

Santo Domingo D.N.
25 de Noviembre 2023

A : Licda. Rosina Barreiro
Responsable de la Oficina Libre Acceso a la Información

Distinguida Licda. Barreiro:

Por medio de la presente, remitimos y certificamos como bueno y válido el **Informe del PEI 2020-2023** del Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavaréz INCART, publicado en el portal a la fecha para los fines de ser colocado en el portal de transparencia Institucional.

Atentamente,

Dr. José Ramírez
Director General



Plan Estratégico Institucional 2020-2023

Elaborado por

Contenido

I.	Introducción	2
II.	Descripción de la organización	4
III.	Marco legal y normativo	4
IV.	Metodología del plan	5
V.	Brechas, fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas	10
VI.	Escenarios y tendencias.....	18
VII.	Marco Estratégico.....	19
VIII.	Plan estratégico.....	20
IX.	Matrices de planificación	23

I. Introducción

El presente Plan Estratégico Institucional 2020-2023 ha sido elaborado en correspondencia con el decreto 133-12 que crea el INCART y se articula estratégicamente con el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud, la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y el Plan Plurianual Del Sector Publico, (PNPSP), con el fin de lograr la direccionalidad estratégica alineándolo al marco estratégico nacional y orientándolo a lograr los objetivos propuestos por la institución en el marco de sus funciones cuyo principal objetivo es garantizar la provisión de servicios de salud de calidad a la población.

Este PEI 2020-2023 da respuesta a los cambios en el marco jurídico y estructural sucedido tras la elaboración del PEI 2016-2019, caracterizado por los siguientes mandatos o decisiones;

- Promulgación de la ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud y con ello se produce de manera efectiva la separación de funciones.
- Ministerio de Salud asume mayores roles en su función de rectoría, generando más efectivos controles en los procesos de servicios.
- El SNS elabora su plan estratégico y su cuadro de mando
- El MSP pone en circulación el nuevo modelo de atención.
- El presidente de la República plantea la necesidad de una nueva reforma a la ley 87-01 sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social,
- La SISALRIL propone y elabora un procedimiento para la entrada en vigor del primer nivel de atención.
- Se han producido diferentes formatos diagnósticos, de tratamiento y de gestión clínica y hospitalaria.

El plan es el resultado de un amplio proceso colaborativo del personal directivo y técnico del INCART, a través de un exhaustivo y participativo proceso de análisis, reflexión, y valoración, con el compromiso de alinear la gestión del INCART con las del Servicio Nacional de Salud. Busca dar respuestas a la definición del INCART, ser un servicio especializado y de referencia nacional y a los 4 mandatos del INCART: Atención, Docencia, Investigación y Regulación. Se adosa este PEI al organigrama institucional cuyas características son de carácter divisional, con un ápice estratégico y una dirección lineal.

El proceso de elaboración de este PEI incluyó varias fases,

- a. Diagnóstico situacional (análisis de situación y análisis prospectivo)
- b. Identificación de los factores de cambios
- c. Selección de variables estratégicas
- d. Juego de actores

- e. Diseño de escenarios
- f. Marco estratégico
- g. Plan estratégico
- h. Ruta estratégica

El desarrollo de estas fases fue realizado bajo un estricto control metodológico, de amplia participación, en su descripción nos muestra las formas como se ha venido trabajando en la ejecución de la programación del INCART, la identificación de las variaciones en el escenario de actuación vigente y las tendencias sobre las cuales realizar un proceso de planificación prospectivo que da respuesta a los escenarios futuros que enmarcaran el quehacer del instituto.

El plan se elaboró en 4 segmentos, el diagnóstico situacional y prospectivo, el marco estratégico, el plan y la ruta estratégicas. La metodología permitió articular el diagnóstico situacional y prospectivo con el ejercicio de planificación estratégica, dejando como resultado un documento que recoge las brechas estratégicas y las programáticas dejadas en la ejecución del PEI anterior pero que permite dar respuestas al escenario ideal sobre el cuál actuará el INCART en el periodo 2020-2023.

El plan es presentado en un conjunto de matrices para facilitar su uso y de esa forma acogernos a las recomendaciones de tener un documento que permita la versatilidad en su ejecución y la flexibilidad para su revisión.

Incluye un objetivo estratégico, 4 ejes estratégicos, 14 objetivos específicos, 21 líneas de acción, redactadas de manera tal que puedan articularse con la planificación operativa. Este conjunto estratégico recoge las prioridades seleccionadas por los equipos de trabajos del INCART participantes en las diferentes sesiones y talleres.

El formato de elaboración del PEI permitió producir insumos técnicos para costearlo y de esa manera la alta dirección del instituto conocer sus brechas financieras y poder establecer los niveles de gestión requeridos para garantizar su ejecución.

Oasis Prosalud y su equipo de trabajo, así como el equipo de planificación y desarrollo del INCART, pusieron especial cuidado en la redacción y revisión de los contenidos y formatos metodológicos bajo la visión de que un buen documento de análisis debe conducir a una mejor planificación.

II. Descripción de la organización

El Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Tavares, (INCART) es un hospital de tercer nivel, altamente especializado, de referencia nacional. Es un centro descentralizado y con autonomía de gestión dedicado al diagnóstico y tratamiento del cáncer. La categoría de instituto viene dada por sus capacidades docentes, de investigación y regulación de la práctica de la oncología en la República Dominicana.

Está regido bajo la Ley General de Salud No. 42.01, Reglamento 434-07 para los CEAS y otras normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Forma parte de la estructura de servicios del Servicio Nacional de Salud geográficamente vinculado al Servicio Regional de Salud Metropolitano.

III. Marco legal y normativo

En el año dos mil ocho (2008), el estado dominicano aprobó el “Plan Subregional para la Prevención y Control del Cáncer en Centroamérica y la República Dominicana”, basado en el plan de acción global contra el cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Plan fue asumido por el Estado Dominicano quien creó una Comisión Nacional de Prevención y Control del Cáncer, quien a su vez decidió crear un centro especializado en oncología de carácter público, para que la población dominicana pueda tener acceso a un diagnóstico y tratamiento de alta tecnología asequible, este es el Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, en lo adelante INCART, oficializado mediante decreto No. 133-12 de fecha veintidós (22) de marzo del año dos mil doce (2012).

Este instituto surge para la correcta ejecución de la estrategia nacional en la que se basa el plan, y es definido en el decreto como un centro hospitalario especializado, de carácter público y de pleno acceso a toda la población, debidamente bien dimensionado y debidamente equipado para realizar labores de diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación.” En ese mismo decreto No. 134-12 se crea el consejo de administración del INCART para que trabaje estrechamente con una Dirección General del hospital dentro del marco de la misión descrita.

En fecha diez (10) de diciembre del año dos mil trece (2013), el decreto 351-13 introduce la modificación del nombre “Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Tavares” por petición de los hijos de la Señora Rosa Emilia Tavares, y nombra Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.

Organigrama

El INCART ha desarrollado un organigrama cuyo diseño se corresponde con uno de tipo divisional, cada una de estas divisiones o centros de servicios tiene una cartera definida y son integradas en un plan de adquisiciones, el cual debió corresponderse con un plan operativo, se elabora anual, con un presupuesto único integrado, sistemas de monitoreo fragmentado, pero con un centro de acopio de datos único, algunos reportes se realizan desde cada división.(anexo 1)

Las divisiones organizacionales tienen como ventaja que permiten una elevada visibilidad de los servicios, proyectos y programas de cada una, pueden orientarse por completo hacia las tareas, generan altos niveles de responsabilidad, se pueden identificar los puntos de contacto claros para los pacientes y usuarios de los servicios, pueden procesar tareas múltiples y se facilita un alto nivel de cooperación pues es fácil cruzar de una línea funcional a otra.

Estas divisiones o centros de servicios del instituto tienen una estructura administrativa individual, pero comparten con las demás áreas unos servicios centrales donde se elaboran las políticas generales, procedimientos, POA, el presupuesto y la gestión general del centro.

Modelo de relación.

La dirección del INCART se establece mediante un sistema de objetivos enmarcados en la planificación estratégica, este sistema es el mecanismo mediante el cual la Dirección General especifica los resultados que desea lograr, asigna funciones a los responsables de las diferentes divisiones y orienta los esfuerzos de la organización hacia metas comunes.

IV. Metodología del plan

Se elaboró un marco general que permitía contrastar los documentos del INCART con el marco que le rige, los ejes de la Estrategia Nacional de Desarrollo y las metas establecidas para el sector. Con estos insumos se elaboraron los documentos de revisión.

La elaboración del plan se realizó utilizando una metodología que incluye varias fases

- a. Estado del arte (descripción de la organización, marco legal y procedimental, análisis de situación y análisis prospectivo)
- b. Marco estratégico
- c. Plan estratégico
- d. Ruta estratégica

Metodología elaboración del estado del arte.

