



**PLAN DE TRABAJO**  
**DR. ALFONSO DUEÑAS GONZÁLEZ**  
*22 Mayo 2023*

# ÍNDICE

- 1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**
- 2. RESUMEN EJECUTIVO**
- 3. INTRODUCCIÓN**
- 4. EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO**
- 5. EL INCAN HOY. MISIÓN, VISIÓN Y ORGANIZACIÓN**
- 6. EL INCAN EN MI ADMINISTRACIÓN**
- 7. OBJETIVOS**

## *Objetivo general:*

CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN MÉXICO

## *Objetivos específicos:*

### **EL INCAN INTRAMUROS**

#### **1. MEJORAR EL CLIMA ORGANIZACIONAL DEL INCAN**

#### **2. MEJORAR LA EFICIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

2.1 CAPACIDAD INSTALADA DE HOSPITALIZACIÓN

2.2 CAPACIDAD DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ (PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS)

2.3 CONSULTA EXTERNA, SUBSECUENTE

2.4 "SOBRECARGA" DE TRABAJO EN EL INCAN

2.5 BENCHMARKING DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE UN CENTRO DE CÁNCER. QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA

2.6 FLUJO DE CONSULTA: PRECONSULTA, CONSULTA, HOSPITALIZACIÓN

2.7 LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2.8 ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN

2.9 PATOLOGÍA

#### **3. DOCENCIA. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS EN CÁNCER, CON ÉNFASIS EN EL HUMANISMO**

#### **4. INVESTIGACIÓN. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD DE LAS INVESTIGACIONES DEL INCAN Y QUE LOS RESULTADOS SE APLIQUEN AL QUEHACER INSTITUCIONAL**

4.1. INVESTIGACIÓN BÁSICA

4.2. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

#### **5. ADMINISTRACIÓN**

5.1 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL

5.2 SUBDIRECCIÓN DE CONTABILIDAD Y FINANZAS

5.3 SUBDIRECCIONES DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

5.4 SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

5.5 ATENCIÓN DE LAS OBSERVACIONES

5.6 ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

## **EL INCAN EXTRAMUROS**

### **1. COLABORAR EN LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DEL CÁNCER EN MÉXICO**

**1.1. INSISTIR SOBRE LA NECESIDAD DEL REGISTRO POBLACIONAL DEL CÁNCER A NIVEL NACIONAL**

**1.2. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER**

**1.3. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

**1.4. CONTRIBUIR A MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA DISPONIBILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER**

**1.5. COORDINAR LOS CENTROS ESTATALES DE CÁNCER Y REACTIVAR EL PROGRAMA DE INFOCÁNCER**

## **8. OTRAS CONSIDERACIONES**

**1. INCANET**

**2. MEDICINA PERSONALIZADA (DROGAS Y PRUEBAS GENÉTICAS)**

**3. PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

**4. CLÍNICA DE CÁNCER HEREDITARIO**

**5. CLÍNICAS DEL ADOLESCENTE Y ADULTO JOVEN Y CLÍNICA DE ONCOLOGÍA GERIÁTRICA**

**6. CLÍNICA DE ONCOLOGÍA INTEGRATIVA**

**7. CLÍNICA DE NEURO-ONCOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS**

**8. DEPARTAMENTO DE FÍSICA MÉDICA**

**9. DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA**

**10. CONSEJO PARA LA ORIENTACIÓN Y APOYO A PACIENTES**

**11. COLABORACIONES CIENTÍFICAS E INSTITUCIONALES NACIONALES E INTERNACIONALES**

**12. FILANTROPÍA**

## **9. EPÍLOGO**

## **10. REFERENCIAS**

## **11. IDEAS QUE PUDIERAN IMPLEMENTARSE**

## **12. ORGANIGRAMA ACTUAL Y ORGANIGRAMA PROPUESTO**

## 1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS



Me considero un oncólogo y científico apasionado por la investigación oncológica y el ser humano. Estoy profundamente convencido de que la honestidad, la generosidad, el trabajo y la sed por el conocimiento son la fuente del bienestar personal y profesional. Busco trascender emprendiendo, creando y transformando para contribuir a tener un mundo mejor.

La muerte de mi madre por cáncer de ovario, en febrero de 1987, cuando apenas era un interno de pregrado, marcó mi vida para siempre. Me dije que yo iba a ser oncólogo para contribuir a disminuir el sufrimiento de los pacientes con cáncer. En el transitar de mi profesión como oncólogo, me he dado cuenta de que no basta sólo con ser el buen médico -como lo definió el maestro Ignacio Chávez, como "aquel hombre que se asoma al corazón de otro hombre"- sino que el médico tiene el imperativo moral de ser investigador para contribuir al

avance del conocimiento y que éste se traduzca en acciones concretas con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer.

Tuve la fortuna de haber elegido hacer la especialidad de Oncología Médica en el Instituto Nacional de Cancerología y de incorporarme, después de hacer un doctorado y postdoctorado fuera del país, al INCAN como parte del mismo. En estos casi 25 años de mi vida laborando en el Instituto, he puesto todo mi esfuerzo y empeño como médico como investigador, docente y administrativo para contribuir a hacer un Instituto mejor. Sin embargo, no tengo duda que puedo contribuir más al progreso de nuestra Institución siendo su Director General.

### ¿Por qué quiero ser Director General del Instituto Nacional de Cancerología?

Primero. Porque **SOY ONCÓLOGO** y para dirigir una Institución como es el INCAN, hay que ser **ONCÓLOGO** (tener la especialidad troncal de Oncología Médica, Cirugía Oncológica o Radio-Oncología). Esto no garantiza realizar una gestión extraordinaria, pero ayuda saber lo que es atender un paciente con cáncer, saber cómo se trata, cómo se puede prevenir, cómo se puede diagnosticar a tiempo, pero sobre todo, tener un pensamiento crítico, propositivo, inquisitivo y armónico sobre lo que es esta enfermedad tan compleja, incluyendo sus aristas políticas, sociales y económicas, fundamentales en la lucha contra el cáncer

Segundo. Porque **SOY INVESTIGADOR**, tengo los conocimientos y la experiencia de hacer investigación básica, traslacional y clínica. Conozco la historia de la investigación del cáncer, sé identificar las dificultades y proponer soluciones. Sé que, hoy en día, además de

continuar con los paradigmas actuales de la investigación oncológica, debemos explorar nuevos caminos. Sé que hay que creer en nosotros mismos, que no hay nada que nos impida ponernos del lado de los que innovan, de los que crean nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos. Creo en la investigación básica como generadora de conocimientos y en la investigación clínica como la herramienta para adoptar nuevas armas diagnósticas y terapéuticas, pero creo fundamentalmente también en que la generación de conocimiento no debe ser el fin, sino el medio para traducirlo en herramientas que ayuden al oncólogo a prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer.

Tercero. Las actividades que he realizado en el Instituto como oncólogo e investigador van de la mano con la docencia. Me considero **UN DOCENTE**. He participado en la formación de residentes, en la formación de recursos humanos de pregrado y posgrado. El haber sido residente de oncología en nuestro Instituto y participar en la formación de residentes, me permite tener una visión completa de las virtudes y de las debilidades de los residentes que formamos y, por lo tanto, de proponer estrategias para hacer de los egresados del INCAN no sólo los mejores médicos desde el punto de vista médico-científico, sino también sobre un aspecto que se ha descuidado: el humanismo del médico.

Además de ser médico, investigador y docente tengo experiencia en el área ADMINISTRATIVA por haber ocupado puestos de relevancia en el INCAN. En este proceso de ser candidato para la Dirección General (y haber estado en la terna hace 10 años), me he empapado de la literatura de administración hospitalaria, así como en documentos como la Ley Federal de Trabajo y la Administración Pública Federal. He tomado cursos de relaciones interpersonales, protocolo empresarial, imagen y manejo de medios de comunicación entre otros. Lo más importante:

me precio mucho de ser honesto, coherente y de convicciones firmes. Soy un acérrimo enemigo de la corrupción. En este tenor quiero enfatizar que **NO TENGO CONFLICTOS DE INTERÉS** y en mi administración habrá reglas muy claras y mandatorias sobre este aspecto tan dañino a la oncología.

Quiero hacer mención que no tengo consulta privada, por lo que seré director general de tiempo completo.

Finalmente, quiero hacer mención que tengo dos libros de cabecera que leo y leo: "La Dirección por Valores" y "Cómo ganar amigos e influenciar a los demás". Para mí, lo más importante de un director general, además de su preparación como médico, investigador, docente y administrativo es liderar con el ejemplo. Por ello, los valores de mi administración serán la honestidad, armonía e innovación. Estoy convencido que el ejemplo es la herramienta de mejora organizacional más fuerte.

Siendo Director General, y con el apoyo de la Comisión Coordinadora y la Secretaría de Salud y todos los que laboran en el instituto, haremos del INCAN un Instituto del cual **TODO MÉXICO** se sienta orgulloso.

## 2. RESUMEN EJECUTIVO

### Introducción

El Instituto Nacional de Cancerología se creó en 1946 y hasta agosto del 2023 ha sido dirigido por siete Directores Generales. El INCAN se "auto considera" el "Órgano Rector de la Oncología a nivel Nacional" y se precia de tener reconocimiento internacional. Sin embargo, esta apreciación es muy subjetiva; lo objetivo es que no aparezca ni siquiera en la lista de los 200 mejores centros de cáncer a nivel mundial.

Desde su fundación, en 1946, lo cierto es que ha ido creciendo y modernizando en atención médica, docencia e investigación, pero ha sido así, más como una consecuencia natural del crecimiento del país, y no como un objetivo definido y planeado que conduzca a la institución a su crecimiento y modernización, para dar respuestas óptimas a las exigencias y necesidades que se van presentando en esos tres ámbitos.

Por esto, propongo que ya es tiempo de transformar el INCAN en una institución de excelencia, una excelencia objetivamente medible en la que haya criterios concretos para evaluar el progreso que lo lleve a tal finalidad. La excelencia debe ser medida y contrastada frente a los mejores institutos contra el cáncer. Solamente así iremos situándonos con objetividad y certeza para dejar atrás "auto consideraciones" y "apreciaciones subjetivas".

Por lo tanto, pretendo transformar al INCAN en una institución que, junto con el Sector Salud, sea factor estratégico para alcanzar la meta de reducir en 25% el riesgo relativo de muerte por cáncer. Y así, al término de mi administración, el INCAN esté entre los primeros lugares a nivel mundial respecto a todos los centros de cáncer.

### ¿Cómo lo lograremos?

Abandonando la autocomplacencia y basán-

donos en el diagnóstico situacional aquí realizado y trabajar para llevarlo a la excelencia.

## ACCIONES

### Organizacional

**1.** Transitar como organización de un nivel de "supervivencia" a un nivel de servicio caracterizado por los valores de "humanidad, responsabilidad social, ética, compasión y humildad"; mediante el ejercicio de una dirección por valores de Honestidad, Armonía e Innovación (HAI), en donde el ejemplo del Director contagie, y como punto inicial se genere un clima organizacional propicio para nuestra meta. Tendré reuniones mensuales con el personal operativo (excluyendo jefes de servicio, departamento, subdirectores y directores de cada área), área médica, área administrativa, área de investigación y área de docencia (residentes). Estas reuniones tendrán un doble propósito: primero, escuchar sus necesidades y resolverlas; y segundo, hacerle sentir al personal que se les toma en cuenta como parte de la organización que es el INCAN.

### Atención médica

**2.** Aprovechar al 100% nuestra capacidad (133 camas censables actuales).

- Hospitalizar (9,878 en lugar de 7,642).
- Pasar de 5,500 a 13,700 pacientes de primera vez.
- Pasar de una relación de consultas subsecuentes/1ª vez de 32.9/1 a 10/1 con esto incrementaremos a los 13,700 pacientes de primera vez sin incrementar las consultas totales.
- Erradicar las "colas" mediante la optimización de los procesos, usando al 100% las funciones del INCANET.
- Establecer benchmarks de todos los procesos.

<b>ANÁLISIS FODA</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<p>Personal capacitado en el manejo integral del paciente con cáncer.</p> <p>Instalaciones y equipos excelentes.</p> <p>Investigadores de primer nivel.</p> <p>Generador de especialistas del cáncer.</p> <p>Suficiencia presupuestaria.</p>	<p>Clima organizacional adverso.</p> <p>Ausencia de benchmarkings.</p> <p>Atención de pacientes por debajo de su capacidad instalada.</p> <p>Productividad científica estancada.</p> <p>Poca transparencia e ineficiente uso de los recursos fiscales.</p>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p>Sistema de salud universal, gratuito y menos fragmentado con un país en franco progreso.</p> <p>Incremento de recursos y voluntades para luchar contra el cáncer.</p> <p>El uso inteligente y con honestidad de recursos y la investigación permite atender más pacientes con el mismo recurso fiscal.</p> <p>El plan integral del control del cáncer en México permitirá mayor influencia del INCAN a nivel nacional.</p>	<p>Insostenibilidad financiera de la oncología con el modelo actual de la terapéutica del cáncer.</p> <p>Monopolios de la industria farmacéutica que encarecen y hacen escasear los tratamientos.</p> <p>Narrativa mundial exagerada de los avances que facilita que médicos y pacientes exijan al estado tratamientos incosteables de eficacia limitada.</p> <p>Supremacía del enfoque terapéutico sobre el preventivo en el cáncer.</p>
<p>Con las FORTALEZAS que tenemos y las OPORTUNIDADES existentes, erradicaremos las debilidades. Además, un INCAN transformado tendrá un papel importante para colocar en el escenario nacional y mundial mediante su actuar y política de medios, las AMENAZAS que aquejan nuestro mundo globalizado.</p>	

## Docencia

**3.** Optimizar el número de especialistas en formación y dotarlos no sólo de conocimientos y destrezas, sino también de un enfoque humanista que tanta falta hace en nuestro sistema de salud.

## Investigación

**4.** Duplicar, al menos, la productividad científica mediante la reorganización de la Dirección de Investigación, la creación de una Academic Research Organization, la incorporación de un módulo de la gestión de investigación clínica al INCANET, la simplificación de los procesos administrativos de la investigación clínica y el

empleo de medical writers.

## Administración

**5.** Ejercer el presupuesto SIN CORRUPCIÓN. Planeado y con vigilancia estrecha.

**6.** COLABORAR en la creación, mejoramiento e implementación del Programa Nacional del Control del Cáncer en México. Insistiendo en: registro poblacional, estrategias de prevención y detección temprana. Generación e implementación de acciones a nivel nacional para gastar menos recursos fiscales en el tratamiento del cáncer.

### 3. INTRODUCCIÓN

Se le denomina "cáncer" a un conjunto de enfermedades, más de 100 diferentes, que tienen como factor común el crecimiento desorganizado e invasivo de células otrora normales con capacidad metastásica, y que en estados avanzados pone en peligro las funciones del paciente con altas probabilidades de causar la muerte.

Quiénes integramos la comunidad científica de investigadores, a nivel nacional e internacional, hemos generado avances en el conocimiento de los factores causales y los mecanismos de progresión de los tumores, así como aplicaciones de este conocimiento en medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer; a pesar de lo anterior, el cáncer sigue cobrando muchas vidas, y genera un gran impacto a nivel individual y a la sociedad entera.

En sus primeras etapas, casi cualquier tipo de cáncer puede ser curado. Lamentablemente, el paciente no siempre acude al médico al inicio de los síntomas y cuando lo hace, generalmente el médico de primer nivel los atribuye a enfermedades banales, hasta que los síntomas empiezan a "gritar" que es CÁNCER, lo que generalmente es demasiado tarde. En países como el nuestro, alrededor de dos terceras partes de los casos se diagnostican en etapas avanzadas. El estado debe hacer esfuerzos mayores para sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer.

El número de terapias contra el cáncer ha avanzado de manera vertiginosa en los últimos 30 años, hoy contamos con un arsenal que incluye tratamientos dirigidos a blancos moleculares que funcionan en personas con cierto tipo de expresiones biológicas tumorales, esto incrementa la posibilidad de resultados. Asimismo, contamos con pruebas genéticas que nos permiten intervenir de manera profiláctica en cánceres hereditarios. Desafortunadamente, no todos los avances cientí-

ficos son tan benéficos como se publicitan y son de poca accesibilidad por su precio a la mayoría de la población mundial.

La atención del paciente con cáncer tiene un gran impacto en la economía de cualquier país, derivado principalmente de los costos de tratamiento (costos directos); así como la pérdida de productividad del enfermo y la baja productividad de sus familiares directos (costos indirectos). La atención que requiere el paciente con cáncer, sobre todo en las etapas de tratamiento activo y recaída, ameritan el acompañamiento de uno o dos familiares para el traslado y cuidado del paciente, lo que interfiere con la dinámica familiar. Los sobrevivientes requerirán de múltiples intervenciones a lo largo de la vida para el monitoreo de las recaídas y para tratar padecimientos secundarios al tratamiento.

Con todo lo anteriormente expuesto, se hace evidente que el abordaje del cáncer es complejo y eminentemente multisectorial.

Durante la reunión de la ONU, realizada en septiembre de 2012, los países ahí citados, además de México, se comprometieron a disminuir en un 25% el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas, incluido el cáncer para el año 2025. Cada país debería presentar su plan de acción en 2014. Hasta hoy, año 2023, el Plan Integral del Control del Cáncer en México sigue sin implementarse.

El presente trabajo esboza las condiciones que desde mi óptica deberían estar presentes para que el Instituto Nacional de Cancerología sea un factor de mucha importancia y alcanzar la meta de reducir en un 25% el impacto del cáncer en nuestro país.

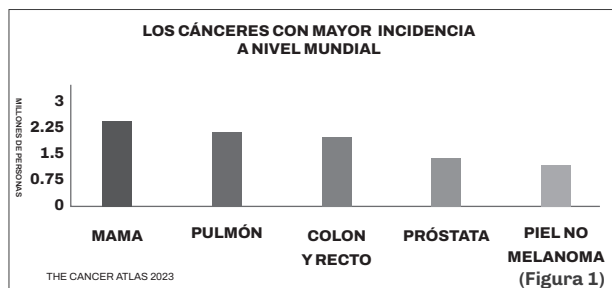
#### **PANORAMA MUNDIAL DEL CÁNCER**

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer ocasionó casi 10 millones de muertes en 2020 (**The Cancer Atlas**).



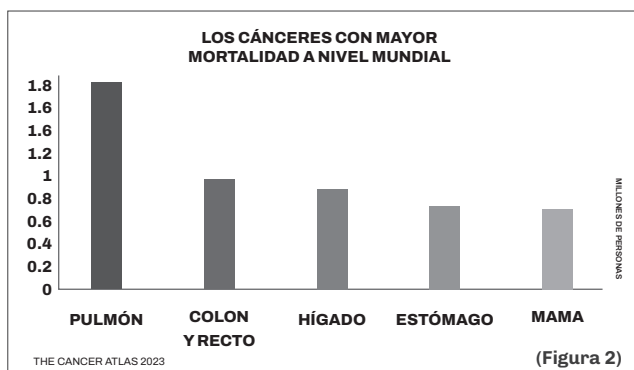
Los cánceres más comunes en 2020 fueron los siguientes: (Figura 1)

- Mama (2.26 millones)
- Pulmón (2.21 millones)
- Colon y recto (1.93 millones)
- Próstata (1.41 millones)
- Piel no melanoma (1.2 millones)



Mientras que en relación a la mortalidad 2020, estos fueron: (Figura 2)

- Pulmón (1.80 millones)
- Colon y recto (0.916 millones)
- Hígado (0.830 millones)
- Estómago (0.769 millones)
- Mama (0.685 millones)



## PANORAMA DEL CÁNCER EN MÉXICO

A nivel mundial, el cáncer refleja la gran influencia de los determinantes económicos y

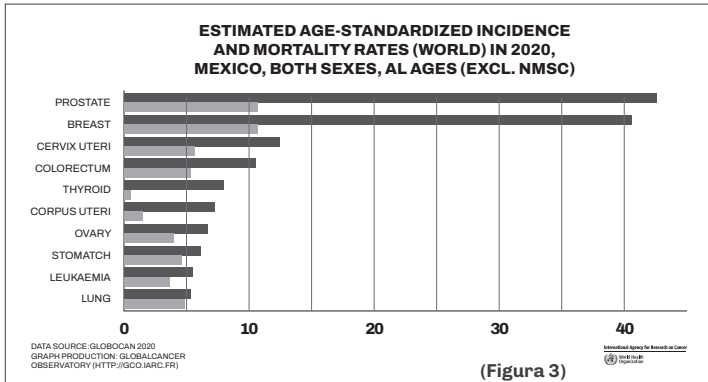
sociales de cada país y región. El panorama epidemiológico en México difiere al mundial. Según los datos del GLOBOCAN 2020, estas son las cifras de incidencia y mortalidad en nuestro país (GloboCAN 2020). (Figura 3)

Esta estimación del GLOBOCAN ilustra claramente que en México las dos neoplasias más importantes, tanto en incidencia como en mortalidad, son dos susceptibles de detección temprana.

Los datos se refuerzan con el análisis de Reynoso-Noverón et al (Reynoso-Noveron 2018), quienes revisaron las estadísticas de defunciones registradas de 1998 a 2014 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), recopiladas en la plataforma de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) (Secretaría de Salud, 2016). Se observa que, en la población general, el cáncer de próstata y mama son las dos principales causas de muerte por cáncer en nuestro país. (Figura 4a)

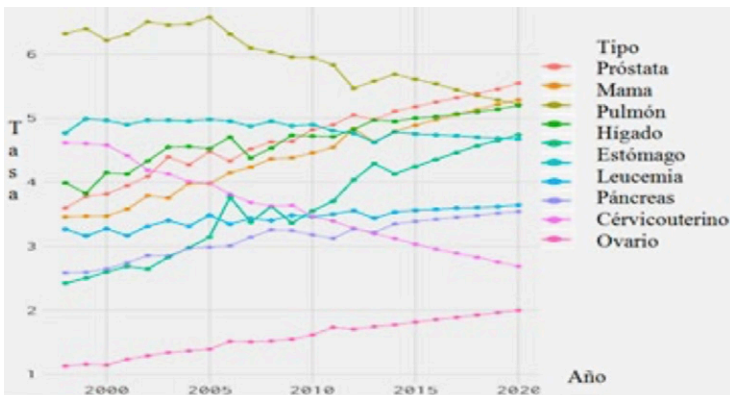
En la población femenina, el principal problema de mortalidad sigue siendo el cáncer de mama, ya que el de cérvix está disminuyendo, lo que habla de la importancia de la detección temprana. Por otra parte, merece mayor atención la tendencia de incremento en la mortalidad por cáncer de ovario, colon y recto, leucemia y páncreas. (Figura 4b)

En la población masculina, el mayor reto principal es el cáncer de próstata, aunque ya se observa una tendencia de incremento del cáncer de colon y recto. El conocer este panorama de mortalidad permitirá enfocar de manera más efectiva los esfuerzos, lo cual deberá reforzarse cuando el registro poblacional de cáncer nos proporcione más información. (Figura 4c)

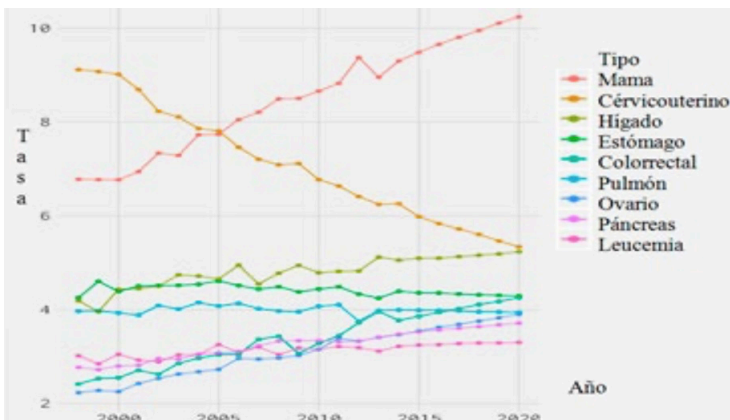


(Figura 3)

En resumen, la mortalidad por cáncer en México continúa en ascenso. Es imperativo abordar el problema, dejar de lado el discurso y centrarse en lograrlo, aun cuando no se cuente con toda la información para abordarlo. El cáncer era un problema relativamente menor con una tasa de 1.2/10,000 en 1920 hasta una de 7.8 en 2021 y probablemente de 8/10,000 habitantes una vez que tengamos los datos actualizados del INEGI.



