INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES



Departamento de Planificación y Desarrollo
2026

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES

Plan Estratégico Institucional
(2026-2029)

Departamento de Planificación y Desarrollo
2026

Créditos

DIRECCIÓN GENERAL

Dra. Bianny Rodríguez Valdez, Directora General

ÁREAS MISIONALES

Departamento Médico	Dra. Ivette Rodríguez
División de Especialidades Quirúrgicas	Dr. Mario Fulcar
División de Radio-Oncología	Dra. Laura Quiroz
División de Hospitalización	Dra. Lidia Brito
División de Hospital de Dia	Dra. Dinanyeli Hodge
División de Emergencia y Urgencia	Dra. Carmen Bautista
División de Medicina Nuclear	Dra. Rosangie Castillo
División de Oncología Pediátrica	Dra. Wendy Gómez
Sección de Laboratorio Clínico	Licda. Elizabeth Torres
Sección de Laboratorio de Anatomía Patológica	Dra. Mariel Pacheco
Sección de Diagnostico de Imágenes	Dra. Amaury Suazo
Sección de Banco de Sangre	Dra. Dominga Reyes
Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos	Licda. María Batista
División de Enfermería	Licda. Yanira Jiménez

ÁREAS TRANSVERSALES

Departamento de Planificación y Desarrollo	Licdo. José F. Bueno
Departamento Recursos Humano	Licda. Freilys N. Ceballo
Departamento Administrativo	Licda. Deysi M. Siri
Departamento Financiero	Licda. Ana T. Vendrell
Departamento de Transformación Digital	Ing. Edigen Sena
Sección Jurídica	Licda. Celia Nin
Sección de acceso a la Información	Licda. Rosina Barreiro

Elaboración del Documento

Planificación y Desarrollo

Licdo. José Bueno	Encargado del Departamento de Planificación y Desarrollo
Ing. Guillermina Lucas	Encargada Div. Formulación, Monitoreo y Evaluación de PPP
Ing. Paola Boyer	Encargada Div. Desarrollo Institucional y Calidad en la Gestión

Redacción del Informe y Aplicación Metodología

Yakayra Rodríguez Espinal, Especialista metodológico JW y Asociados SRL
José Luis Almonte Dorotea, Especialista metodológico JW y Asociados SRL

Recolección y Procesamiento de Datos

JW y Asociados SRL

Apoyo Técnico y Colaboración Interna

Dra. Lescania Melo	Coordinador Médico
Licda. Miladys Santana	Revisión y Control
Licda. Dolores Perdono	Contrataciones Públicas
Licda. Francia Del Rosario	Planes, Programas y Proyectos
Licda. Noelia López	Relaciones Laborales
Licda. Wendy Páez	Reclutamiento y Selección
Ing. Nicolás Almonte	Servicios Generales
Licda. Francelia Núñez	Centro de Imágenes
Arq. Carlos Pérez	Servicios Generales
Licda. Yosandri Azcona	Almacen y Suministro
Licda. Karina Pinedas	Comunicaciones
Dra. Letitzia Acosta	Investigación Clínica
Dra. Francia Baez	Epidemiologia
Dra. Glennys Mirabal	Bioseguridad
Licdo. Juansel Carvajal	Atención al Usuario
Dra. Ircania Castillo	Educación al Usuario
Dr. Félix Jiménez	Calidad de los Servicios de Salud
Dra. Diorka Espinal	Auditoria Médica
Licda. Carmen Disla	Facturación
Ing. Agustín Moises Rosso	Transformación Digital
Licda. Mercedes Rodríguez	Oncopediátrico
Dr. Alejandro Mescedes	Residencias Medicas
Licda. Shakiel Nolasco	Trabajo Social
Sr. José Enrique Rodríguez	Hostelería Hospitalario
Licda. Rebeca Pozo	Farmacia
Ing. Tomas Baez	Planes, Programas y Proyectos
Licda. Yanet Fortunato	Planes Programas y Proyectos
Sra. Patricia Melo	Planificación y Desarrollo
Ing. Clara Beltran	Calidad en la Gestión
Ing. Laura Viñas	Calidad en la Gestión
Sra. Darianny de la Rosa	Medicina Nuclear
Licda. Mayelin González	Capacitación y Desarrollo
Licda. Pamela Santana	Comunicaciones
Coronel José Campusano	Seguridad Hospitalaria
Licda. Melli Veloz	Hostelería Hospitalaria

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Institucional 2026-2029 del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, constituye la hoja de ruta para orientar la gestión institucional durante los próximos cuatro años, bajo un enfoque de gestión por resultados, calidad, equidad, sostenibilidad, transformación digital y articulación con la Red Pública de Servicios de Salud. Su formulación se sustentó en la metodología oficial de planificación estratégica del sector público dominicano, la revisión del marco legal, los instrumentos nacionales y sectoriales de planificación, la producción institucional, el POA Presupuestado 2026, el PACC, el presupuesto, las estadísticas clínicas, los informes de gestión y los aportes de las áreas sustantivas y de apoyo.

El INCART es un hospital público monográfico de tercer nivel, altamente especializado y de referencia nacional para la atención del cáncer. Su mandato comprende la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos, docencia, investigación y formación de talento humano. Para ello, dispone de una cartera que integra consulta especializada, emergencia, hospitalización, cirugía oncológica, Hospital de Día, laboratorio clínico, anatomía patológica, imágenes, farmacia, banco de sangre, medicina nuclear, radiooncología, cuidados paliativos y apoyo psicosocial.

El PEI se articula con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público, el PLANDES 2030, los planes estratégicos del MISPAS y del SNS, el PLANEG III, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los compromisos internacionales relacionados con enfermedades no transmisibles, cobertura sanitaria universal, seguridad del paciente, calidad y salud digital. Esta alineación permite vincular la gestión del INCART con las prioridades nacionales orientadas a reducir la mortalidad prematura, ampliar la detección temprana, fortalecer las redes integradas de servicios y mejorar el acceso equitativo a la atención oncológica.

El diagnóstico identificó un contexto caracterizado por la carga creciente del cáncer, la persistencia del diagnóstico tardío, las desigualdades territoriales, la concentración de servicios especializados y las debilidades en la continuidad asistencial. En 2024, la tasa de muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles fue de 165.8 y el número de muertes alcanzó 17,899. Asimismo, los indicadores de prevención mostraron coberturas limitadas: 1.73% de las mujeres mayores de 40 años realizaron mamografía anual, 2.93% de las mujeres se realizaron Papanicolaou y 1.57% de los hombres se realizaron examen de próstata.

La presión sobre el INCART se refleja en el crecimiento de la producción. Las prestaciones principales pasaron de 276,478 en 2020 a 458,283 en 2025, para un incremento acumulado de 65.8%. Durante 2025 se registraron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. La institución dispone además de 94 camas habilitadas para personas adultas y 22 sillones de Hospital de Día. Asimismo, el área de Oncopediatría dispone de 37 camas y 12 sillones de Hospital de Dia Pediátrico.

Sin embargo, la capacidad efectiva depende de la articulación entre infraestructura, personal especializado, medicamentos, reactivos, equipos, mantenimiento, tecnología, información y financiamiento.

El análisis institucional permitió identificar quince problemas y priorizar cinco por su incidencia directa sobre la atención: capacidad de respuesta limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos; riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento; insuficiente articulación para la prevención y detección temprana; continuidad asistencial limitada por debilidades en referencia, contrarreferencia y seguimiento; y capacidad instalada insuficientemente articulada con el talento humano, el mantenimiento y el abastecimiento.

El análisis FODA confirmó como fortalezas la condición del INCART como centro de referencia nacional, su cartera integral de servicios, la infraestructura especializada, la experiencia del talento humano, las capacidades docentes y de investigación y la existencia de un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a ISO 9001:2015. Entre las debilidades se identificaron la presión creciente de la demanda, la fragmentación de los sistemas de información, las brechas de personal especializado, la limitada estandarización de la referencia y contrarreferencia, la gestión poco predictiva del abastecimiento y oportunidades de mejora en control interno, auditorías y acciones correctivas. El entorno ofrece oportunidades relacionadas con inversión pública, cooperación, alianzas académicas, salud digital e investigación, mientras que las principales amenazas incluyen el aumento de los costos, la dependencia de importaciones, la escasez de especialistas, la obsolescencia tecnológica, los desastres y los riesgos de ciberseguridad.

