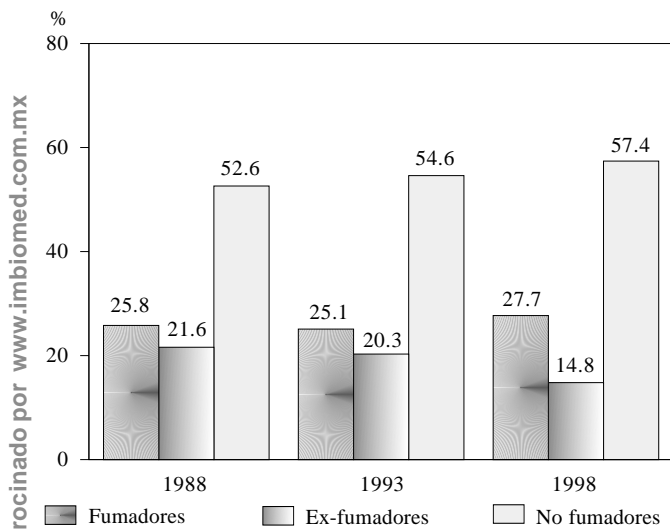
Fuentes: 1)DGE/SIC, 1960; 2) Estadísticas Vitales de México, DGE/SSA, 1970; 3)Compendio de Estadísticas Vitales de México, DGE/SSA, 1990; 4)Tabulaciones de Defunciones, INEGI/SSP, 1988; 5) SSA/INEGI, Mortalidad 1990, 1992-1997 México; 6) Estadísticas Demográficas, INEGI, 1998. Tomado de Programa de Acción: Tabaquismo, SSA; México, 2001, p. 23.



Fuente: OMS, 1997

Números de muertes (millones)

Figura 1. Principales causas de muerte en el mundo en 1990 y estimaciones para el 2020.



Fuentes: DGE/IMP/CONADIC. Encuesta Nacional de Adicciones. 1990, 1993, 1998. México.

Figura 2. Prevalencia del consumo de tabaco. Población urbana en México. 1988, 1993, 1998.

Los costos del tabaquismo. En México, el gasto público para el combate al tabaquismo cada año es de 29 mil millones de pesos (igual a medio punto del Producto Interno Bruto).⁵

Por otra parte, la Asociación Mexicana de Estudios para la Defensa del Consumidor estima que el gasto de los mexicanos en cigarrillos es de unos 60 mil millones de pesos anuales.⁶

La Organización Mundial de la Salud informa que:⁷

- Los costos brutos anuales de la atención a la salud atribuibles al consumo de tabaco constituyen de 6 a 15% del total de costos de atención a la salud en países desarrollados.

- Aún con una esperanza de vida más reducida, los fumadores incurren en mayores costos de atención a la salud que los no fumadores.

- Durante 1995, los 1.1 mil millones de fumadores en el mundo consumieron casi 6 mil millones de cigarrillos.

- Para el año 2030, 10 millones de personas al año morirán de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, 70% de ellos en países en vías de desarrollo.

- En todos los países, el tabaquismo y sus enfermedades asociadas se concentran progresivamente entre la población de escasos recursos.

De acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública se conoce que:⁸

“Cada año, México gasta el equivalente al 3% del presupuesto nacional de salud para atender sólo tres de las 50 enfermedades relacionadas con el tabaquismo (infarto agudo del miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular).

“En cinco años un fumador gasta 20 mil pesos en la compra de cigarrillos, de los cuales la mitad ingresa a las arcas federales, vía fiscal, pero si esa misma persona sufriera un leve infarto al miocardio, el costo de su atención médica en el primer año requeriría de 58 mil pesos”.

“En Estados Unidos se ha calculado que si disminuyera la prevalencia de consumo en uno por ciento se evitarían 924 hospitalizaciones por infarto al miocardio y 538 por enfermedad cerebral vascular, lo que a su vez representaría un ahorro de 44 millones de dólares”.

El modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México

Derivado de los retos que implica la epidemia de tabaquismo y su impacto en México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece diversas estrategias encaminadas a enfrentar este problema de magnitud creciente.