Análisis situacional

- Revisión documental

Consistió en una revisión de los documentos que facilitaban el análisis de situación del PEI actual, incluyendo la data programática y financiera y el contexto. En esta revisión se incluyó un análisis de la ejecución del PEI actual, tanto en el ámbito estratégico, programático y presupuestario. Se realizó una identificación de las brechas y la definición de prioridades claves para la acción.

- Entrevistas

Relevamiento y sistematización de fuentes documentales

Este primer punto se refiere a la obtención de la documentación general y específica relacionada con la coordinación institucional del INCART. Esta fuente de información fue un pilar fundamental para la evaluación.

A partir de la documentación y datos relevados se pudo diagnosticar los avances logrados, así como detectar brechas que debe enfrentar el INCART en su articulación de políticas, servicios y programas.

En esta fase se estudió la situación actual de la organización, a saber: su comportamiento económico, social, cultural, político y ambiental.

Se realizó un acercamiento a la visión presente y a la retrospectiva. Utilizando información cualitativa y cuantitativa a través del análisis de las mediciones e indicadores de las intervenciones, es decir, obteniendo cifras que respaldaran las condiciones actuales e históricas de la organización.

El proceso incluyó un ciclo de reuniones con expertos y funcionarios mediante entrevistas semiestructuradas.

Entrevistas semiestructuradas con las direcciones y gerencias

Las entrevistas se realizaron utilizando un instrumento para corroborar y completar la información obtenida a partir de la documentación relevada. Asimismo, se recuperó la perspectiva de directores y gerentes sobre la descripción, situación, cursos de acción y experiencias concretas en materia del trabajo que desarrollan. Las entrevistas, contemplaron un conjunto de ítems básicos que fueron complementados con preguntas abiertas e indagaciones que surgían a partir del intercambio.

- Conclusiones

Brechas y FODA

Como conclusión del estado de situación actual, se identificaron las brechas administrativas, financieras, programáticas y asistenciales, analizadas todas desde el ámbito de la gestión. Se evidenciaron además fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que marcan el devenir institucional.

Análisis prospectivo

El proceso de construcción del estado del arte incluyó un análisis prospectivo que buscaba identificar los escenarios sobre los cuales realizar la planificación estratégica. El desarrollo de este análisis prospectivo se materializó en varias fases.

- Identificación del comportamiento de cáncer de cara al 2023.

Se realizaron las estimaciones y proyecciones de la situación del cáncer y la distribución de la carga de trabajo a la que el INCART le daría respuesta en el periodo 2020-2023. (anexo 2)

Se pusieron en contexto las diferentes variables socioeconómicas, demográficas, sociales, culturales, ambientales y financieras y su influencia en el comportamiento del cáncer y la carga de enfermedad al 2023.

- Identificación de la respuesta requerida para dar la cara a la situación al 2023.

Se modeló el tipo de respuestas y acciones estratégicas requeridas para responder al comportamiento del cáncer al 2023.

- Modelos de proyección.

Se procedió a revisar encuestas, estimaciones, datos programáticos, informes epidemiológicos, sociales, económicos y financieros. Se elaboró un modelo de estimaciones que permitió proyectar el comportamiento de las diferentes variables en los próximos 4 años.

- Identificación y priorización de factores de cambios

En sesiones de trabajo con los actores claves, se identificaron los factores que intervendrían en los procesos vinculados al cáncer y el INCART al 2023.

- Variables e hipótesis

En sesiones de trabajo con los directores, gerentes y mandos medios del INCART se identificaron las variables ideales para la construcción de los escenarios prospectivos, estos mismos actores, desarrollaron las hipótesis sobre las cuales construir los escenarios de trabajo.

- Análisis estructural de los datos recopilados

Con los equipos de trabajo sesionando en 4 grupos se priorizaron las variables esenciales, luego se realizó un análisis morfológico de éstas y fueron agrupadas en

4 grupos. Fueron sometidas a un análisis estructural utilizando una matriz de análisis, completada por los actores de las áreas sustantivas del INCART.

- Diseño de escenarios

Con la identificación del comportamiento del cáncer al 2023, las sesiones de trabajo con directores, gerentes y mandos medios del INCART, las proyecciones epidemiológicas, sociales, económicas y financieras se convocó a un taller en donde se construyeron los escenarios sobre los cuales diseñar la planificación.

- Marco estratégico

En un taller de trabajo directores y gerentes del INCART, en 4 sesiones de trabajo y mediante una metodología participativa técnicamente conducida, diseñaron la misión, visión y valores del INCART.

La primera sesión contó de 3 actividades,

- a. Reflexión individual en la que los participantes se respondieron las interrogantes siguientes.
 - ¿Qué es lo que veo como clave para el futuro del INCART?
 - ¿Qué contribución única debemos hacer en el futuro?
 - ¿Qué me emocionaría acerca de ser parte del INCART en el futuro?
 - ¿Qué valores necesitan ser acentuados?
 - ¿Cuáles deberían ser nuestras posiciones en cuestiones como los clientes, los mercados, la productividad, el crecimiento, la tecnología, los empleados?
 - ¿Cuál veo como la mayor oportunidad de crecimiento de nuestra empresa?
- b. Una segunda sesión de consenso en la que los grupos permanentes, luego de elegir un relator, consensuaron.
 - 1 elementos clave para el futuro
 - 1 contribución para hacer en el futuro
 - 1 emoción única para ser parte del INCART en el futuro
 - 1 posición sobre los clientes, 1 sobre los mercados, 1 sobre la productividad, 1 sobre el crecimiento, 1 sobre las tecnologías y 1 sobre los empleados.
- c. En una tercera actividad y en una sesión de cierre los 4 redactores discutieron y consensuaron
 - 1 elemento clave para el futuro
 - 1 contribución para hacer en el futuro

- 1 emoción única para ser parte del INCART.
- 1 posición sobre los clientes, 1 sobre los mercados, 1 sobre la productividad, 1 sobre el crecimiento, 1 sobre las tecnologías y 1 sobre los empleados.
- Redactaron una propuesta de misión, una de visión.

d. La cuarta actividad fue una Plenaria,

Luego de la presentación de la visión y la misión propuesta todos los participantes discutieron y consensuaron la redacción final.

- Planificación estratégica

a. Establecimiento de los objetivos estratégicos

En sesiones de trabajo participativo sesionaron 4 mesas de trabajo según áreas de experticio: administrativa, financiera, asistencial y programática que revisaron los escenarios y las variables esenciales. Luego se organizaron 4 mesas en la que cada una de las áreas de experticio estaban representadas, estas mesas sesionaron en 2 ocasiones y luego de la selección de un escenario ideal, eligieron variables esenciales con las cuales se construyeron los objetivos estratégicos.

b. Definición de los objetivos específicos y líneas de acción.

En dos sesiones de trabajo cada una, las mesas con representación de las 4 áreas de trabajo redactaron los objetivos específicos, las líneas de acción y actividades principales que compondrían el plan estratégico.

V. Brechas, fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas

El INCART tiene una categoría de instituto dada por sus capacidades docentes, de investigación y regulación de la práctica de la oncología en la República Dominicana.

Está definido en el marco legal como un “centro hospitalario especializado, de carácter público y de pleno acceso a toda la población, debidamente bien dimensionado y debidamente equipado para realizar labores de diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación.”

En el marco de la red de servicios está definido como un hospital de referimiento nacional. Regenteado por un consejo de administración que trabaja de la mano con la Dirección General del hospital.

Tiene un organigrama institucional organizado de manera divisional, dentro de las que se destacan los centros de servicios los cuales tienen una cartera de servicio definida y son integradas en un plan operativo.

El INCART se dirige por su sistema de objetivos, que se enmarca dentro de la planificación estratégica, y es el mecanismo mediante el cual la dirección específica los resultados que desea lograr (enfocados generalmente a los responsables de las diferentes divisiones) e intenta orientar los esfuerzos de la organización hacia metas comunes.

Durante el periodo 2016-2019 se ejecutó un PEI en un 61%, construido en base a un escenario, pero que de cara al 2019 ha cambiado y actualmente está caracterizado por:

- Promulgación de la ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud y con ello se produce de manera efectiva la separación de funciones.
- Ministerio de Salud asume mayores roles en su función de rectoría, generando más efectivos controles en los procesos de servicios.
- El SNS elabora su plan estratégico y su cuadro de mando
- El MSP pone en circulación el nuevo modelo de atención.
- El presidente de la República plantea la necesidad de una nueva reforma a la ley 87-01 sobre el sistema de dominicano de seguridad social,
- La SISALRIL propone y elabora un procedimiento para la entrada en vigencia del primer nivel de atención.