(Figura 4a)



(Figura 4b)

(Figura 5)

Es importante considerar que estas estadísticas son tasas crudas de mortalidad y provienen de registros del INEGI, cuya información se extrae de los certificados de defunción, por lo que está sujeto a diferentes sesgos y no necesariamente proporciona un cuadro exacto.

Por lo anterior, es absolutamente necesario en nuestro país la creación del registro poblacional del cáncer. Este instrumento es vital para tener estadísticas confiables como la única manera de establecer estrategias del control del cáncer y, sobre todo, que proporcione las herramientas para su evaluación.

Por otra parte, es necesario enfatizar que mien-

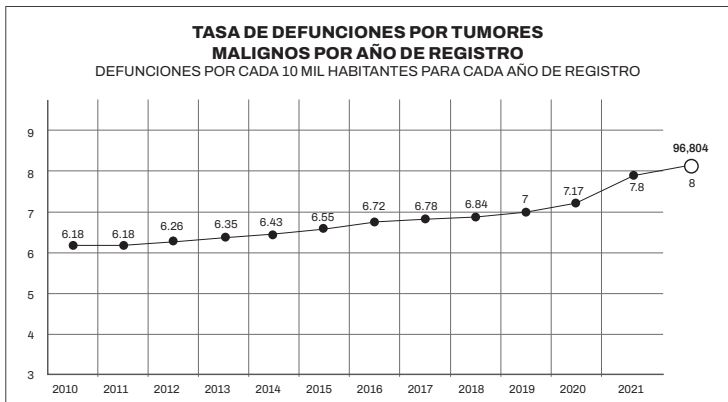


(Figura 4c)

tras los esfuerzos para abatir la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino deben continuar y fortalecerse, también es necesario profundizar en la investigación básica, clínica y epidemiológica del cáncer de próstata, pulmón, hígado y vías biliares, para comprender mejor por qué existe este patrón en México y al mismo tiempo, implementar estrategias para la detección temprana especialmente para el cáncer de próstata, que es la principal causa de muerte por cáncer en hombres mexicanos.

El impacto del cáncer no se limita al individuo, sino que también afecta a la sociedad en

conjunto y a la familia. En particular, la carga económica del cáncer también es enorme, que también necesita ser estudiada para diseñar e implementar estrategias en la lucha contra el cáncer.



(Figura 5)

## 4. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

La salud es un derecho humano fundamental. La OMS establece claramente que el gozar del nivel más alto posible de salud, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, tendencia política y condición económica y social. Esto significa que todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud necesarios, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas.

Aunque el principio es muy claro, la realidad es que, en la mayoría de los países, incluso aquellos desarrollados y con mayor frecuencia aquellos en desarrollo, los sistemas de salud no son capaces de cumplir con este derecho humano fundamental.

En términos generales, los sistemas de salud pueden clasificarse como sistemas públicos, privados y mixtos. Los dos elementos fundamentales que determinan su idoneidad es su universalidad; es decir, que cubra al 100% de la población y las personas no ten-

gan necesidad de gastar de sus bolsillos (out-of-pocket costs) para atenderse.

En México, la presente administración está haciendo posible que el derecho a la salud, establecido en el artículo 73 de la Constitución Política Mexicana, NO sea letra muerta. En la ley, el sistema de salud de México ha sido público y gratuito con cobertura al total de la población. Sin embargo, en la práctica no lo era. En cuanto al sistema de salud pública, la mitad de la población, aproximadamente, contaba y cuenta con cobertura basada en el empleo (IMSS, ISSSTE, PEMEX, INSTITUCIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS Y, EN ALGUNOS CASOS, SISTEMAS DE PROTECCIÓN ESTATALES), mientras que la otra MITAD, en principio era atendido por la Secretaría de Salud (**Arango-Bravo et al. 2022**).

Ahora mismo, nuestro país está en el proceso de proporcionar servicios de salud a dicha mitad a través del IMSS-Bienestar, institución recién creada y fortalecida al absorber al INSABI.

Para marzo del año 2023, esta es la situación con respecto al proyecto para alcanzar



(Figura 6)

la cobertura total de salud (Conferencia Mañanera del Presidente de la República. 28 de marzo de 2023). (Figura 6)

Una de las múltiples bondades de este sistema en construcción, es que se disminuye la fragmentación del sistema; por lo tanto, la centralización favorece una coordinación más efectiva para que nuestro sistema de salud sea eficiente, gratuito y universal. La creación y consolidación de este sistema deberá facilitar que se pueda implementar un programa integral del control del cáncer en nuestro país.

Dentro de nuestro sistema de salud se encuentra la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Esta Institución, a la cual pertenece el INCAN, define a los Institutos como "el conjunto de instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad".

De acuerdo con esta definición en la que se menciona perfectamente el quehacer del Instituto y su ámbito de acción, nuestro ámbito comprende "TODO EL TERRITORIO NACIONAL"; es decir, que el impacto de la investigación, formación de recurso humano especializado y atención médica en el INCAN, debería reflejarse en todo el país. Sin embargo, hasta hoy, este papel es muy limitado desde mi perspectiva.

Por lo anterior, se requiere un cambio sustancial en la misión del INCAN para que realmente tenga influencia a nivel nacional. De esta manera, la misión del INCAN habrá que transformarla hacia la de un Instituto con alcances extramurales importantes, lo cual conlleva una gran responsabilidad en la manera en que se hace la investigación, la formación de recursos humanos y la aten-

ción médica intramuros para que puedan ser verdaderos modelos que exportar.

De allí parte el cambio o refinamiento de la misión que actualmente es: desarrollar la atención, enseñanza e investigación oncológica de excelencia en México, a uno más amplio que es "CONTRIBUIR AL CONTROL DEL CÁNCER". El control del cáncer no tiene fronteras. Por eso, mi visión es que el INCAN se convierta en la mejor Institución de cáncer a nivel mundial. Estoy convencido que un estilo de dirección, basado en VALORES, es indispensable para que todos los miembros de nuestra Institución estén alineados a los valores de HONESTIDAD, ARMONÍA E INNOVACIÓN.

Por consecuencia, mi Administración se enfocará, primero, en fortalecer la Institución hacia adentro para garantizar que se cuente con las mejores prácticas en todos los ámbitos; y segundo, una vez fortalecida, exportar y apoyar dentro del ámbito de su competencia a todas las instituciones mexicanas que participen en el control del cáncer. Por supuesto, el INCAN deberá ser una Institución cuyo apoyo al programa integral del control del cáncer sea de mucha relevancia.

## 5. EL INCAN HOY, MISIÓN, VISIÓN Y ORGANIZACIÓN

### Misión

Desarrollar la atención médica enseñanza e investigación oncológica de excelencia en México.

### Visión

Líderes en la generación de estrategias para controlar el cáncer y reducir su impacto como problema de salud pública en México.

### Valores (no se contemplan)

## ORGANIZACIÓN

En la actualidad, existe en el INCAN una percepción generalizada, de un clima laboral adverso que lleva a la desmotivación, falta de compromiso y ausentismo. No hay mística. Los pocos que conservan valores, expresan que se desaniman porque a pesar de poner todo de su parte, la desorganización institucional lleva a situaciones de carestía y tardanza en los procesos que resultan en tratamientos no sólo subóptimos, pero también muy tardados que afectan de manera negativa el pronóstico de los pacientes.

Desde mi perspectiva, esto resulta de una Dirección General conducida de manera deficiente. Sin liderazgo. Este vacío lo toman algunos directivos de menor rango en la escala administrativa, quienes toman decisiones cargadas de favoritismo e inequidad; por lo mismo, suceden abusos de todo tipo. Algunos servicios, departamentos, subdirecciones o las mismas direcciones de área trabajan de manera separada o en franca confrontación, y los primeros afectados son los pacientes.

La política de nuevas contrataciones también se percibe igual, en donde no sólo no se proporciona información de la existencia de nuevas plazas, sino que además éstas se otorgan a la discreción de la autoridad. El personal se siente por lo menos excluido en su trabajo institucional.

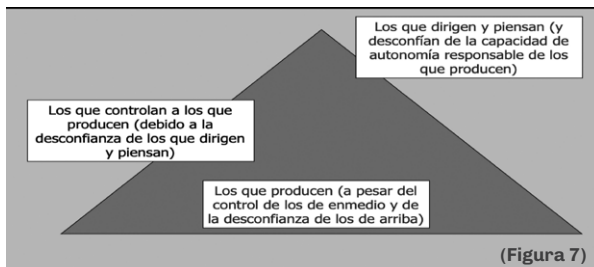
Simplemente, por poner mi caso., en la Subdirección de Investigación básica, poco menos de la mitad de todo el espacio de laboratorios y los investigadores asociados pertenecen al grupo del Exdirector de Investigación próximo anterior. Es decir, casi la mitad de los espacios e investigadores asociados pertenecen a un jefe de grupo cuando somos 13 en total. Es la inequidad completa.

La razón de tomar como primera acción de mi administración, la de intervenir en el clima laboral es obvia. Hay suficiente evidencia que indica que la satisfacción y motivación laboral del personal médico están en relación directa con su desempeño, con la satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento y el deseo del personal médico para trabajar en un hospital (**Montgomery et al., 2013**).

Por si fuera poco, la percepción sobre las autoridades del INCAN es que son corruptas, derivado de publicaciones en medios (**Revisita Contralinea, 2021**). Si no corruptas, por lo menos ineficientes a juzgar por la reciente separación de la Directora de Administración y Finanzas del INCAN sin explicación alguna a la comunidad por parte del Director General.

Ciertamente se realizan encuestas de clima organizacional, pero francamente yo, como miembro del Instituto, ignoro quién las aplica, cómo se realizan, qué resultados tienen y qué acciones concretas se realizan más allá de las declaraciones.

En resumen, esta figura representa, desde mi punto de vista, la situación organizacional del INCAN en 2023. (**Figura 7**)



## 6. EL INCAN EN MI ADMINISTRACIÓN

Visto de una manera más organizada y de acuerdo con los siete niveles de “conciencia” organizacional de Barrett, mi impresión es que estamos en el nivel 1, donde el “control”, entendido como el aspecto negativo del poder, la corrupción y la avaricia impera, aunque todavía persisten algunos valores. (Figura 8)

la misma. Definen cuáles son las pautas sobre las que se trabaja e influyen de forma directa al desarrollo de la institución, la dinámica de trabajo, al servicio al paciente, al prestigio y a la conciencia social. Por lo anterior, es importante que los VALORES se asimilen como una forma de vida institucional, se prediquen con el ejemplo de los directivos y no sean letra muerta.



Lo anterior nos obliga a cambiar la misión y visión del INCAN, y establecer los valores que guiarán a esta Institución

### Misión

CONTRIBUIR AL CONTROL DEL CÁNCER

### Visión

CONVERTIRSE EN UNO DE LOS MEJORES CENTROS DE CÁNCER A NIVEL MUNDIAL

### Valores

HONESTIDAD, ARMONÍA, INNOVACIÓN

Los valores de una institución complementan la misión y visión. Son los principios sobre los que se fundamentan las acciones y decisiones de

## 7. OBJETIVOS

### Objetivo general:

CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN MÉXICO

Objetivos específicos:

### EL INCAN INTRAMUROS

#### 1. MEJORAR EL CLIMA ORGANIZACIONAL DEL INCAN

#### 2. MEJORAR LA EFICIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

2.1 CAPACIDAD INSTALADA DE HOSPITALIZACIÓN

2.2 CAPACIDAD DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ (PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS)

2.3 CONSULTA EXTERNA, SUBSECUENTE

2.4 "SOBRECARGA" DE TRABAJO EN EL INCAN

2.5 BENCHMARKING DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE UN CENTRO DE CÁNCER. QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA.

2.6 FLUJO DE CONSULTA: PRECONSULTA, CONSULTA, HOSPITALIZACIÓN

2.7 LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2.8 ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN

2.9 PATOLOGÍA

#### 3. DOCENCIA. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS EN CÁNCER, CON ÉNFASIS EN EL HUMANISMO

#### 4. INVESTIGACIÓN. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD DE LAS INVESTIGACIONES DEL INCAN Y QUE LOS RESULTADOS SE APLIQUEN AL QUEHACER INSTITUCIONAL

4.1. INVESTIGACIÓN BÁSICA

4.2. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

### 5. ADMINISTRACIÓN

5.1 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL

5.2 SUBDIRECCIÓN DE CONTABILIDAD Y FINANZAS

5.3 SUBDIRECCIONES DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

5.4 SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

5.5 ATENCIÓN DE LAS OBSERVACIONES

5.6 ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

### EL INCAN EXTRAMUROS

1. COLABORAR EN LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DEL CÁNCER EN MÉXICO.

1.1 INSISTIR SOBRE LA NECESIDAD DEL REGISTRO POBLACIONAL DEL CÁNCER A NIVEL NACIONAL

1.2 IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

1.3. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO

1.4. CONTRIBUIR A MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA DISPONIBILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER

1.5. COORDINAR LOS CENTROS ESTATALES DE CÁNCER Y REACTIVAR EL PROGRAMA DE INFOCÁNCER

1. MEJORAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL DEL INCAN

### SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad, existe en el INCAN una percepción generalizada de un clima laboral adverso que lleva a la desmotivación, falta de compromiso y ausentismo.



La cultura organizacional se refiere al patrón de valores, normas, creencias, actitudes y supuestos, y que moldea la forma en que las personas se comportan y la forma en que se hacen las cosas en una organización. Un reflejo de la cultura organizacional es la satisfacción laboral y la forma como se acepta la implementación de medidas para incrementar la eficiencia de la atención médica y, por ende, la satisfacción del paciente. Por lo anterior, es vital como requisito inicial que el personal del INCAN sea convencido con acciones concretas de que realmente se necesita un cambio para que sean más receptivos y participativos con el fin de lograrlo.

### **ACCIONES**

Desde el inicio de mi gestión, mostraré claramente que mi administración será una basada en valores; por lo tanto, el Director General será el ejemplo a seguir en HONESTIDAD, ARMONÍA E INNOVACIÓN. Mi máxima a seguir será la filosofía del fundador de la cadena de hoteles Marriot (**JW Marriott philosophy**): "Take care of your employees and they will care for your guests". Este modelo de administración, basado en valores, será el eje rector para todos los que colaborarán en mi gestión como directores de área, subdirectores, jefes de departamento y jefes de servicio. El abordaje ideal para llevar a cabo esta transformación organizacional no existe. En lo posible, trataré de llevarlo de la manera más suave y persuasiva posible. Sin embargo, dada la situación tan deteriorada en la organización, si es necesario, emplearé acciones inmediatas y firmes contemplando la magnitud de las reacciones y elaborando planes de respuesta para que no se comprometa la actividad médica, que es lo fundamental.

Por supuesto, mi política será CERO CORRUPCIÓN, CERO ACOSO DE CUALQUIER TIPO Y EQUIDAD DE GÉNERO. Esta política no será letra muerta. Las sanciones necesarias son parte fundamental del plan. En cuanto a la

equidad de género, posiblemente tres, pero seguramente dos de las cuatro direcciones de área, serán ocupadas por mujeres. La misma equidad de género se llevará a cabo en las subdirecciones, jefaturas de departamento y servicios. Tendré reuniones mensuales con el personal operativo (excluyendo jefes de servicio, departamento, subdirectores y directores de cada área), área médica, área administrativa, área de investigación y área de docencia (residentes). Estas reuniones tendrán un doble propósito: primero escuchar sus necesidades y resolverlas dentro de posible; y segundo, hacerle sentir al personal que se le toma en cuenta como parte de la organización que es el INCAN. Cada semana, en compañía de los subdirectores de la subdirección de servicios generales y la de recursos materiales, recorreré TODO el Instituto para que todo está funcionando perfectamente y no haya carencias; y por otra parte, mandará un mensaje directo al personal de que el Director está atento de todas las cosas, aun de aquellas que pudieran considerarse menores. Un aspecto importante es que ahora menos del 50% de todos médicos tienen oficina. Eso es parte de la inequidad y todos los médicos deberán tener una oficina en mi administración.

Aunque no esté contemplado desde el inicio de mi administración, pudiera ser posible iniciar con un área dedicada específicamente a estudiar la cultura organizacional en el INCAN de manera formal, de tal manera que pudiéramos dar origen a una línea de investigación de health care research.

### **INDICADORES**

Solicitaré al Órgano Interno de Control que elabore una encuesta de clima organizacional como diagnóstico (lo cual es diferente, pero es parte del nivel de conciencia organizacional). Ésta será difundida para conocimiento de todo el personal del INCAN. No tengo duda

que la administración por valores, liderando con el ejemplo, mejorará el clima organizacional que se comprobará en encuestas subsecuentes. El compromiso será incrementar y mantener durante toda la administración un excelente clima organizacional.

## MEJORAR LA EFICIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

### 2.1 CAPACIDAD INSTALADA DE HOSPITALIZACIÓN

#### **SITUACIÓN ACTUAL**

Desde el año 1992, que ingresé como residente de Oncología Médica del INCAN; es decir, desde hace poco más de 30 años, el modelo de atención médica ha permanecido sin cambios.

Sin duda, la atención médica es la parte medular del quehacer del INCAN, porque ésta es la base para formar especialistas no solamente altamente calificados desde el punto de vista técnico científico, sino también en el humanístico. La atención médica de calidad permite también que la investigación biomédica se considere no como una actividad desconectada de la atención, sino parte integral de la misma. Las tres actividades forman un círculo virtuoso.

En el INCAN, tradicionalmente siempre se ha hablado de que existe una sobredemanda de atención médica sobre su capacidad instalada tanto en la hospitalización como en la consulta externa. Nunca se ha realizado un análisis de benchmarking, por lo menos que se haya hecho público. Con base en los informes de actividades anuales a los que tuve acceso, mi análisis a partir del año 2012 hasta el presente, es el siguiente:

En el año 2012 había 119 camas censables con un porcentaje de ocupación de 0.91% y una estancia media: 5.4 días. Esos valores de ocupación y estancia no han variado sustan-

cialmente, por lo que los mantengo por simplificación para elaborar los cálculos.

De acuerdo con la fórmula de Asenjo (**Asenjo 2001**), la estimación de la capacidad de un hospital para la atención médica tiene como variable principal el número de camas censables, así:

$$\text{No. enfermos (capacidad)} = \text{camas censables (119)} \times 365 \text{ días} \times \% \text{ de ocupación (0.91)} / \text{estancia media en días (5.4)}$$

Con esta fórmula, el cálculo de la capacidad de hospitalización en 2012 con 119 camas era de 7,249 pacientes hospitalizados por año. La cifra real de hospitalización fue de 7,367 pacientes al año. Esta cifra calculada (7,249) es muy similar a la reportada (7,319), lo que habla de una eficiencia muy buena del INCAN sobre su capacidad instalada en cuanto a hospitalizaciones para este año 2012.

Por otra parte, para ubicarnos en el contexto actual, es importante proporcionar algunos antecedentes inmediatos sobre la torre nueva de hospitalización, por su repercusión en la capacidad actual del INCAN.

Según el libro blanco "Construcción y Equipamiento de la Nueva Torre de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología", que se llevó a cabo de 2010 a 2013, se contemplaba lo siguiente:

- Pasar de 119 camas censables a 191 adicionales.
- Pasar de 6 a 11 quirófanos adicionales.
- Pasar de 91 consultorios a 27 adicionales.

El día 23 de octubre de 2014, el presidente de la República Mexicana Inauguró la torre nueva de hospitalización del INCAN (**Inauguración Torre Nueva 2014**). Se publicó en los medios lo siguiente: "Se trató de la mayor ampliación de este Instituto desde su creación en 1946. En la construcción y equipamiento de esta obra, se invirtieron más de 2 mil 500 MDP y con ella se incrementa en 58%

su capacidad de atención médica. En las nuevas instalaciones, más de mil 600 personas, incluyendo 173 médicos, contribuirán a la misión de esta noble institución contra el cáncer\*.

En el informe de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) INFORME 2015, se especifica (**Auditoría ASF 2015**):

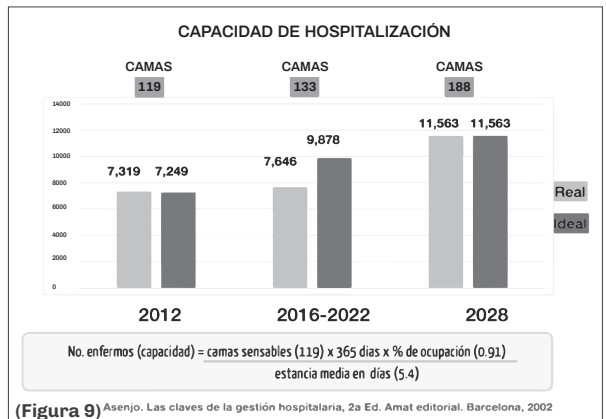
El incremento en la demanda de atención en las áreas críticas y de hospitalización había rebasado la capacidad de respuesta del instituto, por lo que fue necesario ampliar las áreas de hospitalización, terapia intermedia y quirófanos, así como brindar un espacio para la clínica de mama, siendo necesario construir la nueva torre de hospitalización del INCAN, con una superficie de construcción de 67,154.70 m2. El proyecto considera una infraestructura hospitalaria de 188 camas censables, 83 no censables, 13 salas de cirugía, 39 consultorios, así como servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento con laboratorios clínicos y de patología, y áreas de imagenología y medicina nuclear.

Por razones que personalmente desconozco, actualmente sólo existen 133 camas censables de las 188 prometidas y ocho quirófanos. El total del número de consultorios es 64.

Con la fórmula anterior, la capacidad de hospitalización con 133 camas calculada es de 9,878. Sin embargo, el número real de hospitalizaciones se mantiene prácticamente igual que con el de 119 camas; es decir, 7,646 pacientes hospitalizados al año. En mi gestión llegaremos, por lo menos, a las 188 camas censables, lo cual incrementará la capacidad de hospitalización hasta 11,563 pacientes al año. Esto se representa en la siguiente figura. Las dos últimas columnas es lo ideal a dónde pretendemos llegar. (**Figura 9**)

## ACCIONES

Se realizarán mesas de trabajo desde la pri-



mera semana de mi administración con todos los responsables del área médica, director de área, subdirectores y jefes de departamento y servicios para darles a conocer los benchmarks que debemos de alcanzar y, con base en ello, analizar los procesos que se deben mejorar, y los recursos materiales y humanos necesarios para alcanzar dicha productividad. Por supuesto, la comunicación con el área Administrativa y nuestras autoridades será esencial para lograrlo.

## INDICADORES

Actualmente, se encuentran en uso en el sistema de la CCINSHAE, cinco indicadores de hospitalización y seis de medicina de alta especialidad. Se agregará, por parte de mi administración, el porcentaje alcanzado de hospitalizaciones, de acuerdo con el número de camas, tomando como 100% el indicador calculado. Podrán evaluarse la adición de otros parámetros que se consideren de utilidad.

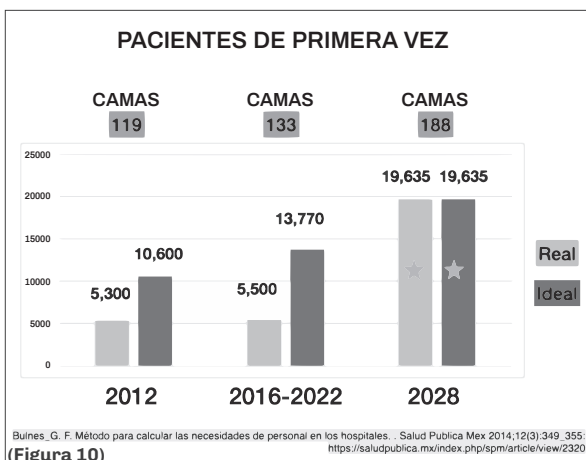
## 2.2 CAPACIDAD DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ (PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS)

### SITUACIÓN ACTUAL

Según Bulnes (**Bulnes 2014**), es posible calcular el número de consultas de primera vez a

partir de la capacidad de hospitalización e ingresos diarios.