Dichas estrategias incluyen, entre otras: el reforzamiento y cumplimiento del marco normativo, mediante la expedición en las entidades federativas del reglamento para la protección de los no fumadores y el cumplimiento del Reglamento para el Consumo de Tabaco que propicia que los edificios públicos se encuentren libres de humo de tabaco; el aumento cada año de las cargas fiscales para productos del tabaco cada año hasta finalizar el sexenio, el control de la

venta de cigarrillos en farmacias y misceláneas y la restricción de la publicidad en medios masivos de comunicación, así como el fomento de la participación de organizaciones públicas, sociales y privadas.⁹

Para consolidar estas estrategias y orientar de manera sistemática y ordenada los esfuerzos colectivos, particularmente en el ámbito de la salud, un grupo de destacados investigadores y funcionarios desarrolló un modelo teórico denominado Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México, que posibilita la coordinación, la concertación y la vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el sector salud en México.¹⁰

Con este modelo se pretende “que los servicios de atención en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, para ir eliminando los rezagos; con base en criterios de calidad y calidez, y logrando costos que sean accesibles para toda la población”.¹⁰

El modelo posibilitará la determinación de prioridades con base en un diagnóstico del problema y de la disponibilidad de diversos recursos al alcance de las instituciones que participen en el Programa contra el Tabaquismo, a cargo del Consejo Nacional contra las Adicciones.

El modelo se constituye como “un instrumento orientador para la organización de los servicios de salud, que pueden ser destinados tanto a población abierta como a los derechohabientes de las instituciones de seguridad social a nivel nacional. Además, propone las acciones que se deberán desarrollar en cada nivel de atención acorde con diferentes grados de complejidad, y con recursos que permitan contribuir realmente al

mejoramiento del nivel de salud de los individuos y las familias afectadas por este problema de salud”.¹⁰

El objetivo general del modelo establece un esquema organizativo para los tres niveles de atención a la salud (Figura 3). Se observa en la base de esta pirámide que se otorga un peso importante a las actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, pero también, en un nivel superior, a los servicios de tratamiento y la atención especializada de los daños asociados al consumo de tabaco.

El modelo considera la atención específica a grupos de población específicos, particularmente a los que se encuentran sujetos a riesgo, de conformidad con las cifras de prevalencia e incidencia comentadas.

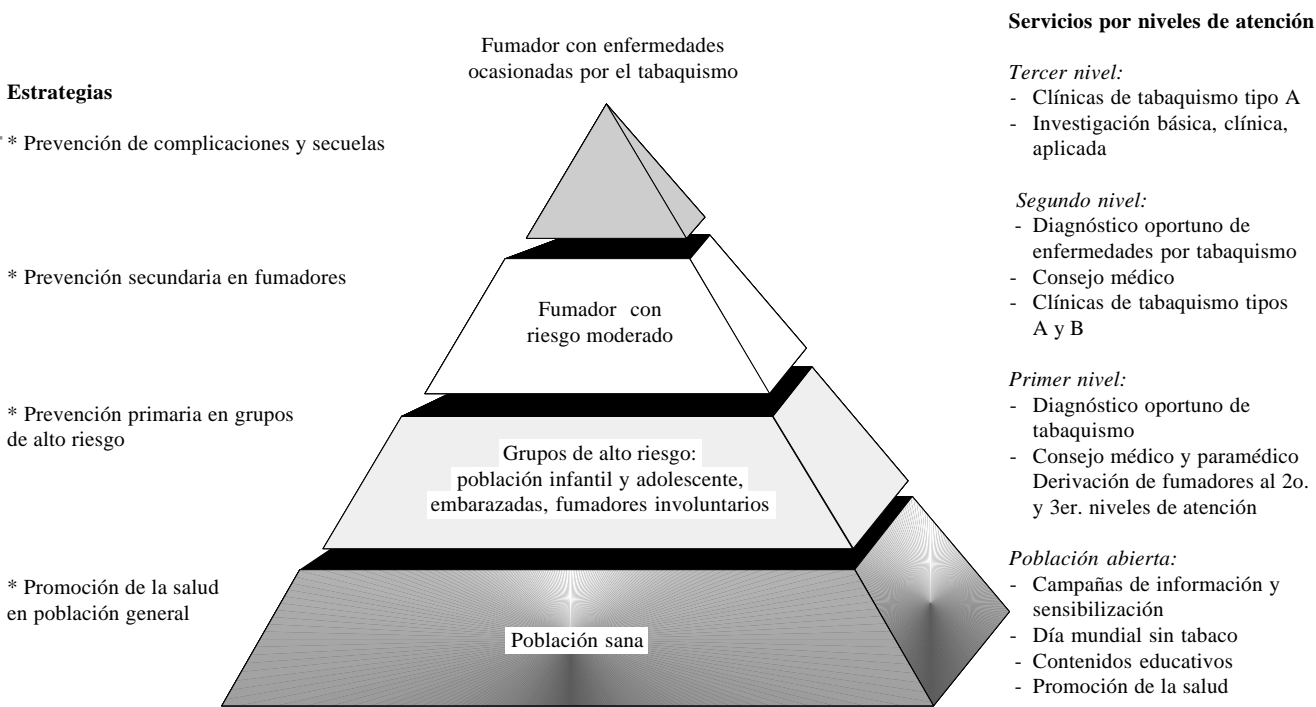
Con este planteamiento, el modelo refuerza las cuatro grandes estrategias establecidas en el Programa contra el Tabaquismo y que a continuación se señalan.² Se pretende que:

1. Los fumadores fumen menos.
2. Más fumadores abandonen el consumo de tabaco.
3. Se retarde la edad de inicio del consumo.
4. Se brinde mayor protección a los no fumadores.

