



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y ADMINISTRACION PUBLICA (ADMINISTRACION PUBLICA)

PRESENTA: VERONICA RODRIGUEZ LOPEZ



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios, por el gran don de la existencia.

A mis padres Gerardo y Lety, por el amor con que imprimieron los valores que han regido mi vida.

A Carlos, el amor de mi vida, por el tiempo que hemos caminado juntos y con ternura me has apoyado.

A mis hijos muy especialmente a Carlos, por la alegría y el sentido que le das a mi ser.

A mis tres hermanas con todo mi cariño.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.- CONCEPTOS	5
1.1 Administración Pública.	5
1.1.1 La Administración Pública en el Estado Absolutista.	6
1.1.2 La Administración Pública en el Estado Capitalista.	8
1.2 Salud Pública.	9
1.3 El Derecho a la Salud.	11
1.4 La Administración Pública en el Sector Salud.	13
1.4.1 El Sistema Nacional de Salud.	15
1.4.2 Institutos Nacionales de Salud.	17
CAPÍTULO II.- BREVES ANTECEDENTES DE LA SALUD EN MÉXICO	20
2.1 Época Prehispánica.	20
2.2 Época Colonial.	23
2.3 Época Independiente.	28
2.4 Época Actual.	33
CAPÍTULO III.- LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA	36
3.1 Concepto.	36
3.2 Breves antecedentes de la Simplificación Administrativa en México.	37
3.3 La simplificación administrativa a través de sistemas de computo.	40
CAPÍTULO IV.- GENERALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	42
4.1 Antecedentes.	42
4.2 Objetivos.	43
4.2.1 Atención Médica.	44
4.2.2 Enseñanza.	46
4.2.3 Investigación.	47
4.3 Marco Jurídico.	48
4.4 Estructura Orgánica.	49
4.5 Servicios que presta el INCan.	51
4.5.1 Preconsulta.	51
4.5.2 Consulta Externa.	51
4.5.3 Hospitalización.	52
4.5.4 Otros servicios.	52

CAPÍTULO V.- DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO EN EL INCan.	54
5.1 El Sector Salud: políticas y programas.	54
5.2 El Instituto Nacional de Cancerología hoy.	57
5.3 Problemas administrativos dentro del Instituto.	61
CAPÍTULO VI.- PROPUESTA	66
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	74

INTRODUCCION

El México de hoy se encuentra inmerso en cambios estructurales importantes, desde la apertura económica y la reforma del Estado, hasta modificaciones en la estructura de valores y arquetipos de carácter e identidad nacionales, así como transformaciones en los estilos de vida y la composición de las familias.

Estamos en una época en donde las instalaciones, la tecnología y los servicios de atención a la salud son complejos, prevaleciendo una brecha entre el conocimiento, el servicio de salud que se quiere dar y lo que realmente se ha logrado en la práctica social.

Como se habrá de esclarecer más adelante, la Administración Pública está en estrecha relación con el ejercicio del poder del Estado, lo cual lleva a cabo a través de sus organismos, con la finalidad de satisfacer sus propios fines y las necesidades de la sociedad.

México tiene un sistema de producción capitalista y la Administración Pública en este sistema está determinada por una doble naturaleza: dominio público y dirección, es decir, política y administración. En el ámbito de la dirección el Estado realiza funciones públicas como la asistencia pública, salud, seguridad social, obras públicas, etc. Y en la competencia del dominio se encuentra la actividad agrícola, industrial y comercial, entre otras.

El interés que tiene el Estado en la salud se entiende por su naturaleza dual de dominio político y dirección administrativa, por lo que a través de la Administración Pública otorga servicios de salud a la población, desde centros de salud, hasta Institutos Nacionales.

Los Institutos Nacionales de Salud son organismos pertenecientes al tercer nivel de atención dependientes de la Secretaría de Salud, esto es, que son instituciones cuyo objetivo es la investigación, la enseñanza y la atención médica de especialidad. Dentro de estos Institutos se encuentra el Instituto Nacional de Cancerología; todos los Institutos son importantes pero en los últimos años el INCan ha tomado cierta relevancia, esto debido a que el cáncer

actualmente ocupa el segundo lugar de causa de mortalidad en nuestro país, lo cual lo hace un problema de salud pública. Esto ha provocado un aumento en la demanda de atención médica en esta especialidad, que en ocasiones por el rezago administrativo con el que se viene operando provoca cierta ineficiencia en el servicio prestado.

A través de este trabajo se pretende realizar un diagnóstico administrativo del Instituto Nacional de Cancerología, en el área de Consulta Externa, (y Pre-consulta), con el fin de proponer soluciones que coadyuven a la disminución en los tiempos de atención y reducción de trámites para los pacientes, por medio de un sistema de computo, logrando una simplificación administrativa.

Es importante resaltar que la salud en México es un derecho consagrado en la Constitución y no un privilegio de unos cuantos. La salud es un elemento sin el cual las Naciones no pueden desarrollarse ni progresar, por lo que es un asunto central en la vida de los pueblos. Haciendo alusión al cameralismo encontramos que para la ciencia de la policía, la prosperidad y el bienestar de los individuos son el punto clave para que un Estado sea fuerte y próspero, por tanto para que esto se logre, se requiere de una sociedad sana.

En el presente trabajo se hace una semblanza de los antecedentes de la salud en México, desde la época prehispánica hasta nuestros días, lo que nos permite conocer el desarrollo de nuestro actual Sistema Nacional de Salud, sus objetivos, alcances y perspectivas.

Así también se aborda el tema de la Simplificación Administrativa contemplando algunas de las propuestas realizadas en los gobiernos anteriores y la simplificación administrativa a través de sistemas de computo y los beneficios que se pueden lograr.

En el Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000) el ejecutivo plasma de manera muy clara que una de las mayores injusticias se gesta cuando las instituciones de procuración de bienestar se vuelven ineficientes. Sin embargo esta situación se presenta en nuestras instituciones de salud, siendo principalmente afectados los pacientes, quienes además de su enfermedad padecen los trastornos generados por el rezago administrativo, como son largos periodos de espera (principalmente en la consulta externa).

En la presente administración el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud inició una Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud. Entre otros puntos se destaca el hecho de hacer que los servicios de salud sean efectivos y eficientes, teniendo como uno de cinco compromisos prioritarios el disminuir los tiempos de espera en la consulta externa y en los servicios de urgencia.

Una de las hipótesis de este trabajo se refiere a la implementación de un sistema de computo en las áreas de preconsulta y consulta externa, para estar en posibilidad de lograr una simplificación administrativa. Lo que coadyuvaría a contar con una administración pública moderna, accesible y eficiente; orientada al servicio de los ciudadanos y cumpliendo con compromisos establecidos por la Secretaría de Salud.

CAPITULO I CONCEPTOS

1.1 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

El concepto de Administración Pública aparece durante el siglo XIX; involucra cuestiones tales como Estado, gobierno, actividad administrativa, políticas públicas, dominio político y dirección.

Ante esta situación es importante mencionar la opinión de distintos autores, quienes conociendo de manera profunda la materia plasman, su pensamiento sobre Administración Pública.

Wilburg Jiménez Castro en su libro *Administración Pública para el desarrollo Integral*, define a la Administración Pública como “... la actividad que realizan sólo los ministerios y sus dependencias, es decir, la parte central de la rama ejecutiva del Gobierno.”¹

Complementando su definición anterior señala que “...Administración Pública, es la actividad administrativa que realiza el Estado para satisfacer sus fines, a través del conjunto de organismos que componen la rama ejecutiva del Gobierno y de los procedimientos que ellos aplican, así como las funciones administrativas que llevan a cabo los otros órganos y organismos del Estado.”²

Pedro Muñoz Amato precisa en un sentido más amplio que es el conjunto de la conducta humana que estipula de que manera se distribuirá y ejercerá la autoridad política; es decir que es el Gobierno del Estado.

Para Woodrow Wilson “la Administración es la parte más ostensible del Gobierno; es el Gobierno en Acción; es el ejecutivo operante, el más visible aspecto del Gobierno.”³

1. Jiménez Castro, Wilburg. *Administración Pública para el Desarrollo Integral*. FCE, México, 1971, p. 148.

2. Idem.

3. Wilson, Woodrow, citado por Jiménez Castro, Wilburg. *Ibíd.*, p 149.

La exposición de Leonard E. White sobre Administración Pública consiste en señalar que se compone de todas las operaciones encaminadas al cumplimiento de la política pública. 4

La definición que aporta Rafael Bielsa es vasta pues la hace en un sentido material como "...la acción general positiva y directa del Estado, en materia administrativa, es la realización del interés general para la satisfacción de las necesidades colectivas[...]

Administración Pública, en sentido formal, es el conjunto de las órdenes internas y procedimientos generales del Poder Ejecutivo." 5

Omar Guerrero nos ofrece una óptica diferente de la Administración Pública al concebirla como "...el campo de la ciencia política que se relaciona con el ejercicio del poder gubernamental, cuando éste toma la doble forma de dirección y dominio." 6 Otra opinión importante del autor la encontramos en su libro *-La Administración Pública en el Estado Capitalista-* en donde destaca que debió darse la separación entre Estado y Sociedad, pues sólo así se comprenderá la actividad del gobierno como dinámica política y administrativa

Haciendo un análisis de estos conceptos se encuentran puntos de concordancia dentro de los que destaca el que la Administración Pública está en estrecha relación con el ejercicio del poder del Estado, a través de sus organismos, con la finalidad de satisfacer sus propios fines y las necesidades de la sociedad.

Dicho en otras palabras la Administración Pública es el medio a través del cual el Estado ejercerá su poder.

1.1.1 La Administración Pública en el Estado Absolutista.

El Estado Absolutista data sus orígenes en el siglo XVI, surge al ocaso del feudalismo; es un periodo caracterizado por la jerarquía y centralización, asentando así las bases para el establecimiento del poder político burgués.

4. Leonard E. White, citado por Jiménez Castro, Wilburg, Idem.

5. Dr. Rafael Bielsa, citado por Jiménez Castro, Wilburg, Idem.

6. Guerrero Orozco, Omar. La Administración Pública en el Estado Absolutista. Fontamara, México, 1988, p. 11.

Es importante el estudio de este periodo para la Administración Pública, debido a que en esta forma de organización se gestan los elementos que darán lugar a la ciencia de la administración. Así también las ciencias camerales se desarrollan durante el absolutismo cuyo propósito central es el bienestar del Estado y la felicidad de los súbditos. Los cultivadores del cameralismo que tuvieron como fundamento los anteriores principios, son los formadores de la teoría del Estado de bienestar; consideraban que la prosperidad y el bienestar de los súbditos eran medulares para que el Estado fuera fuerte y próspero, por lo que su propuesta consistía en mejorar las condiciones materiales de los individuos para lograr un incremento en el poder del Estado.

El cameralismo es considerado como el conjunto de medios racionalizados que favoreció a la dominación por medio de la Administración Pública. Este fue un movimiento político, económico y administrativo que contribuyó a la formación y consolidación del Estado Absolutista.

Las ciencias camerales, son ciencias del Estado, su objeto de estudio es precisamente éste, y lo desarrollan a partir de la *cámara*, de ahí su nombre; “la cámara es la organización medular de la administración pública absolutista y la policía la fuerza propulsora del movimiento de dominación sobre su ámbito territorial”.⁷ Estos conocimientos constituyen el más importante esfuerzo para comprender la administración del Estado Absolutista.

Las ciencias camerales estaban integradas por la policía, gobierno, comercio, finanzas, cameralia y economía. La ciencia de la policía en un principio era considerada como el conjunto de prácticas administrativas encaminadas a propiciar la convivencia social, garantizar el abasto de víveres, asegurar la pureza del aire y el agua, establecer las directrices para las obras públicas y la vivienda, regular el tráfico mercantil, velar por la salud pública, entre otras cosas. A través de estas prácticas, la policía apoya la superación de la forma de vida de los individuos elevando todos los niveles de su existencia. La policía es una ciencia cuyo objeto es procurar el desarrollo pleno del ser humano, por lo que la economía, la educación y la moral, los concibe como parte de un desarrollo integral para que cada cual logre vivir mejor.

7. Guerrero Orozco, Omar. Las Ciencias de la Administración Pública en el Estado Absolutista, Fontamara, México, p. 53.

1.1.2 La Administración Pública en el Estado Capitalista.

El desarrollo de la Administración Pública en el Estado Capitalista se comienza a gestar en la Monarquía Absoluta, debido a que ésta florece en un contexto con un modo de producción capitalista. “En el Estado Absoluto son construidas las condiciones sociales sobre las cuales se levantará el poder político del capital.”⁸

La Administración Pública en este Estado está determinada por una doble naturaleza: dominio y dirección, esto es política y administración. Dentro de la competencia de la dirección, el Estado, lleva a cabo funciones públicas tales como: asistencia pública, salud, seguridad social, obras públicas, etc. Y en el ámbito del dominio se encuentra la actividad industrial, agrícola, comercial, así como el orden público, etc.

Para poder dar paso al sistema de producción capitalista, tuvieron que desaparecer las relaciones tales como amo-esclavo, señor feudal-siervo, para surgir una organización social basada en la economía. Las relaciones de producción cambian, y están presentes los dueños de los medios de producción y los dueños de la fuerza de trabajo, quien a cambio de su trabajo recibe un salario.

El Estado que anteriormente se beneficiaba del trabajo excedente de campesinos y artesanos, deja de ser parte de la sociedad y se tiene que enfrentar a los problemas sociales de la lucha de clases entre los distintos dueños (medios de producción y fuerza de trabajo). “El Estado se separa de la sociedad porque, situándose con relativa autonomía de la lucha de clases, puede refrenar los conflictos aun cuando inclusive él mismo está inmerso en los mismos conflictos.”⁹

En este sistema de producción el Estado representa el dominio de la burguesía, siendo la Administración Pública el instrumento mediante el cual se llevó a cabo el dominio de clase. “La Administración Pública capitalista, nace del antagonismo de clases para imponer el dominio de las clases dominantes sobre las clases dominadas.”¹⁰

8. Guerrero Orozco Omar, La Administración Pública en el Estado Capitalista, Fontamara, México, p. 141.

9. Idem., 10. Idem.

En contraposición al Estado absolutista, en donde se consideraba el bienestar de los súbditos como mecanismo para fortalecer al Estado, vemos que en el Estado capitalista la Administración Pública se fortalece a través de ejercer el poder emanado de las clases dominantes para defensa de sus propios intereses y su relación hacia las clases dominadas se establece en el papel de dominio y dirección, representado en la tutela y el servicio.