De acuerdo con lo anterior, en el año 2012, con 119 camas censables, se tenía la capacidad para 10,600 pacientes de primera vez, cuando los vistos fueron 5,300 pacientes. A la fecha, con 133 camas, la capacidad debió haber aumentado a 13,770 pacientes de primera vez, pero seguimos con 5,500 pacientes nuevos al año. Calculamos que con 188 camas podremos ver 19,635 pacientes nuevos cada año, lo cual tendrá importantes implicaciones en la mortalidad como país. (Figura 10)



## ACCIONES

En la actualidad NO existe un análisis sobre la capacidad que tiene el INCAN, de acuerdo con el número de camas, la capacidad para atender pacientes de primera vez. Este punto, se analizará en las mesas de trabajo y se establecerán metas en ese sentido. Particularmente, las necesidades de personal para alcanzar esas cifras.

## INDICADORES

Actualmente, se encuentran en uso en el sistema de la CCINS-

HAE, dos indicadores de medicina de alta especialidad relacionados con la consulta. Se agrega por parte de mi administración el porcentaje alcanzado de pacientes de primera vez atendidos, tomando como 100% el indicador calculado.

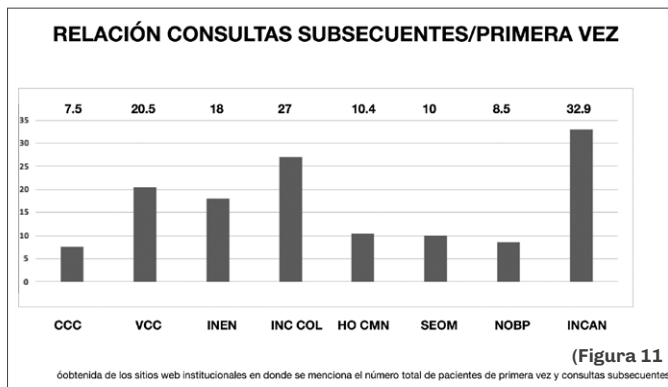
## 2.3 CONSULTA EXTERNA, SUBSECUENTE

### SITUACIÓN ACTUAL

En nuestro país, y prácticamente en todo el mundo, en cualquier sistema de salud, la optimización de los recursos es de suma importancia. Habitualmente se habla del número de consultas otorgadas como un indicador, pero este indicador no necesariamente refleja eficiencia. El INCAN tradicionalmente se congratula de que otorga alrededor de 200,000 consultas al año. Sin embargo, de acuerdo con los benchmarkings de otros centros de cáncer, tenemos lo siguiente:

El número de consultas subsecuentes por paciente de primera vez en un hospital general es de cuatro consultas al año. Por razones obvias, esta relación debe ser mayor por la naturaleza del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer.

Para situarnos en perspectiva, analizaremos los siguientes datos. (Figura 11)



CCC. Colorado Cancer Center, VCC. Vanderbilt Cancer Center, INEN: Instituto de Enfermedades Neoplásicas del Perú, INC COL. Instituto Nacional de Cáncer de Colombia, HO CMN: Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, México, SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica, y NOPB: The National Practice Benchmark for Oncology.

Como vemos, el promedio de estos siete centros u organizaciones académicas es de 13.1 consultas subsecuentes por paciente de primera vez, mientras que el INCAN otorga 32.9 consultas por cada paciente de primera vez.


Mi grupo publicó en 2014 un análisis enfocado en este fenómeno en cáncer de cérvix (Serrano-Olvera 2014).

**Figura 12)**

**Consultas de seguimiento por servicio/año.  
Comparación con lineamientos de NCCN – 2013.**

	N= 20 Primer año	N= 17 Segundo año	N= 14 Tercer año	N= 13 Cuarto año	N= 9 Quinto año	Total
Oncología (Cirugía/RT/OM)	230	106	57	44	25	462
No oncología	54	38	26	14	18	150
<b>Total</b>	<b>284</b>	<b>144</b>	<b>83</b>	<b>58</b>	<b>43</b>	<b>612</b>
NCCN	40 - 80	34 - 68	14 - 28	13 - 26	9 - 18	110 - 220
% Excedido	575 - 287	311 - 155	407 - 203	338 - 169	277 - 138	420 - 210

N= número de pacientes en seguimiento.



**(Figura 12)**

El análisis corrobora lo anterior, e indica que debemos analizar de manera inmediata este fenómeno y solucionarlo, ya que limita que el INCAN aumente su capacidad de atención a la población con diagnóstico inicial de cáncer. La siguiente figura ilustra cómo mejoraría nuestra capacidad de aumentar la cobertura a la población con cáncer.

Lo anterior indica que deberemos disminuir las consultas subsecuentes mientras

incrementamos las de primera vez. Así, con el mismo número de consultas totales podremos cuadruplicar el número de pacientes de primera vez al año. (Figura 13)



## ACCIONES

Este problema del abuso de consultas subsecuentes es grave, desde mi punto de vista, porque impide que más pacientes puedan ser tratados y potencialmente curados, lo cual reduciría la mortalidad. Es de cierta manera curioso la escasa cantidad de estudios publicados que aborden este problema. Este fenómeno es particularmente relevante para los centros de cáncer porque el seguimiento de los pacientes sólo debe terminar con la muerte.

Hay estudios aleatorizados en algunas neoplasias, en los que se demuestra que las visitas frecuentes de seguimiento para detectar de manera temprana las recaídas, uniformemente, NO mejora el pronóstico, por lo que hay guías establecidas de programas de las visitas de seguimiento. Sin embargo, en el INCAN no hay guías específicas y hay una enorme duplicidad de consultas para los pacientes en seguimiento, puesto que frecuentemente se atienden en oncología médica, radioterapia y cirugía, lo cual no tie-

ne sentido. En las reuniones planeadas para mejorar la atención médica, se revisarán todas las guías y se establecerán mecanismos para evitar la duplicidad. Con sólo estas acciones, la capacidad del INCAN para ver pacientes de primera vez se incrementarán y, a la vez, proporcionalmente disminuirán las subsecuentes.

Otra acción importante que realizar, para aprovechar mejor el tiempo de la consulta, es que los residentes, rotando en dicho consultorio, deberán consultar en el INCANET, la tarde anterior, a cada uno de los pacientes. Eso facilitará la discusión de todos los casos con el médico adscrito en el momento de la consulta.

## INDICADORES

Independientemente de los indicadores de la CCINSHAE, el indicador de la relación entre consultas subsecuentes/primeras vez empezará a informar estableciendo como 100% una relación de 10/1.

Lo anterior es tan importante que nos permite predecir que, de acuerdo con la gráfica siguiente y asumiendo una curación del 33%, lo cual es una cifra conservadora, el INCAN sólo podría reducir un 10.2% el riesgo relativo de muerte por cáncer para el año 2025.

Así de importante es la optimización de la atención médica del INCAN para nuestro país. (Figura 14)

### 2.4 "SOBRECARGA" DE TRABAJO EN EL INCAN.

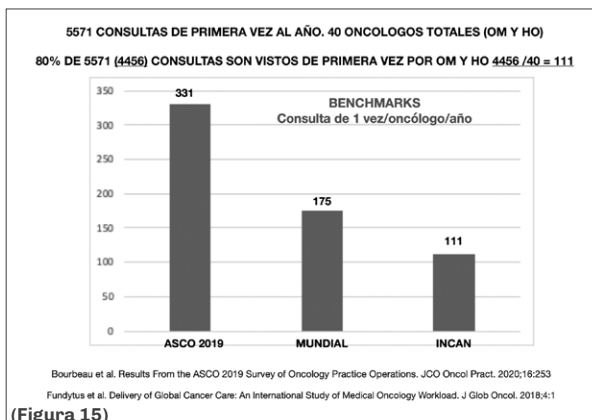
## CONSULTAS. SITUACIÓN ACTUAL

En el INCAN, tradicionalmente siempre se ha hablado de que existe una sobrecarga de trabajo. Sin embargo, si hacemos un benchmarking de algunos de los parámetros de



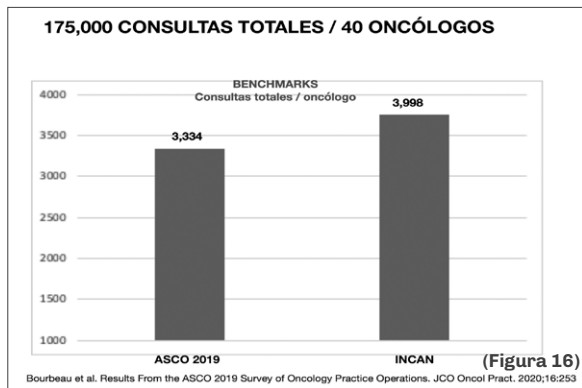
atención más importantes, encontramos un cuadro diferente.

Según el ASCO 2019 (American Society of Clinical Oncology) survey of oncological practice operations (sólo centros de EUA) (Bourbeau et al 2020), los oncólogos otorgan 331 consultas en promedio al año de pacientes de primera vez, mientras que un estudio internacional sobre la sobrecarga de trabajo de oncólogos médicos indica un promedio mundial de 175 consultas (Fundytis et al., 2018). En el INCAN, esta cifra es de 111 (40 médicos oncólogos y hemato-oncólogos). (Figura 15)



Por lo anterior, y específicamente en cuanto a consultas de primera vez, el INCAN está por debajo de estas cifras internacionales.

En relación con las consultas subsecuentes, a pesar del gran exceso en el número de consultas subsecuentes en el INCAN, aun así, el número de consultas subsecuentes por oncólogo está sólo ligeramente por arriba de las de la investigación de ASCO 2019. (Figura 16)



Analizado de otra manera, son 205,000 consultas totales anuales en el INCAN y hay 213 médicos en total (de todas las especialidades). Calculando 255 días laborables, el promedio de consultas diarias por médico es de sólo 3.77 consultas. (Figura 17)

Consultas totales 205,000 / médicos totales 213  
 962 consultas anuales por médico/255 días laborables  
 3.77 diarias (Figura 17)

### ACCIONES

En lo que respecta a la carga de trabajo, en las reuniones con el área médica, se presentarán puntualmente los datos sobre la "sobrecarga percibida" y los benchmarking para analizar, convencer y establecer los parámetros que se deben alcanzar, particularmente en el aprovechamiento de los consultorios y, sobre todo, establecer criterios para reducir las consultas subsecuentes sin afectar la calidad de la atención.

### INDICADORES

Actualmente existen 64 consultorios en el INCAN.

En los informes para la HJG se reporta el indicador:

#### Índice de utilización de consultorio

Sumatoria de tiempos de cada consulta (horas) / número de consultorios x horas hábiles del periodo (días hábiles X horas hábiles de la jornada)

Si sustituimos 227,293 consultas, cada una de 15 minutos, tenemos 56,823 horas Calculando 64 consultorios y 255 días hábiles X ocho horas de jornada son:  $2,040 \times 64 =$

Entonces. Sumatoria de tiempos de cada consulta en horas. 56,823

Consultorios por horas hábiles del periodo:  $130,560$

$$56,823 / 130,560 = 0.43$$

En el informe a la junta de Gobierno, este indicador es de 7.12. Como no se proporcionan los números absolutos y tampoco el valor "ideal", ignoro el significado de 7.12 y a mí, en lo particular, no me informa sobre el aprovechamiento de los consultorios.

Con el indicador de Bulnes (Bulnes 2014), con 64 consultorios y cada uno trabaja seis horas con consultas de 15 minutos, tendríamos cuatro consultas por hora x seis = 24 consultas por consultorio por 255 días laborables

$$24 \times 64 = 1,536 \text{ consultas diarias el INCAN}$$

$$1,536 \times 255 \text{ (días laborables)} = 391,680.$$

Es decir, el INCAN tiene capacidad para ver 391,680 consultas anuales con consulta de 15 minutos con 64 consultorios. (Figura 18)

Actualmente, se reportan 205,000, lo que significa que el INCAN utiliza sólo el 52.3 % de su capacidad de consulta si lo evaluamos por consultorio.

Con indicadores como éste y otros, en donde se tome en cuenta también al personal médico existente, podemos establecer con precisión qué tanta de la capacidad instalada de la institución se está utilizando. A partir de ese diagnóstico es cuando se podrán proponer nuevas estrategias y metas.

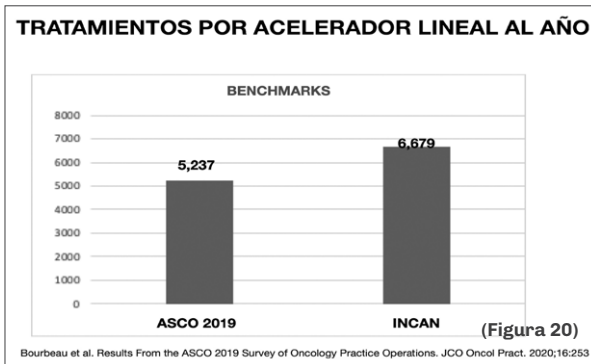
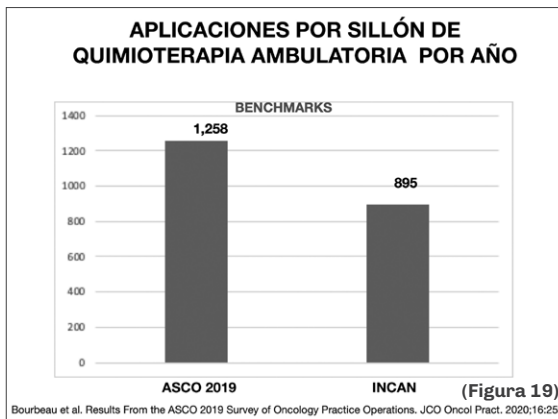
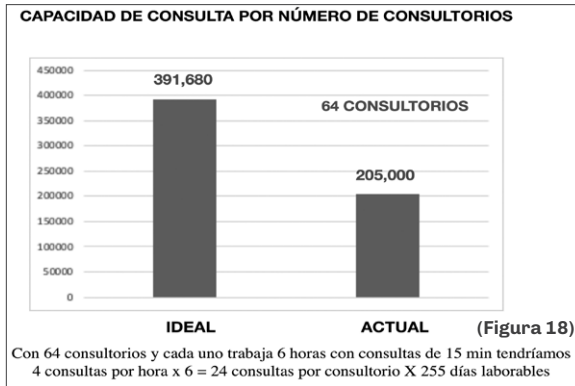
## 2.5 “BENCHMARKING” DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE UN CENTRO DE CÁNCER. QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA

### SITUACIÓN ACTUAL

La aplicación de quimioterapia es fundamental en el tratamiento del cáncer. La investigación de la ASCO 2019 toma en cuenta como benchmark el número de aplicaciones anuales por sillón. La cifra es de 1,258, mientras que en el INCAN el número es 895 por sillón por año. Por debajo de lo establecido por esa investigación. (Figura 19)

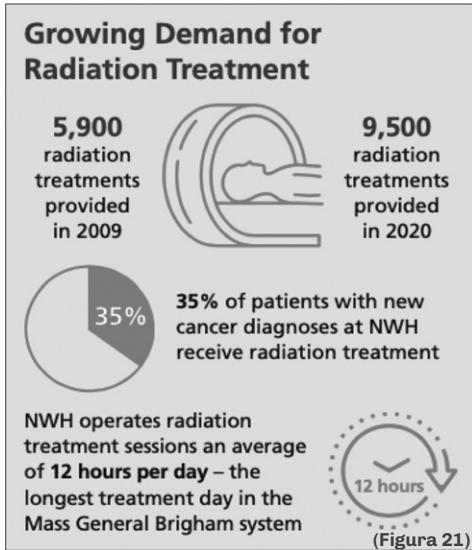
En relación con el número de sesiones de tratamiento con radioterapia, el promedio de sesiones por acelerador lineal es de 5,237. Tomando en cuenta que en el INCAN existen seis aceleradores, la cifra es de 6,679. Esta cifra está un poco por arriba de lo establecido en ASCO 2019. Sin embargo, debe mencionarse que, en algunos centros de EUA, la cifra puede llegar a ser hasta 12,000. (Figura 20)

Vale la pena mencionar que 5,237 aplicaciones anuales por acelerador lineal es el promedio. Por ejemplo, en el Mass General Cancer Center at Newton-Wellesley, que sólo cuenta con un acelerador, lo optimizaron para pasar de 5,900 a 9,500. Lo anterior indica que SÍ es posible optimizar el uso de los recursos de radiación en el INCAN (**Newton-Wellesley Hospital Philanthropy**). (Figura 21)

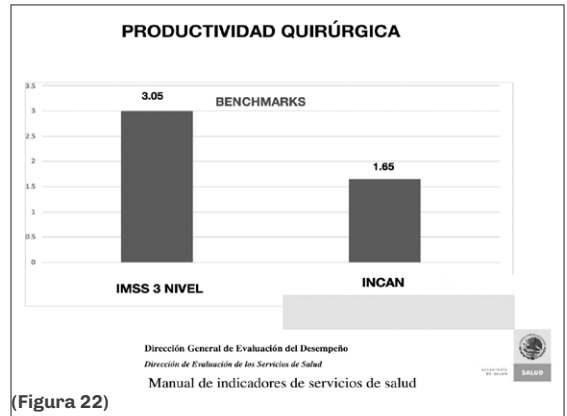


La oncología quirúrgica es FUNDAMENTAL para el manejo del cáncer, ya que es de las tres modalidades (Quimioterapia- Oncología Médica, Radioterapia – Radio-oncología y Ci-





para el INCAN, mientras que es casi del doble para un centro de tercer nivel del IMSS (3.05). En ninguno de los dos indicadores se toma en cuenta el número de cirujanos. (Figura 22)



rugía - Cirugía Oncológica), la que ofrece más probabilidad curativa. Tomando en cuenta lo anterior, el diagnóstico preciso de los padecimientos neoplásicos malignos se fundamenta en el diseño y abordajes adecuados para obtener material representativo y de manera expedita, que permitan definir e investigar estrategias de tratamiento.

En los informes del INCAN a la HJG, se contemplan siete indicadores de cirugía. Por ejemplo, el indicador 17: Índice de utilización de salas de cirugía = sumatoria de tiempos quirúrgicos de cada cirugía (horas) / número de salas de operaciones x horas hábiles (días hábiles del periodo x horas hábiles de la jornada diaria) ofrece un índice, pero que sin los datos crudos ni el índice ideal o de referencia puede ser relativo.

Tomando como base el Manual de Indicadores de la Secretaría de Salud (**Manual de Indicadores SS**) y tomando como referencia un hospital de tercer nivel del IMSS, la productividad, de acuerdo con la fórmula:

Intervenciones por quirófano = número de intervenciones quirúrgicas en el año / número de quirófanos en el hospital / 365 es de 1.65

Además, en tercer nivel del IMSS existe un sistema de programación quirúrgica continua para el turno vespertino y fines de semana que explica en parte lo anterior, por más que los procedimientos en el INCAN tienden a presentar mayor complejidad por tratarse de una población no derechohabiente cuyos padecimientos en general son más avanzados. Lo anterior sugiere que se necesita una evaluación más detallada para establecer la eficiencia de este tratamiento en el INCAN.

Es importante considerar que cualquier cambio de procesos requiere un diagnóstico correcto y preciso. Desafortunadamente, existen dos factores que pueden limitar lo anterior en este momento para algún candidato: 1) La información sobre los informes del director que deberían ser públicos no siempre están o cuando están, son incompletos y lo están de manera intermitente. 2) El clima organizacional no permite, al interior del INCAN, que un candidato, a menos que sea el favorito del director próximo a renovar, disponga de toda la información, aunado a que colegas pueden no desear proporcio-

nar información por temor a represalias. He visto que ahora se publica el plan de trabajo de los contendientes. Sin embargo, al revisar la convocatoria para el INER, la información estará disponible, pero esto no es de utilidad porque el plan de trabajo se escribe con mucha más antelación.

A la fecha de esta escritura (mayo 2023), la situación en cuanto a los retrasos del tratamiento aproximado son los siguientes:

## **CIRUGÍA**

PROGRAMACIÓN:

**6 Y 12 SEMANAS (1.5-3 MESES)**

## **RADIOTERAPIA**

INICIO: **16 A 25 SEMANAS (4-6 MESES)**

## **QUIMIOTERAPIA**

INICIO: **8.5 A 13 SEMANAS (2.5-3.5 MESES)**

RETRASOS DURANTE EL TRATAMIENTO:

**1 Y 2 SEMANAS**

## **Quimioterapia**

### **ACCIONES**

Algunos puntos que revisar, pero no limitados a, serán:

Tiempo de la prescripción del tratamiento para su aplicación en pacientes en quienes: 1) la quimioterapia es el tratamiento inicial, 2) tratamiento adyuvante y 3) tratamiento concomitante con radioterapia.

Retrasos en la aplicación de quimioterapia en pacientes que ya están bajo tratamiento

Porcentaje de tratamientos que se retrasan, no se aplican o se aplican incompletos o modificados por desabasto. Identificar si existe algún patrón específico de desabasto.

Mapear detalladamente el proceso desde que se indica la quimioterapia en el consultorio hasta que se le aplica al paciente y medición de los tiempos.

Analizar la cantidad de personal que inter-

viene en todo el proceso.

Con base en lo anterior, se implementarán, de inmediato, acciones para evitar a toda costa el retraso del tratamiento porque impacta de manera negativa la probabilidad de supervivencia. Con este fin, habilitaremos espacios temporales y enfermeras y médicos voluntarios para aplicar quimioterapia a todos los pacientes el mismo día que se le indique. Paralelamente, se iniciarán gestiones para solucionar, de manera definitiva, el problema con la contratación de personal, adquisición de sillones y habilitación definitiva de nuevos espacios de aplicación de quimioterapia. Es-timo que en el primer mes podremos lograr evitar los retrasos y continuaremos así hasta solucionar en definitiva este problema.

## **INDICADORES**

Independientemente de los indicadores de la CCINSHAE, el indicador principal a utilizar será:

Tiempo de la consulta de primera vez (día de la preconsulta) hasta la indicación del tratamiento.

Tiempo de la indicación de la quimioterapia hasta su administración.

Tiempo para completar el tratamiento (en cada tumor y esquema de tratamiento) también llamado "Intensidad del tratamiento". Por lo tanto, se podrá indicar el porcentaje de pacientes que terminan a tiempo, el porcentaje que no y los tiempos de retraso. Este indicador se deberá establecer para cada neoplasia.

## **Radioterapia**

Como he mencionado previamente, es difícil realizar un diagnóstico situacional como candidato porque tengo información muy limitada. Sobre la Subdirección de Radioterapia, la información que tengo es la siguiente:

En las juntas de gobierno se reporta la existencia de seis aceleradores lineales. Actualmente (4 de mayo de 2023), sólo tres están en funcionamiento: un CLINAC IX, y dos UNIQUE

POWER. Existe un cuarto, el TRUE BEAM STX, pero sólo funciona parcialmente por las mañanas (un radio-oncólogo del INCAN literalmente me dijo: "Se usa solo por las mañanas porque no quieren que se dañe con golpes". Otra fuente me comentó que porque no se había pagado el mantenimiento). Está programado, para fines de mayo de 2023, adquirir un equipo VITAL beam.

Sobra decir que lo que se informa en la junta de gobierno y la realidad no siempre pueden coincidir. De acuerdo con las cifras reportadas en el informe 2022, en ese año se reportaron 41,587 sesiones de radioterapia.

Como ignoro cuántos equipos funcionaban en el año 2022, hice el siguiente cálculo:

$41,187 / 255 \text{ días laborables} = 161 \text{ sesiones diarias}$ . Con este número de 161 diarias totales, le corresponderían en sesiones a cada acelerador:

6 aceleradores = 27

5 aceleradores = 32

4 aceleradores = 40

3 aceleradores = 54

El percentil 75 de sesiones por acelerador en el benchmarking de ASCO 2019 se encuentra en 7,213 sesiones diarias por acelerador (28 diarias por acelerador). Sin embargo, en un turno de 12 horas se pueden administrar, sin problema, 50 sesiones diarias por acelerador. Asumiendo esto, con seis aceleradores y todo optimizado, la capacidad del INCAN es de 76,500 (casi el doble de lo actual). Con eso se resolvería el problema del retraso.