Las clínicas de ayuda para dejar de fumar o clínicas de tabaquismo. Como se puede observar en el esquema de la figura 3, el modelo considera diversos niveles, vertientes y mecanismos para enfrentar la epidemia de tabaquismo en México.

En el área de tratamiento y con el objetivo de propiciar la segunda gran estrategia para impulsar la cesación del consu-

PDF patrocinado por www.imbiomed.com.mx



Fuente: Rubio, Oviedo, Castrejón, Vélez, Sansores, 2001

Figura 3. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México.

mo de tabaco en los fumadores, se han instituido las denominadas clínicas de ayuda para dejar de fumar o clínicas de Tabaquismo, que constituye(n) el concepto básico del servicio que se debe instituir en cada unidad del segundo y tercer niveles de atención, para cubrir tanto la demanda de atención como la ampliación de la cobertura del servicio para beneficiar a sectores cada vez más amplios de la población. La clínica puede constituirse contando con recursos mínimos indispensables, debidamente capacitados, y deberá asumir responsabilidades que permitan ir renovando los conocimientos del personal de equipo de salud, así como el desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan a aportar nuevos datos para el abordaje eficiente del problema.¹⁰

Tan relevante se considera su participación en esta estrategia, que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 prevé como meta sexenal la creación de 100 clínicas de tabaquismo.⁹

El modelo clasifica a las clínicas en tipo A, que corresponden a los hospitales de tercer nivel y que disponen de más servicios y recursos y las de tipo B, que corresponden a los hospitales generales, que solamente cuentan con servicios básicos de hospitalización.

A continuación se presentan las funciones de una de estas clínicas, en el segundo nivel de atención:

- Determinar la prevalencia anual de enfermos que al momento de ser hospitalizados son fumadores.
- Proponer y dar apoyo farmacológico y psicológico a todos los enfermos hospitalizados que sean fumadores.
- Determinar la prevalencia anual de fumadores que acuden a consulta externa de las diferentes especialidades.
- Impartir sesiones de información para difundir la existencia de la clínica dentro de su hospital.
- Proponer y sugerir apoyo farmacológico a todos los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa y que no se han hospitalizado.
- Realizar promoción extramuros para dar a conocer los servicios de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar entre los residentes de la comunidad.¹⁰

En términos generales, el modelo de tratamiento que utilizan estas clínicas es muy similar, y se fundamenta en la utilización de terapias psicológicas para disociar hábitos y conductas en el fumador, detección de puntos débiles y reforzamiento continuo de la motivación con tratamientos farmacológicos para la eliminación gradual de la dependencia física a la nicotina.

El análisis comparativo de mejores prácticas (*benchmarking*) como herramienta gerencial

En una institución, alcanzar altos niveles de rendimiento requiere un enfoque orientado al aprendizaje personal y organizacional. El organizacional incluye la consideración de los factores recurrentes, así como la adaptación al cambio.

El aprendizaje organizacional en las instituciones de salud puede dar como resultado:

1. Incrementar el valor para los pacientes mediante servicios de atención nuevos y mejorados.

2. Desarrollar nuevas oportunidades de atención a la salud.
3. Reducir errores, defectos, desperdicios y costos relacionados.
4. Mejorar la capacidad de respuesta y el desempeño.
5. Aumentar la productividad y la efectividad en el uso de recursos en toda la organización.
6. Elevar el desempeño organizacional para incrementar la salud comunitaria y el cumplimiento de las responsabilidades públicas.¹¹

El aprendizaje debe ser un mecanismo que dentro de cada organización opere de manera cotidiana. En las organizaciones de salud el aprendizaje para mejorar el desempeño administrativo puede desprenderse de diversas instancias: investigaciones específicas, las ideas de los prestadores de servicios, las opiniones de los pacientes y del análisis de mejores prácticas (*benchmarking*), entre otros.

El *benchmarking* es una herramienta gerencial que ha sido frecuentemente utilizada en el sector privado comercial e industrial, para facilitar la toma de decisiones y, de esta forma, aumentar la eficiencia de la organización y la calidad, con la finalidad última de servir mejor a sus clientes.

Proviene del término anglosajón "*benchmark*" que significa estándar o punto de referencia que se utiliza para comparar y medir objetivos, actividades, procedimientos o servicios.