1.2 SALUD PÚBLICA

La salud pública se refiere al conjunto de acciones que lleva a cabo la comunidad organizada para promover la salud, prevenir y tratar enfermedades, fármaco-dependencias, etc., principalmente cuando por el volumen de las mismas rebasa la forma individual y afecta a grandes grupos de la población o a ésta en su totalidad. Por extensión natural hay una salud pública internacional velada por la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales, que para el caso de América se encomienda a la Organización Panamericana de la Salud.

La preocupación por la salud pública se podría decir que tiene sus orígenes en la prehistoria, al atender la inhumación de los cadáveres. Los romanos con sus sistemas de drenaje y acueductos manifiestan su interés en la salud pública. El aislamiento de los leprosos, por su contagio, al igual que la peste durante el siglo XIV en Europa, en donde se establece cuarentenas a medida de prevención, son muestra clara de la conciencia de la salud pública.

Se puede ubicar en México el inicio de la salud pública hacia el año 1628 con el establecimiento del Protomedicato, que funcionó durante toda la Colonia; tenía como funciones cuidar el correcto uso de la medicina, vigilar la higiene y salubridad pública así como, el control en la venta de medicamentos y evitar el contagio de enfermedades.

El Protomedicato dejó de funcionar en 1831, transfiriendo sus funciones a la junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal.- En 1833 las funciones de la junta le son encomendadas al Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México.

En 1891 se promulga el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo principal objetivo consistía en procurar la conservación de la salud, mejorar la esperanza de vida y un auge en la condición física de los seres humanos.

Hay factores como la contaminación química o microbiana del agua y los alimentos, contaminación del aire, las condiciones de vivienda, la educación, las condiciones de higiene, que están vinculados directamente con la salud pública, afectándola en forma drástica.

Actualmente la salud pública enfrenta nuevos retos, por un lado continuar con los programas de vacunación universal, prevención y control de diarreas infantiles, planificación familiar y por otro lado fortalecer los esfuerzos para disminuir la tasa de contagio por SIDA.

México enfrenta problemas epidemiológicos del subdesarrollo que se combinan con problemas epidemiológicos de los países de primer mundo, en un ámbito en donde se requiere aumentar la capacidad de respuesta a las demandas sociales imperantes.

1.3 EL DERECHO A LA SALUD

La salud es un factor sin el cual las Naciones no pueden desarrollarse ni progresar, por lo que es un asunto central en la vida de los pueblos. Al respecto es conveniente retomar de la ciencia de la policía, sus postulados de bienestar y progreso, en virtud de poder ser aplicados al derecho a la protección de la salud.

El objeto principal del derecho a la protección de la salud es garantizar el acceso a los servicios de salud que permitan mantenerla o restaurarla. ¹¹

11. Díaz Alfaro, Salomón. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Porrúa, México. 1983, p.15.

El derecho a la salud está sustentado en los derechos humanos fundamentales en donde se declara la universalidad en los derechos de salud y de seguridad social. Para cualquier país, la política y los servicios de salud están inmersos en el desarrollo que pretendan alcanzar, debido a que un país enfermo no puede prosperar.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948

Artículo 25°. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica...

Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, 1948

Artículo 11°. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966

Artículo 12°. Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...¹²

En algunos países, como en México, se ha logrado alcanzar el nivel constitucional del derecho a la protección de la salud como un derecho “autónomo” fue elevado a rango constitucional a través de la reforma al artículo 4° de la Constitución, para lo cual se adicionó lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios – de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. ¹³

12. La Seguridad Social y el Estado moderno, IMSS, FCE, México, 1992, p. 86

13. Revista CONAMED año 4, volumen 6, No. 17 octubre-diciembre, México, 2000, p. 8
Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

La salud como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de los derechos sociales, esto es que requieren de una acción positiva, la cual se traduce en la prestación de algún bien o servicio.

De tal manera se entendería que, el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto.”¹⁴

La Ley General de Salud define en su artículo 2º los propósitos que se persiguen con la protección del derecho a la salud, como se menciona a continuación:

Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las finalidades siguientes:

- I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana;
- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud ---- que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la pobla---ción en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satis---fagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y ----- tecnológica para la salud.¹⁵

En estos párrafos está plasmado el derecho a la protección de la salud para todos los individuos, sin embargo, aún hoy con todos los programas, reformas, unidades móviles, centros de salud rurales y urbanos, hay quienes carecen de la protección de su salud.

14. Idem.

15. Ley General de Salud, Ista, México, 2001, p. 9

1.4 LA ADMINISTRACION PUBLICA EN EL SECTOR SALUD

En el siglo XVI la prestación de servicios de salud ya no sólo obedece a causas religiosas, sino inclusive políticas. Durante el feudalismo, “ya está presente el tutelaje del Estado religioso-político por medio de la prestación sanitaria y asistencial”.¹⁶

Al finalizar la Edad Media, es evidente la influencia de Tomás Moro en el Estado español, viéndose ésta reflejada en la actitud con que se establecieron los hospitales en la Nueva España; ya que, para Moro el hospital deja de ser una institución de caridad para ser una institución para enfermos, *que crea el sentido social de una nación bien organizada*.¹⁷

En el párrafo anterior podemos notar la precisión de Tomás Moro sobre el papel que debe tener el Estado con relación a la salud de su pueblo.

En el Absolutismo el Estado se interesa por la salud pública, si bien no como un derecho, si como un mecanismo para acrecentar y conservar su poder. Durante este periodo la administración pública tiene como responsabilidad la procuración de la salud y la beneficencia. A través de lo cual se logrará mejorar el nivel de bienestar, tanto de los soberanos como de los súbditos; el concepto de salud pública está inmerso en este principio, puesto que sin salud no puede haber bienestar.

En un primer momento se ubica a la salud dentro de la competencia de la práctica administrativa de la policía orientada entre otras cosas a vigilar la salud pública. De acuerdo al análisis de George Rosen, se sugiere que en la medida en que el concepto de policía médica se acogía fuera de Alemania y se le enfocaba a problemas específicos de salud, se aceptaba fácilmente la acción del gobierno, especialmente en el control de enfermedades transmisibles.¹⁸

16. Ruiz Sánchez, Carlos, Tesis doctoral “Las políticas de salud en el Estado mexicano (1917-1997), México, 2001. p. 237.

17. Ídem. P. 265.

18. Rosen, George, De la policía médica a la medicina social, FCE, México, p.

En el Capitalismo persiste el interés del Estado por la salud, en su naturaleza de dirección administrativa y dominio político

Después de la segunda guerra mundial el Estado Benefactor tiene como objetivos el brindar atención de salud para la satisfacción de fines políticos, económicos y administrativos. Este Estado se distingue por la responsabilidad estatal de satisfacer las necesidades básicas de la población, eximiendo de ésta a la sociedad, se torna absorbente y paternalista.

El Estado tiene un importante papel en la gestión macroeconómica, regulación del comercio; encargándose directamente de la producción de bienes y servicios: salud, previsión, educación, asistencia, etc.

“... la administración tutelar del Estado abarca, además de las instituciones de beneficencia, otras más de seguridad social, salud y protección al salario.”¹⁹

El Estado a través de la Administración Pública regula los servicios de salud, con el objeto de garantizar el acceso de la población. Interviene instaurando que servicios debe recibir la población, la forma y frecuencia en que los deben de recibir.

Se encarga también de controlar los costos del sistema de salud, la fijación de los salarios de los profesionales y personal de salud, el control del precio de los medicamentos e insumos médicos. Esto está patente en la iniciativa de la reforma Hacendaria por parte del Ejecutivo para gravar con IVA a los medicamentos.

La Administración Pública también está presente en la definición de políticas y programas de salud, que persiguen el acceso de la población a un nivel básico de satisfacción de las necesidades de salud.

19. Guerrero Orozco, op. Cit. p 193.

1.4.1 El Sistema Nacional de Salud.

Por la gran variedad de instituciones que proporcionan servicios de salud y el hecho de que cada uno se rige por estatutos jurídicos y administrativos particulares, aparece la necesidad de coordinarlos dando pauta a la creación del Sistema Nacional de Salud como parte del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

El Sistema Nacional de Salud pretende lograr que las instituciones que otorgan atención a la población abierta y las de seguridad social, diseñen un programa sectorial, implanten indicadores para evaluar los resultados y la asignación de recursos presupuestales.

En la Ley General de Salud se establece en su artículo 5° que el Sistema Nacional de Salud lo constituyen las dependencias y entidades de la Administración Pública, las personas físicas o morales que presten servicios de salud, ya sean del sector social o privado, así como los mecanismos de coordinación de acciones, teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. ²⁰

El sector público está conformado por instituciones de servicios, otorgan atención médica y asistencia social a la población que no mantiene una relación formal de trabajo, y por tal motivo no tiene acceso a instituciones de seguridad social, es decir a la población abierta.

La Secretaría de Salud es el órgano rector del sector salud encargada de proporcionar servicios de salud a la población abierta, asimismo le corresponde: normar, planear, evaluar y supervisar los servicios de salud, así como ser un organismo de gestión financiera.

Otro grupo de organismos del sector público lo integran las instituciones de asistencia social y las instituciones de seguridad social, estas últimas prestan servicios a la población que mantiene una relación laboral formal.

20. Ley General de Salud, op. Cit. P. 9

El sector privado se compone de personas físicas o morales que desarrollan actividades en salud con bienes de propiedad particular, médicos, clínicas, hospitales y compañías de seguros.

A manera de esquema se presenta la conformación del Sistema Nacional de Salud en México.

Sistema Nacional de Salud

Sector Público	Secretaría de Salud	Institutos Nacionales de Salud Salud de los Estados DDF
	Seguridad Social	IMSS ISSSTE ISSFAM SSMARINA SSPEMEX
	Asistencia Social	DIF INSEN Centros de Integración juvenil
Sector Privado	Organismos e instituciones con bienes de propiedad particular. Instituciones de carácter lucrativo.	

Dentro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, establecidos en el artículo 6° de la Ley General de Salud se destaca: el proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, apoyar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente propiciando el desarrollo satisfactorio de la vida, impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para la mejora de salud, entre otros. 21

20. Ídem.

Del foro internacional sobre gestión pública en salud, llevado a cabo en agosto de 1990, se destaca algunas de las reflexiones.

- El Sistema Nacional de Salud es un medio para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.
- El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en una ética subyacente que comprende dos principios esenciales, equidad y cobertura, y dos requerimientos básicos, calidad y eficiencia.
- El Sistema Nacional de Salud debe avanzar hacia la consolidación de sus mecanismos de gestión, en particular en lo que atañe a la integración de la prestación de servicios, a la diversidad financiera y a la descentralización y regionalización. ²²

1.4.2 Institutos Nacionales de Salud.

Los Institutos Nacionales de Salud son instituciones para la prestación de servicios asistenciales de alto nivel, es decir, con alto grado de especialización, principalmente para la población no derechohabiente a otras instituciones de salud, como serían el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Tienen entre sus objetivos el desarrollo de la investigación, así como la formación de recursos humanos para la salud.

Los Institutos Nacionales de Salud constituyen el tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, ya que cuentan con tecnología de punta para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La investigación y enseñanza son aspectos fundamentales en los Institutos, debido a que es en estas instituciones donde se forman los recursos humanos de alta calidad médica.

22. Valdés Olmedo, Cuauhtemoc coordinador, *Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una Perspectiva Internacional*, Médica Panamericana, México, 1995, p. 26.

Los Institutos pertenecen a un subsector del Sector Salud, son instituciones descentralizadas, con personalidad jurídica y patrimonio propio y se crean por decreto o por ley. El presupuesto anual que tienen los Institutos proviene del subsidio federal, de las cuotas de recuperación, ingresos por atención a enfermos privados, servicios médicos subrogados y de actividades docentes. La política de su operación se desarrolla de acuerdo al Programa Nacional de Salud.

De acuerdo a la Ley Federal de Entidades Paraestatales, cada Instituto es dirigido por una Junta de Gobierno, estando conformada por el Secretario de Salud, representantes de la Secretaría de Hacienda, invitados de la Secretaría de la Contraloría Administrativa y de la Secretaría de Salud.

Los Institutos tienen patronatos conformados con personas de sectores social y privados quienes enfocan sus actividades a la obtención de recursos para que la asistencia a los enfermos, investigación y enseñanza sean de calidad.

Actualmente son diez los institutos que conforman el subsector; a excepción del último, los demás prestan servicios de asistencia médica. A continuación se enlistan de acuerdo a la fecha de su fundación:

1. Hospital Infantil de México Federico Gómez.	1943
2. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.	1944
3. Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán.	1946
4. Instituto Nacional de Cancerología.	1950
5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.	1952
6. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.	1959
7. Instituto Nacional de Pediatría.	1970
8. Instituto Nacional de Perinatología.	1977
9. Instituto Nacional de Psiquiatría.	1979
10. Instituto Nacional de Salud Pública.	1987

Los diez Institutos constituyen un todo armónico aunque heterogéneo. Estos Institutos se han creado para dar respuesta a la necesidad de prestar servicios asistenciales de especialidad, que a su vez permitan el desarrollo de la investigación biomédica, socio médica y clínica.

En el contexto de la nueva administración se impone un nuevo desafío que, acorde a la demanda de la población busca ofrecer servicios de la más alta calidad. Los Institutos por su grado de especialidad y por contar con tecnología de punta integran uno de los pilares de la Secretaría de Salud ante este reto.