La estructura estratégica del PEI se organiza en cuatro ejes: Atención Oncológica Integral, Oportuna y Continua; Articulación con la Red Pública, Prevención y Seguimiento Territorial; Talento Humano Especializado, Docencia, Investigación y Gestión del Conocimiento; y Calidad, Fortalecimiento Institucional, Transformación Digital y Sostenibilidad Operativa. En conjunto, comprende cuatro ejes, ocho objetivos estratégicos, cuatro resultados estratégicos institucionales y diez (10) resultados intermedios.

Esta estructura se articula con el producto SIGEF 6311, “Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia”, y trece subproductos vinculados con atención especializada, abastecimiento, infraestructura y equipamiento, detección temprana, articulación con la Red Pública, seguimiento, talento humano, servicios diagnósticos, psicooncología, salud mental, atención al usuario e información clínica y administrativa.

Entre las principales metas para 2029 se encuentran reducir la tasa de muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles de 165.8 a 142.29; disminuir el número de muertes de 17,899 a 16,520.10; elevar el porcentaje de mamografías anuales a 3.41%; incrementar el Papanicolaou anual a 13.55%; aumentar el examen de próstata a 1.93%; fortalecer la disponibilidad de médicos, personal de enfermería, bioanalistas y profesionales de psicología; mejorar el índice de calidad de los servicios de 91.89 a 97.60; y elevar el iTICge de 53.85 a 67.18. En materia de producción, se proyecta aumentar las atenciones ofertadas de 458,287 en 2025 a 612,340 en 2029.

Las estrategias priorizadas se orientan a consolidar rutas oncológicas integradas, fortalecer la investigación clínica y el registro de tumores, ampliar la capacidad resolutiva, mejorar la gestión del abastecimiento, fortalecer el talento humano especializado, modernizar los sistemas hospitalarios y administrativos, consolidar la calidad y el control interno, asegurar el mantenimiento y la continuidad operativa y mejorar la sostenibilidad financiera.

El seguimiento será coordinado por Planificación y Desarrollo, en articulación con la Dirección General y las unidades responsables. Se realizarán mediciones mensuales de indicadores operativos, evaluaciones trimestrales de metas y productos, revisiones semestrales de resultados y riesgos y evaluaciones anuales del avance global. También se contempla una evaluación de medio término y una evaluación final del período. La gestión de riesgos identificó veinticuatro eventos que podrían afectar el cumplimiento del PEI y estableció medidas de mitigación, responsables y disparadores de respuesta.

En síntesis, el PEI 2026-2029 establece una ruta para fortalecer la capacidad institucional del INCART y transformar el crecimiento de la producción en una atención oncológica más oportuna, continua, segura, humanizada, equitativa y sostenible. Su implementación dependerá de la integración efectiva entre planificación, presupuesto, talento humano, abastecimiento, infraestructura, tecnología, información, calidad y atención clínica, así como de la articulación con el MISPAS, el SNS, los Servicios Regionales de Salud y los demás actores vinculados a la respuesta nacional frente al cáncer.

Dra. Bianny Rodríguez Valdez
Directora INCART

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES
incart
DIRECCIÓN GENERAL
SANTO DOMINGO, D.N.

ÍNDICE DE CONTENIDO PÁG.

RESUMEN EJECUTIVO 5

SIGLAS Y ACRÓNIMOS 13

INTRODUCCIÓN 15

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PEI 17

Alcance Metodológico 17
Fases del Proceso de Formulación Estratégica 18
Talleres, Consultas y Validaciones 19
Insumos Técnicos, Normativos y Estadísticos Utilizados 20

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 22

Reseña Histórica 22
Naturaleza Institucional y Mandato Legal 23
Marco Normativo Aplicable 24
Atribuciones Institucionales 26
Estructura Organizativa 28
Población Objetivo y Grupos de Interés 30
Análisis Cuantitativo de la Población y Mercado de Referencia 34

VINCULACIÓN DEL PEI CON LOS INSTRUMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES 37

Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 37
Plan Nacional Plurianual del Sector Público 38
Objetivos de Desarrollo Sostenible 40
Alineación con el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES) 2030 41
Alineación del INCART con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS, y el Servicio Nacional de Salud, SNS 43
Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG) 44
Alineación con Instrumentos Internacionales 45

DIAGNÓSTICO DEL CONTEXTO EXTERNO 47

Contexto Político e Institucional 47
Contexto Nacional y Sectorial de Salud 48
Transición Epidemiológica y Carga Creciente del Cáncer 50
Acceso, cobertura e inequidades territoriales en salud 54
Organización de la Red Pública y Articulación entre Niveles de Atención 58
Demanda de Servicios Oncológicos Especializados y Presión sobre el Tercer Nivel 60
Talento Humano Sanitario Especializado 63
Medicamentos, Insumos Críticos y Tecnologías Sanitarias 65

DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL 68

Problemas Públicos Priorizados 69

PROBLEMA 1. Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos 72
PROBLEMA 2. Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos 74
PROBLEMA 3. Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer 76
PROBLEMA 4. Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos 78
PROBLEMA 5. Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento 79
Matriz de Análisis del Comportamiento de la Problemática 81
Árbol de Problemas y Árbol de Efectos 85
Árbol de Objetivos y Fines 86
Enfoques Transversales de Políticas Públicas 87

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL 88
Análisis de Actores Involucrados 88
Análisis FODA 93
Contexto Actual de la Respuesta Nacional frente al Cáncer y Desafíos Críticos del INCART 96
Gestión de Recursos, Alianzas, Convenios y Socios de Negocios 98

ALINEACIÓN ESTRATÉGICA DEL PEI 2026-2029 101
Misión, Visión y Valores Institucionales 101
Ejes, Objetivos, Resultados, Líneas de Acción y Productos Estratégicos 102
Cadena de Valor 107
Metas de Resultados y de Producción 109
Estrategias Institucionales 113

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PEI 115
Monitoreo y Seguimiento Institucional 115
Mecanismos de Evaluación y Retroalimentación 116
Fichas Técnicas de Indicadores Institucionales 117

ANÁLISIS Y GESTIÓN DE RIESGOS 135
Identificación de Riesgos Institucionales 135
Planes de Tratamiento de Riesgos 137

ANEXOS 146

BIBLIOGRAFIA 168

Índice de Tablas Pág.

Tabla No. 1. República Dominicana: Insumos utilizados para la formulación del PEI 2026-2029 INCART 20
Tabla No. 2. República Dominicana: Marco normativo aplicable al INCART 25
Tabla No. 3. República Dominicana: Grupos de interés externos y su relación con el INCART 32
Tabla No. 4. República Dominicana: Adopción de prioridades estratégicas. Relación funcional de los resultados del PNPSP vinculados al quehacer institucional de INCART 38
Tabla No. 5. República Dominicana: Vinculación del PEI INCART 2026-2029 con el MISPAS y el SNS 43
Tabla No. 6. República Dominicana: Enfoque y abordaje del PEI 2026-2029 con el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG) III según eje y temática 44
Tabla No. 7. República Dominicana: Alineación del INCART con instrumentos internacionales 46
Tabla No. 8. República Dominicana: Principales actores del entorno político e institucional oncológico 48
Tabla No. 9. República Dominicana: Función esperada de cada nivel en la ruta oncológica 59
Tabla No. 10. República Dominicana: Presión sobre el tercer nivel según componente institucional 62
Tabla No. 11. República Dominicana: Análisis de la problemática institucional 70
Tabla No. 12. República Dominicana: Resumen general del enfoque según política transversal abordado por el PEI 2026-2029 INCART 87
Tabla No. 13. República Dominicana: Análisis de actores involucrados según problemática identificada en el PEI 2026-2029 89
Tabla No. 14. República Dominicana: Resultados del análisis FODA, PEI 2026-2029 INCART 94
Tabla No. 15. República Dominicana: Desafíos críticos para la atención oncológica integral del INCART 98
Tabla No. 16. República Dominicana: Ámbitos para la gestión de recursos y relaciones externas 100
Tabla No. 17. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 1. Atención Oncológica Integral, Oportuna y Continua 103
Tabla No. 18. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 2. Articulación con la Red Pública, Prevención y Seguimiento Territorial 105
Tabla No. 19. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 3. Talento Humano Especializado, Docencia, Investigación y Gestión del Conocimiento. 106
Tabla No. 20. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 4. Calidad, Fortalecimiento Institucional, Transformación Digital y Sostenibilidad Operativa 107
Tabla No. 21. República Dominicana: Estrategias seleccionadas según bloque, PEI 2026-2029 INCART 114
Tabla No. 22. República Dominicana: Mecanismos de seguimiento, evaluación y retroalimentación del PEI 2026-2029 del INCART 117
Tabla No. 23. República Dominicana Matriz de riesgos, estrategias de respuesta y acciones de tratamiento del PEI 2026-2029 138

Índice de Cuadros Pág.