Una variable con la que se pueden efectuar comparaciones dentro de un proceso, también constituye un "*benchmark*".

Una traducción literal de estos términos del idioma inglés no proporciona una idea de su finalidad e importancia, de tal manera que para efectos del proyecto se ha optado por definirlo como "análisis comparativo de mejores prácticas o de prácticas exitosas", lo que posibilita comprender mejor su esencia y alcance como instrumento de gerencia aplicada.

Una mejor práctica o práctica exitosa es aquella forma de trabajo que en el marco de un proceso conduce al logro de la efectividad y a la calidad en el servicio.

El *benchmarking* es un modelo para mejorar el desempeño. Es un método para mejorar las operaciones empresariales. En esencia consiste en analizar otras empresas y aprender de ellas por medio de una comparación. El desempeño y el comportamiento no son estáticos, cambian con el tiempo. Por consiguiente, el *benchmarking* es un proceso a largo plazo. Es un método que involucra a toda la organización en la búsqueda de las mejores prácticas existentes fuera de la compañía; esta búsqueda implica no sólo *qué* se hace, sino *cómo* se hace".¹²

"La esencia del análisis de mejores prácticas es la comparación entre operaciones similares, su eficiencia y sus procesos. Es muy común que los competidores colaboren en proyectos de *benchmarking* en áreas donde la información compartida no se considera como confidencial. El objetivo consiste en comparar, desarrollar y mejorar los procesos fundamentales de interés para todos los asociados".¹²

Por otro lado, el director general de la corporación Xerox define al *benchmarking* como "el proceso continuo de medir

productos, servicios y prácticas contra los competidores más fuertes o aquellas compañías reconocidas como líderes de la industria”.¹³

A partir de esta definición cabe comentar algunos aspectos:

1. Proceso continuo: la comparación de mejores prácticas debe ser continua, porque las prácticas cambian en forma constante y porque debe constituirse en una revisión permanente de la propia forma de operación.

2. Medición: la comparación de prácticas implica medir. Algunas prácticas se pueden cuantificar para mostrar una medición, otras de naturaleza cualitativa pueden documentarse para un posterior análisis.

3. Productos y servicios: la comparación puede aplicarse al estudio de los procesos, métodos y prácticas de una organización privada o pública, productora de bienes o servicios.

4. Líderes de la industria: la comparación no sólo debe aplicarse a los competidores directos, en virtud de que pudiesen manejar prácticas no aptas para ser analizadas. La comparación se debe dirigir a organizaciones de las que se pueda sacar provecho: una práctica o experiencia exitosa de la que se pueda aprender.

Esto requiere una investigación cuidadosa para determinar qué organizaciones pueden servir como referentes para este efecto.

“*Benchmarking* es la búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un *desempeño excelente*. La atención se centra en las prácticas. Las mediciones de *benchmarking* se contemplan como el resultado de comprender las mejores prácticas. Se logrará la *efectividad* sólo con el cambio de aquellas que permiten realizar los procesos”.¹³

Las fuentes de información para realizar el análisis comparativo de prácticas es diversa. En muchas ocasiones esta información es confidencial y las industrias la guardan celosamente. En otras, la información es compartida, producto de investigaciones específicas, evaluaciones, difusión académica y se encuentra en revistas de administración y gerencia, manuales de procedimientos, etc.

En ocasiones, las empresas se asocian para compartir información no confidencial y generan una forma de sinergia para enfrentar a sus competidores. Así, la comparación de prácticas se cimenta sobre la base de una asociación en la que ambas partes (es decir, las organizaciones sujeto y objeto de la comparación) puedan obtener beneficios de este tipo de investigación.

El análisis comparativo de mejores prácticas en las clínicas de tabaquismo

Como parte de sus responsabilidades en materia normativa y de apoyo técnico, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha diseñado una estrategia orientada a la búsqueda permanente de instrumentos de gerencia pública encaminados a fomentar el desarrollo organizacional, una cultura de calidad y el logro de un desempeño excelente de las instituciones de los sectores público, social y privado que participan de forma activa en la formulación e instrumenta-

ción de los programas contra el tabaquismo, la farmacodependencia y el alcoholismo.

La estrategia también considera el fomento del cambio organizacional, entendido como “el paso deliberado de un estado, en cuanto a comportamientos, procedimientos o ambos, a otro superior en términos de la obtención de logros organizacionales relacionados con la calidad, la productividad y la eficiencia”.¹⁴

Como parte de esta estrategia, la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental de CONADIC diseñó un proyecto que permitiese adaptar el modelo de *benchmarking* utilizado en los sectores industrial y comercial privados, para ser aplicado a uno de los componentes sustantivos del Modelo para la Prestación de Servicios en Materia de Tabaquismo en México, como lo son las clínicas de tabaquismo.