CAPITULO II

BREVES ANTECEDENTES DE LA SALUD EN MÉXICO

2.1 EPOCA PREHISPÁNICA

Existen algunos antecedentes de que la medicina prehispánica en México estaba desarrollada, así como del progreso en la aplicación farmacológica de las plantas, siendo testimonio de este último el Códice Badiano; los indígenas tenían conocimiento de enfermedades y les daban nombres específicos. Los conocimientos eran transmitidos de una generación a otra de manera oral, no existían las escuelas de medicina; y como curación aplicaban los masajes, la sangría, el baño termal “*temazcalli*” y un sin fin de hierbas medicinales.

Para esclarecer esta época de la salud en México y debido a que la bibliografía consultada hace referencia básicamente al pueblo azteca, tomaremos las características de este pueblo para hacer esta exposición.

Los aztecas conocieron enfermedades del sistema nervioso, del aparato respiratorio, del digestivo, afecciones renales, hepáticas, cardíacas, de nutrición, infecciosas; los remedios utilizados para aliviar estos males se encontraban en la herbolaria y la aportación de la medicina indígena fue de gran importancia.²³

En función del desarrollo alcanzado en las distintas ramas de la medicina y su especialización, ésta se encontraba dividida “...había médicos, cirujanos, sangradores, boticarios y parteros...”²⁴

Aunque tenían conocimientos en medicina, algunos médicos atribuían muchas enfermedades a castigos de los dioses y en la cura mezclaban prácticas supersticiosas; situando a la medicina en un plano sobrenatural.

23. Eli de Gortari, citado por Venegas Ramírez Carmen, Régimen hospitalario para indios, México, p. 16.

24. Francisco Flores, citado por Venegas Ramírez Carmen, p. 11.

En el México prehispánico se atribuía la enfermedad a cuatro diferentes principios:

- Hecho Natural.
- Por castigo.
- Por algún conjuro o maleficio.
- Por influencia astrológica.

En México el desarrollo de la herbolaria fue muy importante, muestra de ello la encontramos en el uso de yerbas y raíces para tratar distintas enfermedades tales como: úlceras, abscesos y tumores, fracturas, dolores de cabeza, heridas, infecciones urinarias y dolor de oído entre otros. Las yerbas y demás remedios, como ungüentos se vendían en mercados.

Francisco Javier Clavijero apunta que Europa debe a los mexicanos el uso de algunos medicamentos, así como el hecho de que los indios les enseñaron el nombre y uso curativo de 1,200 plantas.

Los indios como medio de conservación de la salud utilizaban el baño frecuente, empleando en ocasiones el baño de vapor “*temazcalli*” para desintoxicarse por medio de la transpiración, en caso de ser mordido por algún animal ponzoñoso y para quitar la fiebre; obteniéndose buenos resultados. Como medida de prevención practicaban la higiene.

En el texto *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, se hace mención a dos tipos de médicos: uno dotado de poderes sobrenaturales, con los que alivia a sus pacientes; el hechicero, brujo o curandero. El otro encarnado por el estudioso, que sana y tiene éxito gracias a sus conocimientos.²⁵ Esta presente la dualidad humano-sobrenatural.

El historiador Bernardino de Sahagún señala que “el médico verdadero es un sabio que da la vida; es conocedor experimental de las cosas; experimentalmente también conoce las hierbas, las piedras, los árboles, las raíces”.²⁶

25. Alvarez Amezquita, José; Bustamante, Miguel E.; López Picazos, Antonio; Fernández del Castillo, Francisco., *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo III, SSA, México, 1960, p. 77.

26. *Ibidem*. P. 80.

Los médicos por la especialidad que ejercían recibían distintos nombres: el *tepatiani* era el que conocía mejor las propiedades de las yerbas; el *teixpatiani* era el oculista; el cirujano era llamado *texoxotlani*; el sangrador, *teitzminqui*; el que arreglaba fracturas y luxaciones, *teomiquetzani*; el que interpretaba los sueños ingiriendo alucinógenos era llamado *paynani*; la comadrona, *temixihuitiani*...²⁷, aunque en esta época se menciona que cualquier mujer podía atender un parto.

Los lugares destinados para ejercer la medicina, o bien para procurar la salud de los indios, no se conoce con certeza, algunos investigadores mencionan que estaban cerca de los templos o palacios. El único antecedente, es el relatado por Francisco Flores: “Moctezuma II ...estableció en la ciudad de Colhuacán un hospital de inválidos sostenido por el Estado para los servidores militares y civiles...”²⁸ pero probadamente no hay antecedentes de la existencia de hospitales en el México prehispánico.

El conocimiento sobre la salud y la enfermedad que tenía el pueblo mexicano es de importancia; pues hay antecedentes de la aplicación de la profilaxis, la extirpación de tumores, realización de amputaciones, tenían experiencia en el tratamiento de fracturas y luxaciones, curaban infecciones, úlceras y heridas; tenían lugares destinados a la procuración de la salud, que se ejercía de manera privada y un reconocido desarrollo en botánica que les permitía la curación de padecimientos y enfermedades por medio de las yerbas. Esto último fue aprendido por los españoles y en nuestro país se sigue aplicando la herbolaria para aliviar ciertos males.

27. Aguirre Beltrán, Gonzalo, citado por Venegas Ramírez, Carmen, op. Cit. P 11.

28. Flores, Francisco, citado por Venegas Ramírez, Carmen, op. Cit. P 10.

2.2 ÉPOCA COLONIAL

A raíz de la llegada de los españoles a México, se sucedieron muchas epidemias, en virtud de que los indios carecían de inmunidad y el contagio adquirió dimensiones extraordinarias; frecuentemente se producían brotes epidémicos y se hizo necesario el aislamiento, siendo imprescindible la asistencia hospitalaria. Por lo que la fundación de hospitales para indios fue la respuesta a esta necesidad de asistencia.

La primera epidemia fue de viruela en 1521 a la que los indígenas llamaron huey-záhuatl que traducida era gran lepra o gran pestilencia de viruelas. Sahagún relata que “ya nadie podía andar, no más estaban acostados, tendidos en sus camas...A muchos dio muerte la pegajosa, apelmazada, dura enfermedad de granos...”²⁹

En ese año Hernán Cortés funda el Hospital de la Tlaxpana, para el cuidado y tratamiento de los enfermos leproso. Este fue clausurado por Nuño de Guzmán pues tenía la creencia que el agua que pasaba por ahí se podría contaminar y propagar la lepra.

En 1524 se empieza la construcción del Hospital de la Limpia Concepción o de Nuestra Señora; posteriormente se le llamó Hospital de Jesús Nazareno, como se le conoce a la fecha.

En los años siguientes continuaron los brotes de epidemias que minaban a los indígenas, debido a lo alarmante de estas “pestes” tanto la Corona Española como los religiosos decidieron darse a la tarea de fundar hospitales para prevenir el contagio de esas enfermedades. Los religiosos quienes se ocuparon de la asistencia hospitalaria fundaron muchos conventos donde se daba atención de salud a los indios y al mismo tiempo se les evangelizaba.

29. Bernardino de Sahagún, citado por Venegas Ramírez, Carmen, op. Cit. Pp. 20,21.

Aprovechando esta coyuntura los religiosos proponían la fundación de hospitales “...como medio adecuado para convertir a los indios a la nueva religión y adaptarlos a la civilización española[...]donde era fácil lograr los fines religiosos y políticos”.³⁰

En este párrafo se observa como el establecimiento de hospitales tenía diversos fines; se hacía esencial en virtud de las reiteradas epidemias y la consecuente mortandad, y a través de su fundación se realizaba una obra benéfica y se sentaban las bases para la conversión de indígenas.

En estos hospitales, fundados principalmente por religiosos franciscanos, agustinos y dominicos, se instruía a los indios sanos en las obligaciones religiosas, cuando acudían a prestar sus servicios en los hospitales una vez por semana. La mayor parte de los hospitales establecidos en los siglos XVI y XVII, desaparecieron a finales del siglo XVIII cuando las epidemias dejaron de ser tan frecuentes y se hubo satisfecho la conversión religiosa.

“La atención médica en la Nueva España se caracteriza por el interés del gobierno absolutista para prestar servicios preventivos y curativos a la población, tanto a los españoles como a los indios, ...”³¹

Durante el siglo XVI se fundaron en la Nueva España cerca de treinta hospitales, inspirados en la corriente humanista, caracterizados por clausuras, reaperturas, cambios de nombre, etc. “Los hospitales acompañaron a la iglesia y a la escuela en todos aquellos lugares a donde llegaron los evangelizadores”.³² Esto se dio principalmente en los pueblos grandes, ya sea que se construyeran junto al convento o bien fueran parte del mismo. Esto lo refiere don Pedro Moya de Contreras “...en todos los pueblos que son cabeceras de indios hay hospitales hechos con el trabajo, costa y limosna de los mismos indios...”³³

30. Venegas Ramírez, Carmen, op. Cit. p. 33.

31. Ruiz Sánchez, Carlos, Las políticas de salud en el Estado mexicano (1917-1997), Tesis para obtener el grado de Doctor en Administración Pública, México, FCPS, UNAM. 2001. P 241.

32. Ruiz Sánchez, Carlos, La Administración Pública de las instituciones de salud en México, Una aproximación crítica, Tesis para obtener el grado de Maestría en Administración Pública. FCPS: UNAM: México, 1990. p.77.

33. citado por Venegas Ramírez, Carmen, op. Cit. p.35

En Michoacán los hospitales es en donde tuvieron mayor auge y duración, esto por la influencia de Vasco de Quiroga; por su sentido humanista inspirado en la Utopía de Moro. Don Vasco de Quiroga sabía del desamparo y miseria de los indios y esto lo hizo fundar dos hospitales, uno en México y otro en Michoacán.

Los hospitales fundados por Vasco de Quiroga principalmente en los dos de Santa Fe se admitían a los enfermos, los huérfanos, desvalidos, forasteros, ancianos, desvalidos y a los caminantes que pasaban por ahí, que desearan vivir y trabajar para la comunidad, la organización de estos hospitales era peculiar, don Vasco "...dio el nombre del hospital a una institución de carácter mucho más amplio, puesto que, en rigor, creó pequeños poblados con el propósito de dar una educación social a los indios y no solamente una instrucción espiritual y cuidado para sus enfermedades..."³⁴

Vasco de Quiroga con la fundación de este tipo de hospitales abarcó de manera integral los aspectos de la hospitalidad; organizó y enseñó a los indios a trabajar la tierra, los evangelizó, les enseñó a leer y a escribir, los enseñó a trabajar y a vivir en comunidad con lo cual alivió su pobreza y su enfermedad. "En los hospitales-pueblos, los indios vivían lejos del influjo negativo de los españoles y de las encomiendas, exentos de tributos, en una comunidad que aspiraba a la perfección cristiana."³⁵

Cada convento de los pueblos grandes contaba con un hospital anexo y en los pequeños pueblos, (de no existir convento) se anexaban a las parroquias rurales.

Vasco de Quiroga redactó Ordenanzas para el funcionamiento de los hospitales de Santa Fe, a través de éstas organizó el trabajo de los acogidos, la economía, la agricultura e industrias de los indios, así como la educación civil y religiosa.

Fray Alonso de Molina redactó las ordenanzas que sentaron las bases para la organización de los hospitales, que abarcaban desde la estructuración y funcionamiento, hasta los mínimos detalles de su organización y cofradías; en sus aspectos jurídico, clínico y administrativo.

34.- Carreño María, Alberto, citado por Venegas, op. Cit. p. 36

35.- Venegas, op. Cit. p. 72

Estas ordenanzas establecían los deberes de los cofrades y sus mujeres, del culto religioso, fiestas de la Virgen de la Concepción considerada como la patrona de los hospitales, preceptos de caridad y vida cristiana. El fin de estas ordenanzas era que el hospital se regía de manera religiosa y caritativa.

Se estableció el protomedicato con el fin de controlar el ejercicio profesional de la medicina y las actividades sanitarias; encargado de comprobar los conocimientos de quienes deseaban otorgar servicios médicos, velando por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina; vigilaba la calidad de los preparados farmacéuticos y sus precios; dictaba normas de salud pública. Además ordenaba la construcción de acueductos, hospitales; vigilaba el control hospitalario, farmacias, reservas de alimentos y distribución del agua.

Se transforma en tribunal y funge como órgano encargado de la salubridad pública hasta 1831, cuando el presidente Anastasio Bustamante establece en su lugar a la Junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal.

En cuanto a la enseñanza el Imperial Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco se enseñó medicina española a los indios y medicina indígena los españoles. Esta doble transculturación se debe al genio de fray Bernardino de Sahagún quien sabe recoger el acervo cultural autóctono.³⁶ Posteriormente se crea la Real y Pontificia Universidad de México.

Un gran avance fue la vacuna contra la viruela introducida en enero de 1804 por el doctor Francisco Balmis, en la época del virrey don José de Iturrigaray quien “dio ejemplo haciendo que se vacunase un hijo suyo pequeño y que se estableciese...una sala en cada hospital... lo mismo en las demás provincias del virreinato, arreglándose a la instrucción que formó Balmis”³⁷ La introducción de esta vacuna a la Nueva España disminuyó la mortandad por esta causa.

36.- Ruiz Sánchez, Carlos, op. Cit. P. 79.

37.- Humboldt, Alejandro, citado por Venegas, op. Cit. p. 30,31.

Es claro que el hospital en este periodo no sirvió exclusivamente para la curación de los enfermos y el control de brotes epidémicos, sino también para reunir y evangelizar a los indios enfermos y sanos; fue un centro de transculturación. La ingerencia de la Iglesia en los servicios de salud es evidente.

El Estado interviene directamente en la salud pública, principalmente en los brotes de epidemias; la medicina era otorgada y regulada por los españoles; el poder estaba centralizado.

Los hospitales desaparecieron después de haberse cumplido los principales objetivos de su fundación; las epidemias dejaron de presentarse frecuentemente, los indios practicaban la fe católica y se habían incorporado a una forma de vida europea, consolidándose el dominio español por medio de la unificación religiosa, la economía y la política.