Cuadro No. 1. República Dominicana: Población y mercado sanitario de referencia del PEI 2026-2029 35
Cuadro No. 2. República Dominicana: Servicios vinculados a detección temprana, INCART 2025 53
Cuadro No. 3. República Dominicana: Indicadores relacionados con acceso e inequidad territorial..... 57
Cuadro No. 4. República Dominicana: Distribución de la Red Pública Nacional y de la Región Ozama..... 58
Cuadro No. 5. República Dominicana: Dotación y disponibilidad de tecnologías en el sector salud reportada por el SNS..... 67
Cuadro No. 6. República Dominicana: Indicadores asociados a la Problemática 1. Comparación de volumen y variación acumulada. 74
Cuadro No. 7. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 2. 76
Cuadro No. 8. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 3. 77
Cuadro No. 9. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 4. 79
Cuadro No. 10. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 5 80
Cuadro No. 11. República Dominicana: Matriz de análisis del comportamiento de la problemática abordadas en el PEI 2026-2029, INCART..... 82
Cuadro No. 12. República Dominicana: Dimensiones del entorno y situaciones identificadas para la toma de decisiones..... 97
Cuadro No. 13. República Dominicana: Matriz de metas de resultados del PEI 2026-2029 del INCART..... 109
Cuadro No. 14. República Dominicana: Matriz de Metas de Producción PEI 2026-2029 INCART 112

Índice de Gráficas Pág.

Gráfica No. 1. República Dominicana: Evolución de las principales prestaciones de servicios del INCART, periodo 2020-2026* 52
Gráfica No. 2. República Dominicana: Distribución de las prestaciones principales del INCART, enero-diciembre 2025 53
Gráfica No. 3. República Dominicana: Disponibilidad de camas de la Red Pública por cada mil habitantes según territorio, 2023 57
Gráfica No. 4. República Dominicana: Variación acumulada de la producción del INCART por tipo de servicio, 2020-2025 62
Gráfica No. 5. República Dominicana: Disponibilidad sectorial de talento humano por cada 10,000 habitantes en la Red del SNS, 2024 64

Índice de Ilustraciones Pág.

Ilustración No. 1. República Dominicana: Fases del Proceso de Formulación Estratégica 18
Ilustración No. 2. República Dominicana: Fases del Proceso de Formulación Estratégica 18
Ilustración No. 3. República Dominicana: Espacios de consulta y validación del PEI 19
Ilustración No. 4. República Dominicana: Población objetivo y grupos de interés del INCART 30
Ilustración No. 5. República Dominicana: Contexto nacional y sectorial para el PEI del INCART 50
Ilustración No. 6. República Dominicana: Componentes críticos de la cadena oncológica 66
Ilustración No. 7. República Dominicana: Cadena de Valor del INCART para el PEI 2026-2029 108

Índice de Anexos Pág.

ANEXO No. 1. Herramienta 5. Adopción de los enfoques de las políticas transversales 146
ANEXO No. 2. Líneas de acción establecidas por Eje Estratégico y Resultados del PEI 2026-2029 152
ANEXO No. 3. Herramienta 1. Análisis del Marco Normativo 159

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

SIGLA / ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
CAF	Marco Común de Evaluación
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
CPN	Centro de Primer Nivel de Atención
DGA	Dirección General de Aduanas
DGCP	Dirección General de Contrataciones Públicas
DIGEMAPS	Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
EDI	Evaluación del Desempeño Institucional
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
H	Herramienta metodológica
HIS	Sistema de Información Hospitalaria
INCART	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
ISO	Organización Internacional de Normalización
iTICge	Índice de Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación e Implementación de Gobierno Digital
MAP	Ministerio de Administración Pública
MEPyD	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MESCyT	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
MHE	Ministerio de Hacienda y Economía
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NOBACI	Normas Básicas de Control Interno
NORTIC	Normas sobre Tecnologías de la Información y Comunicación
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OGTIC	Oficina Gubernamental de Tecnologías de la Información y Comunicación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACC	Plan Anual de Compras y Contrataciones
PAP	Prueba de Papanicolaou
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
PET/CT	Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Tomografía Computarizada
PLANDES	Plan Estratégico Nacional de Salud
PLANEG	Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
POA	Plan Operativo Anual
PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico
REI	Resultado Estratégico Institucional
RI	Resultado Intermedio
RNC	Registro Nacional de Contribuyentes
SeNaSa	Seguro Nacional de Salud
SHOS	Sistema de Información Hospitalaria
SIAB	Sistema de Administración de Bienes
SIGEF	Sistema de Información de la Gestión Financiera
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SISCOMPRA	Sistema de Medición del Uso del Sistema Nacional de Compras y Contrataciones Públicas
SISMAP	Sistema de Monitoreo de la Administración Pública
SISMAP Salud	Sistema de Monitoreo de la Administración Pública aplicado al sector salud
SNGMyE	Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación
SNS	Servicio Nacional de Salud
SPECT/CT	Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único combinada con Tomografía Computarizada
SRS	Servicio Regional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Institucional 2026-2029 del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, constituye el instrumento de mediano plazo que orientará la gestión institucional hacia el fortalecimiento de la atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura, humanizada y articulada con la Red Pública de Servicios de Salud. Su formulación responde a la necesidad de disponer de una hoja de ruta que permita vincular el mandato institucional con los principales desafíos sanitarios, asistenciales, tecnológicos, financieros y organizacionales que inciden en la respuesta nacional frente al cáncer.

El INCART es un hospital público monográfico de tercer nivel, altamente especializado y de referencia nacional, con responsabilidad en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos, docencia, investigación y formación de talento humano en oncología. Esta naturaleza institucional exige una planificación que integre los servicios clínicos, diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, administrativos y de apoyo, considerando que la continuidad de la atención depende de la coordinación efectiva entre consulta, laboratorio, imágenes, anatomía patológica, farmacia, cirugía, Hospital de Día, Hospitalización, medicina nuclear, radiooncología, banco de sangre, atención psicosocial y demás procesos relacionados.

El período 2026-2029 se desarrolla en un contexto caracterizado por la carga creciente del cáncer y de las enfermedades crónicas no transmisibles, la persistencia del diagnóstico tardío, las desigualdades territoriales en el acceso, la concentración de servicios de alta complejidad y la presión sostenida sobre los recursos institucionales. A esto se suman retos vinculados con la disponibilidad de medicamentos e insumos críticos, la referencia y contrarreferencia, el seguimiento de pacientes, la suficiencia del talento humano especializado, el mantenimiento de equipos, la transformación digital, la interoperabilidad de la información, la sostenibilidad financiera y la gestión de la calidad.

La producción institucional evidencia la magnitud de esta presión. Las prestaciones principales del INCART pasaron de 276,478 en 2020 a 458,283 en 2025, lo que representa un incremento acumulado de 65.8%. Durante 2025 se registraron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. Este comportamiento confirma la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva, articular la infraestructura con el talento humano, el abastecimiento y el mantenimiento, y mejorar los mecanismos de seguimiento de la ruta asistencial.

La formulación del PEI se desarrolló bajo un enfoque de gestión por resultados y tomó como referencia la metodología oficial de planificación estratégica institucional del sector público dominicano. El proceso incluyó la revisión del marco normativo, los instrumentos nacionales y sectoriales de planificación, el PEI anterior, el POA Presupuestado 2026, el PACC, el presupuesto institucional, las

estadísticas de producción, los informes de gestión, las auditorías, los indicadores, las matrices de riesgos y los insumos técnicos suministrados por las áreas sustantivas y de apoyo.

Asimismo, se realizaron ejercicios de diagnóstico, identificación y priorización de problemas, análisis de actores, análisis FODA, definición de resultados, formulación de estrategias, identificación de productos y subproductos, establecimiento de indicadores y metas, y valoración de riesgos. Este proceso permitió organizar la planificación institucional en una lógica coherente entre problemas, causas, objetivos, resultados, líneas de acción, productos, indicadores, metas y recursos.

El PEI se encuentra alineado con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público, el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, los planes estratégicos del MISPAS y del SNS, el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los instrumentos internacionales vinculados con enfermedades no transmisibles, cobertura sanitaria universal, seguridad del paciente, salud digital, igualdad, calidad y reducción de desigualdades.

La estructura estratégica resultante comprende cuatro ejes, ocho objetivos estratégicos, cuatro resultados estratégicos institucionales, doce (10) resultados intermedios, un producto estratégico institucional y trece subproductos derivados. Estos componentes orientan la intervención institucional hacia la atención oncológica integral y continua; la articulación con la Red Pública; la prevención, referencia, contrarreferencia y seguimiento territorial; el fortalecimiento del talento humano, la docencia y la investigación; y la calidad, la transformación digital y la sostenibilidad operativa.