Para iniciar el proyecto, la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del CONADIC convocó en los meses de abril a junio de 2002 a reuniones de trabajo con diversas clínicas del sector salud, fundamentalmente públicas, para que presentaran sus modalidades de intervención terapéutica.

Derivado de estas intervenciones, se llegó a la conclusión que tanto el modelo terapéutico de las clínicas como el de desarrollo organizacional, particularmente en lo concerniente a la formalización y estandarización de sus procesos es muy similar entre las clínicas.

Además, se pudo constatar la presencia de un número importante de variables, que en el marco de los procesos mencionados tienen vinculación con el grado o nivel de efectividad de estas organizaciones en el tratamiento de los pacientes fumadores.

Como las fuentes de información en México para este tipo de proyectos en salud son escasas, y las extranjeras por diversas circunstancias son poco aplicables a nuestra realidad, el CONADIC se dio a la tarea de coordinar un ejercicio comparativo de mejores prácticas con la finalidad de transitar a otro nivel de análisis que permitiese destacar elementos a fin de mejorar la efectividad del tratamiento a los fumadores en las clínicas.

Metodología

A continuación se detalla la metodología del proyecto con fundamento en los pasos del proceso de *benchmarking* propuestos por Camp (*Figura 4*).¹³

A. Fase de planeación.

1. Identificación del objeto para el análisis comparativo de prácticas exitosas. Cabe destacar que en la industria los procesos tienen un carácter más preciso y delimitado (compras, rotación de inventarios, pago a proveedores, etc.) que lo que pudiesen tener en las organizaciones de salud y por lo tanto las mediciones y las comparaciones resultantes en éstas pueden llegar a ser más complejas.

Sin embargo, el cambio organizacional implica en gran medida comenzar a realizar análisis por procesos y no por