Es importante hacer mención que a fines del siglo XVII y principios del XVIII la dependencia económica de la Nueva España es total; los altos puestos en el gobierno eran ocupados por españoles, situación que se daba por igual en la Iglesia. Los criollos se encargaban de la agricultura, el comercio interno teniendo puestos medios en el gobierno.

2.3 EPOCA INDEPENDIENTE

Durante la guerra de independencia se presentan en la ciudad de México las *misteriosas fiebres del año 13* y por mandato del ayuntamiento el Dr. José Luis Montaña las estudia. Para atacar el problema de la epidemia, redacta un folleto conteniendo las instrucciones para que el pueblo las pusiese en práctica en los lugares en donde no hubiese médico y cuya eficacia y seguridad se experimentó en el año de 1813. La investigación que realizó el Dr. Montaña fue un estudio epidemiológico muy avanzado para su época; actualmente se identifica al padecimiento como tifo exantemático. 38

38. Ruiz Sánchez, Carlos, op. Cit. p. 250

Al finalizar la guerra de Independencia el Protomedicato continuaba siendo el órgano administrativo encargado de la aplicación de los preceptos que rigieron la función sanitaria en México; en 1831 el presidente Anastasio Bustamante suprime al Tribunal, estableciendo en su lugar a la Facultad Médica del Distrito Federal. Posteriormente se reemplaza a esta Facultad por el Consejo Superior de Salubridad, encargado también de velar por la salud pública.

En cuestión de salud, al consumarse la independencia, la organización administrativa no se modifica de fondo. Durante el periodo de Iturbide "... se creaban Juntas de Sanidad durante las epidemias en las provincias, apoyadas por las autoridades formales del gobierno, para enfrentar la contingencia epidémica, desapareciendo al terminarse la causa de su fundación."³⁹

Durante el gobierno de Guadalupe Victoria se tuvo la preocupación del saneamiento de la ciudad de México y se luchó contra las epidemias de cólera, paludismo y fiebre amarilla en todo el territorio nacional. En este mismo periodo se efectuó la venta de los hospitales del gobierno a particulares debido a la precaria situación económica del país, debido a los gastos provocados por la guerra de independencia.; sin embargo la política de salud no se modifica, manteniéndose la preocupación del Estado por el bienestar de la sociedad.

Las Leyes de Reforma influyen substancialmente en el ejercicio gubernamental de prestación, vigilancia y control de las instituciones de salud y asistencia públicas. Es el gobierno quien se encargó de la prestación de servicios en esos campos, quedando a un lado las órdenes religiosas que hasta entonces procuraron estos servicios.

39.- Ruiz Sánchez, Carlos. op. Cit. p. 251

Por decreto del presidente interino Benito Juárez de la Ley de los Bienes Eclesiásticos, se lleva a cabo la secularización de los bienes del clero, pasando a formar parte del Estado todos los bienes que el clero secular y regular administraba; para 1861 quedan secularizados los hospitales y establecimientos de beneficencia, encargándose del cuidado, dirección y mantenimiento de éstos el Estado. La Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación queda como responsable de la Beneficencia, creándose la Dirección de la Beneficencia Pública.⁴⁰

Al restaurarse la República, las Leyes de Reforma se integran a la Constitución Política de 1857 y permanecen en la Constitución de 1917, debido a que “cumplen con dos condiciones básicas para la modernización del Estado: la separación de la sociedad civil, y la tutela-servicio, que además es una de las tradiciones más antiguas y arraigadas en la prestación de salud a la población.”⁴¹

Durante el porfiriato el Ministerio de Gobernación remite un documento en donde se indica que los hospitales y beneficencias a cargo del ayuntamiento de la capital serán administrados por la Dirección de Beneficencia Pública, dependiente de este Ministerio. Se crean organismos gubernamentales como el Consejo Nacional de Salubridad, el Instituto Médico Nacional, el Hospital General y el manicomio de La Castañeda, así también se publica el primer Código Sanitario.

La promulgación de las Leyes sobre accidentes de trabajo en el Estado de México y Nuevo León en 1904 y 1906 respectivamente son el resultado de los triunfos de la lucha obrera. Entre 1912 y 1915 se expiden algunas leyes sobre accidentes de trabajo y seguridad social, que se ven concretadas en el artículo 123 de nuestra Constitución.

40.- Yañez Campero, Valentín, La Administración Pública y el derecho a la protección de la salud. Tesis para obtener el grado de maestría en Administración Pública, UNAM, México p.33.

41.- Ruiz Sánchez, Carlos, op. Cit. p 260.

En el año de 1914 la mayoría de la población sufre de miseria, hambre y enfermedad; debido a la falta de siembra y cosecha en el campo y de cría de animales, se produce en 1915 una terrible hambruna. En este periodo el Consejo Superior de Salubridad se ocupa de enfermedades como la viruela, fiebre amarilla, tifo y paludismo.

Este órgano tiene una serie de restricciones que le impiden actuar en los estados, ya que actuaba como autoridad local de sanidad y beneficencia pública, atendía problemas de salud en los estados o municipios de manera indirecta y esporádica. En un intento por dar atención al resto del país envía una brigada sanitaria fuera del Distrito Federal.

Antes de la promulgación de la Constitución Política de 1917 “no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud. La función del gobierno en la materia se limita a ejercer acciones de control epidemiológico, primordialmente en puertos y fronteras. La asistencia social, ámbito de los servicios de salud, se manifiesta en acciones aisladas y coyunturales. [...] el Estado no asume la responsabilidad de prestar atención médica con un criterio de universalidad.”⁴²

En 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General. Este Departamento junto con el poder legislativo destinaban los recursos para contrarrestar las epidemias y favorecer el saneamiento urbano. En esta etapa el gobierno se ocupa de muchas de las funciones de la sociedad, su participación fue creciente y cada vez más centralizada e integral, dándose una administración pública amplia, en el modelo de tutela-servicio, manteniendo la gobernabilidad durante un largo periodo.

En el periodo posrevolucionario se redujo notablemente la mortalidad, erradicándose importantes enfermedades transmisibles como la viruela y la fiebre amarilla, México fue modelo de servicios de salud y de seguridad social, dándose un gran crecimiento en los servicios de salud.

42.- Yáñez Campero, Valentin, op. Cit. P 36.

Aun cuando se tenían serios problemas de salud en las áreas rurales, se tuvieron avances en servicios de salubridad general como dotación de agua potable, disposición de desechos sólidos y orgánicos y saneamiento del ambiente; en cuanto a la atención curativa, se llevó a lugares remotos del territorio nacional el beneficio de la atención profesional de la salud, bajo el sistema de servicio social de pasantes de medicina y profesionales afines, con la finalidad de extender la cobertura de los servicios de salud.

En la década de los cuarenta se da importancia a la salud para los trabajadores y se dió apoyo gubernamental por medio de servicios personales de salud. Para asignar los recursos públicos se vislumbra tres directrices: * las campañas sanitarias (iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas), * los servicios asistenciales de estados y municipios y * la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud.

En la segunda mitad de los años cuarenta la industria nacional creció de tal manera que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales fueron un punto importante en la salubridad mexicana, por lo que la preocupación del gobierno se enfocó hacia los padecimientos laborales.

En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social como apoyo a la industrialización de las principales ciudades, bajo la dirección del gobierno. En este mismo año por decreto del 18 de octubre se da origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la fusión de la Secretaría de Asistencia y del Departamento de Salubridad. Su misión fue la de cubrir de manera integral a la población que quedó al margen de la seguridad social.

El primero de los diez Institutos Nacionales de Salud inició sus actividades en 1943, el Hospital Infantil de México y paulatinamente se fueron creando los demás, hasta que en 1987 se crea el Instituto Nacional de Salud Pública.

En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, consolidando la diversidad del sistema de pensiones y prestaciones de los burócratas federales.

La seguridad social tiene una concepción humanística, de prestación eficaz en materia médica, de probada utilidad para la paz social, y dado su arraigo y la aceptación general es en todo el mundo el componente, cuantitativa y cualitativamente, más importante de los sistemas nacionales de salud.⁴³

La seguridad social comenzó con la prestación de servicios médico asistenciales, debido a que la enfermedad representa un evento desestabilizador, no solamente por que no está previsto sino por las implicaciones económicas del tratamiento y en su caso la minusvalía que resulte.

Este esquema en la prestación de los servicios de salud está vigente hasta hoy; por un lado está la población asegurada y por otro la población sin derecho a seguridad social, denominada población abierta.

En los siguientes años se dio la expansión y consolidación de la infraestructura de salud; surgieron también instituciones de seguridad social en algunas entidades federativas.

En el sexenio de 1976-1982 se propuso ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población marginada con recursos derivados del “auge petrolero”, siendo el IMSS el administrador del programa.

En 1977 se da inicio al proceso de Reforma Administrativa del Gobierno Federal. Con la cual a través de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal se le confiere al Presidente la facultad de sectorizar a las entidades de la Administración Pública Paraestatal, con ello se pretendía incrementar la eficacia y eficiencia de las mismas.

“A partir de 1982 el gobierno determinó que en el Plan Nacional de Desarrollo se diera prioridad a la salud como una de sus grandes tareas, y se delegó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) a poner en marcha la descentralización de la vida nacional para crear una sociedad más igualitaria.”⁴⁴

43.- La Seguridad Social y el Estado moderno, IMSS e ISSSTE, México, p.282.

44.- Medina, María Guadalupe, Las políticas administrativas (1995-2000), Tesina para obtener el grado de Licenciatura en Administración Pública, México, UNAM, p. 30.

Este último punto queda consagrado en la Constitución Política al elevarse a rango constitucional el derecho a la protección de la salud en su artículo 4°.

En el periodo comprendido de 1982 a 1988 se llevó a cabo el “cambio estructural en la salud” que comprendía las modificaciones en materia legislativa; destaca por su importancia la elevación a rango constitucional del Derecho a la Protección de la Salud en 1982. Las estrategias a seguir fueron encaminadas a consolidar el Sistema Nacional de Salud por medio de la sectorización, la descentralización, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

En los años posteriores estando presente el modelo económico neoliberal, cuyo principal interés radica en establecer una competencia internacional, incentivar la inversión y la eficiencia, dejando a un lado las consecuencias que estas acciones puedan tener. El proceso de modernización que se da en este periodo indujo un gran movimiento de población hacia ciudades intermedias y pequeñas que aunado a la insuficiencia de recursos, infraestructura, servicios y equipamiento de las mismas incrementa la compleja y creciente demanda social. Este modelo desfavorece a las mayorías, pues los beneficios o ventajas son para los poseedores de los medios de producción.

Durante la década de los 90 gracias a las campañas nacionales de vacunación y el mantenimiento de programas permanentes de inmunización, se redujo de manera importante la tosferina, el sarampión y los casos de tétanos; se continúa con la campaña nacional para la inmunización de la poliomielitis. La Secretaría de Salud ha tratado de abatir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y parasitarias, ampliándose el acceso a los servicios públicos de atención a la salud. Sin embargo aún queda mucho por hacer.

2.4. Epoca Actual

En el periodo de gobierno presidencial anterior se propone una profunda reforma del Estado a través de las instituciones y de la política social y asistencial. Esta se encuentra plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo, que busca la equidad y la justicia.

La reforma política llevada a cabo en dicho periodo se ve reflejada en una competencia política más amplia y de democracia en las elecciones; se dio una mayor participación ciudadana.

Los cambios en la apertura democrática se vieron cristalizados en las pasadas elecciones en donde el entonces Presidente de México reconoce el triunfo electoral de un partido de oposición. En este contexto el actual Presidente declaró en días pasados “Representamos un gobierno decidido a reformar la administración pública, para imprimir eficacia, acabar con el burocratismo, terminar con la corrupción y dispendio y establecer una relación de confianza con la sociedad, que se cimentará en el respeto, la transparencia y la rendición de cuentas.”⁴⁵

En cuanto a salud se refiere, se inició la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, en cuyos objetivos fundamentales está el promover un trato digno para los pacientes y sus familiares, así como el proporcionar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos, ofreciendo una mejora continua en la calidad técnica de la atención médica. Con ello se pretende mejorar las condiciones de salud de la población dando una atención integral y evitando gastos excesivos.

Pero para mejorar las condiciones de salud en México no basta con ofrecer servicios de calidad, es importante ampliar la cobertura de los Servicios de Salud hacia las poblaciones más alejadas de las grandes capitales, fortaleciendo a los municipios. Esto tomando en cuenta que la población atendida en algunas instituciones de tercer nivel el 60 al 68% corresponde a pacientes que son originarios de alguna provincia.

En el México de hoy, la incidencia de pacientes con enfermedades crónico degenerativas se presenta cada vez más, demandando mayor número de personal y el precio de la medicación es alto; aunado a los costos sociales. Actualmente las enfermedades con mayores defunciones son las del corazón y tumores malignos, propiciando un aumento en la demanda de atención para las enfermedades crónicas.

45.- Venegas, Juan Manuel; Garduño, Roberto, La Jornada, 30 de mayo 200, p. 5.

Estas enfermedades se han incrementado por el aumento en la esperanza de vida y por el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias; por lo que ahora las crónicas y degenerativas tienen los lugares de morbilidad y mortalidad que anteriormente ocupaban aquellas. ⁴⁶

Otros problemas de Salud Pública que enfrenta México son las enfermedades infecciosas y parasitarias, tal es el caso del VIH/SIDA y la parasitosis intestinal y la cisticercosis. También padecemos enfermedades que tienen relación con el ambiente, como son las intoxicaciones crónicas que dan lugar a malformaciones congénitas. La elevación de niveles de plomo en la sangre, el ruido, humo, las radiaciones. Los problemas de salud reproductiva, las adicciones, el mayor número de accidentes de trabajo y la violencia. ⁴⁷

México tiene que hacer frente a las demandas actuales, atendiendo carencias y rezagos, atender problemas epidemiológicos del subdesarrollo entremezclados con problemas epidemiológicos de los países del primer mundo, y paralelamente tomar medidas para hacer frente a los problemas futuros.