- Adicional a estos cambios, en el ámbito nacional el periodo fue escenario de evoluciones en el ámbito de la planificación, clínico, tecnológico y estructural.
- Se han producido diferentes formatos diagnósticos, de tratamiento y de gestión clínica y hospitalaria que plantean la necesidad de una revisión general del plan estratégico actual.

El INCART se gestiona con un presupuesto único, sistemas de monitoreo fragmentado por las divisiones organizacionales, pero con un centro de acopio de datos único, aunque hay reportes que se realizan desde cada división.

La visión señala que el INCART sería la institución líder en la atención oncológica integral, investigación y enseñanza de la región. Los datos recogidos en las entrevistas, talleres y reuniones con actores claves del proceso, incluyendo funcionarios fundadores y participantes en la definición del marco estratégico 2016-2019 señalan que la visión aún no se alcanza, y que al parecer fue sobredimensionada, sobre todo al plantear un alcance regional.

Según los actores no se han alcanzado aún siquiera el liderazgo local en la atención oncológica integral, pues si medimos el liderazgo mediante la captación de casos nuevos, veremos que a pesar del aumento de la demanda en el INCART, el Instituto Oncológico Heriberto Pieter mantiene un mayor nivel de captación de casos nuevos.

El INCART se ha planteado que para cumplir con la parte de integralidad incluida en su misión ha establecido las Unidades Funcionales Oncológicas. Con este modelo de atención podrían tener diagnóstico con la máxima rapidez, para iniciar los tratamientos oportunos, mejorando así la eficacia de la atención y el confort para el paciente y evitando los desplazamientos entre los diferentes servicios.

En las entrevistas a funcionarios y actores clave del INCART se enfatiza en la necesidad de ampliar el alcance de estas unidades funcionales hacia otras patologías; previo a esta expansión deberá hacerse una evaluación.

Otra acción en busca de la integralidad que se ha propuesto el INCART es la implementación de un programa a domicilio de cuidados paliativos y nutrición al paciente oncológico. Este proceso aún no ha iniciado y se realizan los aprestos técnicos para proceder a su implementación.

El INCART tiene una área bastante activa que es la de prevención, en las sesiones de trabajo salen a relucir posiciones encontradas acerca de si mantener o no esta importante área del centro, como parte de las conclusiones consensuadas se establece la necesidad de realizar una evaluación del impacto que está teniendo, sobre todo como parte del componente de integralidad de las atenciones.

En base al análisis de situación realizado en base a la metodología descrita, se han identificado fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, que describimos a continuación.

Fortalezas

- Las divisiones organizacionales tienen como ventaja que permiten una elevada visibilidad de los productos, proyectos y programas de cada una, pueden orientarse hacia las tareas por completo, generan altos niveles de responsabilidad, se pueden identificar los puntos de contacto claros para los pacientes y usuarios de los servicios, pueden procesar tareas múltiples y se facilita un alto nivel de cooperación pues es fácil de cruzar líneas funcionales.
- El instituto dispone de las estructuras requeridas para dar respuestas a los requerimientos de modernidad de un centro de salud de la naturaleza establecida.
- Se avanza en un proceso de certificación internacional basado en Norma ISO 9001:2015 para las áreas de laboratorio clínico, centro de imágenes y centro de anatomía patológica, se requerirá en los próximos meses expandir tanto el tipo de certificación de calidad como las áreas a ser certificadas, así como iniciar la introducción de herramientas de mejora continua, para crear y fortalecer una cultura de calidad.
-
- Establecimiento y apertura de un centro PET o de tomografía por emisión de positrones, esta es una nueva modalidad de imagen diagnóstica, segura, no invasiva e indolora, que llega a nuestro país para ser una herramienta efectiva a la hora de detectar determinados tipos de patologías en las áreas de la oncología, neurología y cardiología.
- Establecimiento y apertura del área de microbiología en el laboratorio clínico, está ejecutado en un 50 %.
- Aumento anual de casos nuevos, obedece a los patrones de crecimiento de la incidencia de cáncer, a una mayor oferta de servicios a personas de menor ingreso, al efecto de las campañas de IEC, a un mayor conocimiento de las personas sobre el diagnóstico temprano y a la búsqueda de soluciones de salud.
- El área de hospitalización se gestiona utilizando unas normas claras para todo el proceso, y un procedimiento claro y robusto que establece los vínculos de esta área con el sistema de información desde el primer paso de usuario, con el área de facturación, reclamación y archivo clínico.
- Instalación y puesta en ejecución de los equipos de resonancia magnética.
- Servicio de Resonancia Magnética, servicios entregados superan las metas establecidas.
- Implementación de herramientas tecnológicas en la preparación de citostáticos para garantizar la seguridad y calidad en la administración de los

mismos, se ha ejecutado en un 75 %, teniéndose ya el software operando en la central de mezclas.

- Unidades Funcionales definidas como el paquete de intervenciones que permiten garantizar la integralidad para satisfacer las demandas de los usuarios con eficiencia y calidad, al tiempo de generar valor para la institución.
- Acuerdos de cooperación interinstitucionales en investigación.
- Se ha definido un plan académico diseñado alrededor de 7 ejes temáticos, el primero de ellos es el académico, el segundo eje del plan es el de mejora continua de calidad, seminarios y congresos, investigación, responsabilidad social y gerencia en salud.
- Relaciones nacionales e internacionales en gestión del conocimiento.
- Conformación comité de estudios tarifarios.
- Desarrollo de la información financiera por centro de responsabilidad a fin de garantizar la toma de decisiones para optimizar la rentabilidad del centro.
- Comportamiento de variables sociodemográficas favorables a la producción de cáncer.
- La gobernanza es buena y se llega a acuerdos entre las partes.
- Creación y desarrollo de la dirección de investigación y gestión del conocimiento,
- Fomento de las relaciones científico-técnica con empresas farmacéuticas.
- El 90 % de los miembros del comité de bioética de la Investigación han sido certificados.
- Establecimiento y control de un plan de certificación y recertificación de los profesionales de la institución.
- El porcentaje de ayudas recibidas en el proceso de gestión ascendió a un 94 % de los proyectados en el plan, al lograr un total de donaciones confirmadas ascendente a RD\$2,419.773.59
- El nivel de glosas en facturación de las ARS es de un 2% en promedio, por debajo 5%, meta establecida por el Servicio Nacional de Salud.

Desafíos

- En el análisis financiero de cada una de las divisiones se observan un alto nivel de déficit en sus operaciones, razón por la cual la subvención que recibe el centro debe cubrir las falencias financieras de cada área.
- Se dificulta la asignación de recursos comunes, el no disponer una matriz de coordinación dificulta la coordinación de las funciones compartidas, creando confusión en tareas, se evidenció que existen debilidades en los procesos de integración exigido a la organización creando cuellos de botella en tareas que deben ser secuenciales, se evidencia que entre algunas de las divisiones hay una mala coordinación y una visión restringida del conjunto.

- Se tienen diseñados los puestos y métodos de trabajo, aunque estos en muchos casos no están influidos por los procedimientos y por los programas.
- La gerencia de mercadeo, tiene definido un plan de ejecución, pero no cuenta con un gerente que gestione las intervenciones, sino que descansa en un personal técnico no articulado al staff gerencial. Las actividades diseñadas para dar cumplimiento a esta intervención se basan casi de manera única en la comunicación a través de las redes sociales.
- Se han identificado debilidades a las cuales dar respuestas, tales como la recepción de órdenes contradictorias, la elección de tareas e intervenciones fuera de la planificación, la carga de trabajo adicional a sus funciones en algunos de los mandos, la formación de circuitos alternativos de gestión, en muchas ocasiones la dificultad para tomar decisiones conjuntas y la reiteración de solicitudes de mejoras en área esenciales.
- El INCART tiene pendiente darle respuesta al tema de mejora de salario y a la capacitación del personal.
- Existen evidencias de un aumento en la frecuencia de los factores de riesgos que predisponen a que las personas puedan padecer un cáncer, esto se corrobora con los datos que muestran una evolución de la prevalencia y la incidencia por año y el comportamiento de las variables sociodemográficas vinculadas. Adicional a las informaciones que reportan las variables señaladas se tiene también el dato de que existe una demanda insatisfecha de asistencia en prevención y atención, sea por no captación o por no disponibilidad de oferta de servicios.
- Se ha negociado con SENASA la cobertura de los servicios de las unidades funcionales, pero aún quedan desafíos en esta parte del proceso, pues con las demás administradoras no se ha logrado negociar, por lo que los reportes solo se realizan según las consultas de cada uno de los intervinientes.
- Previo a esos procesos de expansión de las certificaciones de calidad debe darse respuestas a programas de mejoras de infraestructuras y programáticos, así como la inclusión de indicadores que permitan medir los alcances de calidad de los servicios prestados y de gestiones administrativas.
- Las solicitudes de personal por áreas están vinculadas al POA, pero regularmente se presentan situaciones que no están contempladas como el aumento de la demanda y servicios, que puede requerir nuevo personal. No todas las vacantes requeridas pueden ser suplidas.
- Para las áreas de diagnóstico y laboratorio clínico se establecieron como desafíos, garantizar la estabilidad energética, captación de recursos humanos de gran capacidad, la renegociación con ARS del costo de las pruebas, mejorar la temperatura y lograr a tiempo el suministro de insumos retrasados debido a debilidades en el sistema de compras.
- Ocupación media de las camas del instituto es de un 96 %, esto es debido a que el 85 por ciento de los pacientes del INCART se hospitalizan y pueden

durar hasta 15 días hospitalizados, los pacientes en quimioterapia duran de 3-5 días hospitalizados.