Se planea que, en lugar de meses de retraso, el tiempo de espera no sea mayor de cuatro semanas para la radioterapia postoperatoria o post-quimioterapia, y que en el caso de radiación concomitante como tratamiento adyuvante o definitivo, el mismo tiempo de espera aplique ni que haya retrasos por problemas técnicos durante el tratamiento.

Una vez resuelto el apremiante problema

actual, se planeará con mayor certeza el plan para los años subsecuentes, tomando en cuenta también que la capacidad hospitalaria y de consulta de primera vez se va a incrementar. Asimismo, será de mucha importancia que se restablezca el servicio de Radioterapia en el Hospital General, ya que los pacientes se envían al INCAN para la radioterapia.

## **ACCIONES**

Desde mi perspectiva, y con esta información, no veo problema alguno para resolver este retraso.

Sólo se requieren dos elementos: primero, que el Director General supervise que la Administración, y específicamente la Subdirección de Servicios Generales y la de Materiales hagan su trabajo con eficiencia y honradez, para que se aplique correctamente el presupuesto del capítulo 2000 y 3000, y los equipos y accesorios de radioterapia siempre estén al 100%.

El segundo elemento determinante es que, en la actualidad, un técnico de radioterapia es el que programa las sesiones (teóricamente supervisado por la subdirectora). Sin embargo, no necesariamente programa a la máxima capacidad posible. Por lo anterior, la programación deberá realizarla personalmente el subdirector o el jefe de departamento de Teleterapia. La estrecha supervisión por parte del Director Médico y Director General es fundamental para lograr el objetivo. La suficiencia de físicos médicos y técnicos de radioterapia también es un punto fundamental por evaluar.

## **INDICADORES**

Actualmente, el único indicador que se informa a la CCINSHAE es el número de sesiones de radioterapia totales por año. Este indicador, por sí mismo, no permite analizar los tiempos de retraso, ni la eficiencia con la cual

son utilizados los recursos, específicamente los equipos de radiación.

Se medirán e informarán los tiempos en que se inicia la radiación en todos los usos. Como terapia definitiva, terapia adyuvante o terapia concomitante.

El tiempo de protracción (el tiempo total en que se administra la radiación completa).

Tiempos y número de equipos de radioterapia en uso.

## **Cirugía**

### **ACCIONES**

Establecimiento de turnos vespertinos formales con consulta para diagnóstico y diseño de procedimientos, así como programación continua vespertina, lo que permitiría el funcionamiento continuado o lo más apegado a la continuidad, que aumentaría los índices antes señalados haciendo la atención más expedita.

Existen periodos del año (específicamente periodo de Semana Santa, Navidad y Año Nuevo) en los que hay traslape importante de los periodos de asueto del personal activo. Por lo tanto, se revisarán los periodos vacacionales del personal de Enfermería y Anestesiología para coordinar adecuadamente y de manera escalonada la asistencia.

En el punto anterior, se debe incluir de manera cuidadosa al Personal Quirúrgico para coordinar con los jefes de Servicio que no exista interrupción de los procedimientos quirúrgicos aún complejos para que la continuidad se mantenga.

Definir de preferencia con un año de anticipación las vacaciones, y con seis meses los permisos a congresos y cursos, en los cuales de preferencia exista participación activa. Los jefes de servicio llevarán un registro cuidadoso de las actividades de congresos y cursos de actualización para que esto se tramite y conozca con la antelación adecuada.

La deficiencia en el material quirúrgico utilizado para algunos procedimientos es común.

Derivado del desarrollo quirúrgico y la existencia cada vez más frecuente de procedimientos endoscópicos, conservadores y algunos de alta complejidad; por ejemplo, cirugía de base de cráneo, endoscópica y abierta, se requiere de REVISIÓN PROFUNDA DE MATERIAL EXISTENTE Y CONSUMIBLES para prevenir su acceso expedito durante la realización de procedimientos, de acuerdo con los Jefes de Servicio y con el Personal Quirúrgico directamente encargado de dichos procedimientos.

El material debe ser solicitado con información a la Subdirección de Cirugía de su requerimiento. Dichas reuniones se deben realizar periódicamente, cada seis meses con la Subdirección de Cirugía, por lo que cada cirujano que realice estos procedimientos tome en cuenta el número promedio de cirugías que realizará y solicite personalmente el material. Es de suma importancia que el médico cirujano tratante solicite esto con especificaciones y alternativas de casas comerciales que lo suministren, de tal manera que exista además un banco de datos con información de los proveedores que pueden suministrar los materiales. Asimismo, es necesario tomar en cuenta que las casas comerciales deben ser seleccionadas de acuerdo no sólo con costo, sino también con su capacidad para dar un mantenimiento adecuado al material existente y que sean capaces de honrar la póliza de seguro correspondiente.

En muchas ocasiones, los procedimientos son realizados por el servicio de Cirugía Oncológica sin el auxilio y participación de servicios consultantes que pueden optimizar el tratamiento quirúrgico de los pacientes. En caso de procesos neoplásicos con afección vascular mayor, no se cuenta con el servicio correspondiente.

En este sentido, deberá haber comunicación constante de cada Jefe de Servicio y Subdirección de Cirugía, para que exista coordinación y trabajo en equipo con los Servicios de Ciru-

gía Oncológica; de tal manera que se disminuya, en lo posible, la ausencia de los Servicios Consultantes: Neurocirugía, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Urología, etc.

Es frecuente que la afección vascular de un proceso neoplásico maligno requiera la participación, valoración por un cirujano vascular, así que se requiere la contratación de dicho especialista que hasta ahora sólo se contacta de manera personal por el cirujano en turno y cuando ha ocurrido una complicación mayor. Queda a criterio de cada uno de los servicios, señalar el especialista o especialistas cuya consultoría en el Instituto deba ser permanente.

## **INDICADORES**

Productividad por quirófano.

Productividad por cirujano.

Además de todos los indicadores que se informan a la HJG.

### **2.6 FLUJO DE CONSULTA:**

#### **PRECONSULTA Y CONSULTA**

## **SITUACIÓN ACTUAL**

El INCAN, en principio, es una Institución cuyo ámbito de atención es todo el territorio nacional. Por lo anterior, es muy importante llevar un registro de por lo menos 10 años de cómo se está comportando el patrón de referencia observado y el número de pacientes que solicitan preconsulta al INCAN. Particularmente en la actualidad, con los cambios que se están llevando a cabo en la salud pública. En el año 2022, se otorgaron 8,165 preconsultas, de las cuales se admitieron para consulta, de primera vez, 6,446 (78.9%). Por otra parte, es importante saber que sólo el 0.53% y 0.39% de los pacientes aceptados tenían ISSSTE e IMSS, respectivamente.

No se cuenta con la información públicamente disponible (es posible que sí la sepan las autoridades) del proceso desde que el

paciente solicita la consulta hasta que recibe su primer tratamiento. Cuántos consultorios existen de preconsulta y cuántos médicos los atienden, si son adscritos o residentes y en qué horario lo hacen.

En la actualidad, el paciente, una vez que es atendido en la consulta de primera vez, tiene que pasar a otro consultorio (ese u otro día) para que le elaboren la historia clínica. Ésta la elabora el residente de primer año y muchas veces se limita a hacer una revisión clínica muy superficial (a veces la realiza en los pasillos y generalmente llena los datos de la historia clínica copiando y pegando los datos de la nota de ingreso (yo lo hacía así cuando era residente). De esta forma, la historia clínica sólo representa una molestia para el paciente y no cumple la función de enseñanza para el residente, dadas las condiciones en que se realiza.

En relación con la consulta de primera vez, tengo información que hace algunos años, cuando se empezó a trabajar con las clínicas funcionales, estas trabajaban bien y se aceleraba el tiempo desde la primera vez al inicio del tratamiento. Esto se ha descuidado y al parecer ya no funciona tan bien como debería. Pero no hay manera de saber por qué no se ha medido sistemáticamente. Por ahora, las clínicas funcionales deberán continuar funcionando, sólo que habrá que evaluar objetiva y sistemáticamente su utilidad.

Otro aspecto muy importante que pasa desapercibido, y que se opone a la política de gratuidad, es que el paciente que llega a la preconsulta y necesita atención de urgencia o que requiere algún estudio para confirmar el diagnóstico, tiene que pagar por el servicio. El paciente puede llegar con 500 pesos como máximo y si no paga, no se le atiende. Esto debe solucionarse.

## **ACCIONES**

En las reuniones con la dirección médica, incluyendo el departamento de trabajo social,

se hará un mapeo detallado de todos los procesos involucrados. Se pondrá énfasis especial en que el número de consultorios para la preconsulta sea suficiente y que SIEMPRE haya adscritos atendiendo.

Otro aspecto importante que considerar es la entrevista para clasificación del nivel socioeconómico. Desde mi perspectiva, fuera de generar información demográfica y estadística, ésta ya no tiene lugar por la gratuidad. Por lo anterior, se pondrá a consideración a la HJG o la Comisión Coordinadora que NO se realice esta entrevista o, en su defecto, se otorgue un cuestionario al paciente y de allí se tome la clasificación sin necesidad de la consulta de entrevista. Dado que menos del 1% de los pacientes de primera vez son derechohabientes del IMSS, ISSSTE o alguna otra institución de seguridad social, se propondrá que se le asigne, en automático, un nivel y/o no se acepten en el INCAN, ya que le quitan la oportunidad a los pacientes sin seguridad social. Así se evita la duplicación de derechohabencia. Por supuesto, exceptuando las urgencias.

## INDICADORES

Tiempo desde que el paciente llega al INCAN hasta que es atendido en la preconsulta.

Tiempo del término de la consulta de preconsulta hasta que el paciente tiene la consulta de primera vez.

Tiempo total de que el paciente llega al INCAN hasta que sale del INCAN posterior a su consulta de primera vez.

Tiempo que transcurre desde la fecha de la consulta de primera vez hasta la consulta en donde se indica tratamiento inicial.

Tiempo que transcurre desde que se prescribe el tratamiento hasta la fecha en que se administra o recibe.

## 2.7 LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

## SITUACIÓN ACTUAL

Recientemente se hicieron cambios favorables en el modelo de atención del paciente hospitalizado. Ahora hay dos equipos de un R2 de oncología médica, dos R1 de oncología médica y dos R1 de medicina interna. Estos dos equipos están la jornada completa al cuidado de los pacientes, pero no siempre los adscritos pasan visita.

## ACCIONES

Se evaluará la necesidad de integrar un R3 al equipo y/o designar un adscrito que esté la jornada completa a cargo de los pacientes hospitalizados, supervisando dichos equipos.

## INDICADORES

Existen indicadores de hospitalización y de medicina de alta especialidad que reflejan la situación de la calidad de atención de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, se estudiará agregar otros indicadores. Y sobre todo que cuando se informen, se agregue en columnas adicionales los valores absolutos y el "estándar" ideal.

## 2.8 ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN

## SITUACIÓN ACTUAL

A nivel mundial, existe una preocupación enorme sobre el uso y abuso de los exámenes de laboratorio e imagen. Los indicadores internacionales de la OMS y la OECD, y por supuesto de la CCINSHAE utilizan el número total de pruebas que se realizan. Existen publicaciones donde se manifiesta que hay un ABUSO de los exámenes paraclínicos, pero como tal NO existen indicadores de su buen uso o uso eficiente (**Baxi et al., 2017; Lippi et al. 2017**).

El INCAN reporta que en el año 2022 se realizaron: 2,255,778 estudios de laboratorio, 49,143 de radiodiagnóstico, 11,400 ultrasonidos, 44,985 estudios TAC y 4,688 de RMN. Se practicaron un total de 44,643 de medicina nuclear. Estas cifras no permiten

saber si se están usando de manera eficiente. En particular, en cáncer hay una gran oportunidad de eficientar estos servicios, lo cual representaría ahorros muy grandes a las instituciones.

Se ha documentado en la literatura abuso en los exámenes para estadificación del cáncer. Por poner un solo ejemplo, la literatura no recomienda PET-CT en los pacientes con cáncer de mama en estadio clínico II. En el INCAN, todos los pacientes con este estadio clínico se envían a PET-CT para estadificación. En cáncer de próstata temprano también es rutinario el uso de gammagrama óseo para estadificación cuando en realidad no está indicado. El uso de exámenes de "rutina", como biometría hemática, química sanguínea y algunos (no todos), los marcadores tumorales NO tienen utilidad alguna en el seguimiento de prácticamente todas las neoplasias. Sin embargo, nadie cuestiona su uso y se realizan rutinariamente. Lo mismo pasa con varios estudios de imagen. El uso del Papanicolaou, como seguimiento en las pacientes con cáncer de cérvix, tampoco tiene papel en el seguimiento, pero se sigue realizando.

## ACCIONES

En las reuniones de toda el área de la Dirección Médica se analizará esta problemática, y específicamente se actualizarán y se hará obligatorio respetar las mismas en cuanto al uso de exámenes de laboratorio, imagen y medicina nuclear. Se analizará la implementación de agregar una función al INCANET para controlar que no hay abuso en las solicitudes de estudio; además, la Subdirección deberá establecer un programa para que personal designado revise de manera aleatoria que los estudios solicitados estén justificados y de acuerdo con las guías establecidas. Es importante que la decisión deberá ser consensada o por mayoría con el compromiso profesional de respetar la indicación (**Cadamuro 2019**).

## INDICADORES

No existen indicadores más allá del número total de pruebas que se realizan anualmente. Se planea la evaluación de este fenómeno para proponer indicadores más informativos sobre el uso eficiente de los estudios paraclínicos.

## 2.9 PATOLOGÍA

### SITUACIÓN ACTUAL

La Subdirección de Patología está organizada en tres departamentos: Patología Quirúrgica, Patología Postmortem y Patología Molecular e Inmunopatología. Los 16 patólogos están distribuidos en las diferentes áreas de la subespecialidad.

Las actividades en que participan incluyen asistenciales, docentes y de investigación, aunque no en la misma proporción. El desempeño laboral está enfocado, primordialmente, en las actividades asistenciales que incluyen el análisis de biopsias y piezas quirúrgicas, estudios transoperatorios, citologías y autopsias que, prácticamente, ya no se realizan. En el año 2022 se registraron más de 17,000 estudios de biopsias y piezas quirúrgicas.

En términos generales, y dependiendo de si se trata de una biopsia o pieza quirúrgica, sin dificultades de diagnóstico, el informe final del estudio se entrega el lapso de dos y cinco días, respectivamente; si el caso requiere estudios especiales o un muestreo más extenso de la neoplasia, pueden requerir de dos a cinco días adicionales. Esto suele verse afectado, por supuesto, por la falta de insumos y consumibles o bien, por la falta de mantenimiento del equipo utilizado.

La carga mayor de trabajo se concentra, principalmente, en las áreas de patología mamaria, genitourinaria y gastrointestinal, y no todos los patólogos participan equitativamente en todas y cada una de dichas actividades. Actualmente, hay un desequilibrio en la carga de trabajo para los médicos patólogos.

Situaciones semejantes suceden con algunos técnicos del laboratorio de microscopía electrónica y de patología molecular, cuya carga de trabajo es mucho menor que la de los técnicos de patología quirúrgica,

Situación semejante ocurre para los médicos residentes. Aquellos en los cursos de Citopatología y Microscopía Electrónica tienen mucho menos carga asistencial, que los residentes de Patología Oncológica.

## **ACCIONES**

Al igual que en otras áreas de la oncología, no existen parámetros de eficiencia, en parte por las dificultades inherentes a la patología quirúrgica. Las biopsias y piezas quirúrgicas tienen grados variables de dificultad, en la interpretación morfológica, el tipo de lesión y la necesidad de estudios especiales como inmunohistoquímica. Por lo tanto, es necesario generar parámetros de eficiencia.

Se deberá hacer una reasignación de las labores de todo el personal de la Subdirección (médicos y técnicos) para hacerla más equitativa y, por ende, aumentar la productividad sin necesidad de nuevas contrataciones.

La jefatura del Departamento de Citopatología fue removida administrativamente y trasladada a otra área, por lo que quedó como Servicio de Citopatología. Dada la casi nula actividad del Departamento de Patología Postmortem, ésta deberá desaparecer y restituir el de Citopatología.

Una propuesta que permitiría redistribuir la carga asistencial de los médicos residentes para permitirles el mejor aprovechamiento didáctico sería incorporar, internamente, a todos los residentes, en un solo programa mixto integral, que les permita tener acceso a todas las áreas de la subdirección, quedándose cada uno con Profesores Titulares y Adjuntos de los mismos cursos y no perder las sedes respectivas.

## **INDICADORES**

Generar indicadores de productividad, no sólo informar a la HJG la cantidad de estudios histopatológicos y citológicos realizados. Estos incluirán el número de diagnósticos y otras actividades asistenciales como estudios transoperatorios por mes por cada patólogo.

Por ejemplo, se integrará al expediente electrónico, programas digitales de evaluación que, ya sea por conteo de laminillas o por puntajes basados en la complejidad de los estudios, como ya han sido utilizados en otros países, permitan implementar medidas adecuadas para la distribución homogénea de la carga laboral y así incrementar la eficiencia de los procesos llevados a cabo en la Subdirección.

## **3. DOCENCIA. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS EN CÁNCER, CON ÉNFASIS EN EL HUMANISMO**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

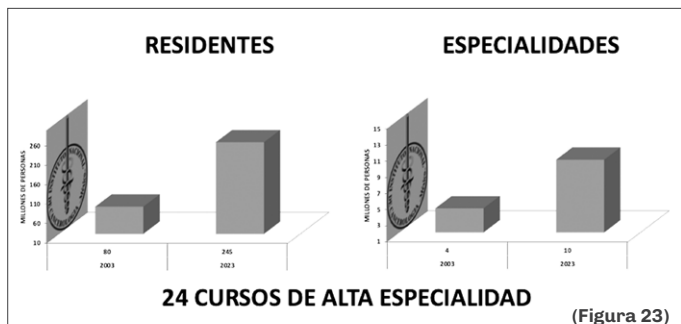
Como en la atención hospitalaria, no existe un análisis crítico de la situación del INCAN en la formación de recursos humanos y los resultados presentados en los informes a la JG se limitan a aspectos cuantitativos que no permiten una evaluación cualitativa.

En la formación de médicos especialistas y otros profesionales de la salud, el INCAN ha avanzado, por lo menos, desde el punto de vista cuantitativo. En el año 2003 había un total de 80 residentes de especialidad, mientras que para el año 2022 el número se ha incrementado a 245 residentes totales (seis abandonaron la residencia, por lo tanto se reportaron 139). En el año 2003 sólo existían las tres residencias troncales de oncología (Oncología Médica, Radio-Oncología y Cirugía Oncológica). Actualmente, se imparten 10 residencias de especialidad y se imparten 24 cursos de alta especialidad. Asimismo, se



ofertan cursos de pregrado, posgrado y lugares para realizar servicio social. (Figura 23)

sidentes, particularmente aquellos de menor jerarquía.



### ACCIONES

A partir del primer día de la toma de mi encargo, daré a conocer la Norma anteriormente referida y tomaré dos acciones inmediatas. De acuerdo con el punto 7.4 de la Norma (quienes realizan una residencia médica no pueden asignar guardias a otros médicos residentes), se prohibirán las guardias de castigo,

Cabe destacar que la imagen que se tiene del INCAN como centro para realizar la especialidad en oncología es la de uno con exceso de trabajo, un ambiente laboral muy jerarquizado y hostil, y en donde se aprende por "reboamiento". Se prioriza la atención médica sobre la enseñanza. Los casos de abuso de todo tipo son frecuentes. Los estudios en otros países que han evaluado el ambiente laboral en las residencias médicas, uniformemente revelan que existe abuso físico y psicológico, así como discriminación.

Contrario al "Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica", publicada el 10 de abril de 2023 en el DOF, se sigue permitiendo que el residente de mayor jerarquía imponga guardias de castigo, sólo por mencionar alguna de las situaciones irregulares. Por otra parte, se percibe que, con algunas excepciones, los profesores titulares del curso lo son por el hecho de ser jefes de servicio, departamento o subdirector.

Por otra parte, tradicionalmente existe una sesión para todos los residentes a las 7 de la mañana de todos los días, y que es un espacio en donde se observan y toleran acciones de abuso que vulneran la dignidad de las re-

se y se suspenderán las sesiones de las 7 a 8 de la mañana. En su lugar, en un plazo no mayor a una semana, los profesores titulares de cada uno de los cursos impartirán el mismo de 7 a 8 de la mañana.

Los residentes de cada una de las especialidades troncales elegirán mediante votación secreta a su profesor titular. Como este nombramiento debe ser aprobado por las autoridades universitarias, se hará la gestión correspondiente para hacer oficial el cambio.

En el primer mes de gestión, junto con la Dirección de Docencia y áreas involucradas, se realizará un diagnóstico situacional integral de la docencia en el INCAN para proponer un plan de trabajo específico en donde se materialice la norma oficial mexicana antes referida. Esto incluye la formación de un cuerpo colegiado responsable de la docencia y establecer que todos los profesores titulares del curso cumplan con su responsabilidad. Por supuesto, asegurar que se cumpla al 100% con los programas académicos para todos los cursos de especialidad y alta especialidad.

El humanismo del médico es parte integral de su formación. Especialmente en el área de la oncología, el humanismo es parte esencial de la formación que se ha ido relegando. Se agregará al programa un curso de humanismo para los residentes que contemple, aun-

que no se limite, a:

- ¿Por qué se busca al médico?
- La relación médico-paciente
- Brechas entre el ejercicio médico y el enfermo
- Discurso médico
- Los lenguajes del paciente
- Entrevista clínica y personalidad
- La familia del paciente
- El daño iatrogénico en la relación médico-paciente
- Empatía
- El clínico ante la tecnología diagnóstica moderna
- El síndrome de somatización
- El dolor
- El paciente, el médico y la ética
- El paternalismo y la mentira piadosa
- Las reacciones de los enfermos ante el hecho de enfermar
- El tratamiento del padecer
- El ansia de vivir
- El curanderismo
- El médico roto
- Padecer y religión
- Dilemas del médico ante el enfermo de gravedad: ética y tecnología
- El médico ante la muerte
- ¿Es importante el conocimiento de la historia de la medicina?
- El retiro del médico
- El futuro de la medicina

#### **INDICADORES**

Incremento de la demanda sobre la oferta para los años lectivos a partir de 2024, de las cinco especialidades troncales (oncología médica, hematología, radio-oncología, cirugía oncológica y ginecología oncológica). Prevemos dar un giro a la residencia en los primeros seis meses de la gestión, lo cual combinado con una buena estrategia de medios, hará que el INCAN sea la primera opción para los que aspiran a ser oncólogos en nuestro país.

El indicador tendrá como comparador la relación entre demanda/oferta observada en los 10 años previos. En este momento no se cuenta con la información, pero será obtenida por el próximo director de docencia para su análisis.

Resultado de las evaluaciones del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM, UNAM) y del Consejo de Oncología (certificación y re-certificación) para los egresados del INCAN, en comparación con los egresados de otras instituciones.

#### **4. INVESTIGACIÓN. INCREMENTAR EL NÚMERO Y LA CALIDAD DE LAS INVESTIGACIONES DEL INCAN Y QUE LOS RESULTADOS SE APLIQUEN AL QUEHACER INSTITUCIONAL**

En palabras del Dr. Ruy Pérez Tamayo, y publicado en la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, "el médico tiene la obligación moral de contribuir (o por lo menos de intentar hacerlo) al universo de información que nos sirve a todos los miembros de la profesión para ofrecer el mejor servicio posible al paciente. No se trata de abandonar la clínica o la sala de cirugía por el laboratorio o el microscopio electrónico, sino de cultivar el espíritu científico en la práctica de la medicina, que por otro lado es lo que distingue al médico del curandero o del charlatán. La ciencia se distingue de otras actividades humanas, como la política o la administración de empresas, en que aprende de sus errores, para lo que necesita reconocerlos, examinarlos e intentar explicarlos. El análisis sistemático de la actividad clínica cotidiana sugiere una rica variedad de preguntas cuya respuesta desconocemos; la ética médica demanda que intentemos resolverlas, para mejorar la calidad de la atención que ofrecemos a nuestros enfermos y el contenido de las enseñanzas que impartimos a todos los que se beneficien de ellas. No investi-

gar (o por lo menos no intentarlo) es una grave falta de ética médica".