46.- Ruiz Sánchez, Carlos, Las políticas públicas de la Salud Pública. P. 9.

47.- Ibid. P. 9-10.

CAPÍTULO III LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA

3.1 CONCEPTOS

Para desarrollar este capítulo, primeramente se dará una definición de lo que es la simplificación administrativa, partiendo de los conceptos de simplificación y administración, como a continuación se enuncia.

El concepto de simplificación se refiere al uso organizado del sentido común para encontrar maneras más fáciles y mejores de llevar a cabo una tarea. Permite la racionalización del trabajo posibilitando el abatimiento de costos, menor inversión de capital y el mejoramiento de la rentabilidad de nuestros recursos.

La simplificación “presupone el mejor método de trabajo, el más fácil; proporciona también un enfoque organizado que no sólo hace que la superación personal sea más fácil, sino que además se ajusta como una modalidad conveniente y continua.”⁴⁸

La palabra administrar proviene del latín *administrare*; de *ad*, a o hacia y *ministrare*, servir. Esta etimología nos da idea de un servicio que se presta.

Algunas de las definiciones de administración se mencionan a continuación:

“Es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en forma eficiente las operaciones de una empresa, para lograr un propósito dado.”⁴⁹

“Administrar es prever, organizar, mandar, coordinar y controlar.”⁵⁰

“Es una ciencia social que persigue la satisfacción de objetivos institucionales por medio de una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado.”⁵¹

48.- Gómez Ceja, Guillermo; Sistemas Administrativos; McGraw Hill; México, 1997, p. 54.

49.- E.F.L. Brech, citado por Reyes Ponce, Agustín; Administración Moderna; Limusa; México, 1997; p. 3.

50.- Henry Fayol, citado por Reyes Ponce, Agustín; Idem.

51.- J.A. Fernández Arena, citado por Reyes Ponce, Agustín, Idem.

De lo anterior se puede concluir que la simplificación administrativa se refiere a la racionalización del trabajo planeando y regulando de manera eficiente las operaciones que se llevan a cabo en las instituciones, encontrando la manera más fácil de realizarlas, lo que permitirá la disminución de costos (ya sean administrativos, financieros o humanos).

3.2 BREVES ANTECEDENTES DE LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA EN MEXICO

En el Plan Nacional de Desarrollo de 1982-1988 se establece como punto importante la renovación moral y la descentralización; considerando que la simplificación administrativa constituye un estímulo preponderante para llevar a cabo los postulados anteriores. El 8 de agosto de 1984 se firma un Acuerdo en el que se establecen las acciones concretas que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

De conformidad a lo establecido en dicho Acuerdo "... la mayoría de las medidas de simplificación administrativa que demanda la ciudadanía son factibles de ser puestas en práctica, a través de la ejecución de actos administrativos de los titulares de las dependencias del sector público. Dichas medidas se clasifican de la siguiente manera:

- Trámites, gestiones y procedimientos que requieren ser modificados;
- Acciones que permitan simplificar las relaciones de coordinación y concentración entre dependencias y entidades en beneficio de la población.
- Acciones que den lugar a la simplificación de estructuras y funcionamiento administrativo interno para eliminar instancias y niveles innecesarios.
- Modificaciones a los reglamentos, reformas y adiciones legales que permitan hacer más ágil y adecuada la legislación de las instituciones del sector público” 52

52.- Fujigaki Lechuga, Augusto, coordinador; Historia de la Salud, reseña histórica 1982-1988; Tomo I; SSA; México, 1988; p. 431.

Los objetivos del Programa de Simplificación Administrativa del Gobierno Federal eran “agilizar la gestión gubernamental y propiciar una mejor relación entre las instituciones y la población demandante de los servicios que éstas otorgan e impulsar conductas renovadoras en los servidores públicos, que redunden en mayores beneficios del aparato administrativo del Estado.” 53

La Secretaría de Salud al implementar este Programa pretendía que los procedimientos y tramites de los usuarios de los servicios de salud fueran ágiles y transparentes, permitiendo dar una respuesta oportuna a las demandas de la población, principalmente las que se refieren a la protección a la salud y las de control y regulación sanitarias.

“... la simplificación administrativa, entendida como un proceso amplio y profundo de transformación innovadora en el Sector Salud, busca hacer más eficiente y productivo el resultado final de su funcionamiento, es decir, el mejoramiento de los niveles de salud de la población y la adecuación permanente de estos instrumentos administrativos que permitan garantizar el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles.” 54

En el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se destaca la necesidad de adaptar la estructura del sector a los requerimientos de modernización a través de la simplificación de la gestión administrativa y fortalecimiento de los procesos de planeación, programación y evaluación institucionales y regionales.

En materia de salud se pretendía elevar la calidad en los servicios médicos, lograr la ampliación de la cobertura y del acceso a las instalaciones médicas impulsándolo por medio de mayores inversiones y teniendo una eficaz operación de sistemas de referencia y contrarreferencia. Asimismo se aumentaría la productividad implementando más turnos y actitudes apropiadas del personal. “La modernización sanitaria y la simplificación administrativa serán orientaciones esenciales de todos los programas de salud...” 55

53.- Idem.

54.- Op. Cit. p. 435.

55.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994; p 64.

Durante el sexenio anterior se llevó a cabo la reforma del gobierno y la modernización de la administración pública; uno de los principales postulados fue el de tener una administración pública accesible, moderna y eficiente, para lograr un aumento en la productividad de la economía y el avance democrático. “... es necesario avanzar con rapidez y eficacia hacia la prestación de servicios integrados al público que eviten trámites, ahorren tiempo y gastos e inhiban discrecionalidad y corrupción.”⁵⁶

En lo que se refiere a la modernización administrativa se consideró la necesidad de revitalizar los esquemas de trabajo, reorientar incentivos y simplificar procedimientos, lo que permitiría superar la concentración de decisiones y lograr esquemas más flexibles y transparentes.

En el sector salud se llevó a cabo la reforma del Sistema Nacional de Salud con el fin de mejorar la calidad de los servicios por medio de la reestructuración de las instituciones, ampliando la cobertura de los servicios, fortalecer su coordinación e impulsar la federalización.

Como se aprecia, en tres periodos presidenciales se ha buscado a través de la simplificación administrativa lograr la disminución de trámites, reducción de tiempos, transparencia en la gestión pública, mejorar la calidad, ampliar la cobertura de los servicios de salud; esto se traduce en ser eficientes.

3.3 LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA A TRAVES DE SISTEMAS DE COMPUTO

Como ya se hizo mención, la simplificación administrativa se refiere a la búsqueda de procedimientos sencillos y mejores para llevar a cabo un trabajo, buscando la eficiencia; que para el caso de este trabajo se enfocará la simplificación administrativa a la disminución en tiempos de espera, de trámites, filas, etc., valiéndonos de los avances tecnológicos de los equipos de computo.

56.- Diario Oficial 31 de mayo de 1995, p 39.

El desarrollo tecnológico, el crecimiento de las instituciones y la velocidad con la que se producen los cambios en todos los órdenes (político, social, económico, jurídico) provocan el estar diseñando procedimientos administrativos más dinámicos y flexibles. La velocidad con que se desarrolla la tecnología de las computadoras, proporciona una herramienta para tener una administración eficiente.

Para adentrarnos en el tema se definirá al sistema como la interrelación de información entre el personal y la institución para el logro de objetivos. “Un sistema es una serie de elementos que forman una actividad, un procedimiento o un plan de procedimientos que buscan una meta o metas comunes, mediante la manipulación de datos, energía o materia.”⁵⁷

Un sistema contiene n instrumentos en estado dinámico, en un periodo indefinido; las partes que lo componen son: métodos, procedimientos, programas, objetivos, funciones, actividades y tareas; para el logro de un objetivo común.

Los sistemas utilizados deberán ser realistas, objetivos y flexibles, de manera que vayan acordes con el momento histórico y la situación en que sean implantados; tratando de evitar la obsolescencia.

La clasificación de los sistemas de acuerdo a la relación que guardan con la realización del objetivo, es la siguiente:

- Sistemas Operativos
- Sistemas Administrativos
- Sistemas Auxiliares
- Sistemas de Apoyo, y
- Sistemas de Regulación y Control

“Los sistemas operativos se identifican por la naturaleza de la función sustantiva y tienen como fin cumplir con las atribuciones y objetivos encomendados a la dependencia, mediante la producción de los bienes o la prestación de los servicios para los que está facultada.”⁵⁸ Contemplan a su vez sistemas operativos internos y sistemas operativos de servicio al público.

57.-Gómez Ceja, Guillermo; Op. Cit. p 4.

58.- Op. Cit. p. 41.

Los sistemas de computo son una herramienta muy importante para el funcionamiento de cualquier institución, ya que permiten mantener un grado satisfactorio de eficiencia, ayudando a la disminución de tiempos de espera para el usuario del servicio y agilizando algunos trámites, como registro de citas, reduce el margen de error en la manipulación de datos y simplifica el trabajo, entre otros beneficios.

CAPÍTULO IV EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

4.1 ANTECEDENTES

Sus orígenes se remontan a los años 40. El panorama de la oncología estaba ya bien definido en Europa y Estados Unidos, había hospitales con esta especialidad en Francia, Inglaterra, Suecia y Nueva York.

En México había grupos en Guadalajara y Mérida interesados por esta disciplina; en el Distrito Federal se atendían pacientes con cáncer en el Pabellón 13 del Hospital General. Y de manera privada, un médico de apellido Labastida hacía aplicaciones de Radium para el tratamiento del cáncer.

El jefe del Departamento de Salubridad y Asistencia, Dr. Fernández Manero instrumentó la Campaña Nacional contra el Cáncer nombrando al Dr. Guillermo Montaña Islas para dirigirla. Fue así que nació la idea de fundar un Instituto Nacional para el estudio y tratamiento del cáncer.

Finalmente por decreto presidencial del 18 de diciembre de 1946 del Gral. Manuel Avila Camacho se creaba el Instituto Nacional de Cancerología, siendo secretario de Salubridad y Asistencia el Dr. Gustavo Baz. En este decreto se estableció que el Instituto tiene personalidad jurídica propia, determinándose su patrimonio, medio de subsistencia y estructura orgánica.

En 1948 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cede el dispensario Dr. Ulises Valdés, situado en Chopo 131, para pasar a ser parte de las instalaciones del Instituto; convirtiéndose en el lugar más importante en la atención de pacientes oncológicos de ginecología. Tiempo después cambia su nombre a Dispensario de Prevención y Diagnóstico del Instituto Nacional de Cancerología, que en pocos años fue insuficiente para atender la demanda de esta especialidad. Para 1963 el Instituto se cambia a la Avenida Niños Héroes 15, y en 1980 se muda para ocupar las actuales instalaciones ubicadas en San Fernando 22 en Tlalpan.

Se constituyó un patronato, el cual integró los Comités de publicidad, propaganda y donativos, el administrativo, el de construcción, el financiero y el médico, estaba encargado del manejo administrativo del Instituto a través de un super-intendente; el gobierno ejecutivo del Instituto estaba en manos del director, el super-intendente, y el cuerpo técnico consultivo, sancionados por el patronato; en 1982 se reorganiza y por acuerdo del 30 de marzo de 1984 se creó el Consejo Directivo o Junta de Gobierno. En 1986 por decreto presidencial del 14 de marzo se incluyen en la Junta de Gobierno a la Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Programación y Presupuesto.

El Instituto Nacional de Cancerología ha logrado un desarrollo en tecnología de punta en el campo médico, en la investigación y en la formación académica de recursos humano; actualmente es reconocido mundialmente.

4.2 OBJETIVOS

El Decreto Presidencial que dio origen al Instituto Nacional de Cancerología define de manera precisa en su artículo segundo los objetivos:

- Impartir atención médica en todos sus aspectos a los enfermos cancerosos o con padecimientos tumorales.
El servicio del Instituto se impartirá en forma tal, que las cuotas de restitución estén de acuerdo con la capacidad económica de los enfermos, o de las personas de las cuales dependan y será gratuito para los pobres de solemnidad. (sic)
- La enseñanza de los conocimientos médicos relacionados con el cáncer, tanto se impartirá a los estudiantes de medicina en cooperación con la UNAM y centros docentes médicos del país, como a médicos generales y a enfermeras, mediante cursos para graduados.
- La investigación científica buscando la solución de los problemas que plantea el cáncer en nuestro medio.⁵⁹

59.- Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José, compiladores, La salud en México: Testimonios 1988, Tomo III, FCE, México, pp. 92-93.

4.2.1. Asistencia Médica

En México el cáncer es un problema de salud pública que ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad; y con una creciente demanda en la atención especializada en materia oncológica.

Desde su inicio el Instituto Nacional de Cancerología ha cubierto los servicios de asistencia médica, avance científico, tecnológico y docencia en la prevención y curación del cáncer. Asimismo coadyuva en la consolidación y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, asegurando el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo perteneciente al tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud. Es la máxima institución en México en materia de cáncer y da atención principalmente a la población no derechohabiente a la seguridad social y de escasos recursos económicos de todo el país, cumpliendo con los postulados de acceso universal a los servicios de salud.

El Instituto estudia a cada paciente de forma integral, para establecer un diagnóstico preciso; ratificado por histología, determinando la dimensión real de la enfermedad para procurar el tratamiento adecuado. Los métodos diagnósticos se han mejorado y el tratamiento ha tenido un avance tecnológico en Radioterapia así como en la generación de medicamentos antineoplásicos; y las técnicas quirúrgicas han sido perfeccionadas.

Anteriormente los tratamientos para el cáncer se limitaban al quirúrgico y a la radioterapia, (ocasionalmente se utilizaban ambos) la quimioterapia revolucionó el tratamiento de algunos padecimientos neoplásicos. Durante el 2000 se aplicó quimioterapia a 13,338 pacientes.