- El promedio de día–cama es de 10-15 días, debido básicamente a los retrasos en la entrega de los insumos requeridos para asistir a los pacientes y poder dar el alta en un tiempo prudente.
- Existen cuellos de botella en el área de compras, que influyen en el desenvolvimiento de otras áreas.
- Las intervenciones del área de diagnóstico por imágenes disminuyeron en un 12 % con relación al 2017, esta disminución fue a expensa de las tomografías y las sonografías que tuvieron un decrecimiento.
- Creación de una farmacia ambulatoria de citostáticos, medicamentos comunes e insumos, aún no ha iniciado.
- Los equipos de medicina nuclear, no han sido operativos y se ha imposibilitado ponerlo en funcionamiento.
- Aún faltan por instalar los equipos de resonancias de mamas.
- En la preparación de citostáticos para garantizar la seguridad y calidad en la administración de los mismos, se identificó que aún se deben introducir un mínimo de medicamentos incluyendo los de última generación que se aprueben y que aún falta incluir los registros para pediatría y hospitalización.
- Las áreas a cargo de la dirección médica no trabajan en base a metas específicas, sino que las reuniones mensuales se utilizan para planificar, informar, tratar problemáticas y ponerse de acuerdo en cómo se pueden resolver. Muchos de los servicios no están basados en una planificación estratégica, sino que surgen por aumento de la demanda y se van adecuando a ésta.
- No implementación del sistema de incentivos no monetario en apoyo a la investigación.
- La generación de estadísticas es una de las grandes carencias del instituto para la toma de decisiones, tanto desde el punto de vista clínico, epidemiológico como administrativo. Se requiere personal para producir informaciones e interpretar los datos suministrados y procesarlo para su uso.
- El llenado completo y correcto de informes, reportes y expedientes clínicos, en las entrevistas con los técnicos y funcionarios del INCART, sale a relucir las debilidades que presentan los reportes de auditorías acerca de la generación de buenos reportes por parte de los médicos y los atrasos que se presentan en el proceso de reclamación ante las ARS. El área de auditoría médica señala que el mal reporte de los servicios brindados por el personal de salud es la segunda causa de glosas.
- El software institucional no es funcional para las áreas financieras.
- El presupuesto es en base al flujo de caja y se segmenta y para saber cuánto se puede gastar, pero limita la capacidad de respuesta a nuevos requerimientos, nuevos servicios y, por lo tanto, a los usuarios nuevos. Las proyecciones se hacen en base a ingresos facturados, se sabe lo que se

incrementa por año y se estima basado en el comportamiento del año anterior, pero no se cuenta con estimaciones a más allá de un año.

- Se necesita más eficiencia en las reclamaciones, pues se tarda mucho tiempo para hacerlas.
- Operativamente no se produce para sostener el hospital, pero se ajusta por contabilidad trabajando con límites presupuestarios; no se gestionan algunas necesidades en base al plan presupuestario y no existe una herramienta para supervisar la ejecución.
- No se han realizado los estudios de costo de procedimientos médicos, que permita actualizar el tarifario.
- La principal causa de glosa son las enfermedades nosocomiales y los errores más frecuente en los expedientes clínicos son: la colocación de signos vitales de los pacientes, la falta de sello y firma en el expediente.
- Los pacientes con fuentes de financiamiento privado no conocen el centro.
- Hay carencia de estudios de mercado, pues no existe un presupuesto contemplado para este tipo de acciones.
- Debido a la creciente demanda de recursos humanos se evidencia la necesidad un incremento de estos para apoyar los procesos de inducción,
- Existen necesidades apremiantes del área de tecnología de la información, los requerimientos de actualización de la tecnología sobre todo el sistema de gestión clínica Xhis, la falta de integración de los sistemas y la ausencia de aplicaciones para la gestión financiera y de almacén y la limitada capacidad de almacenamiento. A estos pedidos se suma la necesidad de mantener la temperatura adecuada en el cuarto en donde se guardan los servidores.

Amenazas

- La institución tiene capacidad para cumplir con sus obligaciones a corto plazo. Sin embargo, el Índice de Prueba Ácida cuyo estándar es 1.34, el resultado de la institución es de 1.03, ya que la institución cuenta con la venta de sus inventarios para cumplir con sus obligaciones.
- Bajas tarifas en muchos casos deficitarias para poder seguir avanzando en el desarrollo del instituto, aún no se conocen los costos de las prestaciones y el ejercicio de negociación lo realiza el Servicio Nacional de Salud sin tener a manos el costeo como insumo esencial.
- Ley de compras y contrataciones con restricciones que no se corresponden con instituciones como el INCART.
- Se generan costos extraordinarios de mantenimiento de manera frecuente, sobre todo los relativos a combustible para los generadores eléctricos, mantenimiento de equipos que ya han perdido su garantía y que por el tiempo que duraron sin utilizarse se han hecho obsoletos.
- Factores asociados a la demanda de servicios para pacientes oncológicos están en aumento y generaran una alta presión sobre la oferta.

- Una problemática que influye en los planes a futuro y el aumento de pacientes esperados es que en términos de espacio físico hay partes de centro de salud que están siendo ocupadas por el Hospital Docente Padre Billini.
- La lista de espera del hospital es muy larga, hay pacientes hasta para marzo del próximo año, si tomamos en consideración la creciente demanda esta aumentará aún más.
- Existen una alta demanda de servicios asistenciales no relacionados directamente al cáncer a los cuales no le han realizado las estimaciones de impacto a largo plazo.
- Una amenaza importante en la búsqueda de la sostenibilidad, son los vencimientos de los medicamentos, según las entrevistas el software actual no permite saber cuándo los insumos en el almacén están en un nivel bajo, no da una voz de alerta, tampoco avisa la fecha de vencimiento por lo que se hace la revisión mensual, el porcentaje de vencimiento es de un 2 por ciento.
- Existen temas de infraestructuras que habría que darle respuestas, parqueo, almacén.

Oportunidades

- El INCART Es un hospital de referencia nacional que forma parte de la red pública de servicios de salud, se estructura por niveles de complejidad y la cobertura del INCART es de carácter nacional por lo que debe brindar atención directa a una población de unos 10 millones de habitantes.
- Existe en el país una gran brecha en la demanda de servicios de atención, con tendencia al crecimiento.
- Los recursos humanos del INCART tienen un amplio expertise y existen procesos de implementación de mejoras en la calidad de la atención para dar respuesta a la demanda de servicios de atención y prevención insatisfecha.
- Se han planteado alternativas para desarrollar procesos de compras a escala, como es el caso de utilizar la plataforma de compra del Caricom y en otros casos negociar con las proveedoras entregas parciales de los productos, sobre todo medicamentos.
- Existen disponibilidad de cooperación y financiamientos a nivel internacionales a los que INCART puede acceder para mejorar sus ingresos y capacidades de gestión.
- El SNS ha iniciado un proceso de negociación de tarifas.

VI. Escenarios y tendencias

Tendencias necesidades de atención cáncer

El análisis de las tendencias de necesidades de atención para personas con cáncer, se puede enfocar desde 4 vertientes:

- a. Comportamiento de los factores de riesgos
- b. Evolución de la prevalencia y la incidencia por año
- c. Comportamiento de variables sociodemográficas vinculadas
- d. Brechas de demandas de servicios de prevención y atención sea esta captación o por no disponibilidad de oferta de servicios.

Escenario ideal

Los factores de riesgo para el cáncer van en aumento en el entorno, por tanto la demanda de los servicios oncológicos se incrementan y el INCART debe adaptarse ampliando la cobertura de servicios y acceso a recursos económicos para introducir nuevas tecnologías. Realizar análisis costo - efectividad de los centros y los procedimientos para garantizar la reserva financiera de cada uno. Fortalecer las estructuras de gestión humana para incrementar las competencias profesionales. Ampliar el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

El INCART es un hospital de alto nivel de complejidad, único centro oncológico de la red pública de salud y de referencia nacional, que exige una gran demanda de generación de conocimientos actualizados, al requerimiento de un ejercicio asistencial basado en evidencias científicas y técnicas, para lo cual se requiere garantizar la integración de los procesos asistenciales con la investigación y la docencia.