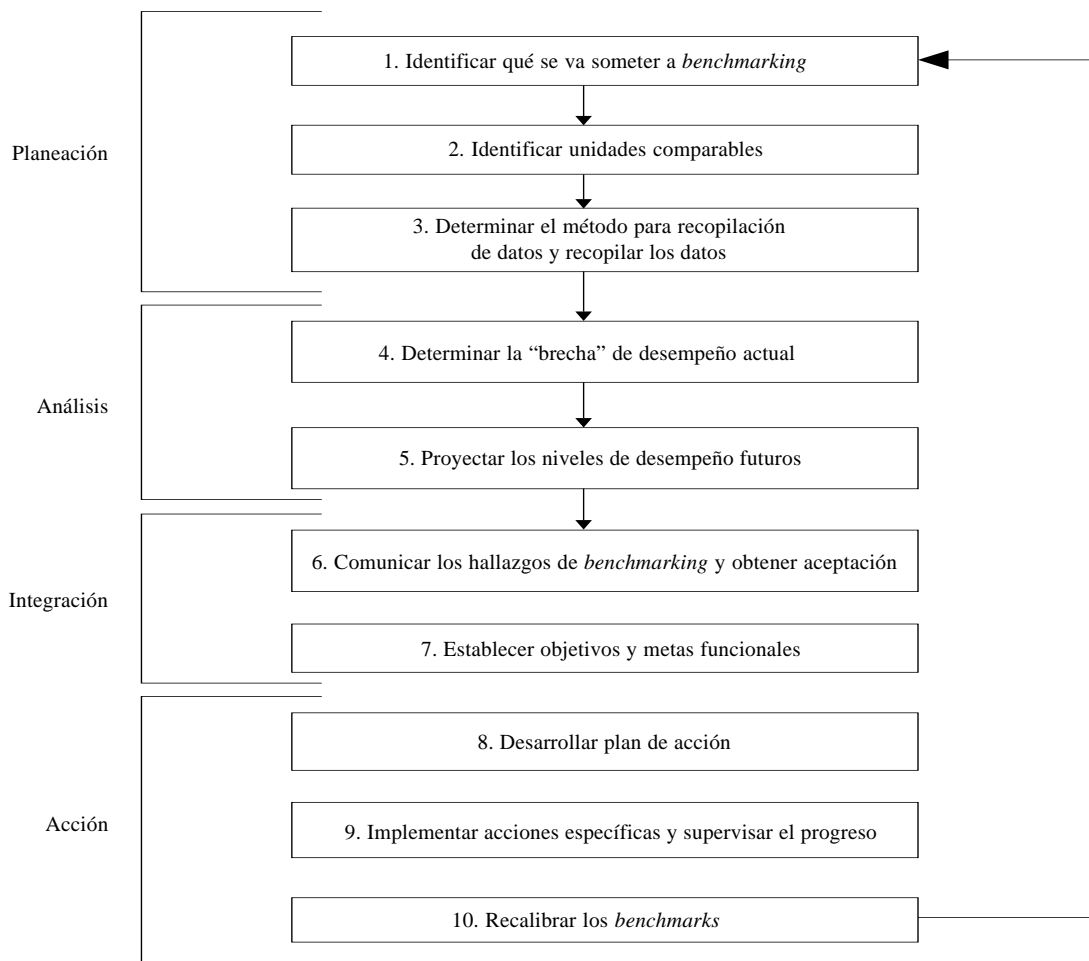


Figura 4. Pasos del proceso de *benchmarking*.

funciones y además porque “la administración de procesos y el *benchmarking* son conceptos muy relacionados. La primera consiste en considerar una empresa como la suma de sus procesos o flujos de trabajo que cruzan las líneas de la organización formal. El *benchmarking* permite concentrarse en las necesidades de los clientes e identificar y controlar los procesos para satisfacerlas”.¹²

De tal forma que, con base en la información presentada por las clínicas del sector salud, se detectaron tres procesos en la atención a los usuarios de los servicios. Éstos son de:

1. Pretratamiento.
2. Tratamiento.
3. Postratamiento.

A cada uno de estos procesos se les asignaron diversas variables o referentes comparables (“*benchmarks*”) para efectuar el análisis.

I. Generales

1. Nivel de atención a la salud en que se ubica la clínica.
2. Número de pacientes por mes.

II. Proceso de pretratamiento

1. Características de la población atendida.

- 1.1. Edad promedio de los pacientes (por género).
- 1.2. Porcentaje de pacientes por género.
2. Nivel socioeconómico y educativo (con parámetros para cada variable).
3. Criterios de selección y de inclusión a la terapia.
4. Utilización del modelo de Prochaska y Di Clemente para analizar fases de aceptación del cambio en el paciente.
5. Investigación de otras adicciones.
 - 5.1. Canalización de pacientes adictos a otros servicios.
 - 5.2. Condicionamiento del tratamiento de otras adicciones para aceptarlos en el tratamiento.
6. Recursos disponibles.
 - 6.1. Infraestructura: número y tipo de instalaciones disponibles.
 - 6.2. Recursos Humanos:
 - 6.2.1. Personal asignado.
 - 6.2.2. Tipo de capacitación en tabaquismo recibida.
 - 6.2.3. Horario en la clínica.
 - 6.2.4. Antigüedad en la clínica.
 - 6.3. Recursos materiales.

7. Motivo de ingreso al tratamiento.
8. Forma de integración de los grupos.
 - 8.1. Número de pacientes por grupo
 - 8.2. Unidad de salud de referencia.
 - 8.3. Porcentaje de los pacientes que son referidos.
9. Aceptación de pacientes.
 - 9.1. Porcentaje de pacientes aceptados/rechazados
10. Aceptación de pacientes con recaídas.
 - 10.1. Porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento anterior (misma u otra clínica).
11. Costo para el paciente.

III. Proceso de tratamiento

1. Enfoque del tratamiento.
2. Tipo de valoración médica (general/especialidad).
3. Apoyos diagnósticos (laboratorio y gabinete).
4. Valoración psicológica y de dependencia a la nicotina.
5. Tipo de terapia.
6. Número de sesiones.
7. Duración de la sesión.
8. Control de peso de los pacientes.
9. Apoyo farmacológico.
10. Tipo de tratamiento a los pacientes con recaídas.
11. Costo del tratamiento por paciente: factores que incluye el costo.

IV. Proceso de postratamiento

1. Programa de vigilancia y mantenimiento, considerando: periodicidad, mecanismo de localización y duración.
2. Registro estadístico de casos y seguimiento: medio escrito e informático.
3. Evaluación de abstinencia y efectividad del tratamiento.
 - 3.1. Porcentaje de efectividad/abandono/ recaída: por género, en diferentes periodos.
4. Factores internos (clínica) que influyen en el éxito o recaída del paciente.
5. Factores externos (paciente) que influyen en su éxito o recaída

V. Capacitación

1. Tipo de personal capacitado y (en su caso) dedicado a la capacitación en la materia: temas y frecuencia.

VI. Investigación

A pesar de no constituir un referente para medir efectividad, se quiso aprovechar la oportunidad del instrumento para conocer posibles actividades de investigación en la materia.

Mejores prácticas detectadas

Finalmente, para completar la información obtenida, se optó por preguntar de manera directa la opinión del entrevistado acerca de aquellas prácticas específicas que considerase orientadas al logro de la efectividad.