El documento incorpora además las metas de resultados y producción, las estrategias institucionales seleccionadas, los mecanismos de seguimiento y evaluación, las fichas técnicas de indicadores y la matriz de riesgos y planes de tratamiento. De esta manera, el PEI no se limita a definir aspiraciones institucionales, sino que establece una base operativa para vincular la planificación con el POA, el presupuesto, el PACC, la gestión de calidad, el control interno y la rendición de cuentas.

En este sentido, el Plan Estratégico Institucional 2026-2029 constituye una herramienta para fortalecer la capacidad del INCART, orientar la toma de decisiones y asegurar que los recursos institucionales se traduzcan en mejores resultados para la población. Su implementación requerirá liderazgo, coordinación interna, articulación interinstitucional, disponibilidad presupuestaria, información confiable y seguimiento sistemático, con el propósito de contribuir a una atención oncológica más oportuna, continua, segura, equitativa y sostenible.

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PEI

Alcance Metodológico

La formulación del Plan Estratégico Institucional 2026-2029 del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares se desarrolló bajo el enfoque de gestión por resultados, articulando el análisis situacional, la priorización de problemas, la definición de resultados, productos, indicadores, metas, riesgos, costos y líneas de acción. El proceso tomó como referencia la metodología oficial de planificación estratégica institucional del sector público dominicano, considerando que la rectoría actual en materia de planificación e inversión pública recae en el Ministerio de Hacienda y Economía, creado a partir de la fusión del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

El alcance metodológico comprendió la revisión del marco legal e institucional del INCART, su rol como centro público especializado en oncología y referencia nacional dentro de la Red Pública de Servicios de Salud, así como su vinculación con las prioridades nacionales, sectoriales e institucionales. Para ello, se analizaron los instrumentos de planificación y gestión disponibles, incluyendo el PEI anterior, las herramientas metodológicas del PEI, el POA Presupuestado 2026, el PACC, el presupuesto institucional, la producción de servicios, las memorias, auditorías, diagnósticos internos, matrices de indicadores y documentos técnicos de las áreas sustantivas y de apoyo. El POA 2026 incorpora acciones operativas vinculadas con calidad, satisfacción usuaria, referencia y contrarreferencia, emergencias, bioseguridad, recursos humanos, planificación, compras, Transformación Digital, transparencia, inventarios y gestión financiera, las cuales fueron utilizadas como insumo para alinear la visión estratégica del PEI con la programación anual.

Ilustración No. 1. República Dominicana: Fases del Proceso de Formulación Estratégica

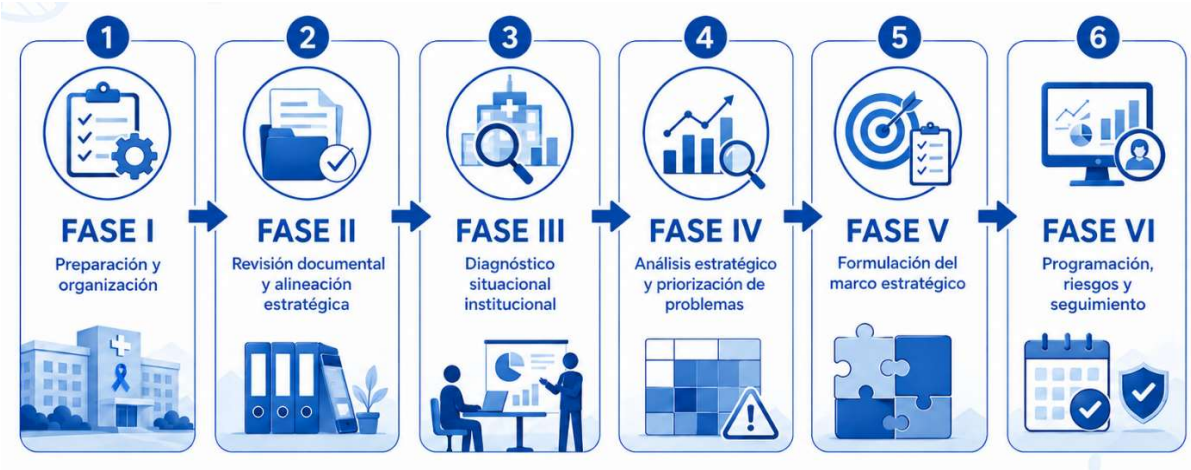


El proceso permitió ordenar la planificación institucional en una lógica de mediano plazo, diferenciando el PEI como instrumento estratégico de cuatro años y el POA como instrumento operativo anual. En este sentido, las líneas de acción del PEI se formularon con carácter macro y plurianual, de forma que sirvan de base para programar progresivamente actividades, metas físicas, presupuesto, compras y mecanismos de seguimiento durante el período 2026-2029.

Fases del Proceso de Formulación Estratégica

El proceso de formulación del PEI 2026-2029 del INCART se organizó en fases secuenciales, articuladas con la metodología oficial de planificación estratégica institucional del sector público dominicano y bajo la rectoría actual del Ministerio de Hacienda y Economía, órgano que asumió las funciones de planificación e inversión pública tras la Ley 45-25.

Ilustración No. 2. República Dominicana: Fases del Proceso de Formulación Estratégica



Estas fases permitieron construir el PEI como un instrumento estratégico de mediano plazo, diferenciando la planificación institucional 2026-2029 de la programación operativa anual. El POA 2026 fue utilizado como insumo para identificar acciones ya programadas en calidad, satisfacción usuaria, referencia y contrarreferencia, emergencias, bioseguridad, recursos humanos, compras, Transformación Digital, transparencia, inventarios y gestión financiera, sin limitar el PEI a dichas actividades anuales.

Talleres, Consultas y Validaciones

La formulación del PEI 2026-2029 del INCART incorporó espacios de consulta, revisión técnica y validación institucional, orientados a asegurar que el contenido estratégico respondiera a la realidad operativa, clínica, administrativa y financiera de la institución. Estos espacios permitieron contrastar los hallazgos del diagnóstico, validar problemas prioritarios, revisar la cadena de resultados y consensuar los ejes, objetivos, productos, subproductos y líneas de acción del período estratégico.

El proceso combinó el análisis documental con mesas técnicas por áreas sustantivas y de apoyo, considerando la naturaleza especializada del INCART, su rol dentro de la Red Pública de Servicios de Salud y la necesidad de alinear el PEI con la planificación operativa, presupuestaria y programática institucional. Las consultas permitieron recoger aportes sobre demanda de servicios, continuidad asistencial, abastecimiento crítico, talento humano, calidad, tecnología, referencia y contrarreferencia, sostenibilidad financiera, docencia e investigación.

Ilustración No. 3. República Dominicana: Espacios de consulta y validación del PEI



Estos talleres, consultas y validaciones garantizaron que el PEI 2026-2029 fuera construido sobre una base participativa, técnica y verificable, articulando la visión estratégica de cuatro años con la realidad operativa del INCART y con los compromisos institucionales vinculados a la atención oncológica especializada.

Insumos Técnicos, Normativos y Estadísticos Utilizados

La formulación del PEI 2026-2029 del INCART se sustentó en una base documental integrada por insumos normativos, estratégicos, técnicos, presupuestarios, operativos y estadísticos. Estos documentos permitieron caracterizar el mandato institucional, analizar la situación actual del Instituto, identificar brechas críticas y formular los ejes, objetivos, resultados, productos, subproductos, indicadores, metas, riesgos y líneas de acción del período estratégico.

Para fines metodológicos, se consideraron las orientaciones oficiales de planificación estratégica institucional del sector público dominicano. En los casos en que los instrumentos metodológicos fueron emitidos antes de la reforma institucional, se reconocen como documentos técnicos del entonces Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, cuya rectoría actual corresponde al Ministerio de Hacienda y Economía conforme a la Ley 45-25.