Con este fundamento queda bastante claro que para la profesión médica, y en particular para aquellos que laboramos en los Institutos Nacionales de Salud, existe la responsabilidad ineludible de hacer investigación, pero guiados no sólo por la necesidad de publicar para obtener reconocimiento profesional y estímulos laborales, sino para que aquella se traduzca en acciones para cumplir con los objetivos de la práctica de la medicina que no son otros que: "Luchar para que los hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos toda su vida y finalmente mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible".

Como ha dicho el Dr. Varmus (**Fortune magazine**): "Los investigadores hemos trazado el circuito interno intrincado de la célula humana en extraordinario detalle, hemos identificado decenas de cadenas moleculares de la comunicación, o vías de señalización". Es decir, la comunidad científica sabe (o cree saber) casi todos los pasos bioquímicos que una célula sana utiliza para multiplicarse, detener su crecimiento y detectar daños internos y morir en el momento adecuado, así como la forma en que muchos de los genes se codifican para estos procesos. Por extensión, sabemos cómo y por qué estos mismos mecanismos se descomponen en una célula maligna.

De acuerdo con PubMed, la comunidad mundial de investigación del cáncer ha publicado millones de artículos, en gran medida centrados sobre este circuito y sus genes relacionados, pero de alguna manera, en el camino, algo importante se ha perdido. La búsqueda del conocimiento se ha convertido en un fin en sí mismo en lugar de un medio para un fin (reducir la mortalidad por cáncer) y la investigación se ha hecho cada vez más estrecha, tanto que médico-científicos que quieren pensar sistemáticamente sobre el cáncer o el organismo como un todo -o que pueden tener

enfoques completamente nuevos- a menudo no pueden obtener financiamiento porque no siguen el paradigma actual de la investigación.

Sydney Farber, quien es considerado como el padre de la investigación del cáncer, dijo hace algunos años (why we are losing the war on cancer): "No podemos esperar a lograr una comprensión completa del cáncer, los pacientes con cáncer que van a morir este año no pueden esperar". Farber testificó en las audiencias del Congreso de EUA y señaló "que la historia de la medicina está llena de ejemplos de curaciones obtenidas años, décadas, e incluso siglos antes de que el mecanismo de acción de los medicamentos se entienda". Sin renunciar a la búsqueda del conocimiento per se, es importante que nuestras investigaciones tengan como prioridad implementar acciones concretas para prevenir, diagnosticar tempranamente o tratar los enfermos con cáncer. La urgencia es real. Uno de cada cuatro de nosotros nos veremos en la situación de contar con tratamientos efectivos para controlar nuestro cáncer.

Creo vehementemente, entonces, que no existe razón alguna que impida a los investigadores del Instituto Nacional de Cancerología hacer contribuciones importantes al control de esta enfermedad. Los recursos para investigación son importantes, pero más lo es, el ingenio y el deseo genuino de contribuir a la solución de esta enfermedad. Quizá esto parezca un sueño, pero, al fin y al cabo, los sueños mueven al mundo.

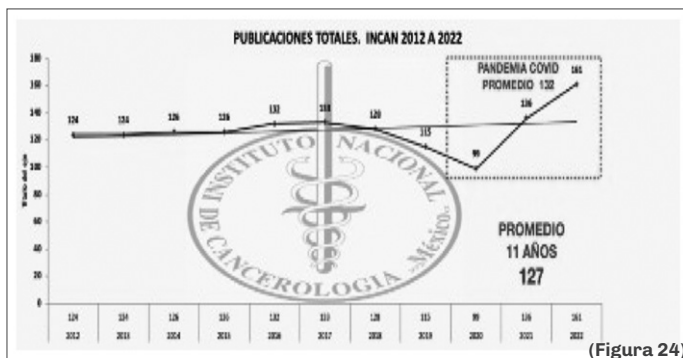
## **SITUACIÓN ACTUAL**

### **Productividad científica del INCAN en los últimos 11 años**

A pesar de que la publicación de artículos científicos parece haberse convertido en un fin más que en un medio para alcanzar y aplicar el conocimiento y reducir la mortalidad del

cáncer, sigue siendo la medida por excelencia para evaluar la productividad científica en los Institutos Nacionales de Salud, y en general lo es para todas las instituciones nacionales e internacionales. Esto requiere de un profundo análisis de todo el sistema de investigación nacional, pero no es el objetivo de este plan. Por otra parte, es evidente también, aunque no tan fácil de demostrar objetivamente que, para cualquier institución de salud, la productividad científica es el reflejo, por lo menos parcialmente, del nivel de excelencia y procesos de atención médica y docencia.

En el INCAN, y con base en los informes de evaluación de la administración para las Juntas de Gobierno, el comportamiento en productividad de los 11 años anteriores es el siguiente: **(Figura 24)**



**(Figura 24)**

Esta gráfica muestra el comportamiento de todas las publicaciones científicas independientemente de la categoría a la que pertenecen clasificadas por el factor de impacto. También son el reflejo de las publicaciones totales, ya sea si se originan del personal con categoría de investigador o médico adscrito. No me fue posible hacer un análisis en cuanto a esos dos factores porque los informes a HJG no están disponibles públicamente en su totalidad y, por otra parte, en los últimos años la clasificación de las publicaciones por grupo en relación con su factor de impacto ha cambiado.

Asimismo, la forma de reportar las publicaciones en cuanto a su origen (investigación o área médica) tampoco ha sido uniforme.

Independientemente de lo anterior, lo que es claro es que la productividad se ha mantenido sin grandes cambios, como lo refleja la línea de tendencia. El promedio para estos 11 años es de 127 publicaciones totales por año. También es evidente que los últimos tres años reflejan los efectos de la pandemia en este sentido. Bajó en 2020, se restableció en el año 2021 y se compensa en el año 2022, pero el promedio para estos tres años se mantuvo en 132, muy parecido al promedio del periodo total.

La evaluación de este comportamiento puede ser positivo, negativo o mediocre. Sin embargo, desde mi perspectiva, creo que debiera haber sido mejor porque el número

de investigadores se ha incrementado, aunque poco, pero como consecuencia hay mayor cantidad de alumnos de posgrado y se han abierto más grupos de investigación en los últimos años. Asimismo, el número de personal médico adscrito a la Institución también se ha incrementado.

En mi opinión, la productividad permanece estancada como consecuencia de las

deficiencias en la atención médica y, en general, todos los procesos involucrados. La desmotivación, inequidad y falta de transparencia en la Dirección de Investigación, sin duda es un factor contribuyente para la productividad estancada. En este caso, dado que mi labor en el Instituto Nacional de Cancerología es como investigador adscrito a la Subdirección de Investigación Básica, de la Dirección de Investigación, puedo mencionar la situación que se vive.

## 4.1 INVESTIGACIÓN BÁSICA

La contratación de investigadores, la conformación de nuevos grupos de investigación y la asignación de espacios en los laboratorios es discrecional, como lo es la asignación de los recursos fiscales para los grupos de investigación. Este proceso de asignación de recursos también ha sido inconstante, ya que hubo años en donde no se ejerció el presupuesto para investigación básica por deficiencias en la administración. En los últimos años se han adquirido equipos sofisticados y de alto costo que no se ponen a disposición de todos los grupos de investigación, a pesar de que son equipos institucionales y muchos de ellos se subutilizan o simplemente no funcionan porque no se aplican los recursos para su mantenimiento.

En la Subdirección de Investigación Básica hay 13 grupos de investigación. Sin embargo, poco menos de la mitad de todo el espacio de laboratorios y los investigadores asociados pertenecen al grupo del Exdirector de Investigación próximo anterior. El promedio de espacio en metros cuadrados para todos los jefes de grupo, excluyendo al Dr. Luis Alonso Herrera, es de 76.2 m<sup>2</sup> (sin mencionar que hay jefes de grupo que comparte el espacio), mientras que su laboratorio es de 320m<sup>2</sup> sin contar sus áreas de oficina y otras. En cuanto a los investigadores asociados a cada grupo, el promedio es de 2.6 mientras que dicho grupo tiene 12. Por supuesto no existe información sobre cómo se asignan los recursos de investigación para cada grupo.

Asimismo, existe poca o nula comunicación entre la investigación básica y el área médica, lo que lleva a fragmentación de las líneas de investigación y duplicación de servicios proporcionados. Por ejemplo, existe un laboratorio de "investigación traslacional" en el área médica, existe otro laboratorio de biología molecular en la Subdirección de Patología y existen los laboratorios de investigación básica. Todos ellos

utilizan las mismas técnicas de diagnóstico o farmacogenéticas, lo que limita la eficiencia y la oferta de pruebas a nivel Institucional.

Finalmente, tampoco hay un rumbo claro hacia dónde vamos en la investigación del INCAN, a excepción de la directriz de que se debe cumplir con un mínimo de protocolos y publicaciones para que el informe del Director General ante la HJG satisfactorio. Es decir, las publicaciones se ven como un fin administrativo y no como medio para lograr avances contra el cáncer.

### ACCIONES

Es necesario crear un nuevo escenario para que el INCAN mejore radicalmente y avanzar el conocimiento científico, relacionado con el diagnóstico, tratamiento, y prevención del cáncer. Además, existe la necesidad de acrecentar la formación de recursos humanos en dichos temas, así como una imperiosa necesidad de lograr un mayor acercamiento y vinculación entre la investigación básica y la práctica clínica. Con este objetivo se realizará la siguiente reestructuración:

#### **Organización administrativa**

Reestructuración de sus objetivos y funciones operativas, dentro de un esquema científico-académico, hacia tres vertientes rectoras de desarrollo

#### **Investigación**

#### **Docencia y formación de científicos**

#### **Divulgación científica**

Con esto se busca retomar y reforzar el papel de la Dirección de Investigación como en un motor de desarrollo e innovación que proyecte iniciativas modernas y novedosas para el estudio y entendimiento de los fundamentos científicos y clínicos del cáncer, que puedan ser implementados en la práctica clínica del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades oncológicas.

1. Creación de un Reglamento Interno de la Dirección de Investigación.
2. Reestructuración de la organización interna de la siguiente manera, creando y definiendo las siguientes estructuras:
  - a. Consejo de Investigación
  - b. Comisión Evaluadora
  - c. Grupos de Investigación
  - d. Personal de Investigación
  - e. Unidades de Apoyo a la Investigación

Bioterio

MicroPET/SPECT/CT

Unidad de Microscopía

Secuenciadores

Unidad de Citometría

**a. El Consejo de Investigación será un cuerpo colegiado de investigadores, que servirá como un órgano de consulta de la Dirección de Investigación. Este consejo se integrará de la siguiente manera, con voz y voto:**

- El Director de Investigación, quien lo preside,
- Los Subdirectores de Investigación Básica y Clínica, quienes pueden presidir en ausencia del Director, y fungirán como secretarios del Consejo.
- Los Jefes de los Grupos de Investigación.
- Dos representantes de los investigadores.
- Coordinadores de Unidades de apoyo (solo voz).
- Un investigador externo reconocido (con voz y voto).

El Consejo de Investigación tendrá las siguientes funciones:

- Conocer y opinar respecto de los asuntos que presente el Director de Investigación y/o los Subdirectores.
- Conocer y opinar sobre las contrataciones y promociones del personal de investigación, así como de las solicitudes de comisiones y licencias.

- Dar seguimiento a los seminarios que presenten los aspirantes a contrataciones, renovaciones de contrato y promociones.
- Conocer y opinar sobre el proyecto de presupuesto de la Dirección de Investigación y sobre los criterios para la asignación presupuestal a los distintos grupos de investigación.
- Evaluar los informes anuales del personal de investigación.
- Constituir las comisiones permanentes o especiales que se consideren necesarias para tareas determinadas, y conocer y opinar sobre los resultados de su labor.
- Contribuir en la discusión y planeación de la política de investigación del INCAN.
- Conocer y opinar sobre los proyectos de colaboración, convenios y contratos con otras instituciones.
- Emitir opiniones y/o recomendaciones sobre la conveniencia de iniciar y terminar proyectos de investigación; así como de la creación, reestructuración y cancelación de laboratorios y grupos de investigación, y dar seguimiento al avance de sus proyectos.
- Conocer y opinar sobre las remuneraciones adicionales al personal de investigación, en los términos de los Reglamentos del INCAN sobre los Ingresos Extraordinarios.
- Velar por el cumplimiento del reglamento interno.

**b. La Comisión Evaluadora estará constituida por cinco miembros y tendrá las siguientes funciones: evaluar y opinar sobre los informes de los Grupos de Investigación y del Personal de Investigación; las solicitudes de promoción y la contratación del personal de investigación; así como evaluar otros asuntos científicos y académicos que el Consejo de Investigación le turne.**

- La Comisión estará constituida por miembros de la comunidad científica, externos al INCAN, del área médico-biológica y

- afines, que se hayan distinguido en su disciplina, y preferentemente deberán tener un alto nivel y reconocimiento académico.
- Dos de los miembros serán nombrados por el Director de Investigación y los otros tres por el Consejo de Investigación.
  - La Comisión designará de entre sus miembros al que deba fungir como presidente, secretario y vocales. La Comisión puede sesionar con la asistencia de tres de sus miembros. Los acuerdos se toman por mayoría simple.
  - Cada dos años se revisará la integración de la Comisión Evaluadora para modificarla cuando así convenga a juicio del Consejo de Investigación. En caso de renuncia de alguno de sus integrantes, la sustitución se llevará a cabo por la instancia que hizo la designación respectiva.

### **c. Los Grupos de Investigación estarán organizados de la siguiente forma:**

- Su creación requiere la aprobación del proyecto(s) de investigación correspondiente, por parte del Consejo de Investigación y la Comisión Evaluadora, con la ratificación del Director de Investigación y del Subdirector correspondiente.
- Su duración dependerá de las metas y logros del proyecto correspondiente, pero requiere ser ratificada anualmente por el Consejo de Investigación.
- La participación de investigadores, posdoctorantes y ayudantes de Investigación en estos grupos puede ser voluntaria y/o por asignación del Director, pero involucra un compromiso de colaboración, y presentación de logros y resultados dentro del grupo.
- El Jefe de Grupo es designado por el Director de Investigación con la opinión del Consejo de Investigación y la Comisión Evaluadora, así como los miembros del grupo.

Para ser jefe de grupo se requiere:

- Pertener al Sistema Nacional de Investigadores, por lo menos en nivel I.
- Tener el grado de Doctor.
- O tener, por lo menos, 10 publicaciones indexadas como primer autor o correspondiente.
- Haber formado por lo menos un alumno de licenciatura, maestría o doctorado.
- Tener una línea de investigación bien definida.

La creación, reestructuración o cancelación de un Grupo de Investigación se hará sobre la base de una propuesta del Director de Investigación, previa consulta con el Consejo de Investigación y con la opinión de la Comisión Evaluadora.

Para la creación de un nuevo Grupo de Investigación se requiere elaborar un proyecto que incluya los siguientes puntos: línea(s) de investigación, objetivos del grupo, perspectivas de desarrollo y de coherencia de las líneas de investigación propuestas, recursos humanos existentes, plan futuro de desarrollo: programa de formación de recursos humanos y docencia, y necesidades inmediatas y futuras.

### **d. Los Jefes de Grupo tendrán las siguientes atribuciones y obligaciones**

- Propiciar que las labores científicas y académicas de los miembros de su grupo, se realicen en las mejores condiciones.
- Informar al Director sobre los requerimientos y problemas de su grupo.
- Participar con voz y voto en el Consejo de Investigación.
- Informar a los miembros de su grupo sobre los asuntos tratados en el Consejo de Investigación.
- Encargarse del ejercicio presupuestal de su Grupo de Investigación.
- Presentar al Consejo de Investigación un informe anual detallado (indicando publi-

caciones, actividades docentes y de divulgación, ejercicio presupuestal, etcétera) de las actividades de su grupo y el Plan de Trabajo para cada año.

- Recopilar iniciativas sobre asuntos que conciernen al grupo y presentarlas a la instancia correspondiente.
- Las que le asigne el Director.

**e. Las Unidades de apoyo a la investigación tendrán como finalidad respaldar las labores que se realizan en la Dirección de Investigación, brindando servicios especializados de alta calidad.**

- Las Unidades de apoyo a la investigación estarán a cargo de los Subdirectores de Investigación Básica o Clínica. Para cada Unidad de apoyo el Director de Investigación nombrará un coordinador.
- Las Unidades de apoyo a la investigación podrán contar con un reglamento interno de funcionamiento en los casos que el Consejo de Investigación juzgue pertinente.

El personal de investigación estará constituido por los Investigadores y ayudantes de investigación contratados por INCAN, y/o adscritos a la Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer INCAN-UNAM del Instituto.

- Los consejeros representantes ante el Consejo de Investigación, propietarios y suplentes serán elegidos mediante votación mayoritaria, libre, directa y secreta de entre el personal de investigación.
- Por cada consejero representante propietario se elegirá un suplente, el cual sustituirá al consejero propietario en caso de ausencia. Para ser consejero representante, tanto propietario como suplente, es necesario ser personal de investigación adscrito a la Dirección de Investigación, preferentemente en la categoría de superior a C o equivalente.

**Consideraciones particulares prioritarias para la reestructuración y proyección de la Dirección de Investigación**

Relación interinstitucional con la UNAM y otros Institutos de Investigación.

La Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer (UIBC) INCAN-UNAM.

Direcciones de Investigación de otros Institutos de la Secretaría de Salud o del CONAHCyT.

Criterios de contratación de personal de investigación.

No contratación de estudiantes adscritos a los grupos de investigación.

Situación laboral y becas recibidas por el CONAHCyT.

Criterios de asignación presupuestal a los Grupos de Investigación y Unidades de Apoyo.

Becas posdoctorales  
INCAN CONAHCyT

Apoyos para estancias de investigación en el extranjero o congresos nacionales o en el extranjero (becas y/o permisos).

Informes de actividades y evaluaciones del personal de investigación y de los Grupos de Investigación.

**Unidades de apoyo**

Se requiere un coordinador de Bioterio, con amplia experiencia para desempeñar actividades de apoyo a los grupos de investigación para el manejo de animales de experimentación.

Certificación del Bioterio ante SAGARPA.

Biblioteca digital que permita el acceso a revistas científicas de reconocimiento internacional.

Aprovechar el convenio INCAN-UNAM para tener accesos a la base de revistas digitales de la UNAM

Divulgación y promoción de las investiga-



ciones realizadas en el INCAN. Manejo eficiente, transparente y con informaciones periódicas (trimestrales) de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas sobre el manejo de los recursos asignados a:

Proyectos CONAHCYT

Protocolos clínicos con la industria farmacéutica.

Compras y ejercicio de recursos extraordinarios.

Pagos por servicios a la industria privada.

Informe de Actividades del Director de Investigación y rendición de cuentas.

## INDICADORES

Publicaciones totales e índices de productividad.

Formación de recursos humanos.

Citas e Índice H de Google Académico

## 4.2 INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Subdirección de Investigación clínica es la otra subdirección de la Dirección de investigación.

Tradicionalmente, la Subdirección de Investigación Clínica sólo ha realizado las siguientes funciones: i. Llevar un registro y seguimiento de los protocolos de investigación, ii. Operar los comités de investigación y de Ética en la investigación y iii. Registrar las publicaciones Institucionales trimestralmente para fines de información a la Subdirección de Planeación para la elaboración de los informes a la HJG. Por lo tanto, su función está relativamente desligada de la atención médica, lo que no permite capitalizar el potencial del área médica en su capacidad de investigación.

Actualmente, la Subdirección está formada por oncólogos clínicos cuya actividad está coordinada por Oncología Médica, un cirujano oncólogo al que le tienen prohibido estar en la atención médica, un exdirector general, dos médicos genetistas y dos investigadores de

laboratorio. Además de una médica coordinadora de estudios clínicos. Como tal, esta subdirección parece no tener identidad propia.

El departamento de Epidemiología se eliminó y ahora es el departamento de Unidad de Contabilidad de Recursos Externos que maneja los recursos generados por los protocolos de investigación de la industria farmacéutica, los recursos de CONAHCYT y otras fuentes externas para investigación.

El número de protocolos de la industria farmacéutica fue de 98 en 2008, 62 en el año 2012 y 48 en 2022.

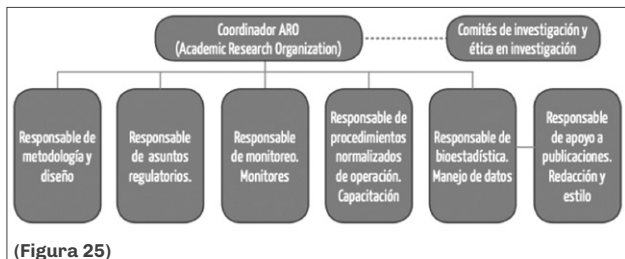
Una de las razones por la cual el INCAN es menos atractivo para la industria farmacéutica como sitio de investigación clínica es el retraso para iniciar un protocolo que actualmente puede tardar hasta un año, debido a un funcionamiento subóptimo del comité Institucional de Ética en Investigación y para la formalización del convenio de investigación.

## ACCIONES

Es necesario crear un nuevo escenario para que el INCAN mejore radicalmente en la generación de conocimiento en oncología; es decir, en el avance del conocimiento científico relacionado con el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer, así como la necesidad de acrecentar la formación de recursos humanos en dichos temas, y la imperiosa necesidad de lograr un mayor acercamiento entre la investigación básica y la práctica clínica.

**1.** Se creará una organización académica de investigación (ARO o Academic Research Organization) dependiente de la Subdirección de Investigación Clínica. (Figura 25) La ARO es el equivalente a una CRO o Contract Research Organization, siendo la única diferencia que no es externa o por contrato, sino interna o institucional. La ARO o la CRO se definen como una organización de investigación que brinda apoyo para el diseño y conducción de estudios clínicos en todas sus fases (I, II, III, IV, estudios

observacionales y de farmacovigilancia). La estructura organizacional de la ARO se muestra en el siguiente organigrama:



Esta propuesta es completamente factible, ya que el INCAN cuenta con personal capacitado para crear esta ARO. Actualmente, existen alrededor de 20 personas que fungen como coordinadores, monitores y que atienden los asuntos regulatorios de los estudios propios o académicos y de la industria farmacéutica, y que están dispersos en los diferentes departamentos del Instituto. Con ellos se integrará la ARO. El objetivo es que atiendan las necesidades de la conducción de los estudios de origen interno, ya que los externos están a cargo de las CRO contratadas por las compañías farmacéuticas.

2. Se analizará la factibilidad de proponer que TODOS los estudios patrocinados por la industria farmacéutica, nacional e internacional se lleven a cabo en el turno vespertino, con lo cual se incrementará la capacidad del INCAN para la atención de pacientes.

3. Desde hace varias administraciones se desapareció el departamento de Epidemiología, perteneciente a la Subdirección de Investigación Clínica, y fue substituida por el departamento de Unidad de Contabilidad de Recursos Externos (UCRE) que maneja los recursos generados por los protocolos de investigación de la industria farmacéutica, los recursos de CONAHCYT y otras fuentes externas para investigación. Desde mi perspectiva, ese cambio no abona a la transparencia,

por lo que esta área pasará a la Dirección de Administración y se restablecerá el Departamento de Epidemiología. La investigación epidemiológica tanto de la población del INCAN como la del país es fundamental.

4. Se propondrá a la HJG la creación del Departamento de Farmacoeconomía y Optimización Terapéutica. El objetivo de este nuevo departamento es doble. Por una parte, innovar y proponer a nivel nacional e internacional una forma nueva de modelo de evaluación farmacoeconómica de los nuevos tratamientos contra el cáncer.

Por otra parte, se analizará y propondrá una serie de estudios clínicos para determinar las mejores conductas terapéuticas en cuanto a dosis y esquemas, comparaciones directas y reposicionamiento terapéutico. Por mencionar sólo dos ejemplos muy concretos.

**A.** Existe evidencia de estudios aleatorizados que la olanzapina (que cuesta menos de 40 pesos) es tan o más efectiva que el aprepitant para náusea y vómito tardío de la quimioterapia, y la caja cuesta 2 mil 350 pesos) (**Ithi Makin et al, 2020; Liu et al. 2022**). De inmediato, convocaré al área de Oncología Médica para acordar que la olanzapina debe usarse de rutina con la consiguiente reducción de costos.