Variables esenciales.

- Eficiencia financiera,
- Incremento de la demanda,
- Nuevas tecnologías,
- Fortalecimiento de la competencia profesional,
- Sistema de gestión de la calidad,
- Alto nivel de complejidad,
- Conocimientos actualizados,
- Asistencia basada en evidencia técnica y científica,
- Integración científico docente.

VII. Marco Estratégico

- **Visión**

Ser el instituto oncológico de referencia nacional.

- **Misión**

Realizar labores de diagnóstico y tratamiento en pacientes oncológicos con equidad, humanismo y respeto a través del uso eficiente de los recursos, tecnología moderna y comprometidos con el desarrollo de los RRHH e Investigación.

- **Valores**

- ✓ **ÉTICA** de la praxis asistencial, administrativa y gerencial de la salud, promoviendo el diálogo para la resolución de problemas éticos y la humanización constante del servicio a la salud.
- ✓ **HUMANISMO**, brindando un servicio continuo con calidez y con un compromiso personal e institucional idóneo, generando confianza y gratitud en el paciente, sus cuidadores y la comunidad.
- ✓ **COMPROMISO**, nos lleva más allá de cumplir con una obligación, poniendo a prueba nuestras capacidades para sacar adelante nuestra misión.
- ✓ **EQUIDAD**, garantizando la prestación de los servicios de salud de una forma igualitaria, independientemente del lugar geográfico, género, credo, raza, nivel socioeconómico o cualquier otra dimensión.
- ✓ **VOCACIÓN DE SERVICIO**, define nuestra motivación para conocer y satisfacer las necesidades de nuestros pacientes y familiares, dándoles una respuesta rápida y eficaz en su atención, anticipándonos a sus necesidades siempre que sea posible, prestando especial atención al trato personal.
- ✓ **INTEGRIDAD**, es nuestro compromiso de actuar con honestidad en nuestra conducta personal y profesional, con la que hemos de afrontar cualquier situación con la máxima responsabilidad, respeto y transparencia.
- ✓ **SOLIDARIDAD**, tenemos sentimientos de pertenencia ante la Institución, sus metas y objetivos, por los que luchamos juntos, siendo sensibles a las necesidades y preferencias de colaboradores y usuarios.
- ✓ **EXCELENCIA**, estamos impulsados por nuestros retos y objetivos. Estos son los que nos llevan a superarnos cada día en una atención integral y multidisciplinar que beneficie nuestros pacientes.
- ✓ **LEALTAD**, es nuestra obligación frente al compromiso asumido, aunque las circunstancias cambien.

VIII. Plan estratégico

Objetivo estratégico

- Optimizar al 2023 la capacidad de respuesta del centro, a fin de ofrecer un servicio integral al paciente oncológico.

Ejes estratégicos

- I. Servicio integral al paciente oncológico
- II. Calidad del servicio
- III. Investigación y docencia
- IV. Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivos Específicos

1.1: Ofrecer servicios integrales a los usuarios

1.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

1.3.: Realizar una reingeniería en la tecnología de la información

1.4.- Establecer un sistema de monitoreo de la gestión asistencial

1.5: Ofrecer a los usuarios los últimos avances en tecnología diagnóstica y terapéutica

2.1: Instaurar una cultura de calidad en los diferentes procesos e intervenciones que desarrolla el instituto

2.2: Obtener certificaciones de calidad en las unidades de servicios del instituto

2.3: Desarrollar el programa integral de seguridad del paciente

3.1 : Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.

3.2.: Promover el ejercicio asistencial basado en evidencias

3.3 : Desarrollar un programa de residencias médicas

4.1: Optimizar los procesos administrativos y financieros

4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Líneas de acción

1.1.1.1.a.- Reorganizar el modelo de servicios para garantizar la continuidad e integralidad en las atenciones.

1.1.1.1. b Organización asistencial centrada en cada paciente y sus expectativas

1.1.1.1.c. -Integración de sistemas de información y tecnológicos

1.2.1.a Desarrollo de un plan de seguimiento y monitoreo de casos ajustado a la realidad del usuario

1.2.1.2.b.-Desarrollo de protocolos y su monitoreo para ofrecer atenciones basadas en evidencias y altos márgenes de calidad.

1.3.1.1.a Actualización del sistema de tecnología de la información

1.4.1. 1.a.- Implementación de un sistema monitoreo de la gestión asistencial

1.4.1.1.b.-Implementar el plan nacional de mejora de la gestión asistencial

1.5.1.1..a.-Integración de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas

2.1.1.1 Fortalecimiento de la estructura del departamento de calidad

2.1.1.2 Normalizados los procesos de calidad del Instituto

2.2.1.3 -Ampliación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

2.2.1.4 Introducción herramientas de mejoramiento continuo.

3.1.1.1.a Generación de nuevos conocimientos científico-medico en oncología

3.2.1.1. a Diseñar e implementar el proyecto piloto de investigaciones operativas.

3.3.1.1..-Fortalecimiento de los conocimientos médico-científicos del personal clínico

3.4.1.1. -Implementación de programa de residencia médica

4.1.1.1..-Movilización de recursos para dar respuesta a demandas financieras

4.1.2.1. Mejoría en la eficacia en la respuesta financiera

4.2.1.1. Satisfacción del usuario

4.2.2.1. Eficiencia de los sistemas administrativos

4.2.3.1. Fortalecimiento de la gestión humana

4.2.4.1. Integración del consejo de administración

4.2.4.1 Fortalecimiento de las capacidades de planificación

Alineamiento superior

Visión de la END 2030	Objetivo general 2.2 de la END	Propósito del plan nacional decenal de salud 2006-2015	Plan nacional plurianual del sector público objetivo general 2.2	Mandato Ley crea el SNS	PEI SNS Línea estratégica del SNS #3 Obj. Est. 3.-
República Dominicana es un país próspero, donde se vive con dignidad, seguridad y paz, con igualdad de oportunidades, en un marco de democracia participativa, ciudadanía responsable e inserción competitiva en la economía global, y que aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora y sostenible	Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud	Contribuir a prolongar y mejorar la calidad de la vida, reduciendo las inequidades sociales y de género en la salud, mediante el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la producción social de la salud, como derecho y deber ciudadano así como medio y fin para el desarrollo humano y sostenible	Más y mejor salud y seguridad social integral para todos y todas.	Promover acciones coordinadas con todas las entidades que presten servicios de salud, con el fin de mejorar la accesibilidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios y evitar la superposición y duplicación de la cobertura en el marco del acuerdo de gestión entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud	Desarrollo de la red asistencial del SNS en coherencia con las políticas de Estado en materia de Salud y el modelo de atención Desarrollar una cartera de servicios estandarizada y de acuerdo con el modelo de atención en los centros de salud, con igual capacidad resolutive

IX. Matrices de planificación

Ejes estratégicos

Eje estratégico	Indicador	Responsable
I. Servicio integral al paciente oncológico	% usuarios con los que se logran los objetivos terapéuticos	Dirección General
II. Calidad del servicio	Posición en el premio de calidad otorgado por el MAP	
III. Investigación y docencia	Número de investigaciones presentadas y reconocidas internacionalmente Número de egresados de los programas de residencias o fellowship	
IV. Sostenibilidad financiera e institucional	Cobertura de gastos operativos Índice de desempeño según EDI	

Objetivos específicos, indicadores y líneas de acción

Eje estratégico	Objetivos Específicos	Indicador	Línea de acción
I. Servicio integral al paciente oncológico	1.1: Ofrecer servicios integrales a los usuarios	1.1.1 Porcentaje de personas nuevas de la estimación nacional con algún tipo de cáncer que son tratadas en base al protocolo específico.	1.1.1.1.a.- Reorganizar el modelo de servicios para garantizar la continuidad e integralidad en las atenciones.
			1.1.1.1.b.-Desarrollo de protocolos y su monitoreo para ofrecer atenciones basadas en evidencias y altos márgenes de calidad.
			1.1.1.1.c. -Integración de sistemas de información y tecnológicos
	1.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario	1.2.1 Número de consultas subsecuentes a personas con algún tipo de cáncer que son realizadas en base a un protocolo específico.	1.2.1.a Desarrollo de un plan de seguimiento y monitoreo de casos ajustado a la realidad del usuario
			1.2.1.2.b.-Desarrollo de protocolos y su monitoreo para ofrecer atenciones basadas en evidencias y altos márgenes de calidad.
	1.3.: Realizar una reingeniería en la tecnología de la información	1.3.1 Número de reportes programáticos y de productividad utilizados para la toma de decisiones según variables solicitadas obtenidos a través del sistema de información	1.3.1.1.a Actualización del sistema de tecnología de la información
	1.4.- Establecer un sistema de monitoreo de la gestión asistencial	1.4.1 Porcentaje de usuarios en los que han sido logrados los objetivos terapéuticos establecidos en los protocolos asistenciales.	1.4.1.1.a.- Implementación de un sistema monitoreo de la gestión asistencial
			1.4.1.1.b.-Implementar el plan nacional de mejora de la gestión asistencial
	1.5: Ofrecer a los usuarios los últimos avances en tecnología diagnóstica y terapéutica	1.5.1: Número de proyectos implementados para la introducción de nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento, recomendadas por agencias dedicadas al tema, con evidencia científica fuerte para su implementación en el país.	1.5.1.1..a.-Integración de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas

Eje estratégico	Objetivos Específicos	Indicador	Línea de acción
II. Calidad del servicio	2.1: Instaurar una cultura de calidad en los diferentes procesos e intervenciones que desarrolla el Instituto	2.1.1 Número de áreas del Instituto con comités de calidad funcionando 2.1.2 Número de herramientas de mejoramiento continuo implementadas,	2.1.1.1 Fortalecimiento de la estructura del departamento de calidad 2.1.1.2 Normalizados los procesos de calidad del Instituto 2.1.1.3 Herramienta de mejoramiento continuo de los procesos implementadas.
	2.2: Obtener certificaciones de calidad en las unidades de servicios del instituto	2.2.1 Número de unidades de servicios en capacidad de ser certificada en calidad	2.2.1.1.-Ampliación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
	2.3: Desarrollar el programa integral de seguridad del paciente	2.3.1 Número áreas del centro de salud en donde se han instalado los comités primarios de seguridad del paciente	2.3.1.1.-Implementación del Programa de seguridad del paciente.

Eje estratégico	Objetivos Específicos	Indicador	Línea de acción
III. Investigación y Docencia	3.1 : Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.	3.1.1 Número de investigaciones realizadas por el Instituto	3.1.1.1.a Generación de nuevos conocimiento científico medico en oncología
	3.2 : Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.	3.2.1 Número de proyectos implementados en los que se articulan procesos de atención con investigaciones aplicadas.	3.2.1.1. a Diseñar e implementar el proyecto piloto de investigaciones operativas.
	3.3:. Promover el ejercicio asistencial basado en evidencias	3.3.1 Número de personal de las áreas clínicas del Instituto que recibe capacitaciones en temas vinculados a su ejercicio asistencial	3.3.1.1..-Fortalecimiento de los conocimientos médico-científicos del personal clínico
	3.4 : Desarrollar un programa de residencias médicas	3.4.1 Número de programas de residencias médicas funcionando	3.4.1.1. a.-Implementación de programa de residencias médica

Eje estratégico	Objetivos Específicos	Indicador	Línea de acción
IV. Sostenibilidad Financiera e institucional	4.1: Optimizar los procesos administrativos y financieros	4.1.1 Número de áreas y/o centros de servicios que logran el punto de equilibrio financiero	4.1.1.1. a.-Movilización de recursos para dar respuesta a demandas financiera
		4.1.2 Índice de prueba ácida (razón de endeudamiento) igual o superior a 1.43	4.1.2.1.a Mejoría en la eficacia en la respuesta financiera
	4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario	4.2.1 Número de usuarios que manifiestan satisfacción con el servicio	4.2.1.1.a Satisfacción del usuario
		4.2.2 Número de procesos que han disminuido su tiempo de ejecución	4.2.2.1. a Eficiencia de los sistemas administrativos
		4.2.3. Número de recursos humanos que manifiestan conformidad con el centro	4.2.3.1. a Fortalecimiento de la gestión humana
		4.2.4 Número de reuniones del consejo de administración	4.2.3.1. a Integración del Consejo de administración
		4.2.5 Número de procesos que pueden ser monitoreados en base a matriz de planificación	4.2.4.1 Fortalecimiento de las capacidades de planificación

Estrategias, metas

Matrices de planificación

Eje I.1: Servicio integral al paciente oncológico

Objetivo específico 1.1: Ofrecer servicios integrales a los usuarios

Indicador 1.1.1 Porcentaje de personas nuevas de la estimación nacional con algún tipo de cáncer que son tratadas en base al protocolo específico.

Estrategia 1.1.1.1: Aplicación de los protocolos específicos por patologías garantizando la efectividad en las intervenciones.

Resultados esperados: Coordinación de la atención oncológica durante todo el proceso asistencial

Línea Base 2018	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brechas	Línea de acción
12.28%	Indicadores Estadísticos Epidemiológicos- INCART-2017-2018	14.00%	15.00%	16.00%	17.00%	En la actualidad el INCART implementa diversos tipos de intervenciones, que van desde atención primaria en salud, servicios de hospital de día, unidades de recuperación, hospitalización, sistemas diagnósticos de altísima complejidad, desarrollo de pilotos de atención integral mediante las unidades funcionales y sistemas de interconsultas con especialidades no oncológicas al interior del mismo centro. Estos procesos no están organizados en un plan lógico que le dé características de modelo. Los servicios de prevención deberían	1.1.1.1.a.- Reorganizar el modelo de servicios para garantizar la continuidad e integralidad en las atenciones.

					pertenecer a un nivel primario, pero que por las limitaciones de la red se implementan, están limitados a mujeres y solo a algunas patologías y solo son intramuros. Las Unidades funcionales que son un ejercicio de suplir atenciones integrales, están limitadas a tres tipos de tumores y no tienen vínculos con el nivel administrativo, las áreas diagnósticas tienen listas de espera de usuarios oncológicos y no, presionadas por la demanda que surge del área de prevención. Hospitalización tiene escasez de camas y largos periodos de estadías. Las especialidades no oncológicas limitan las capacidades estructurales del centro y las acciones de cuidados paliativos se limitan a algunas acciones puntuales también intramuros.	
					La aplicación de protocolos de atención completos es una garantía de la integralidad en las atenciones, El INCART solo ha desarrollado protocolos en un 30 % de los requeridos.	1.1.1.1.b.-Desarrollo de protocolos y su monitoreo para ofrecer atenciones basadas en evidencias y altos márgenes de calidad.
					El concepto de continuidad de las atenciones está dado por desarrollar en el usuario los procesos vinculados a detección, diagnóstico, atención, hospitalización y seguimiento. En el INCART ese nivel de continuidad no está documentado, por lo que no es posible medir los efectos en la progresión de la enfermedad.	1.1.1.1.c. -Integración de sistemas de información y tecnológicos

Eje 1: Servicio integral al paciente oncológico

Objetivo específico 1.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 1.2.1 Número de consultas subsecuentes a personas con algún tipo de cáncer que son realizadas en base a un protocolo específico.

Estrategia 1.2.1.2: Organización de la respuesta asistencial eficientizando las atenciones al usuario

Resultados esperados: Acceso a servicios de salud especializados oncología (SNS)

Línea Base 2018	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
24,947	INCART	60576	77329	93028	107670	El número de consultas subsecuentes supera actualmente las metas establecidas, las estrategias de seguimiento actuales se basan en un seguimiento hospitalario por lo que los usuarios acuden al centro en busca de consultas, generando presión sobre las estructuras y producción, listas de esperas, un porcentaje alto de usuarios pueden ser seguidos en sus hogares pero no existe un plan de seguimiento domiciliario que disminuya el número de visitas al centro. La cantidad de tiempo que permanece un usuario en el centro en cada visita es larga, en promedio unas 5 horas, debido a los trámites administrativos que deben ser desarrollados previo a sus consultas.	Desarrollo de un plan de seguimiento y monitoreo de casos ajustado a la realidad del usuario

Eje 1: Servicio integral al paciente oncológico

Objetivo específico 1.3.: Realizar una reingeniería en la tecnología de la información

Indicador 1.3.1 Número de reportes programáticos y de productividad utilizados para la toma de decisiones según variables solicitadas obtenidos a través del sistema de información

Estrategia 1.3.1.1: Integración de los sistemas tecnología de la información

Resultados esperados: Sistemas de información integrados

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/D	DTIC	4.00	4.00	4.00	4.00	Existen áreas en el hospital que requieren de manera permanente informaciones, dentro de estas se destacan las áreas clínicas, las de mercadeo, las administrativas y las financieras. Según los reportes de las sesiones de trabajo, no solo se requiere personal para producir informaciones si no también recursos humanos que puedan interpretar los datos suministrados y procesarlos para su uso, el sistema de información funciona de manera fraccionada y los usuarios tienen poca destreza en su utilización. Existen necesidades apremiantes del área de tecnología de la información, los requerimientos de actualización de la tecnología sobre todo el sistema de gestión clínica Xhis, cuyas limitaciones son reiteradas por las diferentes áreas clínicas, la falta de integración de los sistemas y la ausencia de aplicaciones para la gestión integral financiera y de almacén. En capacidad de almacenamiento solo disponen de 10 terabytes mientras las necesidades son de 100 terabytes. Necesidad de mantener la temperatura adecuada en el cuarto en donde se guardan los servidores ya que esa área es demandante de una baja temperatura para mantener los equipos funcionando de manera adecuada.	1.3.1.1.a Actualización del sistema de tecnología de la información

Eje 1: Servicio integral al paciente oncológico

Objetivo específico 1.4.- Establecer un sistema de monitoreo de la gestión asistencial

Indicador 1.4.1 Porcentaje de usuarios en los que han sido logrados los objetivos terapéuticos establecidos en los protocolos asistenciales.