Tabla No. 1. República Dominicana: Insumos utilizados para la formulación del PEI 2026-2029 INCART

Tipo de insumo	Documentos e informaciones utilizadas	Uso dentro del PEI
Normativos e institucionales	Marco legal del Sistema Nacional de Salud, normas sanitarias, habilitación, control interno, transparencia, compras y contrataciones, presupuesto público, funciones del INCART y disposiciones aplicables al sector salud	Sustentar el mandato institucional, la H1, la caracterización del INCART y su rol dentro de la Red Pública
Estratégicos nacionales y sectoriales	Estrategia Nacional de Desarrollo, PNPSP, PLANDES, lineamientos del MISPAS, PEI del SNS y políticas transversales	Alinear el PEI con las prioridades nacionales, sectoriales y sanitarias
Institucionales históricos	PEI INCART 2020-2023, tablero de mando anterior, memorias institucionales, estructura organizativa, manuales internos y documentos de gestión	Identificar continuidad estratégica, avances, brechas persistentes y aprendizajes del ciclo anterior
Operativos y presupuestarios	POA Presupuestado 2026, PACC 2026, presupuesto aprobado, programación física-financiera, estructura programática y producto SIGEF 6311	Vincular el PEI con la programación anual, las metas físicas, las compras y la sostenibilidad operativa
Estadísticos y de producción	Producción histórica, estadísticas institucionales, reportes de servicios, indicadores PNPSP, datos de consultas, emergencias, laboratorio, imágenes, hospitalización, cirugía y servicios especializados	Definir línea base, comportamiento histórico, metas, demanda y capacidad de respuesta institucional
Técnicos asistenciales	Diagnósticos internos, informes clínicos, calidad de servicios, auditorías, abastecimiento, farmacia, banco de sangre, laboratorio, imágenes, medicina nuclear, emergencias, bioseguridad y seguridad del paciente	Identificar problemas, causas, riesgos, subproductos y líneas de acción vinculadas a la atención oncológica
Gestión institucional y soporte	Informes de recursos humanos, TIC, administración, finanzas, facturación, activos, control interno, CAF, SISMAP Salud, EDI, OAI y satisfacción usuaria	Sustentar los ejes de talento humano, calidad, transformación digital, sostenibilidad operativa y mejora continua
Participación y validación	Aportes de áreas sustantivas y de apoyo, talleres, consultas técnicas, matrices H y validaciones internas	Consolidar la formulación estratégica y asegurar correspondencia con la realidad institucional

Fuente: Elaboración propia a partir de documentaciones consultadas para el PEI 2026-2029.

El Plan Operativo Anual 2026 fue utilizado como insumo operativo clave, debido a que incorpora acciones vinculadas con satisfacción usuaria, referencias y contrarreferencias, calidad, protocolos, seguridad del paciente, bioseguridad, habilitación, emergencias, facturación, NOBACI, recursos humanos, transformación digital, transparencia, inventarios, PACC y planificación institucional. Asimismo, la revisión del PEI anterior permitió identificar la continuidad de los ejes previos, el carácter participativo del proceso anterior y las brechas estratégicas que debían ser actualizadas en el nuevo ciclo de planificación.

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Reseña Histórica

El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, surge como respuesta del Estado dominicano a la necesidad de fortalecer la atención pública especializada frente al cáncer, mediante la creación de un centro hospitalario de alta complejidad orientado al diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación. Su origen institucional se vincula con el Plan Subregional para la Prevención y Control del Cáncer en Centroamérica y la República Dominicana, asumido por el Estado dominicano como parte de los esfuerzos para ampliar el acceso a servicios oncológicos especializados y tecnológicamente adecuados para la población.

El INCART fue oficializado mediante el Decreto Núm. 133-12, de fecha 22 de marzo de 2012, como centro hospitalario especializado, de carácter público y de pleno acceso a la población, debidamente dimensionado y equipado para desarrollar labores de diagnóstico, tratamiento, formación e investigación en cáncer. En ese mismo contexto, el Decreto Núm. 134-12 creó el Consejo de Administración del INCART, como instancia de gobernanza orientada a acompañar la conducción estratégica de la institución junto a la Dirección General.

Posteriormente, mediante el Decreto Núm. 351-13, de fecha 10 de diciembre de 2013, se modificó la denominación institucional para establecer el nombre de Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, en reconocimiento a la trayectoria de servicio y apoyo a pacientes con cáncer de la señora Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares. Esta denominación consolidó la identidad institucional del centro como referente público nacional en atención oncológica especializada.

Desde su puesta en funcionamiento, el INCART se ha consolidado como un hospital de tercer nivel, altamente especializado, monográfico, descentralizado y con autonomía de gestión, dedicado al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su categoría de instituto se fundamenta no solo en la prestación de servicios asistenciales, sino también en sus capacidades docentes, investigativas y de regulación de la práctica oncológica en la República Dominicana.

La evolución institucional del INCART ha estado marcada por el desarrollo progresivo de una cartera de servicios oncológicos especializados, que integra atención clínica, diagnóstico, tratamiento, hospitalización, emergencia, farmacia, banco de sangre, medicina nuclear, laboratorio, imágenes, anatomía patológica, cuidados paliativos y servicios de apoyo. Esta configuración permite atender distintos momentos de la ruta del paciente oncológico, desde la sospecha diagnóstica hasta el tratamiento, seguimiento y soporte terapéutico.

Naturaleza Institucional y Mandato Legal

El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, es un centro hospitalario público especializado en oncología, de tercer nivel, monográfico y de referencia nacional, orientado a la atención integral de personas con sospecha o diagnóstico de cáncer. Su naturaleza institucional se corresponde con un establecimiento de alta complejidad, descentralizado y con autonomía de gestión, integrado a la Red Pública de Servicios de Salud bajo la coordinación del Servicio Nacional de Salud y vinculado territorialmente al Servicio Regional Ozama.

El mandato legal del INCART se fundamenta en el Decreto Núm. 133-12, que oficializó su creación como centro hospitalario especializado, público y de acceso a la población, dotado para realizar labores de diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación en cáncer. De manera complementaria, el Decreto Núm. 134-12 creó el Consejo de Administración del INCART, mientras que el Decreto Núm. 351-13 estableció su denominación actual como Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.

Como parte del Sistema Nacional de Salud, el INCART se rige por la Ley General de Salud Núm. 42-01, la Ley Núm. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, el Reglamento Núm. 434-07 sobre Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, así como por las demás disposiciones sanitarias, administrativas, presupuestarias, de función pública, compras, control interno, transparencia y rendición de cuentas aplicables a las entidades públicas. Este marco normativo define su responsabilidad de proveer servicios especializados con calidad, oportunidad, equidad, seguridad, eficiencia y articulación con la red.

El mandato institucional del INCART comprende acciones de promoción, prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, referencia, contrarreferencia, docencia, investigación, gestión del conocimiento, bioseguridad, mantenimiento de infraestructura y equipos, respuesta ante emergencias, evaluación del desempeño, provisión de información oportuna y rendición de cuentas. Estas funciones evidencian que su rol no se limita a la prestación asistencial, sino que abarca capacidades técnicas, docentes, investigativas, administrativas y de soporte necesarias para sostener una atención oncológica integral.

Desde la perspectiva de gestión institucional, la naturaleza del INCART exige una operación basada en procesos documentados, responsabilidades definidas, control de riesgos, seguimiento de indicadores, evaluación de resultados, satisfacción de usuarios y mejora continua. Esta orientación resulta coherente con las buenas prácticas de los sistemas de gestión de calidad, particularmente con el enfoque de procesos, control documental, auditorías, acciones correctivas, gestión de competencias y toma de decisiones basada en evidencia, elementos necesarios para asegurar servicios oncológicos seguros, trazables y sostenibles.

Marco Normativo Aplicable

El marco normativo aplicable al Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, está integrado por disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias, sanitarias, administrativas y técnicas que delimitan su mandato institucional, orientan su funcionamiento y sustentan la prestación de servicios oncológicos especializados dentro de la Red Pública de Servicios de Salud. Este marco resulta determinante para la formulación del PEI 2026-2029, debido a que permite vincular los resultados estratégicos, productos, subproductos, indicadores, metas y líneas de acción con obligaciones concretas en materia de derecho a la salud, calidad de los servicios, seguridad del paciente, acceso, transparencia, control interno, gestión pública y rendición de cuentas.

La Constitución de la República Dominicana constituye el punto de partida del marco normativo, al reconocer derechos fundamentales vinculados con la dignidad humana, la salud, la igualdad, la protección de las personas y la responsabilidad del Estado en la garantía de servicios públicos oportunos y de calidad. Desde este enfoque, el INCART desarrolla una función pública esencial orientada a reducir barreras de acceso a servicios oncológicos especializados, especialmente para personas con sospecha, diagnóstico, tratamiento o seguimiento por cáncer.

La Ley Núm. 42-01, General de Salud, representa la base normativa sanitaria general, al regular las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población. De manera complementaria, la Ley Núm. 123-15 crea el Servicio Nacional de Salud y establece la organización de la provisión pública de servicios mediante redes regionales, lo que vincula al INCART con el modelo de atención, la articulación entre niveles, la referencia, la contrarreferencia y la continuidad del cuidado dentro de la Red Pública. La base legal institucional también incluye el Reglamento Núm. 434-07 sobre Centros Especializados de Atención en Salud, así como las disposiciones específicas que regulan el funcionamiento de establecimientos hospitalarios especializados.