**B.** La talidomida es igualmente efectiva que la lenalidomida para el mieloma múltiple, de acuerdo con dos estudios aleatorizados (**Zweerman et al, 2015; Stewart 2014**). Sin embargo, la lenalidomida es más fancy y se ha posicionado a base de publicidad, pero la talidomida cuesta como 400 pesos y la lenalidomida 112 mil pesos al mes). La lista de opciones terapéuticas que ahorrarían millones de pesos al erario es extensa.

## INDICADORES

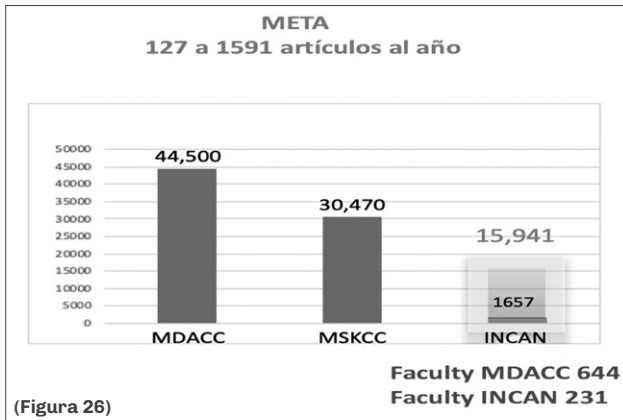
Gasto anual en medicamentos.

Publicaciones científicas y de difusión.

Número de protocolos de origen interno.

Con relación a la investigación, quiero manifestar que, para mí, es muy importante tener expectativas altas.

En la siguiente gráfica se observa la productividad del primer y segundo centros mejor posicionados a nivel mundial. En los últimos 10 años, el MDACC ha publicado 44,500 artículos mientras que el MSKCC 30,470. En contraparte, el INCAN ha publicado 1,657 artículos científicos. Si ajustamos por el número de facultad, para estar en el primer sitio mundial, el INCAN necesitaría publicar 15,941 al año. En los últimos 11 años, el promedio es de 127 artículos; por lo tanto, deberíamos publicar 1,594 por año. (Figura 26)



(Figura 26)

Evidentemente, existe una gran disparidad en los recursos económicos para la investigación si nos comparamos con esos centros. Sin embargo, es importante conocer en dónde estamos para tener claro hacia dónde vamos. Es muy probable que en mi administración no podamos alcanzar dicha meta, pero es mejor no alcanzar una expectativa muy alta a alcanzar una expectativa baja. Además de establecer condiciones óptimas para el INCAN en la aten-

ción médica, docencia e investigación. Estableceremos convenios de servicio con alguna o varias compañías de medical writing para dar un gran impulso a la productividad científica.

## 5. ADMINISTRACIÓN

Para llevar a cabo el plan de trabajo propuesto para la atención médica, docencia e investigación es primordial contar con una administración honesta y eficiente, que asimile los valores de mi administración. HONESTIDAD, ARMONÍA E INNOVACIÓN (HAI). Y haga uso eficiente del presupuesto fiscal (Capítulos: 1,000 servicios personales, 2,000 materiales y suministros médicos, 3,000 servicios generales, 4,000 subsidios y transferencias, 5,000 bienes muebles e inmuebles, 6,000 inversión de obra pública y 7,000 Inversiones financieras).

Trabajar con una administración corrupta, ineficiente y rígida limita el quehacer diario. Para esto es preciso mencionar algunas de las actividades que a continuación se enumeran y que si bien no son todas, sí influyen en los resultados que se desprendan, y que coadyuvaran a la mejor calidad y atención.

### 5.1 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL SITUACIÓN ACTUAL

Existen constantes quejas de la base trabajadora, así como de la autoridad sindical, respecto a las condiciones de trabajo que no son equitativas, entre el personal de nuevo ingreso y los que cuentan con antigüedad, tomando en consideración que ambos desempeñan funciones similares.

Por un lado, las constantes quejas de los trabajadores sobre la relación que se tienen con los jefes, el autoritarismo sobre algunos empleados; y por otro lado, la falta de aten-

ción que le dan a las actividades desempeñadas por los trabajadores.

Como en toda organización, es necesario contar con personal calificado y competente para que las actividades se desarrollen acordes a los objetivos y metas establecidos. Sin embargo, la capacitación y desarrollo del personal no se ha conseguido eficientemente, sin bien es cierto que sí se ha capacitado al personal, éste no ha reflejado en su trabajo una mejora. En tanto, los programas de capacitación y desarrollo no son elaborados para las necesidades reales del Instituto, reflejando con esto, ineficiencia en los programas presupuestales, así como las metas.

Respecto a las remuneraciones asignadas al personal, estas no se encuentran equilibradas con las actividades y responsabilidades a la plaza, trayendo consigo el descontento y baja productividad; esto se ha dado por la falta de atención en áreas administrativas que no cumplen con el binomio puesto-área, así como la falta de capacidad y conocimiento de las labores que desarrollan.

## **ACCIONES**

Es necesario realizar un análisis de las remuneraciones que tienen los trabajadores, y que estén acordes a su actividad y competencia, evaluando al personal inconforme y se concurre para dar un resultado objetivo con lo que norma el comité de escalafón; este comité forma parte de la estrategia para combatir las quejas y solucionar en gran medida el descontento por las remuneraciones que se obtienen por las plazas existentes.

Es preciso mencionar que se debe trabajar conjuntamente con la CCINSHAE para evaluar la necesidad de plazas. Se tendrá comunicación directa y habrá atención inmediata a los problemas que surjan, para lo cual las áreas que estén involucradas, se responsabilizarán de tomar las mejores decisiones conjuntamente con el área de recursos humanos, para el Instituto y el trabajador.

Para que el Instituto pueda lograr sus objetivos y metas, es necesario implementar un programa de educación, capacitación y desarrollo del personal, que sea realmente lo que necesitan las áreas, considerando que este programa deberá llevarlo a cabo personal que tenga la habilidad, conocimientos y capacidad para visualizar la necesidad de cada una de las áreas que requieran apoyo hacia el personal a su cargo.

## **INDICADORES**

Para verificar que se está cumpliendo con lo establecido en el comité de escalafón respecto a las inconformidades e inequidad de remuneraciones, se evaluarán los resultados mensualmente, y la tendencia de mejora se valorará de manera trimestral, ya sea para ajustar o cambiar el proceso.

Mediante el buzón de quejas, escritos a los jefes y atención directa a recursos humanos, se tomará el reporte y se evaluará si se dio atención a la problemática, de manera inmediata.

Conforme al programa de capacitación y desarrollo del personal, se tendrán los resultados hacia las áreas solicitantes, mostrando el cambio en sus actividades y se valorará la eficiencia del programa de capacitación.

## **5.2 SUBDIRECCIÓN DE CONTABILIDAD Y FINANZAS**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Los registros contables presupuestales se emiten conforme a los requerimientos solicitados por las instancias respectivas de manera parcial, esto se debe a diversas situaciones: la información no es entregada en tiempo y forma por las áreas involucradas, ya que el personal que trabaja la información no asume su responsabilidad de entregar oportunamente, creando incertidumbre por parte de las instancias o autoridades revisoras.

De conformidad con los lineamientos emitidos por la Ley General de Contabilidad Gubernamental, a través del CONAC, es necesario que toda la información que se emite tanto interna como a las instancias respectivas, estén debidamente armonizadas; es decir, que los registros tanto contable como presupuestal, que correspondan a todas las áreas involucradas, deberán reflejar en tiempo real el estado que guardan ambos registros, como es el comprometido, devengado, ejercido y pagado. Sin embargo, esto no se ha realizado, debido a que no se ha obtenido respuesta por parte del sistema informático para la operación de los registros tanto contables como presupuestales; lo anterior ocasiona que la información no sea emitida oportuna y verazmente.

Actualmente, el control del ejercicio presupuestal se maneja de manera deficiente. El mantenimiento de las áreas es escaso (por poner algunos ejemplos, los elevadores están más tiempo descompuestos que funcionando, la falta de planeación y mantenimiento ocasiona que los pacientes estén tardando de tres a seis meses en recibir radioterapia porque sólo funcionan tres equipos, la falta de mantenimiento causó que el CICLOTRÓN dejó de funcionar desde hace casi tres años, el desabasto de insumos es cotidiano). Sin mencionar que los productos y servicios pueden ser de mala calidad y adquiridos a un costo excesivo. De otra manera no hay explicación porque la Administradora fue suspendida en abril de 2023.

## **ACCIONES**

Tener un control de gestión sistematizada, considerando a todas las áreas involucradas, para que se atiendan todos los requerimientos en tiempo y forma hacia las instancias que lo requieran. Para lo cual es de vital importancia que los sistemas informáticos, que son base para la emisión de la información, funcionen eficientemente.

Lograr cifras armonizadas y debidamente conciliadas, utilizando eficientemente los sistemas informáticos para emitir la información financiera presupuestal de manera eficiente.

Las áreas operativas, junto con la autoridad, establecerán los requerimientos para elaborar el proyecto presupuesto, con el fin de cumplir con las metas e indicadores establecidos.

Se llevarán a cabo con reuniones mensuales, involucrando a los responsables de las contrataciones, áreas requirentes y/o técnicas y administradores de los contratos, con la finalidad de que informen sobre el estatus de la recepción de los bienes y la ejecución de los servicios contratados para generar los pagos correspondientes, derivados de las asignaciones presupuestales conforme a la calendarización establecida, con esto se podrá controlar que no exista presupuesto no ejercido y correr el riesgo de reducción para el siguiente año.

## **En palabras simples, CERO TOLERANCIA A LA CORRUPCIÓN.**

### **INDICADORES**

Reportes mensuales para considerar los focos rojos que nos provoquen contratiempos en la emisión de información hacia las demás áreas.

Reportes mensuales para conocer si se cumple con lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, y tener la certeza de que las cifras son conciliadas y con la validez óptima.

Seguimiento mensual a los reportes presupuestales, los cuales se darán a conocer a las diferentes áreas para que, en su caso, ajustar o modificar de acuerdo con las necesidades sustantivas, el calendario y, en su defecto, solicitar recursos a la coordinadora de sector para las presiones de gasto.

### **5.3 SUBDIRECCIONES DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES**

#### **SITUACIÓN ACTUAL**

Tanto las adquisiciones de bienes como los servicios por parte de proveedores son manejados por personal que no analiza y evalúa las necesidades reales de las áreas sustantivas, provocando compras a destiempo y de mala calidad.

Existe un sistema para el registro, tanto de bienes como de servicios que se adquieren. Sin embargo, los registros no son capturados en tiempo y forma, generando con esto un desfase en la información emitida por el sistema, y que no se tengan cifras congruentes con las áreas involucradas.

Hay un programa anual de adquisiciones y servicios, el cual no se cumple, puesto que este no toma en cuenta todas las áreas involucradas y se emite a destiempo, generando desfase en el calendario presupuestal. Lo anterior provoca, por un lado, subejercicios, con el riesgo de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público retire los recursos presupuestados asignados; y por otro lado, sobre ejercicios, que al final del año no se cumple con el pago a proveedores y genera para el siguiente ejercicio, cargas presupuestales no contempladas en el programa anual de trabajo.

Tanto en las licitaciones anticipadas como las plurianuales, no hay una planeación, puesto que, en la toma de decisiones, no se actúa en tiempo por las áreas involucradas.

El control y registro de bienes inventariables y de servicios son de las actividades a las que menos se pone atención en resolver por parte del área, ya que son varios años que no se atienden diferencias entre lo registrado en el sistema contra lo que realmente se cuenta físicamente. Es preciso mencionar que el sistema para el control de bienes es vulnerable de modificación de datos sin respaldo documental, por cualquier persona que tenga clave de acceso.

#### **ACCIONES**

Verificar que las adquisiciones de los bienes y servicios adquiridos, cumplan con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas por las áreas requirentes en estricto apego con las cláusulas establecidas en cada uno de los contratos formalizados para tal fin.

Establecer las medidas de control interno, así como los mecanismos de elaboración y registro y supervisión que garanticen la adquisición de los bienes, contratación de los servicios, relativos a los actos y contratos realizados por el Instituto y por la SHCP y el IMSS-Bienestar, a través de Procedimientos de Licitaciones Consolidadas y por contratos Marco, con estricto apego a lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y demás leyes aplicables en la materia, con la finalidad de buscar la transparencia de los mismos actos, evitando en la medida de lo posible las adjudicaciones directas; así como llevar a cabo Sesiones de Comités de Adquisiciones, sólo para aquellos casos que estén debidamente justificados y que sean necesarios desarrollar los procedimientos de atención a los pacientes, a fin de evitar situaciones que pongan en riesgo la integridad de ellos.

Elaborar un programa de trabajo conjuntamente con el programa anual de trabajo presupuestal, y realizar las adquisiciones y servicios anticipados, para que tanto las adquisiciones y servicios se realicen conforme a la normatividad, beneficiando en precio y calidad al Instituto.

Programar el sistema para que no permita realizar ningún proceso o actividad, sino hasta que las áreas involucradas trabajen armónicamente; es decir, en tiempo real.

Elaborar el programa de adquisiciones con todas las áreas involucradas y que se cumpla de conformidad a lo realmente requerido, para evitar el desabasto, así como los subejercicios y sobre ejercicios.

Elaborar un plan de trabajo con las áreas involucradas para llevar a cabo tanto las licitaciones anticipadas, así como las plurianuales, garantizando en tiempo, calidad, precio, el suministro de los bienes y servicios.

Cada semana haré un recorrido con los titulares de estas subdirecciones por todo el Instituto para corroborar que todo esté en orden en cuanto a materiales y servicios.

## **INDICADORES**

Evaluar mensualmente el ejercicio del presupuesto, para realizar las adecuaciones a las necesidades reales.

Realizar conciliaciones mensuales y/o diarias, según corresponda a los bienes o servicios, para tener en tiempo real tanto lo que se adquiere como lo que se necesita.

Elaborar informes mensuales que sirvan de sustento en la toma de decisiones, para realizar adecuaciones en tiempo y forma.

Evaluar antes y después sobre el impacto de realizar licitaciones anticipadas y plurianuales, para que sirva de base en la toma de decisiones de la alta dirección.

## **5.4 SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

No se le da seguimiento a las metas e indicadores establecidos para el Instituto, dando como resultado cifras ajustadas, y no muestran la efectividad de la productividad de cada una de las áreas. Las actividades propias del área de Planeación no son llevadas conforme a su competencia, sino que es un área de recepción de información, sin que esta sea analizada, dejando de lado el análisis y evaluación. Asimismo, no se da importancia a la modernización administrativa y la mejora de gestión, que son de relevancia para el logro eficaz de los objetivos.

La planeación como función no se realiza en tiempo y forma con las áreas involucradas, hacia las instancias respectivas en lo concerniente

a los trámites de gestión en el registro y autorización del oficio de inversión. En cada ejercicio, se lleva a cabo la elaboración del anteproyecto del presupuesto, el cual no toma en cuenta las necesidades reales de las áreas, dando como resultado los subejercicios y sobre ejercicios.

No se dan cabal y puntual seguimiento a los acuerdos de la HJG, dando como resultado, observaciones por parte de las entidades fiscalizadoras, tanto interna como externamente. Derivado de las actividades diarias que el Instituto realiza, la mayor parte de observaciones corresponden a la Dirección Administración, y que las subdirecciones adscritas a ésta no atienden de manera oportuna, dejando pasar el tiempo con el riesgo de alguna responsabilidad por parte de los entes fiscalizadores.

### **ACCIONES**

Elaborar un plan de trabajo para llevar a cabo un análisis de los indicadores y metas que cumplan con lo establecido por el director general conjuntamente con sus directores, y tomar decisiones que permitan un mejor desempeño al logro de los objetivos.

Elaborar un plan de trabajo para atender necesidades de: modernización administrativa, administración de riesgos, mejora de la gestión y control interno.

Planear con antelación los trámites coordinadamente con todas las áreas involucradas, y gestionar las solicitudes de registro y autorización del oficio inversión ante las instancias respectivas

Es vital trabajar conjuntamente con todas las áreas involucradas para elaborar y presentar el anteproyecto de presupuesto, y determinar los indicadores de resultados y metas.

Elaborar un programa de trabajo, para atender las recomendaciones y acuerdos emitidos en HJG.

Actualización del Estatuto y de los manuales de procedimientos de todas las áreas que integran el Instituto.

Mantener reuniones mensuales con el área de presupuesto a fin de solicitar a las áreas sus necesidades para la adquisición de bienes muebles, e integrar la cartera de inversión y solicitar su aprobación por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, teniendo como resultado la asignación del presupuesto.

## **INDICADORES**

Emitir reportes mensuales para evaluar el desempeño de las metas e indicadores, y realizar los ajustes necesarios en la toma de decisiones.

Evaluar los resultados de cada una de las actividades propias de la subdirección de Planeación, que permita monitorear la efectividad de estas actividades propias del área y dar información veraz para la toma de decisiones.

Con base en un cronograma, monitorear y evaluar sobre la gestión de todas las inversiones.

Conjuntamente con todas las áreas, analizarán y ajustarán en el presupuesto ejercido conforme a lo solicitado, acordando las modificaciones.

Mensualmente analizar, evaluar y dar seguimiento a los informes que se deriven para la atención de recomendaciones de la Junta de Gobierno, por parte de las áreas involucradas.

Con base en un cronograma, dar seguimiento mensual a la atención de observaciones.

Para lograr que todo esto se lleve a cabo es necesario contar con cada una de las áreas administrativas involucradas, así como el área médica, que se considere importante en la atención de las actividades antes descritas.

## **5.5 ATENCIÓN DE LAS OBSERVACIONES**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

La Dirección de Administración establecerá un programa de trabajo, mediante el cual garantice la atención de las observaciones como el Despacho de Auditores Externos, Auditoría Superior de la Federación, Auditoría Guberna-

mental, el Órgano Interno de Control. Y que antes del cierre de cada trimestre, se dé prioridad a las que tienen antigüedad mayor a un año y/o representen riesgo ante una presunta responsabilidad hacia algún servidor público.

Es muy importante señalar que todas las observaciones tienen un lapso para ser atendidas, por lo que se hace necesario evitar que cualquier observación se convierta en una responsabilidad por no entregar en tiempo y forma lo solicitado por el auditor.

### **ACCIONES**

Se llevarán a cabo reuniones periódicas con las áreas involucradas para el desahogo de las mismas.

Qué estrategias se tomarán por parte de las áreas, en la mejora continua de los procedimientos.

La fundamentación jurídica debe ser un elemento clave en la atención de las observaciones, toda vez que, si la observación no muestra sustento legal, se solicitará tomar en cuenta al ente fiscalizador para revisar el fundamento de las observaciones, y que, con base en el análisis, se puedan mostrar nuevos argumentos y razonamientos que no habían sido expuestos por los servidores públicos a cargo.

Tomar en cuenta la herramienta Balanced Score Card, que proporciona la estructura necesaria para la atención de las observaciones, mediante un sistema de gestión y medición que nos brinda la posibilidad de presentar los resultados de desempeño y entender por qué se estarían dando los resultados.

Capacitar normativamente sobre los procesos tanto al personal de mando como al personal involucrado, y evitar acciones contrarias a las que pudiese incurrir en su desempeño laboral, por no contar con el conocimiento de las normas.



## **5.6 ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

Un elemento clave que permite a cualquier organización pública orientar su actividad institucional a la generación de valor público relevante es la existencia de mecanismos que permitan evaluar y dar seguimiento puntual a los procesos, productos y resultados que aquella genera. Sin este tipo de mecanismos de evaluación difícilmente se puede saber si los esfuerzos que emprende una institución efectivamente coadyuvan, de manera eficiente y eficaz, a la solución de un problema público identificado.

En el INCAN, la articulación de un sistema de evaluación y de seguimiento resulta absolutamente necesario, con el fin de conocer si el conjunto de actividades sustantivas (investigación, docencia y atención médica) y de soporte (administrativas) se orientan adecuadamente al logro del objetivo estratégico propuesto (la reducción de la mortalidad del cáncer en México); o si, en su defecto, pueden ser mejoradas y adecuadas para enfrentar de mejor forma este problema.

En este sentido, uno de los objetivos que guía este plan estratégico es la propuesta de establecer los mecanismos de evaluación y de seguimiento al interior del INCAN, que permitan medir los resultados y los impactos que tienen las actividades sustantivas de la Institución. Con base en la identificación de los procesos clave que conforman cada una de estas actividades de alto impacto social, así como del reconocimiento de aquellas tareas administrativas que son esenciales para dar soporte a dichas actividades, se elaborará un sistema de indicadores de seguimiento que permita evaluar de manera puntual y regular los avances que se tienen en las distintas áreas de la Institución, además de identificar los elementos de mejora que pueden potenciar el desempeño del INCAN.

Consolidar un sistema de seguimiento y de evaluación del desempeño de las actividades administrativas y sustantivas del INCAN, que permita dar un seguimiento oportuno a los resultados que está alcanzando la Institución. Para esto resultará esencial mapear los procesos y actividades clave, así como la definición de un conjunto de indicadores de gestión y de resultados que den cuenta del desempeño institucional.

En aquellos casos que resulte necesario, establecer los sistemas de generación de información adecuados que permita nutrir, de forma regular y oportuna, los indicadores de desempeño institucional.

Con base en el seguimiento de los indicadores de desempeño institucionales arriba propuestos, establecer planes de mejora puntuales que permitan orientar de mejor forma la labor del INCAN al logro de la misión y de los resultados de valor que la institución debería generar en las áreas de investigación, docencia y atención médica.

Evaluaré la necesidad de adquirir y entrenar al personal designado para tener un sistema tipo "SCORE CARD BALANCE" como sistema de evaluación institucional.

## **II. EL INCAN EXTRAMUROS**

### **COLABORAR EN LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DEL CÁNCER EN MÉXICO**

Actualmente, he escuchado que se ha redactado el Plan Nacional del Control del Cáncer. De hecho, participé en la escritura de la parte de investigación. Fuera de eso no cuento con más información. Independientemente de lo anterior, en cuanto al Plan Nacional del Control del Cáncer, el INCAN SERÁ UN ALIADO IMPRESCINDIBLE DEL PROGRAMA. Además de cualquier tarea que le sea encomendada, el INCAN promoverá todas las acciones nece-

sarias entre las que se encuentran, pero no se limitan a:

### **1.1 INSISTIR SOBRE LA NECESIDAD DEL REGISTRO POBLACIONAL DEL CÁNCER A NIVEL NACIONAL**

En la actualidad, las disparidades entre los diferentes países con relación a la expectativa de vida son abismales; por ejemplo, para 2023 la expectativa de vida más alta es de 85.9 años en Hong Kong y sólo de 54.3 en la República Centro Africana. En México es de 74.4 años.

La mayoría de las fuentes que predicen la expectativa de vida de los seres humanos en las siguientes dos décadas, coinciden en que habrá un incremento en todos los países, con lo cual la población mayor de 60 años se incrementará por lo menos en tres veces. En México, de acuerdo con datos de la CONAPO, actualmente la proporción de adultos mayores de 60 años es del 7.6% de la población, pero se estima que será casi la tercera parte para la mitad de este siglo.

Estas cifras son positivas ya que, en general, las mejores condiciones sociales y económicas se asocian a mayor expectativa de vida. Sin embargo, la mala noticia es que el principal factor de riesgo para el cáncer es precisamente la edad. Ante esta perspectiva, cada vez es necesario insistir en la necesidad de que nuestro país cuente con un registro poblacional del cáncer, porque la mejor herramienta para controlar una enfermedad es la información, conocerla en todos los sentidos, pero sobre todo conocer cuál es la situación real en el país, cuáles tumores, como se presentan, en dónde, cuántos, como se tratan, cuántos viven, entre otra información.

Los Registros Poblacionales de Cáncer corresponden a sistemas que recogen información de todos los casos nuevos de cáncer que se producen en una población y área geográfica definida. Estos registros son considerados por la Organización Mundial de la Salud

y su Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), como el sistema de información epidemiológica, que permite conocer la incidencia y distribución de los cánceres en una población determinada y que debe ser la base para la vigilancia de morbilidad de este problema de salud. Además, su información contribuye al desarrollo del conocimiento de esta enfermedad y sus factores de riesgo, así como a la planificación y evaluación de impacto de los programas y tratamientos de cáncer. Por otra parte, abren una posibilidad a la investigación en cáncer. En resumen, los registros poblacionales permiten:

- Monitorear las tendencias del cáncer a lo largo del tiempo.
- Determinar los patrones de cáncer en distintas poblaciones.
- Guiar la planificación y evaluación de programas de control del cáncer (p. ej., determinar si las actividades de prevención, pruebas de detección y tratamiento están produciendo los resultados esperados).
- Ayudar a establecer prioridades para la asignación de los recursos de salud.
- Promover actividades de investigación en el área de servicios de salud, atención médica y epidemiología.