Estrategia 1.4.1.1: Implantación de sistema de monitoreo de la gestión asistencial

Resultados esperados: Implantado un Sistema de Gestión de Calidad

Línea Base 2017	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/D	XHIS	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar	Los procesos asistenciales tienen una variedad de intervenciones, todas ellas buscando la mejoría en las condiciones de salud del usuario, estas debieran estar orientadas por un objetivo terapéutico. Existe una alta demanda de servicios asistenciales no relacionados directamente al cáncer a los cuales no le han realizado las estimaciones de impacto a largo plazo. La institución se propuso implementar un Modelo Asistencial Integral basado en la excelencia clínica, la mejora continua para garantizar calidad y seguridad en la atención, pero este no ha sido monitoreado, ni existen sistema de indicadores para evaluar la eficacia de los tratamientos y terapias.	1.4.1.1.a.- Implementación de un sistema monitoreo de la gestión asistencial
							1.4.1.1.b.- Implementar el plan nacional de mejora de la gestión asistencial

Eje 1: Servicio integral al paciente oncológico

Objetivo específico 1.5: Ofrecer a los usuarios los últimos avances en tecnología diagnóstica y terapéutica

Indicador 1.5.1: Número de proyectos implementados para la introducción de nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento, recomendadas por agencias dedicadas al tema, con evidencia científica fuerte para su implementación en el país.

Estrategia 1.5.1.1: Posicionamiento del Instituto con tecnología de punta

Resultados esperados: Instaladas e implementadas nuevas tecnologías

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/D	Informes Dirección General	100%	100%	100%	100%		1.5.1.1.a.-Integración de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas

Eje 2. Calidad y regulación

Objetivo específico 2.1: Instaurar una cultura de calidad en los diferentes procesos e intervenciones que desarrolla el Instituto

Indicador 2.1.1 Numero de áreas del Instituto con comités de calidad funcionando

Estrategia 2.1.1: Normalización de los procesos y capacitación al personal del instituto

Resultados esperados: Implementado Sistema de Gestión de Calidad

Línea Base 2019	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
3.00	INCART	5.00	10.00	15.00	20.00	El PEI 2016-2019 se propuso implementar un modelo asistencial integral basado en la excelencia clínica y la mejora continua para garantizar la calidad y la seguridad en la atención. Para dar respuesta se avanza en un proceso de certificación internacional basado en Norma ISO 9001:2015 para las áreas de Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica. Se requerirá en los próximos meses expandir tanto el tipo de certificación de calidad, como las áreas a ser certificadas. Previo a esos procesos de expansión debe darse respuesta a programas de mejoras de infraestructuras y programáticos, así como la inclusión de indicadores que permitan medir los alcances de calidad de los servicios prestados y de gestiones administrativas. La mayoría de las áreas del Instituto tienen descrito sus procesos y procedimientos, pero no todo el personal esta empoderado de estos. En el informe de la evaluación realizada al Instituto recomendó crear Equipos Primarios de Mejoras o EPM conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas; implementa y monitoriza el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento con que cuente la organización aplicable a las áreas o servicios que representan.	Fortalecimiento de la estructura del departamento de calidad

Eje 2. Calidad y regulación

Objetivo específico 2.2: Obtener certificaciones de calidad en las unidades de servicios del instituto

Indicador 2.2.1 Número de unidades de servicios en capacidad de ser certificada en calidad

Estrategia 2.2.1.1: Expansión de Sistema de Gestión de Calidad

Resultados esperados: Áreas en capacidad para ser certificadas.

Línea Base 2019	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
3.00	INCART	1.00	2.00	2.00	2.00	El PEI 2016-2019 se propuso implementar un modelo asistencial integral basado en la excelencia clínica y la mejora continua para garantizar la calidad y la seguridad en la atención. Para dar respuesta se avanza en un proceso de certificación internacional basado en Norma ISO 9001:2015 para las áreas de Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica. Se requerirá en los próximos meses expandir tanto el tipo de certificación de calidad, como las áreas a ser certificadas. Previo a esos procesos de expansión debe darse respuesta a programas de mejoras de infraestructuras y programáticos, así como la inclusión de indicadores que permitan medir los alcances de calidad de los servicios prestados y de gestiones administrativas.	2.2.1.1.a.-Ampliación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

Eje 2. Calidad y regulación

Objetivo específico 2.3: Desarrollar el programa integral de seguridad del paciente

Indicador 2.3.1 Número áreas del centro de salud en donde se han instalación de los comités primarios de seguridad del paciente

Estrategia 2.3.1.1: Instauración del programa de seguridad del paciente.

Resultados esperados: Implementado sistema de seguridad del paciente

Línea Base 2019	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
3.00	INCART /APC Colombia	5.00	5.00	7.00	7.00	El Informe de APC Colombia, evidenció debilidades en el proceso de garantizar la seguridad al paciente, por ello recomendó la promoción de una cultura de seguridad del paciente mediante la implementación gradual de paquetes instruccionales que permitan el mejoramiento continuo del sistema de salud que incluya todos los procesos de atención y control del paciente posterior a su tratamiento, implica todos los procesos de planeación, implementación, evaluación y análisis de la atención que se brinda en el Instituto. Además incluye como su objetivo principal proteger al paciente de la ocurrencia de eventos adversos para lo cual se esfuerza en identificar los posibles problemas de seguridad del paciente durante la prestación del servicio y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud. Dentro de las recomendaciones de APC Colombia está la conformación de 13 comités primarios de seguridad del paciente.	2.3.1.1.a.- Implementacion del Programa de seguridad del paciente.

Eje 3. Investigación y Docencia

Objetivo específico 3.1 : Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.

Indicador 3.1.1 Número de investigaciones realizadas por el Instituto

Estrategia 3.1.1.1: Movilización de recursos y gestión de procesos de investigación

Resultados esperados: Desarrollado plan de investigación

Línea Base 2019	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
3	Dirección Gestión de Investigaciones y Gestión del Conocimiento	5	8	11	15	La categoría de instituto viene dada por sus capacidades docentes, de investigación y regulación, por ello la visión planteaba que el INCART debía ser la institución líder en la atención oncológica integral, investigación y enseñanza de la región. En lo relativo a alcanzar la visión de ser líderes en investigación vinculadas al cáncer, tenemos que en el periodo 2016-2019 se logró estructurar una dirección para dar respuesta, en ese periodo se programaron 25 investigaciones, de ellas solo una fue concluida, 3 están aún en curso y las demás están detenidas o pendientes de procesos administrativos. Limitado financiamiento para el número de investigaciones requeridas para medir la efectividad de las intervenciones implementadas. Limitada capacitación técnica acorde a los estándares internacionales de investigaciones operativas que cumplan con los requisitos exigidos para su difusión.	3.1.1.1.a Generación de nuevos conocimientos científico medico en oncología

Eje 3. Investigación y Docencia

Objetivo específico 3.2 : Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.

Indicador 3.2.1 Número de proyectos implementados en los que se articulan procesos de atención con investigaciones aplicadas.

Estrategia : 3.2.1.1 Desarrollo de estudios e investigaciones operativas y vinculadas a la toma de decisiones

Resultados esperados: Implementado plan de investigaciones operativas

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/A	Dirección Gestión de Investigaciones y Gestión del Conocimiento	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar	La mayoría de las investigaciones están vinculadas a financiamientos externos, pero el centro tanto en el área de sistema de información, epidemiológica y los diferentes centros, produce una serie de informaciones y datos hábiles para el desarrollo de investigaciones operativas.	3.2.1.1. a Diseñar e implementar el proyecto piloto de investigaciones operativas.