La atención al paciente consiste en el proceso diagnóstico-tratamiento-rehabilitación y seguimiento, realizándose de manera multidisciplinaria. La rehabilitación se lleva a cabo primordialmente en los pacientes laringectomizados, mastectomizados y con ostomías. Para su completa rehabilitación se otorgan sesiones por parte del Grupo Reto, impartidas por pacientes que han sufrido estos padecimientos.

La infraestructura con que cuenta el Instituto en su área de hospitalización se integra con 146 camas censables y 10 no censables, seis quirófanos, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Física Médica. En la consulta externa se tienen 48 consultorios de especialidad, 9 consultorios de apoyo para la realización de procedimientos, dos cámaras hiperbáricas, dos tomógrafos computarizados, dos bombas de cobalto 60, dos aceleradores lineales, equipo de simulación y dosimetría, dos equipos de terapia superficial y un microselectrón de altas dosis, tres unidades de rayos "X", dos mastógrafos, un ultrasonido de alta resonancia y un equipo de medicina nuclear; también un Banco de Sangre con equipo para fraccionamiento sanguíneo, Laboratorios de Histopatología, Microscopia Electrónica, Investigación Clínica, Básica y Experimental, Departamentos de Epidemiología, Endoscopia Diagnóstica e Intervencionista y equipo para cirugía laparoscópica y estereotáxica.

La demanda de consulta externa especializada durante los últimos cinco años se ha incrementado de manera importante. En 2000 se proporcionaron 156,135 consultas, superando las metas presupuestales. En los últimos años el cáncer cervico-uterino y de mama han ocupado los primeros lugares como causa de consulta de primera vez, hospitalización y defunción en este Instituto. Siendo que estos son prevenibles a través del *papanicolau* y la *mastografía*.

De la población atendida, el 77.2% fueron mujeres y el 22.8% hombres; de acuerdo a su condición socioeconómica, el 82.1% correspondió a la escala más baja según el catálogo del Departamento de Trabajo Social, sugerida por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, (nivel 1 a 3) y el 17.9% a la clasificación más alta (nivel 4 a 6). Lo cual ratifica que el Instituto cumple con su objetivo social.

El 68.2% de los pacientes atendidos procedió del interior de la República, principalmente de los estados de Guerrero, Hidalgo, México, Morelos y Veracruz y el restante 31.8% del Distrito Federal.

El índice de letalidad hospitalaria fue de 4.4% resultado del total de defunciones entre el de egresos. El promedio de ocupación hospitalaria fue de 88.3%.

4.2.2. Enseñanza

Desde que el Instituto inicio labores se ha dado importancia preponderante a la formación de recursos humanos; la calidad científica y académica del personal médico del INCan es excelente, teniendo los médicos la oportunidad de desarrollar la función asistencial, de docencia y de investigación.

En un inicio el Instituto empezó a aceptar médicos interesados en especializarse en ginecología, radioterapia y citología exofilativa; sin estar totalmente organizada la enseñanza, se impartía de manera intensiva y tutelar. En 1963 se aceptó al Dr. Francisco J. Alcalá como primer residente para hacer una especialidad, actual jefe del servicio de preconsulta.

Al paso del tiempo se fue estructurando el curso de Oncología Clínica, que incluye las tres áreas básicas; cirugía, radioterapia y oncología médica.

En 1980 se crea la División de Enseñanza y Educación Médica Continua, actualmente está la Dirección de Docencia con dos Subdirecciones, una de Educación Médica y otra de Educación para la Salud. Para el año de 2000 se tuvieron 45 residentes.

Las residencias de especialidad que ofrece el Instituto son:

- Oncología Clínica (cirugía, radioterapia, oncología médica)
- Patología
- Anestesiología
- Endoscopia
- Clínica del dolor

Se otorga apoyo a 22 instituciones aceptando a sus residentes por períodos de dos a tres meses rotando en diversos servicios; asimismo se ha entrenado durante el año 2000 a más de 20 médicos extranjeros en las distintas subespecialidades oncológicas.

Se cuenta con una bibliohemeroteca y en promedio más de diez mil personas hacen uso de los servicios de la biblioteca pues permite el acceso en forma abierta. Se dispone de computadora enlazada a internet.

La educación no sólo es médica de alto nivel, también se otorga capacitación al personal paramédico y administrativo, principalmente a través de cursos para enfermeras, nutriólogos, técnicos, camilleros, secretarias, etc. Aunado a esto se imparte conferencias para el público en general, se emiten folletos y se llevan a cabo campañas de detección, cumpliendo así su objetivo de impartir enseñanza.

4.2.3. Investigación

La investigación tanto básica como clínica es una de las actividades prioritarias del Instituto, misma que se viene realizando desde su creación, está enfocada a realizar estudios que permitan mejorar el conocimiento de las neoplasias que afectan de manera más frecuente a la población mexicana.

La Ley de los Institutos Nacionales de Salud establece en su título tercero, capítulo I, artículo 37 que la investigación que realicen los Institutos Nacionales de Salud “será básica y aplicada y tendrá como propósito contribuir al avance del conocimiento científico y tecnológico, en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas”⁶⁰

El Instituto tiene un edificio con cubículos para investigadores, salas de computo, laboratorios para investigación básica y clínica. El número de protocolos de investigación registrados en 2000 fue de 16, principalmente en las áreas de ginecología y gastroenterología.

Se desarrollan diferentes líneas de investigación básica en biología celular tumoral en las que se incluyen estudios sobre apoptosis y virus del papiloma humano, estudios de farmacocinética de agentes quimioterápicos; mecanismos de carcinogénesis en los que se profundiza a nivel molecular. En investigación clínica se realizan proyectos encaminados a evaluar pruebas diagnósticas, factores pronósticos y resultados terapéuticos. En investigación epidemiológica se están describiendo las características de la ocurrencia de diferentes neoplasias en la población mexicana y se estudian factores de riesgo.⁶¹

60.- Ley de los Institutos Nacionales de Salud, SISTA, México, 1989, . p. 351.

61.-Informe de Gestión 1993-1998, Instituto Nacional de Cancerología, Ediciones Medicina y Cultura, México. P. 20

En 1986 se firmó un convenio entre el INCan y la UNAM (con el Instituto de Investigaciones Biomédicas) con la finalidad de establecer las bases y mecanismos para coordinar las actividades en el desarrollo de proyectos de investigación, el intercambio de personal académico, información científica y técnica así como en la asistencia tecnológica y realización de eventos académicos.

Desde 1987 se realizan importantes estudios de receptores hormonales (estrógenos y progestágenos) en tumores mamarios, cabe recordar que es una de las principales causas de muerte por cáncer; cuya idea es la de proporcionar a todos los hospitales del Sector Salud las determinaciones de estos receptores.

El Instituto está comprometido en el estudio, con el fin de conocer de manera profunda la epidemiología y la biología de los tumores, los diversos factores que intervienen en su génesis (genético, ambiental, alimentario, etc.) y en sus formas de prevención y tratamiento. La calidad de las investigaciones que se efectúan en el Instituto y el prestigio de los investigadores se demuestra en los premios y reconocimientos que han recibido por distintas fundaciones.

4.3 MARCO JURIDICO

La Ley General de los Institutos Nacionales de Salud regula la organización y funcionamiento de los diez Institutos, fomentando además la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se lleven a cabo por ellos.

En esta Ley en su título primero se establece que son organismos descentralizados de la Administración Pública Federal y cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propios, pertenecen al Sector Salud teniendo como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos, prestando servicios de atención médica de especialidad en todo el territorio nacional.

En su título segundo se menciona que dentro de sus funciones, está la realización de estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales, para la comprensión, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; prestar servicios de salud preventiva, médica, quirúrgica y de

rehabilitación; otorgar consulta externa, atención hospitalaria y servicio de urgencia; actuar como órganos de consulta, técnica y normativa; coadyuvar con la Secretaría de Salud a la actualización de datos de especialidad médica en cuanto a la situación sanitaria del país. Señala también cual será su domicilio legal y la composición de su patrimonio. Habla también de su autonomía, de los órganos de administración, apoyo y vigilancia; como del régimen laboral.

Y en el título tercero se define el ámbito de los Institutos, que son la investigación, la enseñanza y la atención médica. El capítulo tres hace referencia a la Atención Médica y señala que los Institutos proporcionarán los servicios bajo criterios de gratuidad, principalmente a la población que no se encuentre dentro de algún régimen de seguridad social y podrán contar con los servicios de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización.

4.4 ESTRUCTURA ORGANICA

La estructura orgánica vigente está dictaminada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Se presenta hasta nivel subdirección para efectos prácticos y con la finalidad de ubicar dentro de la Dirección Médica a la Subdirección de Servicios Paramédicos, de la cual depende las áreas de Preconsulta y Consulta Externa, objeto del presente estudio.

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN MEDICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE DOCENCIA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

ORGANO DE CONTROL INTERNO

DIRECCIÓN MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA INTERNA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
SUBDIRECCIÓN DE RADIOTERAPIA
SUBDIRECCIÓN DE PATOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMEDICOS

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN BASICA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLINICA

DIRECCIÓN DE DOCENCIA

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE CONTABILIDAD Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES

DIRECCIÓN GENERAL

SUBDIRECCIÓN DE PLANEACION
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURIDICOS

El Instituto cuenta con 47 departamentos que dependen de las distintas subdirecciones a las que se hace referencia.

En el anexo No. 1 se presenta el Organigrama a nivel departamento

4.5 SERVICIOS QUE PRESTA EL INCAn

4.5.1 Preconsulta

El Instituto Nacional de Cancerología por pertenecer al tercer nivel de atención, recibe a pacientes referidos de Instituciones de segundo y primer nivel de atención cuyo diagnóstico sea oncológico o de posible malignidad. La atención que se ofrece es principalmente para personas sin seguridad social.

La preconsulta o consulta de primera vez permite corroborar el diagnóstico con el cual han sido referidos los pacientes y enviarlos al servicio de consulta externa para recibir la consulta de la especialidad que corresponda y se inicie el tratamiento adecuado lo más pronto posible.

En el año de 2000 se recibieron 10,321 pacientes en la preconsulta de los cuales se les abrió expediente clínico a 4,891 y los demás fueron referidos a distintos centros de atención a la salud.

4.5.2 Consulta Externa

El Instituto cuenta con 48 consultorios de especialidad como son: ginecología, gastroenterología, urología, piel y partes blandas, oncología médica, cabeza y cuello, tumores mamarios, oftalmología, cirugía plástica, infectología, psicooncología, clínica del dolor, cuidados paliativos, medicina interna, nutrición, neumología, neurología, hematología, radioterapia, genética.

Durante 2000 se otorgaron 156,135 consultas totales de las cuales el 9.11% fueron de ginecología, 6.05% de tumores mamarios y 16.07% de oncología médica.

En los últimos cinco años la consulta externa se ha incrementado en un 21%, y el número de consultorios en el mismo periodo aumento en un 16%. Esta situación ha provocado que haya saturación en los servicios y que el tiempo de consulta se disminuya o los tiempos de espera sean mayores.

4.5.3 Hospitalización

El Instituto tiene tres pisos para hospitalización en donde se distribuyen 146 camas censables.

El número de egresos hospitalarios en el año 2000 fue de 8,298. El promedio de días estancia fue de 5.8 y el porcentaje de ocupación hospitalaria de 88.3. Las dos principales causas de hospitalización son el cáncer cervicouterino y el de mama. Durante este periodo se realizaron 3,766 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 2,896 corresponden a cirugías mayores y 870 a menores. Lo cual deja manifiesto la complejidad de los pacientes atendidos.

La Unidad de Terapia Intensiva está provista de 10 cubículos con sus respectivas camas, un carro de paro, una central de monitoreo, un desfibrilador, un electrocardiógrafo, 10 esfigmomanómetros y demás material indispensable para su eficiente operación. En esta Unidad los egresos fueron de 445.

El área de recuperación está equipada con 10 camillas, una central de monitoreo y 10 monitores configurados.

Se tienen seis quirófanos que funcionan en los tres turnos; así también está en funcionamiento la Unidad de Trasplante de Médula Osea. En el último año se realizaron 18 trasplantes de médula.

4.5.4 Otros

Se tiene contemplado la construcción de un área específica para la atención en caso de urgencia, debido a que en los últimos años se ha presentado un mayor número de casos, en el 2000 se brindó atención de urgencia a 3,613 pacientes.

El área de Servicios Auxiliares del Diagnóstico, el Laboratorio Clínico realizó 539,767 estudios, el Banco de Sangre atendió a 5,279 pacientes,

Radiodiagnóstico efectuó 37,924 estudios, Ultrasonografía llevo a cabo 8,421 estudios, en Tomografía computada se efectuaron 9,587 estudios, en Anatomía patológica fueron 71,936 los estudios realizados. Todas estas cifras rebasaron la meta presupuestal programada.

Se cuenta con el programa de Cirugía Extramuros atendándose dos entidades de la República, una ubicada en Tuxtla Gutierrez, Chis. y otra en Cuautla, Mor.

62.- Los datos estadísticos mencionados fueron obtenidos de los informes anuales de Indicadores de Gestión enero-diciembre 2000, proporcionados por el Departamento de Control y Referencia de Pacientes del INCan.

CAPÍTULO V DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO EN EL INCAN

5.1 EL SECTOR SALUD: POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Al sector salud lo rigen líneas generales de acción, pero por las características particulares de su naturaleza y necesidades propias, es imprescindible elaborar políticas que ayuden a enfrentar las contingencias epidemiológicas y sociales de este sector. En México la estructura epidemiológica es muy variada, encontrándose un número importante de padecimientos infecto-contagiosos provocando situaciones de emergencia y que el gobierno debe hacer frente con políticas que ayuden a resolver dichas situaciones.

“Las políticas (*policies*) son instrumentos del gobierno que se elaboran para reconciliar demandas a problemas sociales conflictivos, que intentan estimular la participación comunitaria en la solución de ellos, y que de esa manera legitiman y fortalecen al Estado por medio del dominio y de la dirección que ejerce la administración pública.”⁶³

Durante el sexenio comprendido de 1989 a 1994 se tenía como objetivo de la política de salud el impulsar la protección de ésta a todos los mexicanos, otorgando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, para un mejoramiento de las condiciones de bienestar social. Esta idea está plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo. Aún después de doce años distamos de tener la cobertura para todos los mexicanos.