El marco jurídico propio del INCART se sustenta en los decretos que dieron origen y organización institucional al centro, incluyendo el Decreto Núm. 133-12, mediante el cual se oficializó su creación como centro hospitalario especializado en cáncer; el Decreto Núm. 134-12, que creó su Consejo de Administración; y el Decreto Núm. 351-13, que estableció su denominación actual como Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares. Estos instrumentos definen la base histórica y jurídica del Instituto como centro público especializado, con funciones asistenciales, docentes, investigativas y de apoyo técnico en materia oncológica.

En el plano organizativo, la Resolución SNS Núm. 046-2023 aprobó la estructura organizativa del INCART posteriormente la Resolución SNS Núm.036-2026 aprobó modificaciones a dicha estructura organizativa con el propósito de adecuarla a las necesidades funcionales y operativas de la institución, mientras que la Resolución SNS Núm. 072-2024 aprobó su Manual de Organización y Funciones. Este manual constituye un instrumento técnico-normativo que orienta las actividades técnicas y administrativas del personal, define niveles jerárquicos, líneas de mando, relaciones de coordinación y funciones de las unidades organizativas. En consecuencia, sirve como soporte para asignar

responsabilidades, ordenar procesos, establecer controles internos y vincular la estructura institucional con los resultados del PEI.

El marco normativo también incorpora disposiciones vinculadas con la gestión pública, la planificación, el presupuesto, las compras y contrataciones, la administración financiera, la función pública, la transparencia, el acceso a la información, el control interno, la protección de datos, el gobierno digital y la rendición de cuentas. En materia de planificación estratégica e inversión pública, la rectoría actual corresponde al Ministerio de Hacienda y Economía, creado mediante la Ley 45-25, que dispuso la fusión del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

De igual forma, se consideran normas y lineamientos técnicos propios del sector salud relacionados con habilitación de servicios, expediente clínico, laboratorio, banco de sangre, medicamentos, bioseguridad, prevención y control de infecciones, vigilancia epidemiológica, salud mental, cuidados paliativos, emergencias y desastres, seguridad del paciente, calidad de los servicios y registro de cáncer. Estos instrumentos permiten organizar la prestación oncológica bajo criterios de oportunidad, seguridad, trazabilidad, continuidad asistencial y evidencia clínica.

Desde la perspectiva de calidad institucional, el PEI 2026-2029 reconoce que el cumplimiento normativo no se limita a observar leyes y reglamentos, sino que exige procesos documentados, responsabilidades definidas, gestión de riesgos, control de información, seguimiento de indicadores, medición de satisfacción usuaria, auditorías internas, tratamiento de no conformidades, acciones correctivas y mejora continua. Estos elementos se articulan con las buenas prácticas de sistemas de gestión de la calidad, incluyendo el enfoque de la Norma ISO 9001, considerada en los insumos institucionales y auditorías internas revisadas para el diagnóstico.

En consecuencia, el marco normativo aplicable al PEI 2026-2029 se organiza en dos niveles. El primero corresponde al marco directo del mandato sanitario y oncológico del INCART, integrado por las normas constitucionales, sanitarias, sectoriales y organizativas que sustentan su creación, estructura, cartera de servicios y rol en la Red Pública. El segundo corresponde al marco transversal de gestión pública y calidad, integrado por normas de planificación, presupuesto, compras, función pública, transparencia, control interno, tecnología, calidad, seguridad del paciente y mejora continua. Esta diferenciación permite evitar una lectura sobredimensionada del marco legal y, al mismo tiempo, reconocer los instrumentos que condicionan la operación segura, trazable y sostenible del Instituto.

Tabla No. 2. República Dominicana: Marco normativo aplicable al INCART

Nivel normativo	Instrumentos principales	Vinculación con el PEI 2026-2029
Constitucional	Constitución de la República Dominicana	Sustenta el derecho a la salud, la dignidad, la igualdad, la calidad de los servicios y la responsabilidad pública
Sanitario sectorial	Ley Núm. 42-01, Ley Núm. 123-15, Reglamento Núm. 434-07, PLANDES, PNPSP, lineamientos MISPAS y SNS	Orienta la atención oncológica, la articulación con la Red Pública, la referencia, la contrarreferencia y la continuidad asistencial

Institucional propio	Decreto Núm. 133-12, Decreto Núm. 134-12, Decreto Núm. 351-13	Sustenta la creación, gobernanza, identidad y rol especializado del INCART
Organizativo	Resolución SNS Núm. 046-2023/, Resolución SNS Núm.036-2026 Resolución SNS Núm. 072-2024 y Manual de Organización y Funciones	Define estructura, unidades, responsabilidades, líneas de mando, coordinación y funciones institucionales
Técnico sanitario	Normas de habilitación, expediente clínico, laboratorio, banco de sangre, farmacia, bioseguridad, vigilancia epidemiológica, emergencias, salud mental y registro de cáncer	Fortalece la seguridad del paciente, la trazabilidad clínica, la calidad diagnóstica y la continuidad terapéutica
Gestión pública	Planificación, presupuesto, compras, administración financiera, función pública, transparencia, acceso a la información, control interno y gobierno digital	Vincula el PEI con POA, PACC, presupuesto, control, rendición de cuentas, tecnología y sostenibilidad operativa
Gestión de calidad	Sistema de Gestión de la Calidad, ISO 9001, auditorías internas, indicadores, riesgos, no conformidades y acciones correctivas	Refuerza el enfoque por procesos, la mejora continua, la satisfacción usuaria y la toma de decisiones basada en evidencia

Fuente: Elaboración propia con base en la H1 del PEI INCART 2026-2029, el Manual de Organización y Funciones del INCART, la Resolución SNS Núm. 072-2024 y los insumos técnicos utilizados en el diagnóstico institucional.
Nota: Ver el Anexo 3. Análisis del Marco Normativo para más detalles.

En síntesis, el marco normativo aplicable al INCART establece las bases legales, sanitarias, técnicas y administrativas que orientan su funcionamiento como centro público especializado en oncología y referencia nacional. Su adecuada aplicación permite vincular el mandato institucional con la prestación de servicios seguros, oportunos, humanizados y trazables, así como con la planificación, el control interno, la gestión de riesgos, la mejora continua y la rendición de cuentas. Para el PEI 2026-2029, este marco constituye el soporte que permite traducir las obligaciones institucionales en resultados estratégicos, productos, subproductos, indicadores, metas y líneas de acción orientadas a fortalecer la atención oncológica integral y la articulación del INCART con la Red Pública de Servicios de Salud.

Atribuciones Institucionales

Las atribuciones institucionales del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, se derivan de su naturaleza como centro público especializado de tercer nivel, integrado a la Red Pública de Servicios de Salud y orientado a la atención oncológica de alta complejidad. Dichas atribuciones comprenden funciones asistenciales, preventivas, diagnósticas, terapéuticas, docentes, investigativas, administrativas y de apoyo técnico, necesarias para garantizar una respuesta integral frente al cáncer, conforme al marco legal sanitario, la normativa aplicable a los Centros Especializados de Atención en Salud y el Manual de Organización y Funciones institucional.

En el ámbito asistencial, el INCART tiene la responsabilidad de realizar acciones de promoción, prevención y atención de salud, de acuerdo con su capacidad resolutiva y su rol especializado. Esta atribución se expresa en la provisión de servicios de consulta, emergencia, hospitalización, cirugía oncológica, quimioterapia, medicina nuclear, laboratorio, imágenes, anatomía patológica, banco de sangre, farmacia, cuidados paliativos y demás servicios clínicos y de apoyo necesarios para la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer. Su cartera institucional evidencia que la respuesta

oncológica no depende de servicios aislados, sino de la articulación entre procesos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y administrativos.

En materia de articulación con la Red Pública, el INCART debe desarrollar una relación efectiva con los demás establecimientos, servicios regionales de salud e instancias desconcentradas del sector, a fin de asegurar la referencia, contrarreferencia, interconsulta, retorno organizado y seguimiento de pacientes y especímenes. Esta atribución resulta crítica para reducir la atención tardía, evitar duplicidad de estudios, mejorar la continuidad asistencial y fortalecer el rol del Instituto como centro nacional de referencia oncológica.

El INCART también posee atribuciones vinculadas a la docencia, la investigación y la gestión del conocimiento. En ese ámbito, le corresponde promover, implementar y apoyar acciones de capacitación, desarrollo de recursos humanos, formación de especialistas en áreas oncológicas e investigación orientada a generar conocimientos para mejorar la comprensión e intervención en salud. Estas funciones fortalecen su carácter de instituto, diferenciándolo de un hospital general y posicionándolo como plataforma técnica para el desarrollo de capacidades nacionales en oncología.