México no puede esperar. México cuenta con la capacidad técnica y financiera para iniciar el registro poblacional del cáncer. Se requiere sólo la decisión política para hacerlo.

Por ejemplo, el registro de una población de medio millón consume un recurso equivalente al tratamiento de tres pacientes con cáncer de pulmón avanzado, así que el registro nacional en México que tiene 126 millones de habitantes requeriría, aproximadamente, 400 millones de pesos al año, e incluye un personal de alrededor de 113 personas en total. Por lo tanto, la creación del registro poblacional es un proyecto perfectamente factible.

## **1.2 IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER**

EL INCAN debe continuar participando activamente en la toma de decisiones sobre las políticas nacionales de prevención del cáncer. En este sentido, el INCAN explorará el desarrollo de un modelo de prevención y diagnóstico temprano del cáncer denominado “el preventivo del cáncer” primero en el Instituto y después en todo el territorio nacional si es posible. Este modelo consiste en crear unidades o clínicas para el “paciente” sano aunado estrechamente con campañas de medios de comunicación en donde los individuos reciben además de pruebas de detección temprana del cáncer, educación para el autocuidado de la salud con un enfoque preventivo. Dado que las enfermedades crónico degenerativas (como cáncer, cardiovasculares, diabetes, cerebrales, etcétera) comparten mecanismos moleculares y factores de riesgo, no solo se previene el cáncer sino otras enfermedades crónico degenerativas en general. Este modelo contempla además la creación del oncólogo subespecialista en prevención del cáncer.

## **1.3. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

Al igual que para la prevención del cáncer, el INCAN participará activamente cuando se le requiera para enriquecer las políticas y estrategias de diagnóstico temprano o prevención secundaria del cáncer.

El modelo del preventivo del cáncer también incluye que cada clínica del individuo sano, se equipe con laboratorio clínico, mastógrafos, laboratorio de citología, colposcopios, tomógrafos, endoscopia y ultrasonido para realizar biopsias de prostata. Así, además de recibir información sobre la prevención primaria, se realicen las pruebas de detección temprana de los tumores en donde la detección temprana ha demostrado reducir la

mortalidad como cánceres de mama, próstata, cervix, colorrectal y pulmón.

## **1.4. CONTRIBUIR A MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA DISPONIBILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER**

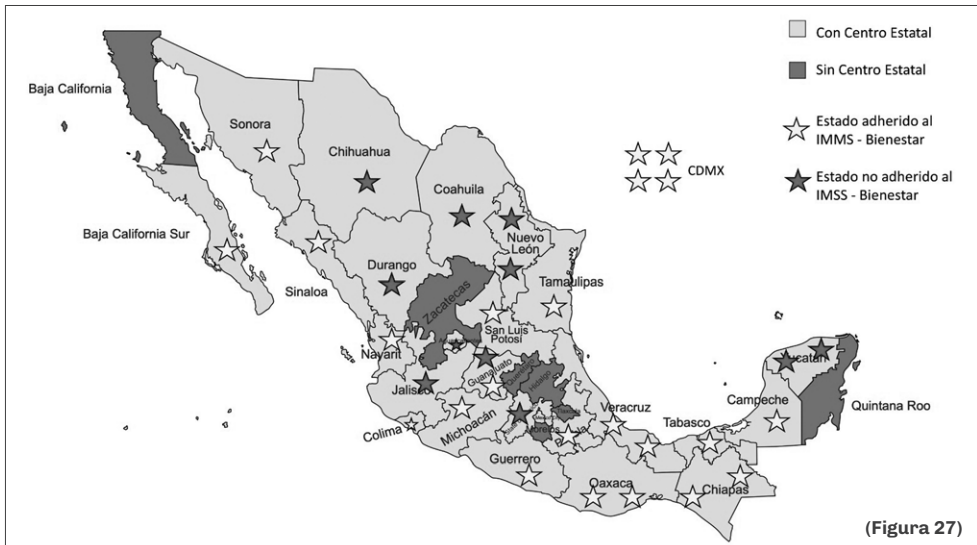
El INCAN debe contribuir dentro de sus atribuciones legales a eficientar el uso de los medicamentos oncológicos y, en general, a generar evidencia científica mediante estudios costo-beneficio no sólo para los medicamentos, también para los procesos de atención oncológica. Debe contribuir además a la innovación de la atención para hacer de la atención oncológica a nivel nacional lo más eficiente posible.

## **1.5 COORDINAR LOS CENTROS ESTATALES DE CÁNCER Y REACTIVAR EL PROGRAMA DE INFOCÁNCER**

El INCAN se autoconsidera como el órgano rector del cáncer en México y que coordina todos los centros estatales. “El INCAN es el coordinador de 25 Centros Estatales de Cáncer (CEC), con lo cual se ofrece una posibilidad única para diseñar programas y estrategias comunes para un mejor control del cáncer de carácter nacional y alcanzar un impacto nacional al mejorar la prevención y la detección temprana, reduciendo la morbi-mortalidad del cáncer en México” (Cuenta Pública 2018). Actualmente, desconozco si existe una coordinación efectiva o sólo está en el papel. Sin embargo, en la página web de Infocancer, lugar en donde se hace referencia a los centros estatales, el DIRECTORIO de los titulares de dichos centros es del año 2019 y a partir de entonces no ha habido actualizaciones.

Este es el mapa de los centros estatales de cáncer con información del 2019. (Figura 27)

La misma situación ocurre con INFOCÁNCER. El Infocáncer es un proyecto del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), dirigido a pacientes, familiares y público en general. Inició en 2007, gracias al apoyo de la Socie-



dad Americana contra el Cáncer, con el objetivo de brindar información específica sobre el cáncer. Bajo el respaldo del INCAN, el proyecto Infocáncer consta de tres componentes para realizar su labor: Centro de Atención Telefónica, Centro de Información, sitio en Internet y redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram y un canal de YouTube), los cuales se complementan para lograr un proceso de comunicación y apoyo con la población objetivo, y no ser únicamente un canal que emita información. Desafortunadamente, a pesar de ser un proyecto tan loable y con mucho potencial, desconozco su situación actual. Lo que se sabe es que estaba dirigido por el Departamento de Vinculación Institucional que depende directamente del Director General. La titular de este departamento fue inahabili-

tada por la Función Pública y desde entonces este departamento está acefalo. La página, si bien sigue existiendo <http://www.infocancer.org.mx/?c=quienes-somos>, su última actualización ocurrió en 2019 y sus teléfonos de contacto no funcionan.

Por lo tanto, mi administración hará una evaluación completa tanto del programa de coordinación con los centros estatales como retomar el proyecto Infocáncer. Ahora, la incorporación de los estados al IMSS-Bienestar representa una oportunidad para gestionar que el papel coordinador del INCAN sobre los centros estatales de los estados sea una realidad, para lo cual se podrá requerir alguna reglamentación administrativa y que no sólo sea una iniciativa basada en la buena voluntad.

## 8. OTRAS CONSIDERACIONES

### 1. INCANET

Desde hace varios años, en el INCAN se utiliza el INCANET como un sistema de expediente electrónico y gestión de los procesos. Prácticamente no existe información de las capacidades de este sistema, si solamente es un expediente electrónico o también tiene la capacidad de gestionar la investigación clínica.

Desde mi perspectiva, es un sistema que está severamente SUBUTILIZADO por motivos que desconozco. El sistema SÍ tiene la capacidad de generar citas a otros servicios, farmacia, hospitalización, laboratorio, rayos X, tomografía, resonancia, medicina nuclear, etcétera. Pero no funciona. Es decir, el médico en la consulta NO puede generar en automático las citas porque cada servicio lleva su propia agenda (muchas veces en una libreta); entonces, el paciente al salir de la consulta lleva su papelito para ir a cada mostrador para solicitar su cita. A pesar de la gratuidad, las colas han disminuido, pero no han desaparecido. Es inconcebible que el sistema NO esté conectado con la farmacia para conocer la existencia de los medicamentos. Al paciente se le entrega su receta; por ejemplo, quimioterapia, pero tiene que formarse en la farmacia para preguntar si hay existencia. Al llegar a la farmacia y le dicen que no hay existencia, tiene que regresar a la consulta para que le cambien la receta y de nuevo a la cola. No parece algo imposible que las existencias de la farmacia las suban al sistema para que el médico pueda saberlo.

Lo anterior claramente manifiesta la necesidad de hacer un diagnóstico integral del sistema de expediente electrónico y sus capacidades, así como integrar el sistema de citas para que el paciente sea atendido de manera expedita sin necesidad de hacer colas y trámites. Paralelo a esto, se tiene que resolver de manera inmediata el asunto de

los estudios de laboratorio y gabinete. Actualmente hay una lista de espera enorme, que puede ser de meses. Antes de operar el sistema de citas a través de la consulta, se tiene que establecer una política de racionalidad en los estudios que se solicitan para que en cuestión de meses desaparezca el rezago y entonces ya se pueden programar desde la computadora de la consulta. En este periodo también se tienen que enviar a otros sitios la gran cantidad de estudios como PET-CT, que se requieren en los protocolos de la industria. Por ejemplo, hay estudios que requieren PET-CT cada mes. Estos estudios le quitan la oportunidad a pacientes que los podrían requerir de manera más urgente.

El segundo aspecto del INCANET que se tiene que analizar y resolver, es si tiene la capacidad de gestión de la investigación clínica. Hay sistemas comerciales de gestión de la investigación clínica completa. Son útiles para estudios clínicos de todas las fases (I, II, III y IV), y algo muy importante es que TODOS los pacientes que no sean candidatos para algún protocolo de estas fases, se "protocolizan" a un estudio observacional; de tal manera que TODOS los pacientes que ingresen al INCAN tengan seguimiento automatizado, lo cual permitirá, entre otras cosas, obtener información sobre los costos directos de la atención y al tener toda la información de la evolución clínica (supervivencia por ejemplo); es decir, contaremos con un REGISTRO HOSPITALARIO para evaluar, año con año, la eficacia institucional en la atención al paciente.

Cabe mencionar que el INCANET está bajo un contrato para mantener su funcionamiento, el cual cuesta 6,999,578.04 mil pesos semestrales.

Será muy importante determinar si el INCANET puede hacer esto o, en caso contrario, determinar si es compatible con alguno de los sistemas comerciales de gestión de la investigación en el INCAN. Idealmente, cada centro

de cáncer debe tener estadísticas de la supervivencia de los pacientes con cada tumor.

Una consideración final sobre el INCANET es que actualmente existe un litigio legal entre el INCAN y una persona física que se atribuye su autoría intelectual y registro. Será una de mis prioridades analizar y resolver este asunto.

## **2. MEDICINA PERSONALIZADA (DROGAS Y PRUEBAS GENÉTICAS)**

En la actualidad existe una narrativa hegemónica o dominante sobre el cáncer. Esta narrativa indica que se están logrando avances en el tratamiento del cáncer gracias al fenómeno conocido como el determinismo molecular, que en otras palabras significa que sólo el conocimiento molecular (biología molecular-biología celular y biotecnología para simplificar), capitalizado en la terapia molecular personalizada u oncología personalizada), es el único abordaje que está proporcionando avances y, por lo tanto, es el único abordaje para seguir estudiando y explotando. En esta narrativa mundial, la comunidad médica y científica participan de manera consciente o inconsciente, difundiendo los logros y suprimiendo la información desfavorable a la narrativa. Sin embargo, la realidad es terca y los datos duros hacen, por lo menos, tambalear la narrativa del progreso contra el cáncer con la medicina personalizada.

### **DATOS DUROS SOBRE LA EFICACIA DE LA MEDICINA PERSONALIZADA EN CÁNCER**

El promedio de aumento en la supervivencia de las 124 drogas aprobadas por la FDA desde el año 2003 al año 2021 es de 2.8 meses **(Michaelli et al 2022)**.

El costo mensual de los nuevos tratamientos aprobados por la FDA entre los años 2001 y 2021 es como sigue (tipo de cambio USD/ Peso de 1/20):

El 02% tienen un costo de menos de 16,666.00  
El 28% cuestan entre 16,666.00 y 166,666.00

El 37% cuestan entre 166,666.00 y 333,333.00  
El 32% cuestan entre 333,333.00 y 833,333.00  
**(IQVIA Institute 2022)**.

*DOS TERCERAS PARTES DE TODAS LAS DROGAS NUEVAS APROBADAS POR LA FDA LO HAN SIDO EN LA BASE DE INCREMENTO DE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN (PFS) Y SÓLO ALREDEDOR DE UN TERCIO PORQUE INCREMENTAN LA SUPERVIVENCIA. DE ACUERDO CON UN ESTUDIO (Kim et al. 2015), EN EL 86% DE LAS DROGAS APROBADAS POR AUMENTAR EL PFS, NO SE COMPRUEBA QUE AUMENTAN LA SUPERVIVENCIA.*

Lo anterior claramente indica la necesidad de hacer un análisis muy crítico del beneficio de las drogas nuevas y la medicina personalizada. De allí la necesidad de crear el Departamento de Farmacoeconomía, perteneciente a la Subdirección de Investigación clínica. Necesitamos estudiar la forma tradicional de farmacoeconomía basada en QUALY (año ganado de vida con calidad) para cada droga de alto costo (establecer cuánto será el umbral para aceptarlo o no; p.ej., en Inglaterra es 50 mil libras; en EUA, 150 mil dólares, en otros países tres veces el PIB) mientras que en México no se ha establecido en mi conocimiento. Asumiendo que sería tres veces el PIB per cápita, sería un umbral de 29 mil dólares (alrededor de 580 mil pesos). Este departamento deberá también estudiar nuevas formas de evaluación, como aquella basada en NNT (Number Needed to Treat) para evitar una muerte.

Lo anterior también indica la necesidad absoluta de no generalizar EN LA IMPORTANCIA de las pruebas moleculares como una herramienta de "progreso". Por supuesto que lo es en la medida que se use de manera apropiada y sumamente crítica. De allí la necesidad de establecer un laboratorio de patología genética-molecular que dé servicio a todo el Instituto. Alternativamente, y dados los recursos

que deben ejercerse con la mayor eficiencia, la Comisión Coordinadora podrá establecer que algún Instituto o centro provea el servicio a nivel nacional.

En resumen. En mi administración se hará todo lo posible para hacer uso de los nuevos medicamentos y tecnologías bajo un criterio absolutamente fundamentado en la ciencia molecular, clínica y económica. Y lo más importante: SIN CONFLICTOS DE INTERÉS CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA NACIONAL E INTERNACIONAL.

### **3. PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

EL INCAN además de participar activamente en la toma de decisiones sobre las políticas nacionales de prevención del cáncer, implementará el modelo de preventorio del cáncer arriba mencionado.

Este área prevención del cáncer será una prioridad de la administración y el objetivo es extender el modelo de preventorios a otras Instituciones y de instituir a la prevención del cáncer como una subespecialidad de la Oncología.

Actualmente existen en el INCAN programas de detección temprana para cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer colorrectal y cáncer de pulmón. Desde mi perspectiva, estos programas están conducidos por los respectivos departamentos y servicios con particularidades propias sin una coordinación central. En mi administración evaluaremos su funcionamiento y resultados para integrarlos mejor. Mi propuesta por ahora, a reserva de conocer mejor su funcionamiento es integrarlos en lo que sería el primer PREVENTORIO DEL CÁNCER en México.

Adaptaremos de la manera más funcional posible el personal médico, consultorios, laboratorio y equipos para que funcionen como una unidad, muy posiblemente en el turno vespertino y fines de semana. De inicio el preventorio del cáncer estará bajo la responsabilidad

directa de la Dirección Médica, con la idea de crear en el futuro mediato la Subdirección de prevención y diagnóstico temprano del cáncer. Idealmente, como mencionado anteriormente este modelo podría aplicarse a nivel nacional.

De manera complementaria se desarrollará en la Dirección de Investigación la línea de investigación sobre estrategias y métodos de detección temprana (prevención secundaria) para cáncer de mama y próstata que son las dos neoplasias con la mayor mortalidad en nuestro país, desde su concepción hasta su aplicación. Se tienen disponibles los medios (investigadores y recursos materiales) para hacerlo. Además, es absolutamente necesario que el INCAN realice investigación epidemiológica por lo que la Unidad Contable de Recursos Externos (UCRE) para la investigación que substituyó al Departamento de Epidemiología en la Dirección de Investigación, desaparecerá del organigrama y pasará a ser parte de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, así, volverá a crearse el Departamento de Epidemiología.

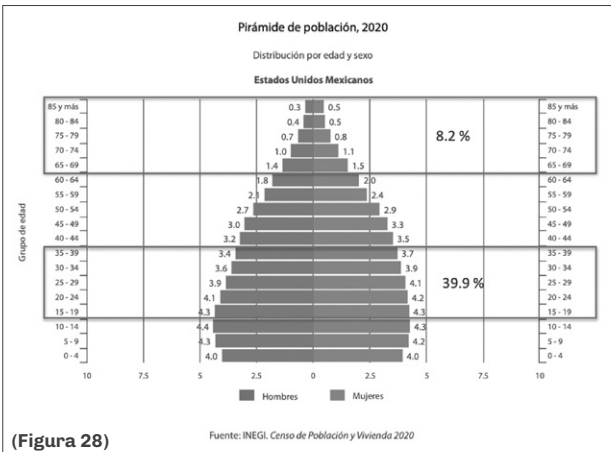
### **4. CLÍNICA DE CÁNCER HEREDITARIO**

Actualmente, existe en el INCAN la clínica de cáncer hereditario y asesoría genética que, en mi opinión, es un gran acierto. En este sentido, se analizará en detalle el desempeño de esta clínica. Esta clínica deberá crecer y propondré elevarla a rango de Departamento que dependa de la Subdirección de Investigación Clínica. Aspectos que se deberán analizar son la fuente y las condiciones de los recursos que se están empleando para la secuenciación genética de los casos. Lo que si se, es que las muestras NO se están secuenciando en el INCAN porque NO existe un equipo de secuenciación masiva. Es inaudito que esto suceda y se tenga que estar pagando a compañías extranjeras para el funcionamiento de esta clínica.

## 5. CLÍNICAS DEL ADOLESCENTE Y ADULTO JOVEN Y CLÍNICA DE ONCOLOGÍA GERIÁTRICA

En nuestro país, de acuerdo con los datos del INEGI 2020, la población de adolescentes y adultos jóvenes constituye el 39.9%, mientras que adultos de 65 y más años el 8.2% (Figura 28)

Lo anterior refuerza la necesidad de crear en el INCAN las clínicas del Adolescente y Adulto Joven con Cáncer (CAAJC), así como la de Geriatria Oncológica (CGO).



(Figura 28)

La población de AAJC, en general, no es percibida como una población de pacientes única con necesidades específicas, entre las que se incluyen el impacto en la sexualidad y fertilidad, menopausia prematura y los problemas en la escuela o trabajo, el aislamiento y, sobre todo, las necesidades especiales por los efectos secundarios a largo plazo y el riesgo mayor de segundas neoplasias. Además, una proporción importante de pacientes con cáncer de mama y de cérvix están en este rango de edad, lo cual hace aún más importante la creación de esta clínica.

En cuanto a los adultos mayores (≥65 años) con cáncer, son una población en rápido crecimiento y el manejo del cáncer en ellos puede ser un desafío, debido a las comorbida-

des comunes que se presentan en ellos y el envejecimiento mismo en todas las funciones, particularmente la renal, hepática y hematológica que pueden influenciar la farmacodinamia y la farmacocinética de los tratamientos. Sin mencionar que es común que reciban regímenes terapéuticos de polifarmacia. El manejo multidisciplinario que incorpore geriatras es de vital importancia

En los primeros meses de mi gestión, una vez resueltos los problemas más apremiantes, como el retraso en los tratamientos, acordaré con toda el área médica la necesidad de la clínica y planearemos su creación, para lo cual seleccionaremos a algún oncólogo que se entrene en este campo para establecer, a más tardar el año 2024, la CAAJC.

En cuanto a la Oncología Geriátrica, ya hay más experiencia en nuestro país. Desde 2015 se creó dicha clínica en el INCMNSZ, la cual cuenta con tres médicos de cabecera (dos geriatras y un médico oncólogo); además de expertos en nutrición, rehabilitación/fisioterapia, cuidados paliativos y trabajo social en adultos mayores. De la misma manera, con la Dirección médica seleccionaremos un oncólogo para su entrenamiento y gestionaremos la contratación de un geriatra.

## 6. CLÍNICA DE ONCOLOGÍA INTEGRATIVA

En el lenguaje común la medicina integrativa y holística se consideran "sin bases científicas," En parte porque muchas clínicas "holísticas o integrativas" utilizan métodos sin fundamento científico con fin meramente comercial. La realidad es que los centros de cáncer más importantes del mundo tienen clínicas de oncología integrativa que en su plan de atención general entrelaza tratamientos naturales como acupuntura, masajes y yoga,



entre otras, con medicina alópata. Lo más importante es que estos tratamientos se basen en evidencias científicas. Por otra parte, la evidencia indica que muchos pacientes utilizan o desean conocer por parte de sus oncólogos alternativas complementarias que pudieran ayudarles.

Por lo anterior, creo necesario crear en el INCAN la Clínica de Oncología Integral, pero yendo un poco más allá del concepto común, en donde apliquemos e investiguemos tratamientos que rebasen los conceptos actuales de medicina personalizada (drogas y pruebas moleculares). Por ejemplo, la poli-farmacología, utilizando drogas de reposicionamiento y productos naturales cuyos mecanismos de acción estén claramente demostrados sobre blancos moleculares y vías de señalización implicadas en el desarrollo y progresión del cáncer. La quimioterapia metronómica también será investigada. Muchos de estos tratamientos por ser poco tóxicos pueden incluso ser investigados como quimiopreventivos.

## **7. CLÍNICA DE NEURO-ONCOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS**

Los tumores del Sistema Nervioso Central, tanto primarios como metastásicos en conjunto, representan una proporción importante de pacientes oncológicos. Por su naturaleza y localización estos tumores significan un reto para el tratamiento primario y por las complicaciones derivadas. Muy frecuentemente se generan repercusiones sistémicas que requieren un manejo integral y multidisciplinario. Por otra parte, los pacientes con cáncer muy frecuentemente presentan desajustes emocionales, trastornos depresivos y alteraciones psiquiátricas que requieren manejo por psico-oncólogos y psiquiatras. Un tercer punto, y menos estudiado, es el papel tan importante del SNC en la carcinogénesis.

Por ejemplo, se tiene evidencia de comunicación paracrina y electroquímica directa entre

las neuronas y las células malignas, y de interacciones indirectas a través de los efectos neuronales en el sistema inmunitario. Las interacciones entre el sistema nervioso y el cáncer pueden regular la oncogénesis, el crecimiento, la invasión y la diseminación metastásica, la resistencia al tratamiento, la estimulación de la inflamación que promueve el tumor y el deterioro de la inmunidad contra el cáncer.

## **8. DEPARTAMENTO DE FÍSICA MÉDICA**

Considerando el gran número de equipos de radioterapia y radiodiagnóstico con los que cuenta el INCAN, la alta demanda de atención a pacientes en estos servicios y al creciente número de físicos médicos que el instituto y el país requieren, se propone la creación del Departamento de Física Médica.

El departamento de física médica deberá proporcionar al paciente atención segura, precisa y de alta calidad, basada en la práctica clínica y en la investigación, en colaboración con radio-oncólogos, radiólogos y médicos nucleares. Además de la atención clínica, deberá realizar investigación (básica y clínica), y participar del desarrollo tecnológico actual en diagnóstico y tratamiento, producción y desarrollo de radiofármacos para terapia y diagnóstico, y brindar educación sobre los aspectos científicos (física médica) y técnicos de la radioterapia, el radiodiagnóstico y la protección radiológica. Se incluirá este departamento en la propuesta para un nuevo organigrama en la primera sesión ordinaria de la HJG.