2. Identificación de unidades comparables. A diferencia del *benchmarking* tradicional, el primer nivel de comparación contempló un nivel superior de organización, las clínicas de

tabaquismo, por constituir un elemento fundamental de la operación del Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México.

De ellas se seleccionará un grupo representativo, localizadas principalmente en la Ciudad de México.

En este sentido, el ejercicio de comparación que se realizará tiene una diferencia fundamental con el que usualmente se utiliza en el sector privado, pues no se compararán prácticas de organizaciones competidoras. Dentro del sector salud, estas clínicas tienen más bien un carácter complementario.

Este carácter radica en que se encuentran ubicadas en distintas instituciones de salud, atienden poblaciones con características diversas, en niveles de atención a la salud y con recursos y experiencias diferentes.

El segundo nivel de comparación considera los procesos, las variables y las prácticas que se detecten en la operación de las clínicas.

3. Determinación del método para la recopilación de datos. No se detectaron fuentes indirectas de la información de las clínicas para realizar este análisis.

Por esta razón, se tendrá que acudir a las fuentes de información directas, o sea, a las personas encargadas de dirigir y supervisar el manejo de cada clínica.

El método de recopilación se basará en una cédula que permitirá sistematizar el análisis de los procesos y de las variables mencionadas, mediante un interrogatorio directo con una serie de preguntas abiertas y cerradas.

Dicha cédula se complementará, además, con una investigación en campo que permitirá al equipo de trabajo de la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental analizar de forma cercana la operación de las clínicas y, en su caso, detectar y medir otras variables no formales (liderazgo, equipo de trabajo, calidad en la atención, entre otras).

B. Fase de Análisis

4. Determinación de la “brecha” de desempeño actual. Como parámetro o referencia de base para analizar el desempeño de las clínicas, se tomará como indicador primordial el grado o nivel de efectividad (como porcentaje del total de población atendida) en el tratamiento de los pacientes fumadores.

De manera complementaria, también se pretende analizar el grado o nivel de recaída (como porcentaje) en la etapa de postratamiento, con la finalidad de detectar los factores internos y externos que influyen en la misma.

La detección de variaciones en las prácticas que conducen a la efectividad o a la reducción de la recaída permiten determinar una “brecha” en el desempeño.

Una “brecha” es aquella variación o desviación positiva o negativa de lo que se considera un desempeño “normal”. En este caso, respecto al modelo de operación de las clínicas.

“La ‘brecha’ proporciona una base objetiva sobre la cual actuar-cerrar la brecha o aprovechar una positiva. La brecha es una proyección del desempeño y por consiguiente cambiará según cambien las prácticas. Lo que se necesita no es

sólo la comprensión de las prácticas actuales, sino dónde se encontrará el desempeño en el futuro”.¹³

Se analizará si las brechas positivas dependen de mejores prácticas y cómo se presentan éstas y para las brechas negativas se buscará un mecanismo para contrarrestarlas.

Cabe resaltar que con este ejercicio no se pretende realizar una comparación vis a vis de una clínica con otra para determinar “brechas” entre ellas, sino profundizar en general en las mejores prácticas o en contraposición, las prácticas que se consideren potencialmente inadecuadas para el desempeño de las clínicas.

5. Proyectar los niveles de desempeño futuros. Se pretende que las propias clínicas analicen las mejores prácticas disponibles y en atención a sus recursos, y a la necesidad del cambio organizacional, incorporen aquellas que consideren les permitan elevar su grado de efectividad en el tratamiento de los pacientes.

En consecuencia, será un ejercicio individual de cada clínica definir las políticas y estrategias que permitan adoptar las prácticas que consideren viables para su desempeño y para servir mejor a la población que atienden.

C. Fase de Integración

6. Comunicar los hallazgos del benchmarking y obtener aceptación. Normalmente, los hallazgos de este tipo de ejercicios deben comunicarse a todos los niveles de la organización a efecto de obtener apoyo para aceptar el cambio y para la adopción de nuevas prácticas de trabajo.

Esto asegura legitimidad y el compromiso de los participantes en las prácticas.

En principio, la difusión de las mejores prácticas se realizará en la forma de lineamientos y recomendaciones para mejorar la operación de las clínicas de tabaquismo. A su vez, se espera que las clínicas promuevan internamente éstas.

7. Establecer objetivos y metas funcionales. Esta fase utiliza los hallazgos del análisis como fundamento de actividades de planeación orientadas a la incorporación de nuevas prácticas de operación y asegurar que estos conocimientos se incorporen cuidadosamente a los procesos mencionados, en un periodo determinado, estableciendo objetivos y metas precisos para lograrlo.