En el mismo periodo se contemplaba cumplir ese objetivo a través de estrategias generales de mejora en la calidad del servicio, modernizar el sistema de salud, descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud y disminuir las desigualdades sociales. Sin embargo se propuso un modelo económico neoliberal que en aras de acceder al primer mundo, más que disminuir las desigualdades sociales, las acentuó, esto debido a que el modelo neoliberal deja en un segundo plano las cuestiones de reparto de la riqueza frente al crecimiento.

63.- Ruiz Sánchez, Carlos, Tesis Doctoral, p. 3

Se dio apoyo a programas ya existentes, principalmente al de vacunación, fortaleciendo también a los de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como a las crónico degenerativas (como el cáncer). Se reforzaron campañas contra las adicciones y fármaco-dependencia.

En lo que se refiere a la prestación de los servicios de salud, “las políticas (*policies*) tienen además el fin de favorecer el desarrollo económico y social del país y por lo tanto garantizar la reproducción de la sociedad por medio del bienestar físico, mental y social de las comunidades y no sólo resolviendo el problema de la sociedad.”⁶⁴

El Programa Nacional de Salud se formula con el objeto de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, (1984). Las estrategias para llevarlo a cabo son cinco: Sectorización, Descentralización, Modernización Administrativa, Coordinación Intersectorial y Participación de la Comunidad.

El gobierno a través de la Secretaría de Salud, desarrolla los programas prioritarios que considera convenientes para enfrentar los problemas de salud de la población. Estos programas son los siguientes:

PROGRAMA DE PROMOCION Y FOMENTO A LA SALUD

Salud Familiar

Ejercicio para la Salud

Nutrición y Salud

Programa de salud infantil y escolar

Prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación

Prevención y control de las enfermedades diarreicas

Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas

Salud en la escuela

Programa de salud reproductiva

Planificación familiar

Salud reproductiva en los adolescentes

Salud de la madre y el recién nacido

Disminución del riesgo preconcepcional

Detección y control de cánceres cérvicouterino y mamario

Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA

64.- Ibid.

Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana

Prevencción y control de la tuberculosis

Detección y control de la hipertensión arterial

Detección y control de la diabetes mellitus

Otros programas de salud para la población general

Programa de salud mental

Programa de salud ambiental

Programa de prevención de accidentes y lesiones

Programa de salud bucodental

Programa contra las adicciones

Programa para la disposición de sangre segura

Programa de trasplantes

PROGRAMAS REGIONALES

Programa prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector

Programa para la prevención y control del cólera

Programa para la prevención y control de la rabia

Programa para la prevención y control de la brucelosis

Programa para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis

Programa de control de lepra

Programa de vigilancia, prevención y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo

Programa de prevención y control de intoxicación por picadura de alacrán

Fomento sanitario

Programa de control sanitario de bienes y servicios

Programa de control y vigilancia de los medicamentos

Programa de control y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos

Programa de control sanitario de la publicidad

Asistencia social

PROGRAMAS DE APOYO A LAS TAREAS SUSTANTIVAS

Fortalecimiento de los sistemas de salud

Redefinición de planeación, programación, presupuestación y evaluación

Modernización de las informaciones estadística y epidemiológica

Daños a la salud

Modernización administrativa

Desarrollo de recursos humanos

Recursos e insumos para la salud

Investigación en salud 65

Como se observa en México se cuenta con una serie de programas de salud, que prácticamente abarcan todos los ámbitos, sin embargo esto no es suficiente para que se tenga una población sana, pues la situación de salud en un país depende de manera importante de las condiciones generales de vida de la población y de la base social y económica, así como de igualdad en que se reparta la riqueza, las condiciones ambientales, la vivienda y el saneamiento básico, entre otros.

5.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL INCAN

Como se hizo mención en el capítulo anterior, el Instituto Nacional de Cancerología es un organismo que pertenece al tercer nivel de atención, dependiente de la Secretaría de Salud. Al ser considerada la máxima institución en México en materia de cáncer es que su importancia se hace relevante y a pesar de que médica y tecnológicamente es vanguardia, administrativamente está rezagado.

En este apartado nos enfocaremos al funcionamiento administrativo de la Subdirección de Servicios Paramédicos, Consulta Externa y Hospitalización, cuyo objetivo general es coadyuvar a optimizar la atención a los pacientes, destacando el registro de la productividad a través de distintos indicadores de resultado, obteniéndose las cifras de los registros de la consulta externa y de hospitalización. Esta Subdirección comprende cinco Departamentos: Archivo Clínico y Bioestadística, Control y Referencia de Pacientes, Enfermería, Nutrición Clínica y Trabajo Social; estos Departamentos interactúan en áreas clínicas de la consulta externa y de hospitalización.

La demanda en la atención de esta especialidad se ha incrementado notablemente durante los últimos cinco años, lo que ha generado un desequilibrio entre los recursos materiales y humanos dedicados a la atención médica; así como en la captura, registro e interpretación de las cifras que son producto de las actividades asistenciales del Instituto, por lo que desde el punto de vista paramédico la atención es deficiente. El incremento en la atención de especialidad se ha registrado en la consulta externa, egresos hospitalarios, cirugías, estudios de laboratorio y gabinete y sesiones de radioterapia. Como resultado de esto se ha originado una saturación en los servicios, misma que ha rebasado la capacidad de atención médica y por con-

siguiente se tiene un exceso de pacientes en salas de espera, cajas de pago, farmacia, laboratorio clínico y radiodiagnóstico entre otros.

El Instituto proporciona consulta externa en seis módulos separados en bloques de consultorios ubicados en la planta baja de las instalaciones, mismos que se encuentran clasificados como módulos A, B, C, D, E, y R. Se cuenta con un total de 60 consultorios que dan servicio en las diferentes especialidades oncológicas (35), especialidades de apoyo (14) y unidades de procedimientos (11) (Cuadro No. 1).

CONSULTORIOS MAYO 2001
CUADRO No. 1

	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	TRATAMIENTO DE APOYO	PROCEDIMIENTOS	TOTAL
A	2	4	2	8
B	9	2	2	13
C	9	3	1	13
D	8	2	2	12
E	0	3	4	7
R	7	0	0	7
TOTAL	35	14	11	60

En cada consultorio labora por lo general un médico adscrito y una enfermera; como personal de apoyo hay seis recepcionistas distribuidas en los diferentes módulos y dos mensajeros. El horario de atención comprende de las 9:00 a las 15:00 horas en el turno matutino y de 15:00 a 20:00 horas en el turno vespertino; el servicio de quimioterapia tiene inclusive horario de 24 horas.

Cabe mencionar que algunos de los consultorios son compartidos debido a la limitación de espacio, alternándose días y horarios de consulta. (Cuadros Nos. 2 y 3). Durante el año 2000 se otorgaron 156,135 consultas, obteniéndose un promedio aproximado de 15 consultas por consultorio.

Como se puede observar (Cuadro No. 3) la Subdirección de Radioterapia tiene asignados siete consultorios en los que se proporciona atención de acuerdo a las diferentes áreas anatómicas a tratar. Esta área cuenta con una recepción y un módulo de control de citas independiente. El módulo E se conforma de unidades dispersas en las diferentes áreas del Instituto, debido a que por la creciente demanda de estos servicios, se fueron improvisando consultorios en los sitios fácilmente adaptables con la finalidad de atender dicha demanda.

Es importante mencionar que en 1983 año en que se inician las actividades del Instituto en las actuales instalaciones de Av. San Fernando No. 22, se contaba con 20 consultorios y se otorgaron 63,844 consultas; al paso del tiempo se ha observado un crecimiento de 144% con relación a las consultas totales. Sin embargo las instalaciones no han tenido un aumento proporcional al incremento en la demanda de consulta de especialidad.

El porcentaje de ocupación hospitalaria es alto y tiende a superar los rangos establecidos en los indicadores de resultados; en el área de hospitalización se cuenta con 146 camas censables distribuidas en tres pisos de la siguiente manera: en el primer piso 43 camas, generalmente ocupadas por pacientes con patología médica de hematología y oncología médica; en el segundo piso 50 camas ocupadas en su mayoría por pacientes quirúrgicos, en este piso también se dispuso un cubículo para las dos cámaras hiperbáricas; en el tercer piso 43 camas ocupadas por pacientes de oncología médica, radioterapia y medicina nuclear. En el primer piso está ubicada la Unidad de Trasplante de Médula Ósea y cuenta con cinco cubículos.

Las camas no censables están distribuidas en la Unidad de Cuidados Intensivos (6) y en la Unidad de Recuperación (8) ubicadas en la planta baja del edificio de hospitalización.

A continuación se hará una breve reseña de algunos de los procedimientos que tiene que realizar un enfermo que solicita atención médica en el INCAN, con la finalidad de tener un panorama de las deficiencias administrativas.

El paciente que acude por primera vez al Instituto es registrado en forma manual en el módulo de preconsulta, obteniendo de él sus datos generales, se le envía a la caja con la “preficha” para que realice el pago de la consulta

teniendo que regresar al módulo a entregar la “preficha” para que se proceda a mecanografiar los mismos datos en una hoja para notas médicas que se harán en la preconsulta.

Una vez que el paciente es valorado en Preconsulta y canalizado al departamento base de especialidad para su autorización y apertura de expediente, el paciente debe dirigirse a Trabajo Social para que se le realice el estudio socioeconómico y asignación del nivel de cuota de recuperación a la que estará sujeto en adelante, aquí se le vuelve a solicitar sus datos generales para el control que se lleva en este departamento (duplicidad de funciones) Posteriormente requiere acudir para que se le programe los estudios de diagnóstico y estadificación.

Actualmente se tiene un formato de Tarjeta de Citas, en el que se anotan manualmente citas y estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, procedimientos, programación de cirugías y pagos; se renueva en forma periódica en función de su llenado.

Los pacientes subsecuentes acuden para la programación de sus citas al módulo correspondiente (son 3), esta programación se realiza de manera manual, debido a que un programa de computo instalado hace algunos años no ha funcionado. Para programar una cirugía tiene que acudir al cubículo de Trabajo Social esperar a que la trabajadora social consulte con el médico, jefe del servicio, para poder establecer fecha y condiciones para la consiguiente hospitalización, todo se realiza manualmente.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto el rezago administrativo con el que opera el Instituto, pues no se cuenta con los recursos materiales suficientes, ni adecuados que se necesitan para simplificar trámites, filas y tiempos de espera.

5.3 PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DEL INSTITUTO

La inercia administrativa con la que se está trabajando afecta la calidad de los servicios prestados y consecuentemente los sistemas de información, los tramites a realizar y tiempos de espera tienden a hacerse rígidos y obsoletos, según sea el caso.

Haciendo un resumen de los problemas más frecuentes que se presentan en el Instituto se identifican los que se describen a continuación:

- Atención administrativa en la que se logra poca eficiencia.
- Falta de secuencia operacional.
- Procedimientos que generan áreas de empantamiento.
- Procedimientos que consumen mucho tiempo.
- Duplicidad de funciones.
- Fallas frecuentes ocasionadas por el registro manual, y obstaculizan la realización normal de las operaciones.

Entre los casos más frecuentes que se presentan en Hospitalización, es el hecho de que en ocasiones existe irregularidades en los datos de identificación del paciente (cambio de nombre o sexo), en ingresos y egresos, movimientos intrínsecos de camas, administración de medicamentos y estudios realizados a pacientes en pre-alta o alta. Esto se debe principalmente a que no existe un sistema de computo que permita hacer tanto la captura como los cambios pertinentes en el momento en que estos ocurren, llevándose a cabo de manera manual. Por otro lado no se puede efectuar cargos automáticos de insumos y/o procedimientos realizados a los pacientes en el estado de cuenta correspondiente, generándose errores en los mismos; situación que nos lleva a un deficiente control de la productividad, cuotas de recuperación e inclusive quejas por cargos por servicios no otorgados o difícilmente comprobables.

En la Consulta Externa la labor administrativa que se lleva a cabo en el consultorio, consiste en corroborar la fecha de la consulta y organizar el expediente clínico. Una vez que se dio la consulta médica la enfermera o el médico programan la cita subsiguiente a través de papelería informal o verbalmente (posteriormente acudirá el paciente a los módulos de citas para su registro); se hace el llenado de los formatos de estudios de laboratorio y gabinete (que se gestionarán en los servicios correspondientes). Este trámite administrativo consume tiempo destinado a la labor asistencial, retrasando la consulta y por tanto incrementando el tiempo de espera del paciente.

Durante el año de 2000 se interpusieron ante la Contraloría Interna del Instituto múltiples formatos de “Quejas, sugerencias y felicitaciones” cuyo análisis refleja entre otras cuestiones, la problemática en los tiempos de espera prolongados y la demora con la que se realizan ciertos trámites. Situación que ha persistido en los últimos años.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

Teniendo clara la problemática administrativa que tiene el Instituto Nacional de Cancerología y aunado a los avances en materia tecnológica y a la creciente demanda de atención médica oncológica, surge la necesidad de estar innovando modalidades administrativas, de tal manera que se haga un uso racional de todos los recursos de que se dispone para el logro de los objetivos de esta institución; por esto se propone la implementación de un sistema de computo en red que permita el enlace de los principales servicios involucrados en la atención al paciente y se lleve a cabo una simplificación administrativa. Para efectos del presente trabajo se plantea la realización de un sistema que sería puesto en marcha en las áreas de Preconsulta y Consulta Externa.

Con la implementación del sistema de computo se pretende simplificar tramites y tiempos de espera para los pacientes, así como optimizar y actualizar los servicios en cuestión, lo que nos dará la posibilidad de proporcionar al paciente una mejor calidad en la atención. Este sistema debe de ir acorde a la evolución del Instituto manteniéndose actualizado a fin de evitar su obsolescencia, que traería como consecuencia la ineficiente realización de las actividades asistenciales.