Eje 3. Investigación y Docencia

Objetivo específico 3.3. Promover el ejercicio asistencial basado en evidencias

Indicador 3.3.1 Número de personal de las áreas clínicas del Instituto que recibe capacitaciones vinculadas a su ejercicio asistencial

Estrategia 3.3.1.1: Desarrollo de un plan de capacitación aplicado al ejercicio profesional

Resultados esperados: Implementado plan de capacitación al personal

Línea Base 2017	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/A	Dirección Gestión de Investigaciones y Gestión del Conocimiento	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar	El INCART es un Hospital de alto nivel de complejidad, único centro oncológico del sector público y centro de referencia nacional, esto lo lleva a tener una gran demanda de generación de conocimientos novedosos, y de un ejercicio asistencial basado en evidencias científicas y técnicas, para lograr estos elementos debe garantizar la integración de los procesos asistenciales con la investigación y la docencia. Se ha sugerido la necesidad de desarrollar una estructura que facilite la formación de los profesionales, en donde se planifiquen las acciones formativas, se detecten y prioricen las necesidades de los profesionales del centro y se monitoree la ejecución de los planes de formación de la propia institución.	3.3.1.1.a.- Fortalecimiento de los conocimientos médico-científicos del personal clínico

Eje 3. Investigación y Docencia

Objetivo específico 3.4 : Desarrollar un programa de residencias médicas

Indicador 3.4.1. Número de programas de residencias médicas funcionando

Estrategia 3.4.1.1 : Gestión para el desarrollo de un programa de residencias médica.

Resultados esperados: Implementado programa de residencias médicas

Línea Base 2019	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
0.00	Dirección Gestión de Investigaciones y Gestión del Conocimiento	0.00	1	1	1	Sobre el tema de enseñanzas, el INCART ha logrado avanzar en la definición de cronograma de formación para los recursos humanos internos. En el marco externo las actividades son reducidas, limitados cursos de entrenamiento y talleres de formación. Recién ha iniciado procesos para la integración de una residencia médica, esto aún está en ciernes y los resultados de las gestiones podrían tardar algo más de un año según actores claves consultados al respecto.	3.4.1.1. a.-Implementación de programa de residencias médica

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico: 4.1.- Optimizar los procesos administrativos y financieros

Indicador 4.1.1 Número de áreas y/o centros de servicios que logran el punto de equilibrio financiero

Estrategia 4.1.1.1: Mejora en los ingresos

Resultados esperados: Alcanzado un punto de equilibrio financiero

Línea Base 2018	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
2.00	Dirección de servicios financieros INCART	4.00	4.00	5.00	5.00	El INCART tiene como función ofertar servicios de oncología a todos los usuarios del país que lo requieran, pero tiene una vocación esencialmente pública al pertenecer a la red de atención del Servicio Nacional de Salud, por lo tanto la mayoría de sus usuarios pertenece a los niveles más vulnerables de la sociedad, esto lo lleva a tener un alto nivel de eficiencia en sus operaciones y a garantizar ingresos por servicios prestados a poblaciones con mayor poder adquisitivo. En el análisis financiero de cada una de las divisiones o centros se observa un nivel de déficit en sus operaciones, razón por la cual la subvención que recibe el centro debe cubrir las falencias financieras de cada área y en otros casos un centro financia a otro deficitario.	4.1.1.1. a.- Movilización de recursos para dar respuesta a demandas financiera

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.1 : Optimizar los procesos administrativos y financieros

Indicador 4.1.2 Índice de prueba ácida (razón de endeudamiento) igual o superior a 1.43

Estrategia 4.1.2.1: Gestión oportuna y eficaz del financiamiento

Resultados esperados: Alcanzado un punto de equilibrio financiero

Línea Base 2018	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
1.03	estándares internacionales (Byington)	1.15	1.25	1.35	1.45	De acuerdo a estándares internacionales (Byington) con enfoque al sector salud establece que el índice de razón corriente es de 1.43, siendo el de la institución de 1.57 para el período. Esto significa que la institución tiene capacidad para cumplir con sus obligaciones a corto plazo. Sin embargo, el Índice de Prueba Ácida cuyo estándar es 1.34, el resultado de la institución es de 1.03, ya que la institución cuenta con la venta de sus inventarios para cumplir con sus obligaciones. El indicador Endeudamiento/Ingresos para este periodo es de 41.97, por debajo del estándar internacional que es 45.2, significa que la institución mantiene un nivel de deuda aceptable con relación a los ingresos que genera.	4.1.2.1.a Mejoría en la eficacia en la respuesta financiera

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 4.2.1 Número de usuarios que manifiestan satisfacción con el servicio

Estrategia 4.2.1.1: Organización de la respuesta organizacional eficientizando las atenciones al usuario

Resultados esperados: Nivel óptimo de satisfacción en los usuarios

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
94.40	Encuesta de satisfacción al usuario	95 %	95 %	95 %	95 %	Existen grandes desafíos en los procesos administrativos, focalizándose la mayoría en la falta de orientación hacia el usuario. Se establecieron como desafíos, la necesidad de garantizar la estabilidad energética, la captación de recursos humanos de gran capacidad, la renegociación con ARS el costo de las pruebas, mejorar la temperatura y lograr a tiempo el suministro de insumos retrasados debido a debilidades en el sistema de compras. Los sistemas computarizados están fragmentados y en casos de gran importancia como el área financiera los datos se manejan de manera manual o en hojas de Excel. Departamentos nodales como el área de compras sostienen que su sistema tiene deficiencia y no le permite ser ágiles en los procesos. La gerencia de mercadeo, un elemento a destacar es que esta área aunque tiene definido un plan de ejecución, no cuenta con un gerente que gestione las intervenciones, sino que descansa en un personal técnico no articulado al staff gerencial. Las actividades diseñadas para dar cumplimiento a esta intervención se basan casi de manera única en la comunicación a través de las redes sociales.	4.2.1.1.a Satisfacción del usuario

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 4.2.2 Número de procesos que han disminuido su tiempo de ejecución

Estrategia 4.2.2.1: Reducción de trámites

Resultados esperados: Disminuidos los tiempos de gestión burocrática en el Instituto

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
N/D	MAP	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar	El INCART enfrentará el desafío de un aumento de la demanda de servicios, eso lleva a tener unos usuarios cada vez más exigentes sobre sus derechos en relación con la Atención a la Salud. Se establece la necesidad de generar vínculos con el sistema de información desde el primer paso de usuario, con el área de facturación, reclamación y archivo clínico. El proceso productivo del centro se enmarca en un sistema con cuatro niveles de integración: de tipo estructural, relación que el paciente establece con la estructura, utilización que en la atención a cada paciente se hace con los recursos y el centro como productor de salud en su conjunto. Se evidenció que existen debilidades en los procesos de integración de los centros de servicios con las áreas comunes o de servicios centrales, creando esto cuellos de botella en tareas que deben ser secuenciales. Se evidencia que entre algunas de las divisiones hay debilidades en la coordinación y una visión restringida del conjunto.	4.2.2.1. a Eficiencia de los sistemas administrativos

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 4.2.3. Número de recursos humanos que manifiestan que el Instituto es el mejor lugar para laborar

Estrategia 4.2.3.1: Desarrollo de los recursos humanos

Resultados esperados: Recursos Humanos satisfechos

Línea Base 2018	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
23.82 %	Encuesta clima laboral	30 %	45%	50%	60%	El área de gestión humana realiza evaluaciones de calidad en base a criterios razonables obteniendo medidas ajustadas fundamentadas en medidas históricas o estadísticas. Se tienen diseñados los puestos y métodos de trabajo, aunque estos en muchos casos no están influidos por los procedimientos y por los programas. El entorno cambia a gran velocidad por lo que el INCART debe adaptarse a esos cambios también a gran velocidad. Para dar respuestas debe fortalecer las estructuras de gestión humana incluyendo la actualización de los perfiles adecuándolos a las tareas que se van a desarrollar. Se requiere además incrementar las competencias profesionales.	4.2.3.1. a Fortalecimiento de la gestión humana

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 4.2.4 Número de reuniones del consejo de administración

Estrategia 4.2.4.1: Gobernabilidad Institucional

Resultados esperados: Consejo de administración integrado a acciones del Instituto

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
A determinar	Informes Dirección General	1.00	1.00	1.00	1.00	El decreto que crea el INCART establece un consejo de administración, este no se reúne de manera periódica.	4.2.3.1. a Integración del Consejo de Administración

Eje 4: Sostenibilidad financiera e institucional

Objetivo específico 4.2: Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario

Indicador 4.2.5 Número de procesos que pueden ser monitoreados en base a matriz de planificación

Estrategia 4.2.5.1: Desarrollo cultura organizacional a través de la planificación

Resultados esperados: Todas las áreas tienen su POA

Línea Base	Fuente	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Brecha	Línea de acción
0	Informes Dirección Planificación	1.00	1.00	1.00	1.00	En el INCART no se elaboran POA, se implementa mediante un plan de adquisiciones.	4.2.4.1 Fortalecimiento de las capacidades de planificación