D. Fase de Acción

8. Desarrollar un plan de acción. Posteriormente, aquellas clínicas que decidan aprovechar la investigación y las prácticas detectadas, deberán establecer mecanismos eficientes para hacerlas operativas, incluirlas en los procesos adaptándolas a la organización.

9. Implementar acciones específicas y supervisar el progreso. No basta con hacer operativas las prácticas y convencer al personal que maneja los procesos de su beneficio en el desempeño organizacional si no se tienen instrumentos para verificar su cumplimiento y aceptación entre el personal.

Debemos considerar que tal vez prácticas exitosas en una clínica respondan a un entorno particular y, en consecuencia, su incorporación a otra no sea tan fácil como se esperaba.

En este caso, se sugiere replantear la operación de la práctica y valorar su relación con otras variables o condiciones internas de la organización que posiblemente la estén afectando.

10. Recalibrar los “benchmarks”. El ejercicio de análisis comparativo necesariamente requiere de retroalimentación en virtud de que las prácticas, como las propias clínicas y su entorno, son cambiantes. Cambian los prestadores de servicios, las poblaciones sufren modificaciones, los recursos varían de un momento a otro, etc.

La “recalibración” de los “benchmarks” en la industria es mucho más fácil que en las organizaciones de salud, en donde las variables están sujetas al logro de una mira más elevada, como es el desarrollo social y a la protección de la salud y a situaciones más cambiantes y menos dispuestas a control.

En este sentido, más que una recalibración del *benchmarking* se sugiere, en caso necesario, realizar una reconsideración por parte de las clínicas, de las prácticas adoptadas, las cuales siempre deberán tener como referente el impacto en la efectividad del tratamiento a los pacientes fumadores y en general de su bienestar general.

Conclusiones

El análisis comparativo de mejores prácticas (*benchmarking*) no debe entenderse como un modelo de copiado de prácticas para aplicarlas de manera rígida. Es un modelo de aprendizaje para *conocer* y *adaptar* prácticas exitosas a la organización, cuyas características internas y entorno son específicas para cada una.

Se pudieron detectar algunas diferencias entre la aplicación tradicional del análisis y la que se realizará en el CONADIC:

1. Los procesos y las variables de la industria son más sistematizados y mecanizados, con un rango de desviación más previsible, a diferencia de los del área de la salud que son, en consecuencia, menos controlables.

2. No existieron organizaciones sujeto y objeto del análisis comparativo como usualmente se estila en el sector privado. En este caso, el CONADIC coordinará la recopilación de la información de las clínicas y presentará los datos de manera global en la forma de recomendaciones para mejorar la operación.

Se ha constatado que en el desempeño de las clínicas intervienen gran cantidad de variables, algunas con mayor peso en el logro de la efectividad que otras. Sin embargo, a pesar de que su interrelación resultará compleja, se optó por manejarlas todas, en atención a que por la naturaleza y objetivos del proyecto es más importante tener información que carecer de ella.

El proyecto implica un trabajo novedoso en materia de cambio y desarrollo organizacional que servirá de base para proyectos futuros, como el fortalecimiento de la calidad en la atención en las clínicas de tabaquismo, sino también para apoyar otros establecimientos de los sectores público, privado y social que brindan servicios de prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Referencias

1. José Ramón Calvo Fernández, miembro del Comité Latinoamericano de la Lucha Contra el Tabaquismo. Conferencia en CONADIC, 3 de junio de 2002.
2. Programa de Acción: Adicciones, Tabaquismo, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2001, p. 20, 21, 23, 24, 26, 28.
3. El Universal, México, 9 de junio de 2002, p. A4.
4. José Ramón Calvo, Conferencia.
5. Milenio, México, 1 de junio de 2002, p. 36.
6. Milenio; México, 28 de mayo de 2002, p. 32.
7. Jha Prabhat, Frank Chaloupka. Tobacco Control in Developing Countries, Summary, World Health Organization.
8. Dr. Mauricio Hernández, coordinador del proyecto de investigación, La Jornada, México, 31 de mayo de 2002, p. 49.
9. Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México, Secretaría de Salud; México, 2001, p. 104-5.
10. Horacio Rubio Monteverde, Ma. Teresa Oviedo Gómez, Raúl Sansores Martínez, Agustín Vélez Barajas, José M. Castrejón Vacio. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México, México, 2001, 16 p. 1, 7, 10, 16.
11. Health Care Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program. United States of America, 2002, p. 2.
12. Bengt Karlof. Manual de Trabajo de Benchmarking, Panorama, México, 1998, p. 15, 20.
13. Robert C. Camp. Benchmarking. La Búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente. Panorama Editorial, 2001, p. 27, 30, 34, 36.
14. Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud, Quali-med, Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios, México, sin fecha, p. 17.