Los objetivos a alcanzar se describen a continuación:

- Mejorar la calidad médica y paramédica a través de la simplificación administrativa, quedando a cargo de los trámites administrativos de la consulta externa los módulos de citas.
- Agilizar el registro de las citas de consulta externa por medio de una agenda electrónica que controle el flujo de pacientes por día y consultorio en horarios escalonados.
- Disminuir el tiempo de espera que transcurre entre la entrega de la tarjeta de citas y la atención médica.
- Reducir el número de quejas interpuestas por los pacientes derivadas de una ineficiente atención en la consulta.
- Evitar la duplicidad de funciones.

La Preconsulta y la Consulta Externa son la puerta de entrada a los demás servicios que proporciona el Instituto y se encuentran interrelacionados en primera instancia con Hospitalización y los departamentos que integran a la Subdirección de Servicios Paramédicos, Consulta Externa y Hospitalización y, en segunda instancia con las Subdirecciones de Medicina Interna, Cirugía, Radioterapia, Patología y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Estas a su vez están relacionadas con todas las áreas administrativas del Instituto, por lo que el establecimiento de una red de informática beneficia a toda la institución.

La implementación de un sistema de computo en las áreas de Preconsulta y Consulta Externa requiere de 17 equipos (monitor, teclado, ratón, impresora, lector de código de barras, cableado y paquetería, dependientes de un servidor) distribuidos en los Departamentos de Archivo Clínico y Bioestadística, (módulos de citas y archivo) y Control y Referencia de Pacientes (módulo de preconsulta, informes y pacientes ambulatorios).⁶⁶ Los programas que se contemplan se encuentran descritos en el Cuadro No. 4.

Existen varias formas para implantar un sistema que dependerá del grado de complejidad del sistema puesto en marcha, los métodos más utilizados son:

- *El método instantáneo.*- Se ocupa cuando el sistema es muy sencillo y no implica gran volumen de operaciones.- Se requiere haber adiestrado al personal usuario en su funcionamiento y distribuir a los responsables de la operación.
- *El proyecto piloto.*- Permite introducir los cambios en una escala reducida, permitiendo realizar el número de pruebas necesarias para conocer la validez y efectividad del sistema propuesto.
- *Implantación en paralelo.*- Cuando son proyectos que implican procedimientos complejos, este método es aconsejable pues permite realizar modificaciones y ajustes y garantiza mayor seguridad en las operaciones que se realizan durante el cambio
- *Implantación parcial.*- Es el más adecuado para sistemas de gran magnitud; consiste en seleccionar parte del nuevo sistema o pequeñas partes e implantarlas, avanzando una vez que se haya consolidado el anterior.⁶⁷

66.- Requerimientos establecidos por el Departamento de Informática del INCan.

67.-Gómez Ceja, Guillermo; Sistemas Administrativos, análisis y diseño; McGraw Hill, México, 1997; pp 24-26.

Una vez decidido que método de implantación se utilizará, que para el caso del Instituto Nacional de Cancerología, se recomienda el *de implantación parcial*, se procederá a reunir los recursos humanos y materiales que se estimaron para la operación del nuevo sistema. Posteriormente se deberá imprimir los manuales, diagramas de procedimientos, formas y reportes; así también se deberá adecuar las áreas físicas en donde se desarrollará el nuevo sistema.

Paralelamente se solicitará apoyo al Departamento de Capacitación para impartir cursos de informática para el personal que operará el sistema, y en la fecha establecida para el inicio de la operación de éste cuenten con las herramientas suficientes para operarlo.

Cumplidos los pasos anteriores se procederá a poner en operación el nuevo sistema. Primeramente el Departamento de Control y Referencia de Pacientes será el responsable de elaborar circulares para darlo a conocer a los empleados y pacientes, así como informar de manera verbal la reubicación (en su caso) de las diferentes áreas, con el apoyo de señalamientos gráficos dispuestos en pasillos, salas de espera y consultorios; esto último con la colaboración de la Subdirección de Servicios Generales.

Ya estando en operación el sistema, y a manera de ejemplo, tenemos al paciente que solicita atención médica de primera vez, deberá presentarse en el módulo de informes para conocer los requisitos que debe cubrir y programar la cita para su evaluación en Preconsulta. En la fecha designada el paciente acudirá a registrarse en el módulo de Preconsulta y a proporcionar su ficha de identificación (la cual le fue entregada el día que se presentó a solicitar información, sólo si tiene un diagnóstico oncológico) de acuerdo al programa No. 2, del cuadro No. 4; estos datos permitirán iniciar su registro en la red del Instituto, por lo que al realizar cualquier trámite posterior, se verificarán datos únicamente, agilizando su realización. Una vez que ha sido evaluado en Preconsulta, si es considerado candidato para recibir atención en el Instituto, será enviado al Departamento de la especialidad correspondiente para confirmar su ingreso y apertura de expediente clínico y continuará con los trámites que se le solicite.

En el caso de que el paciente sea referido a otra institución por no presentar padecimiento oncológico, se le proporcionará información del sitio al cual acudir de acuerdo al programa No. 10, del cuadro No. 4.

Con la implementación del sistema se pretende, como anteriormente se expuso, mejorar la calidad de la atención médica y administrativa, por medio de la simplificación administrativa; lo cual deberá verse reflejado tanto en la satisfacción de los pacientes como en el personal médico y paramédico, basándose en encuestas escritas (programa No. 9, cuadro No. 4) aplicadas a los pacientes. Se contempla contar con una agenda electrónica que permita actualizar el sistema, reduciendo tiempos de espera, filas, aglomeraciones e inconformidades, otorgando al paciente un control de citas único para los diferentes servicios y departamentos.

A grandes rasgos esta es mi propuesta para lograr una mejora en el Instituto Nacional de Cancerología, con la firme idea de que para el paciente que acuda a esta institución por una esperanza de vida, no sea una carga más el rezago administrativo que hoy se vive.

De esta manera finaliza este trabajo. El propósito ha sido presentar un breve diagnóstico administrativo del Instituto Nacional de Cancerología con la intención de que a pesar de los limitados recursos humanos y materiales, se pueda implementar un sistema de computo que permita ofrecer una mejor atención en los servicios brindados a los pacientes.

68.- Para el desarrollo de este capítulo se contó con la asesoría del Departamento de Informática y la colaboración de la Subdirección de Servicios Paramédicos, Consulta Externa y Hospitalización.

CONCLUSIONES

La Administración Pública en su naturaleza dual de dirección y dominio se ocupa de la prestación de servicios de salud, como mecanismo para fortalecer y legitimar al Estado. La fortaleza y riqueza de un Estado están estrechamente relacionadas con su capacidad administrativa de garantizar a la sociedad los elementos que le permitan su desarrollo; uno de estos aspectos es el hecho de garantizar el derecho a la protección de la salud, situación que le permitirá tener una población sana.

La protección a la salud es un derecho de todos los mexicanos y el Estado a través de la Secretaría de Salud vela para que la población no derechohabiente reciba la atención de salud que demanda por medio de instituciones de primer, segundo y tercer nivel de atención; sin embargo no toda la población tiene acceso a estos servicios, ya sea por la lejanía de su vivienda del centro de salud o bien porque el tratamiento para recuperarla excede en mucho de los recursos económicos con que cuenta el enfermo. En el año de 1995 se estimó que diez millones de personas carecían de acceso regular a los servicios de salud, prevaleciendo grandes desigualdades regionales principalmente en zonas rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

El problema de salud pública está acompañado de problemas de carácter económico, social, educativo e incluye a las características del medio ambiente en donde se habite, tales como la pureza del agua y el aire, así como a los servicios públicos de drenaje y alcantarillado.

De lo anterior se infiere que para la elaboración de una política o programa de salud debe considerarse tanto los aspectos sociales, culturales, económicos y étnicos, entre otros; para atender con equidad, oportunidad y calidad a toda la población.

En México prevalecen problemas de salud propios de la pobreza como las infecciones respiratorias y gastrointestinales, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales, así también se tienen problemas relacionados a los cambios de estilo de vida y al incremento de la esperanza de vida como son

los padecimientos cardiovasculares, crónico degenerativos, tumores malignos y adicciones

En nuestro país el cáncer ocupa la segunda causa de muerte siendo éste un problema de salud pública. La Secretaría de Salud a través del Instituto Nacional de Cancerología atiende principalmente a la población no derechohabiente cuya creciente demanda en el servicio de especialidad ha originado un desequilibrio entre los recursos materiales y humanos dedicados a la atención médica, esto entre otros factores, ha provocado un rezago administrativo reflejado en largos tiempos de espera por parte de los pacientes, numerosas quejas y sugerencias interpuestas ante el Órgano Interno de Control, esto reflejo del detrimento de la calidad en el servicio de salud prestado.

Con la simplificación administrativa por medio de sistemas de computo se disminuirán tiempos de espera para el paciente, así como el evitar desplazamientos innecesarios dentro del Instituto, considerando que a quien se atiende es a una persona que ha perdido la salud.- Es importante mencionar que aún no se ha implantado este sistema por lo que no hay comprobación de la hipótesis mencionada en la introducción, sin embargo de acuerdo a como se vaya implementando dicho sistema se irá dando la simplificación administrativa.

A través de la implementación de sistemas de computo en las áreas de preconsulta y consulta externa, se estará en posibilidad de lograr una simplificación administrativa, haciendo eficiente el proceso administrativo que requiere realizar el paciente del INCan, coadyuvando a incrementar la calidad de la atención médica y administrativa a los pacientes; con este avance se estará cumpliendo con uno de los objetivos de la Secretaría de Salud.

Es muy importante la función que desempeña el administrador público, pues cuenta con la formación necesaria para proponer mejoras sustanciales en los distintos ámbitos de la Administración Pública; la óptica económica, política, socio-cultural, de nuestro país le permite tener una visión global de los problemas de México y proponer soluciones integrales. México necesita de administradores públicos comprometidos en todos los niveles de gobierno, para coadyuvar a un verdadero cambio.

El tener una Administración Pública moderna, accesible y eficiente orientada al servicio, que promueva la eficiente utilización de los recursos públicos permitirá cumplir con los programas del gobierno y será parte del engranaje para el mejoramiento de México.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Amesquita, José y colaboradores, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Tomo I, SSA, México, 1960.
2. Alvarez Amesquita, José y colaboradores, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Tomo II, SSA, México, 1960.
3. Alvarez Amesquita, José y colaboradores, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Tomo III, SSA, México, 1960.
4. Fernández Arena, José Antonio, El Proceso Administrativo, Herrero Hnos., México, 1973.
5. Fujigaki Lechuga, Augusto y colaboradores, Historia de la Salud: Reseña Histórica 1982-1988, Tomo I, SSA, México, 1988.
6. Gómez Ceja, Guillermo, Sistemas Administrativos, Mc. Graw Hill, México, 1999.
7. Guerrero Orozco, Omar, La Administración Pública del Estado Capitalista, Fontamara, México, 1988
8. Guerrero Orozco, Omar, La Teoría de la Administración Pública, Harla, México,
9. Guerrero Orozco, Omar, Las Ciencias de la Administración Pública del Estado Absolutista, Fontamara México,
10. Guerrero Orozco, Omar, El Estado y la Administración Pública en México, INAP, México, 1989.
11. IMSS, La seguridad social y el Estado Moderno, FCE, México, 1992.
12. Jiménez Castro, Wilburg, Administración Pública para el Desarrollo Integral, FCE, México, 1971.
13. López Acuña, Daniel, La Salud desigual en México, Siglo XXI, México, 1982.
14. Reyes Ponce, Agustín, Administración Moderna, Limusa, México, 1997.
15. Rosen, George, De la Policía Médica a la Medicina Social, Siglo XXI, México, 1985.
16. Sepúlveda Amor, Jaime, La Salud de los pueblos indígenas en México, SSA e INI, México, 1993.
17. Soberón Acevedo, Guillermo y compiladores, La Salud en México: Testimonios 1988, Tomo I, FCE, México, 1989.
18. Soberón Acevedo, Guillermo y compiladores, La Salud en México: Testimonios 1988, Tomo IV, FCE, México, 1989.

19. Valdez Olmedo, Cuauhtemoc, Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una perspectiva internacional, Médica Panamericana, México, 1995.
20. Venegas Ramírez, Carmen, Régimen Hospitalario para indios en la Nueva España, SEP INAH, México, 1973.
21. Velasco Ibarra, Enrique y compiladores, Administración Pública y Desarrollo, UNAM, México, 1970.

Legislación:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Porrúa, México, 1953 2001.
2. Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Sista, México, 1989.
3. Ley General de Salud, Sista, México, 1989.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, PAC, México, 2001.

Documentos:

1. Página www.ssa.gob.mx
2. Página www.insp.gob.mx
3. Página www.colmex.gob.mx
4. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994
5. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

Revistas:

1. Conamed, año 4, volumen 6, número 17, México, 2000.
2. Reseña Histórica del Instituto Nacional de Cancerología, México, 1986.
3. Informe de Gestión 1993-1998, Instituto Nacional de Cancerología, México, 1998.

Artículos:

- 1.- Ruiz Sánchez, Carlos; Las políticas públicas de la Salud Pública, México.

Tesis:

1. Aguilar Romero, Sergio Jaime, Un aspecto de la Administración de la Salud en México, Organización y Funcionamiento de la Subsecretaria de Asistencia de la SSA 1971-1976, México, 1979
2. Medina Mosqueda, María Guadalupe, Las Políticas Administrativas 1995-2000, caso Atención Médica, México, 1997.
3. Ruiz Sánchez, Carlos, La Administración Pública de las instituciones de salud en México, una aproximación crítica, México, 1990.
4. Ruiz Sánchez, Carlos, Las políticas de salud en el Estado Mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la Administración Pública de la salubridad en México, México, 2001.
5. Yañez Campero, Valentin H., La Administración Pública y el derecho a la protección de la salud en México, México, 1997.