En el ámbito de calidad, seguridad y cumplimiento, la institución debe velar por la aplicación de medidas de bioseguridad, higiene, seguridad del ambiente laboral, habilitación, mantenimiento preventivo y correctivo, evaluación periódica de actividades, respuesta ante emergencias y desastres, uso correcto de los recursos asignados y rendición de cuentas. Estas atribuciones conectan directamente con la gestión de riesgos, la seguridad del paciente, la continuidad operativa y la sostenibilidad institucional.

Desde el enfoque de gestión institucional, las atribuciones del INCART exigen procesos documentados, responsabilidades definidas, indicadores de gestión, monitoreo de resultados, control documental, auditorías, acciones correctivas y mejora continua. El Manual de Organización y Funciones establece responsabilidades vinculadas con planificación, monitoreo, evaluación, desarrollo institucional, calidad en la gestión, control interno, gestión de riesgos, modelos de calidad, Carta de Servicios, SISMAP, NOBACI y seguimiento de indicadores, elementos coherentes con buenas prácticas de gestión de calidad y con la lógica de la Norma ISO 9001 aplicada a instituciones de servicios.

En el marco del PEI 2026-2029, estas atribuciones se organizan en cuatro ámbitos estratégicos: atención oncológica integral, detección temprana y continuidad asistencial; articulación con la Red Pública; talento humano especializado, docencia e investigación; y fortalecimiento institucional, calidad, sostenibilidad operativa y transformación digital. Esta organización permite traducir el mandato institucional en resultados estratégicos, resultados intermedios, productos, subproductos, indicadores, metas y líneas de acción orientadas a mejorar la oportunidad, seguridad, trazabilidad y calidad de los servicios.

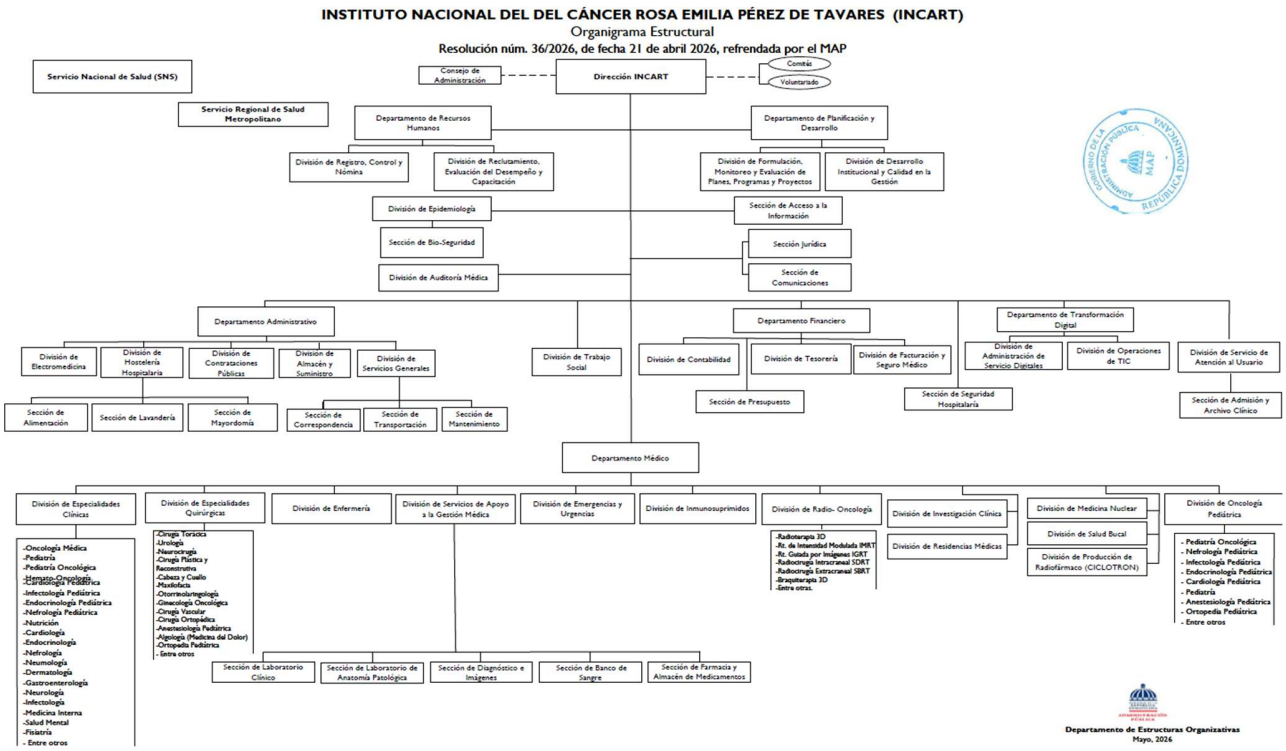
Estructura Organizativa

El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, INCART, cuenta con una estructura organizativa formal orientada a ordenar sus funciones estratégicas, sustantivas, administrativas y de apoyo, conforme a su naturaleza como centro hospitalario especializado en oncología, de tercer nivel y referencia nacional. Esta estructura permite articular la conducción institucional, la gestión médica, los servicios clínicos y diagnósticos, la docencia, la investigación, la administración de recursos, la planificación, la calidad, la tecnología, la comunicación y los servicios de apoyo necesarios para sostener la atención oncológica integral.

La estructura organizativa del INCART fue aprobada mediante la Resolución SNS Núm. 046-2023 posteriormente la Resolución SNS Núm.036-2026 aprobó modificaciones a dicha estructura organizativa con el propósito de adecuarla a las necesidades funcionales y operativas de la institución, la cual establece unidades sustantivas u operativas bajo el Departamento Médico, incluyendo divisiones de especialidades clínicas, quirúrgicas, radio-oncología, emergencias y urgencias, enfermería, investigación clínica, residencias médicas, medicina nuclear, salud bucal, producción de radiofármacos y servicios de apoyo a la gestión médica, así como secciones de laboratorio clínico, anatomía patológica, diagnóstico e imágenes, banco de sangre, farmacia y almacén de medicamentos

La organización institucional se estructura en niveles jerárquicos de dirección, departamento, división y sección, lo que permite delimitar líneas de mando, responsabilidades, ámbitos de coordinación y niveles de decisión. Esta definición es relevante para el PEI 2026-2029, debido a que facilita asignar responsables a los resultados, productos, subproductos, indicadores, riesgos y líneas de acción, asegurando que la planificación estratégica pueda traducirse en gestión operativa verificable.

Organigrama Institucional



Fuente: https://www.incart.gob.do/transparencia/estructura-organica-institucional/#14-1230-wpfd-estructura

El Manual de Organización y Funciones del INCART constituye el instrumento técnico que sistematiza la denominación, clasificación, nivel jerárquico, objetivo, base legal, relaciones de dependencia, coordinación y funciones de las unidades organizativas. Asimismo, establece que dicho manual debe servir como marco de referencia para la definición de indicadores de gestión y responsabilidades específicas de cada unidad en el cumplimiento de la misión institucional

Desde la perspectiva de calidad institucional, la estructura organizativa constituye un elemento fundamental para asegurar el enfoque basado en procesos, la segregación de funciones, la trazabilidad de las decisiones, la gestión documental, la identificación de responsables, el seguimiento de indicadores y la mejora continua. En una institución hospitalaria de alta complejidad, la claridad organizativa no solo tiene una función administrativa, sino que incide directamente en la seguridad del paciente, la continuidad asistencial, la gestión de riesgos, la oportunidad diagnóstica y terapéutica, y la satisfacción de los usuarios.

La estructura también debe favorecer la coordinación entre las áreas clínicas, diagnósticas, terapéuticas, administrativas y de apoyo, evitando la fragmentación de procesos críticos como referencia y contrarreferencia, abastecimiento, facturación, mantenimiento, gestión de citas, archivo clínico, estadísticas, atención al usuario, calidad y tecnología.