En este tenor, los técnicos radiólogos (radiodiagnóstico, medicina nuclear, radioterapia) trabajan en estrecha colaboración con los radiólogos, médicos nucleares, radio-oncólogos y físicos médicos. El papel que desempeña el técnico radiólogo en el ámbito de la oncología es de gran importancia para satisfacer todos los servicios tecnológicos que se ofrecen, desde los servicios de imagenología y terapia con radiaciones, además de atender

las necesidades asistenciales que requieren los pacientes del instituto, pues están capacitados para identificar los problemas que necesitan ayuda de emergencia.

El nivel de responsabilidad y de competencias que se requiere y se exige actualmente al técnico radiólogo hace inminente que se amplíe su formación de manera institucional, para que no tenga que recaer sólo en el compromiso personal de cada técnico, con el fin de completar su formación profesional. Por lo anterior, analizaremos detalladamente los esfuerzos en este sentido que se están llevando a cabo para mejorarlos. En un futuro se puede analizar y proponer la profesionalización de ellos, aprovechando la emergencia de nuevas universidades como la "Rosario Castellanos."

## **9. DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA**

La investigación sociomédica es un área que, en particular, no ha sido explotada y permitirá que podamos exportar modelos de atención a todo el país para mejorar la atención oncológica nacional.

El médico juega un papel muy importante no sólo en la atención al paciente, sino también en la identificación de problemas que enfrenta el paciente durante su tratamiento, particularmente en el entorno económico y social de los pacientes que son vistos en el INCAN. Las intervenciones complejas, como las que se llevan a cabo en el INCAN, deben tomar en cuenta, de manera especial, el entorno del paciente con respecto a su enfermedad.

Los estudios sociales en medicina hacen posible el análisis de los impactos que los procesos políticos y económicos tienen en la atención médica. La antropología médica hace posible entender el impacto cultural, étnico y de género, moldean la percepción de la enfermedad y las respuestas al tratamiento médico. La ética médica promueve el análisis de los aspectos morales de la clínica, los

avances tecnológicos y las nuevas terapias, enfatizando de manera simultánea la importancia de este tema en la educación del personal de salud (**Alcaraz et a. 2020**). La propuesta del departamento de medicina social pretende abordar, de manera interdisciplinaria, la manera en la que los aspectos sociales, políticos y culturales, moldean las consideraciones éticas de la ciencia y la medicina

La propuesta para la creación del DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, dentro de la Subdirección de Investigación clínica, plantea la conformación paulatina de un grupo interdisciplinario de ciencias sociales y ciencias médicas que incluiría: antropología, sociología, bioeticistas, especialistas en políticas de salud y médicos que desempeñen funciones docentes y de investigación sobre los aspectos sociales culturales y morales relacionados con la atención de pacientes

## **10. CONSEJO PARA LA ORIENTACIÓN Y APOYO A PACIENTES**

Si bien los avances tecnológicos han mejorado en ocasiones, los resultados en el tratamiento del cáncer muchas veces propician la deshumanización y despersonalización de la atención. Muchos sistemas de salud centran su atención en la eficiencia y el rendimiento de sus profesionales, exigiendo resultados en la atención clínica, pero no en las necesidades del individuo como ser humano.

Durante las últimas décadas, la atención centrada en el paciente, en todos los niveles de los servicios de salud, ha cobrado mayor relevancia, considerando que el paciente no es sólo cuerpo de una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada, sino ante todo es una persona enferma a la que hay que escuchar y ayudar.

Algunos estudios en centros de cáncer han identificado algunas esferas de insatisfacción pero que no se limitan a ineptitud, falta de respeto, esperas prolongadas, comunica-

ción ineficaz, falta de control ambiental y comodidades deficientes (Lee et al 2010).

En función de lo anterior, se plantea la formación del Consejo para la orientación y apoyo a Paciente con el propósito de establecer un enlace con los pacientes, para recopilar datos sobre problemas y consultas de atención al paciente, evaluar el bienestar del paciente, sugerir mejoras e interpretar el servicio, las políticas y los procedimientos del hospital para los pacientes y las familias.

El propósito del Consejo para la orientación y apoyo a pacientes es que los pacientes proporcionen su perspectiva única e invaluable a la administración de la clínica, el personal y los proveedores sobre cómo realizar mejoras, con el objetivo de servir mejor a todos los pacientes de la clínica.

No existe un modelo único para establecer una junta de asesoría de pacientes, pero es importante contar con el liderazgo de un individuo sin conflictos de interés, con conocimientos de la institución, con interés por el bienestar de los pacientes. Inicialmente se propone conformar este grupo con médicos (2), enfermeras (1), trabajadoras sociales (1), psicólogos (1),

Este consejo sesionará una vez al mes, en donde el Director General estará presente. En la reunión se presentarán y discutirán los problemas y casos ocurridos en el mes anterior y se tomarán medidas puntuales, incluyendo medidas disciplinarias si son necesarias, así como aquellas para su prevención. Es pertinente mencionar que este consejo NO deberá tener financiamiento externo para evitar conflictos de interés. En resumen, la misión de este consejo será:

Brindar a los pacientes una participación activa en su atención y la operación de los servicios de salud.

Escuchar cuáles son las necesidades del paciente, así como para permitir un intercambio de ideas.

Promover la participación de los pacientes.

## **11. COLABORACIONES CIENTÍFICAS E INSTITUCIONALES NACIONALES E INTERNACIONALES**

Sin duda alguna, las colaboraciones científicas son de mucha importancia en la investigación. Sin embargo, se tiene que diferenciar muy bien entre aquellas que resultan como una consecuencia natural de un proyecto de investigación, en la que los investigadores o grupos de investigación comparten intereses comunes para avanzar en el conocimiento de aquellas asimétricas que se han catalogado como "parasíticas", que se llevan a cabo en un escenario de completa asimetría.

Ejemplos de ellas son las investigaciones catalogadas como parachute research and postal research. El ejemplo de las primeras es aquellas donde un grupo de investigación del extranjero visita algún centro de investigación del país para obtener muestras o información, y sólo hace algún o ningún experimento aquí y todo se realiza en el centro extranjero.

El resultado de la investigación puede publicarse en alguna revista de muy alto impacto, y en consonancia, los investigadores locales, si aparecen sólo están como coautores. En el segundo caso, los investigadores o el centro local sólo proporcionan las muestras o datos que se envían (por paquetería física o electrónica) y sucede lo mismo. La publicación la realizan en el extranjero con investigadores locales como coautores. Si bien, la publicación puede ser relevante, en realidad la contribución intelectual nacional es mínima o poco relevante. Esta asimetría es motivo de análisis y se considera no benéfica para el desarrollo de la investigación local o nacional (Harawa et al. 2014).

Por otra parte, un fenómeno comúnmente observado es lo que ocurre con las publicaciones de alto impacto, derivado en los estudios fase III oncológicos de la industria farmacéutica internacional. En estos protocolos, la autoría en parte está dada por el número de pa-

cientos que el investigador incluye al estudio. Es común entonces ver autores de nuestras instituciones en la lista de coautores, cuando en realidad no hacen la mínima contribución al diseño, análisis y escritura del artículo.

En otras palabras: no es más que un tipo de "maquila especializada" por la cual se recibe una paga.

En cualquiera de estos tres casos, dichas publicaciones que generalmente son en revistas de impacto muy alto son calificadas mejor que una publicación de menor impacto en su totalidad, realizada por algún investigador. Esto tiene que analizarse y, en su caso, la Comisión Coordinadora emita alguna posición.

En cuanto a las colaboraciones con instituciones nacionales, pero sobre todo aquellas internacionales, parecen ser un fin y no un medio para avanzar, llámese en el campo de la investigación, docencia o atención médica. En los planes de trabajo se les da mucha relevancia a dichas colaboraciones, pero no hay valoración objetiva alguna de lo logrado de dichas colaboraciones más allá de la "importancia mediática".

Por lo anterior, en mi administración se hará una evaluación de las condiciones de las colaboraciones existentes y las nuevas, y sobre todo de los resultados. Se fomentará y habrá una política de colaboración científica e institucional siempre y cuando sea simétrica. El Instituto tendrá independencia intelectual y se evitará "colgarse" de la fama de Instituciones, sobre todo internacionales de reconocido prestigio. En este sentido, personalmente creo que no podemos ser "candil de la calle y obscuridad en la casa".

Una sugerencia natural de lo anterior es que la Comisión Coordinadora no sólo tome en cuenta el número total de publicaciones, sino el porcentaje de ellas en donde el investigador sea coautor o autor correspondiente o primero. Este puede ser un paso para estimular al CONAHCyT a que haga una evaluación

similar con repercusiones en la evaluación también del SNI. Actualmente, existen investigadores nivel 3 con gran número de publicaciones, pero como coautor; mientras que existen investigadores nivel 1 o 2 con menos publicaciones, pero con una proporción mayor de autor correspondiente o primer autor.

## 12. FILANTROPÍA

De acuerdo con el Estatuto Orgánico actual del INCAN, el Patronato es un órgano de apoyo, asesoría y consulta, que tiene por objeto apoyar las labores de investigación, enseñanza y atención médica del Instituto, principalmente con la obtención de recursos de origen externo. En este momento desconozco el funcionamiento del mismo y su contribución. Tengo la voluntad que juntos, la Dirección y el PATRONATO, llevemos a su máxima capacidad nuestra colaboración para complementar los esfuerzos del Gobierno federal en el aporte de los recursos fiscales para que podamos tener más recursos que destinar a la atención médica, docencia e investigación.

Por otra parte, aunque el sector de la filantropía en México es relativamente joven, hay un marco legal establecido para su funcionamiento. Afortunadamente, cada vez hay más conciencia social tanto de los individuos como de las empresas con responsabilidad social, y el escenario es cada vez más complejo y competitivo, por lo que en mi administración formaremos un equipo de personas comprometidas para su profesionalización al respecto y podamos junto con el PATRONATO, obtener más recursos y aplicarlos de una forma absolutamente transparente y sin interferencias de cualquier tipo (**Filantropía en México**).

Considero muy importante conocer y establecer relaciones con todas las asociaciones de lucha contra el cáncer de México, razón por la cual actualizaremos el directorio de todas las asociaciones y estaremos en contacto con ellas para ver cualquier posibilidad de apoyo.

## **9. EPÍLOGO**

Este documento ha sido redactado como resultado de una intensa preparación del Candidato para contender por la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología, en mi carácter de investigador en Ciencias Médicas del Instituto y teniendo como antecedente laboral el haber sido residente en Oncología Médica del INCAN en los años 1992-1995, y posteriormente Subdirector de Investigación Básica en los años 1998 a 2003 y Director de Investigación de 2003 a 2008. De 2008 a la fecha, como Investigador en Ciencias Médicas "F", adscrito a la Subdirección de Investigación Básica de la Dirección de Investigación.

Para la elaboración de este documento, el Candidato ha realizado una amplia labor de consulta, discusiones y análisis con una gran cantidad de miembros del Instituto, miembros del sindicato, autoridades de salud, con reconocidos miembros de la comunidad oncológica nacional e internacional y pacientes.

Este plan estratégico debe entenderse como un documento dinámico y que, por su naturaleza, estará bajo re- análisis continuo y refinamiento.

Al mismo tiempo, intenta dejar claro que un diagnóstico certero, aunque parezca pesimista, es necesario para transformarlo. Debemos de dejar el espíritu acrítico y autocomplaciente, como primer paso, para lograr TRANSFORMAR AL INCAN. El país lo necesita y lo demanda.

## **10. REFERENCIAS**

Alcaraz KI, et al. Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: A blueprint for practice, research, and policy. *CA Cancer J Clin.* 2020 Jan;70(1):31-46. doi: 10.3322/caac.21586.

Arango-Bravo EA, et al. The health system and access to treatment in patients with cervical cancer in Mexico. *Front Oncol.* 2022 Nov 30;12:1028291. doi: 10.3389/fonc.2022.1028291.

Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria (2ª) Edición, 2001. Ediciones Gestion. ISBN N° de páginas: 9788480887182

Auditoría ASF 2015. [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015\\_0267\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_0267_a.pdf)

Barrett Model Center. <https://www.values-centre.com/barrett-model/>

Baxi SS, et al. Overuse of Health Care Services in the Management of Cancer: A Systematic Review. *Med Care.* 2017 Jul;55(7):723-733. doi: 10.1097/MLR.0000000000000734.

Bourbeau B, et al. Results From the ASCO 2019 Survey of Oncology Practice Operations. *JCO Oncol Pract.* 2020 May;16(5):253-262. doi: 10.1200/OP.20.00009.

Bulnes GF. Método para calcular las necesidades de personal en los hospitales. *Salud Publica Mex* 2014;12(3):349\_355:

Cadamuro J, Ibarz M, Cornes M, Nybo M, Haschke-Becher E, von Meyer A, Lippi G, Simundic AM. Managing inappropriate utilization of laboratory resources. *Diagnosis (Berl).* 2019 Mar 26;6(1):5-13. doi: 10.1515/dx-2018-0029.

Filantropía en México.

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lri/zuniga\\_p\\_v/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/zuniga_p_v/capitulo2.pdf)

Fundytus A, et al. Delivery of Global Cancer Care: An International Study of Medical Oncology Workload. *J Glob Oncol.* 2018 Sep;4(4):1-11. doi: 10.1200/JGO.17.00126.

Globocan 2020. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>

Huerta EE. Cancer prevention in the 21st century: the Preventorium concept. *J Health Care Poor Underserved.* 2012 Nov;23(4):1698-703. doi: 10.1353/hpu.2012.0194.

Inauguración Torre Nueva de Hospitalización. Instituto Nacional de Cancerología.

<https://www.gob.mx/ejn/articulos/nueva-torre-de-hospitalizacion-del-instituto-nacional-de-cancerologia?tab=>

INEGI

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_CAN-CER22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CAN-CER22.pdf)

IQVIA Institute 2022. Global Oncology Trends 2022. Outlook to 2026. <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/global-oncology-trends-2022>

Ithimakin S, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of aprepitant versus two dosages of olanzapine with ondansetron plus dexamethasone for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving high-emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2020 Nov;28(11):5335-5342. doi: 10.1007/s00520-020-05380-6.

Kim C, Prasad V. Cancer Drugs Appro-

ved on the Basis of a Surrogate End Point and Subsequent Overall Survival: An Analysis of 5 Years of US Food and Drug Administration Approvals. *JAMA Intern Med.* 2015 Dec;175(12):1992-4. doi: 10.1001/jamaintermed.2015.5868.

Lee AV, et al. What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center. *J Hosp Med.* 2010 Nov-Dec;5(9):514-20. doi: 10.1002/jhm.861.

Lippi G, et al. Inappropriateness in laboratory medicine: an elephant in the room? *Ann Transl Med.* 2017 Feb;5(4):82. doi: 10.21037/atm.2017.02.04.

Liu G, et al. A Comparison of the Efficacy of 5 mg Olanzapine and Aprepitant in the Prevention of Multiple-Day Cisplatin Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *Int J Clin Pract.* 2022 Sep 7;2022:5954379. doi: 10.1155/2022/5954379.)

Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Secretaria de Salud. [http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind\\_hosp/Manual-ih.pdf](http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf)

Marriott JW philosophy. <https://www.marriott.com/culture-and-values/core-values.mi>

Michaeli DT. Overall Survival, Progression-Free Survival, and Tumor Response Benefit Supporting Initial US Food and Drug Administration Approval and Indication Extension of New Cancer Drugs, 2003-2021. *J Clin Oncol.* 2022 Aug 3;JCO2200535. doi: 10.1200/JCO.22.00535.

Montgomery A, et al. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care.

*Br J Health Psychol.* 2013 Sep;18(3):656-62. doi: 10.1111/bjhp.12045.

Newton-Wellesley Hospital Philanthropy. [https://www.nwh.org/media/file/NWH\\_LINAC%20sheet.pdf](https://www.nwh.org/media/file/NWH_LINAC%20sheet.pdf)

Revista contralínea. <https://contralinea.com.mx/interno/semana/uif-traza-ruta-del-dinero-a-exdirectivos-del-instituto-de-cancerologia/>

Reynoso-Noverón N, et al. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana De Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 2018;8(1), 9.

Serrano-Olvera A, et al. Follow-up consultations for cervical cancer patients in a Mexican cancer center. Comparison with NCCN guidelines. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(20):8749-52. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.8749.

Stewart AK, et al. Melphalan, prednisone, and thalidomide vs melphalan, prednisone, and lenalidomide (ECOG E1A06) in untreated multiple myeloma. *Blood.* 2015 Sep 10;126(11):1294-301. doi: 10.1182/blood-2014-12-613927

The Cancer Atlas. <https://canceratlas.cancer.org>

Why We're Losing The War On Cancer. [http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune\\_archive/2004/03/22/365076/](http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune_archive/2004/03/22/365076/)

Zweegman S, et al. Melphalan, prednisone, and lenalidomide versus melphalan, prednisone, and thalidomide in untreated multiple myeloma. *Blood.* 2016 Mar 3;127(9):1109-16. doi: 10.1182/blood-2015-11-679415.

## **11. IDEAS QUE PUDIERAN IMPLEMENTARSE**

CREACIÓN DE CENTROS PERIFÉRICOS METROPOLITANOS DE CONSULTA, LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA Y APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA PARA INCREMENTAR LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA ZONA CENTRO DEL PAÍS.

GESTIONAR PARA LA CREACIÓN DEL CENTRO ONCOLÓGICO DE LA CDMX.

GESTIONAR ANTES LAS AUTORIDADES FEDERALES Y DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL REORDENAMIENTO DEL TRÁFICO Y LA MOVILIDAD EN LA ZONA DE HOSPITALES.

GESTIONAR PARA QUE EN EL MARCO DEL INSTITUTO IMMS-BIENESTAR, EL INCAN COORDINE LOS CENTROS ESTATALES ADHERIDOS.

GESTIONAR PARA QUE TODOS LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD CUENTEN CON SERVICIO DE ONCOLOGÍA.

GESTIONAR PARA LA CREACIÓN DE UN CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ONCOLÓGICA NACIONAL QUE RECIBA FINANCIAMIENTO DEL GOBIERNO FEDERAL.

HACER UN DIRECTORIO DE TODOS LOS CIENTÍFICOS MEXICANOS DE CUALQUIER INSTITUCIÓN QUE TENGAN DESARROLLOS CIENTÍFICOS PARA INVITARLES QUE LOS DESARROLLEMOS EN EL INCAN.

COMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN ONCOLÓGICA.

GESTIONAR PARA QUE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL DETERMINE LA INCLUSIÓN AL CUADRO BÁSICO DE LOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS BASADO EN COSTO-BENEFICIO Y QUE TENGA CARÁCTER DE OBLIGATORIEDAD.

GESTIONAR CON LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA Y COFEPRIS PARA QUE NO SE REQUIERA LA RE-APROBACIÓN POR COFEPRIS DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN, SÓLO SU REGISTRO. NO TIENE SENTIDO, EL HACERLO IMPLICA QUE COFEPRIS DESCALIFICA LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA QUE REGULA Y APRUEBA LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN INSTITUCIONALES.

GESTIONAR PARA QUE SE LEGISLE SOBRE LA OBLIGATORIEDAD PARA QUE LAS FACULTADES DE MEDICINA TENGAN LA MATERIA ONCOLOGÍA.

CURSOS VIRTUALES DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PARA MÉDICOS FAMILIARES Y DE PRIMER NIVEL.

CURSOS VIRTUALES DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA PARA MÉDICOS FAMILIARES Y DE PRIMER NIVEL.

CURSOS VIRTUALES DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA PARA MÉDICOS FAMILIARES Y DE PRIMER NIVEL.

CURSOS VIRTUALES DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS RADIÓLOGOS PARA MASTÓGRAFOS, CITOTECNÓLOGOS Y COLPOSCOPISTAS.

DIAGNÓSTICO DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS TÉCNICOS Y HUMANOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, PRÓSTATA, COLON Y PULMÓN A NIVEL NACIONAL Y SU GEOGRAFÍA.

GESTIONAR PARA LOGRAR LA AUTOSUFICIENCIA EN MATERIA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS POR LA INDUSTRIA NACIONAL



## 12. ORGANIGRAMA ACTUAL ORGANIGRAMA PROPUESTO

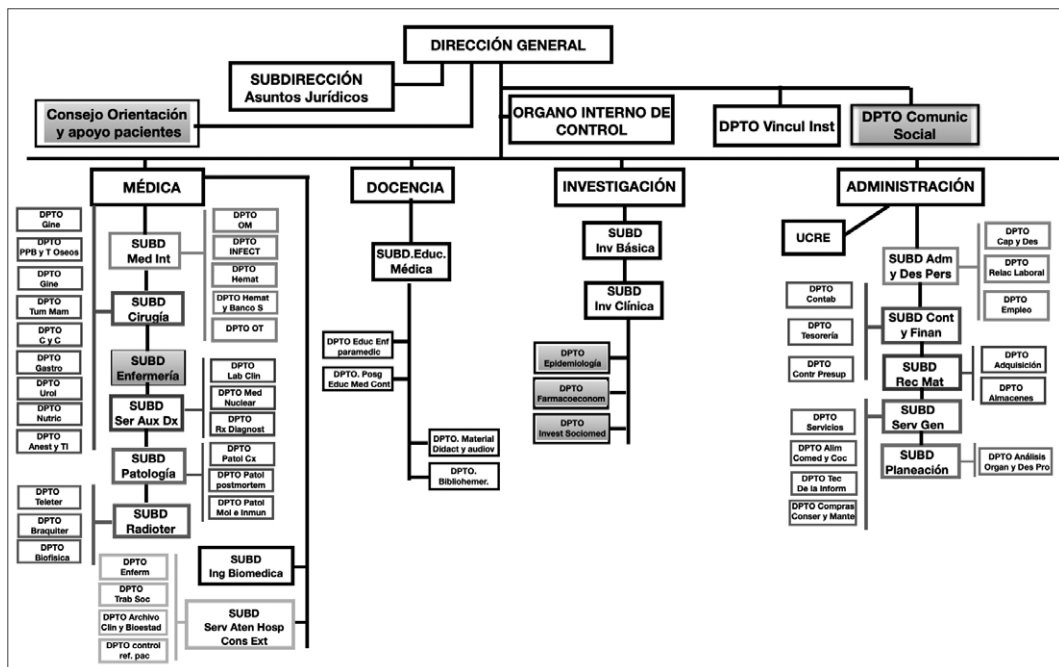
Para la primera HJG propondré: la UCRE pasa de depender de la Dirección de Investigación a la Dirección de Administración y Finanzas. En su lugar se restablece el Departamento de Epidemiología en la Subdirección de Investigación Clínica. Se propondrá la creación de dos departamentos en esta subdirección. El Departamento de Farmaco-Economía y el Departamento de Investigación Sociomédica. Se crea el Consejo de Orientación y Apoyo a Pacientes, dependiente de la Dirección General. El Departamento de Difusión y Publicaciones de la Dirección de Docencia pasa a Departamento de Comunicación Social, que dependerá directamente del Director General.

Desaparece la Subdirección de Servicios Paramédicos y en su lugar se crea la Subdirección de Enfermería. Las funciones de la primera están duplicadas, ya que ejerce funcio-

nes que están en el dominio de la Subdirección de Planeación, del Departamento de Tecnologías de la Información, de la Subdirección de Consulta Externa y Hospitalización, así como de las del Departamento de Epidemiología. Por el contrario, elevar a rango de subdirección con mayor autonomía al personal de enfermería es una necesidad, planteada desde 2013 por la administración saliente.

En un futuro mediano, se pretende la creación de las Subdirecciones de Prevención del Cáncer y la Subdirección de Detección Temprana del Cáncer para que, en conjunto, con el Plan del Control del Cáncer de México, el INCAN tenga más influencia nacional sobre estos dos aspectos.

En relación con las clínicas y centros, estos podrán ser redistribuidos a otras subdirecciones, de acuerdo con su naturaleza y relación natural con el área Médica o Quirúrgica para facilitar su organización y mejorar su productividad.



De igual manera, se reasignarán los servicios a las diferentes Subdirecciones para mejor funcionamiento y coordinación.

Finalmente, se analizará el funcionamiento del CAII y tomaremos la determinación de continuarlo y fortalecerlo, o transformarlo en un albergue para pacientes foráneos sin recursos.