Población Objetivo y Grupos de Interés

La población objetivo del INCART está constituida por las personas con sospecha, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o necesidad de atención especializada por cáncer, incluyendo pacientes adultos, pediátricos, ambulatorios, hospitalizados, quirúrgicos, usuarios de emergencia y personas que requieren apoyo diagnóstico, terapéutico, farmacológico, transfusional o paliativo. Esta población se corresponde con la naturaleza del INCART como hospital público de tercer nivel, altamente especializado, monográfico, de referencia nacional y dedicado al cáncer

Desde el enfoque del PEI 2026-2029, la población objetivo no se limita a los pacientes que ya reciben tratamiento oncológico. También incluye personas referidas desde la Red Pública por sospecha diagnóstica, usuarios con factores de riesgo, pacientes que requieren continuidad terapéutica y personas que demandan servicios preventivos, de tamizaje, diagnóstico oportuno, orientación, seguimiento o apoyo institucional. Esta visión permite ordenar la intervención del INCART desde una perspectiva integral, que conecta prevención, captación temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos y retorno coordinado a la red.

Ilustración No. 4. República Dominicana: Población objetivo y grupos de interés del INCART

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	IMPLICACIÓN PARA EL PEI 2026-2029
Pacientes oncológicos	Personas con diagnóstico, tratamiento, seguimiento, hospitalización, cirugía, emergencia o cuidados paliativos	Fortalecer atención integral, continuidad terapéutica, seguridad del paciente y calidad del servicio
Personas con sospecha o factores de riesgo	Usuarios referidos o captados por sospecha clínica, hallazgos diagnósticos o condiciones de riesgo	Mejorar detección temprana, referencia oportuna y priorización clínica
Mujeres priorizadas para detección temprana	Mujeres mayores de 40 años y mujeres en edad de tamizaje o con resultados alterados	Fortalecer servicios de mama y cervicouterino, seguimiento diagnóstico y articulación con la red
Hombres priorizados para detección temprana	Hombres con edad, síntomas o factores de riesgo asociados a cáncer de próstata	Ampliar orientación, evaluación urológica, diagnóstico y seguimiento
Pacientes pediátricos	Niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico oncológico	Fortalecer oncopediatría, continuidad del cuidado y apoyo familiar
Familiares y cuidadores	Personas que acompañan al paciente durante diagnóstico, tratamiento y seguimiento	Mejorar orientación, apoyo psicosocial, información y humanización
Red Pública de Salud	SNS, SRS, Primer Nivel, hospitales generales, centros diagnósticos y establecimientos de origen	Consolidar referencia, contrarreferencia, retorno organizado y seguimiento territorial
Organismos rectores y de control	MISPAS, SNS, Ministerio de Hacienda y Economía, MAP, Contraloría, DIGEPRES, DGCP y órganos de transparencia	Asegurar cumplimiento, rendición de cuentas, planificación, presupuesto y control institucional
Aliados técnicos y académicos	Universidades, sociedades médicas, organismos de cooperación y centros especializados	Fortalecer docencia, investigación, residencias, evidencia y gestión del conocimiento
Proveedores críticos	Suplidores de medicamentos, insumos, reactivos, radiofármacos, equipos y mantenimiento	Proteger abastecimiento, continuidad terapéutica y sostenibilidad operativa
Áreas internas del INCART	Unidades clínicas, diagnósticas, terapéuticas, administrativas, financieras, TIC, calidad y apoyo	Asignar responsabilidades, mejorar procesos, indicadores, riesgos y resultados

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual de Organización y Funciones del INCART, la Herramienta 16 del PEI INCART 2026-2029 y los insumos técnicos utilizados para la formulación del plan estratégico.

Dentro de la población prioritaria se identifican grupos específicos vinculados a los resultados estratégicos del PEI: mujeres mayores de 40 años para servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico oportuno de cáncer de mama; mujeres en edad de tamizaje o con resultados alterados para detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino; hombres con edad, síntomas o factores de riesgo asociados a cáncer de próstata; pacientes pediátricos oncológicos; pacientes en tratamiento activo; personas en cuidados paliativos; y pacientes con necesidades de apoyo psicosocial, orientación familiar o acompañamiento social.

Los familiares, cuidadores y acompañantes también forman parte de la población de atención institucional, debido a que participan directamente en el proceso de cuidado, adherencia terapéutica, toma de decisiones, apoyo emocional, orientación social y continuidad del tratamiento. En una institución oncológica, la atención centrada en la persona requiere reconocer que la experiencia del paciente no depende únicamente del acto clínico, sino también de la información recibida, el trato humanizado, la orientación, la accesibilidad, la gestión de citas, la respuesta a quejas y la coordinación entre servicios.

Los grupos de interés externos del INCART incluyen al Servicio Nacional de Salud, el Servicio Regional Ozama, el Ministerio de Salud Pública, los establecimientos del Primer Nivel de Atención, hospitales generales, centros diagnósticos, servicios regionales de salud, aseguradoras, Administradoras de Riesgos de Salud, SeNaSa, SISALRIL, PROMESE/CAL, organismos de control, universidades, sociedades médicas, organismos de cooperación, proveedores de medicamentos e insumos críticos, suplidores de equipos, entidades académicas, organizaciones comunitarias y actores vinculados a la prevención, diagnóstico, tratamiento, financiamiento y seguimiento del cáncer.

Desde la perspectiva interna, los grupos de interés abarcan las áreas clínicas, diagnósticas, terapéuticas, docentes, investigativas, administrativas, financieras y de apoyo del INCART. Entre ellas se incluyen Dirección INCART, Departamento Médico, Enfermería, Farmacia, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Imágenes, Medicina Nuclear, Radio-Oncología, Hospital de Día, Emergencia, Hospitalización, Cuidados Paliativos, Trabajo Social, Atención al Usuario, Recursos Humanos, Planificación, Calidad, Transformación Digital, Administración, Compras, Almacén, Mantenimiento, Electromedicina, Facturación, Auditoría Médica, Epidemiología, Bioseguridad y Comunicaciones.

En coherencia con el enfoque de gestión de calidad, la identificación de la población objetivo y los grupos de interés permiten reconocer necesidades, expectativas, requisitos aplicables, riesgos y oportunidades que inciden en la prestación del servicio. Para el INCART, esto implica fortalecer procesos documentados, canales de comunicación, trazabilidad del paciente, medición de satisfacción, gestión de quejas, protección de información sensible, seguimiento de indicadores, control de no conformidades, acciones correctivas y mejora continua, asegurando que la planificación estratégica responda tanto a los usuarios como a las partes interesadas relevantes.

Tabla No. 3. República Dominicana: Grupos de interés externos y su relación con el INCART

Grupo de interés	Principales Actores identificados	Relación con el INCART
Rectoría sanitaria	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS	Ejercer la rectoría sanitaria; definir políticas, normas, protocolos y prioridades de prevención y control del cáncer; fortalecer la vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional de Cáncer
Autoridades sanitarias territoriales	MISPAS y Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud	Coordinar campañas de educación sanitaria, movilización comunitaria y comunicación de riesgos, priorizando territorios y grupos con menor acceso a información y servicios preventivos
Coordinación de la Red Pública	Servicio Nacional de Salud, SNS	Establecer y supervisar rutas asistenciales, criterios de referencia y contrarreferencia, responsabilidades por nivel de atención, tiempos de respuesta y mecanismos de seguimiento de los pacientes
Gestión territorial de servicios de salud	Servicios Regionales de Salud, incluido el Servicio Regional Ozama	Coordinar la aplicación territorial de los protocolos, verificar la calidad de las referencias, supervisar el intercambio de información y dar seguimiento a los pacientes derivados
Prestadores del Primer Nivel de Atención	Centros de Primer Nivel de Atención	Identificar población en riesgo, desarrollar educación sanitaria, realizar intervenciones preventivas, aplicar pruebas disponibles y referir oportunamente a las personas con resultados sospechosos
Prestadores hospitalarios y diagnósticos	Hospitales generales, especializados y centros diagnósticos de la Red Pública	Realizar evaluación inicial, completar estudios conforme a su capacidad resolutiva, remitir resultados y coordinar la derivación de pacientes que requieren atención oncológica especializada
Planificación, inversión y presupuesto	Ministerio de Hacienda y Economía y Dirección General de Presupuesto, DIGEPRES	Asignar y programar recursos presupuestarios; evaluar requerimientos de inversión; vincular el financiamiento con la producción, capacidad instalada y resultados institucionales
Gestión de la función pública	Ministerio de Administración Pública, MAP	Regular y aprobar estructuras, cargos, perfiles, modalidades de vinculación y procesos de gestión del talento humano en la Administración Pública
Regulación de las contrataciones públicas	Dirección General de Contrataciones Públicas, DGCP	Regular y supervisar los procedimientos de contratación; emitir lineamientos y brindar asistencia técnica para adquisiciones eficientes, transparentes y acordes con la criticidad de los bienes requeridos
Aseguramiento y financiamiento de servicios	SeNaSa y demás Administradoras de Riesgos de Salud	Autorizar oportunamente las prestaciones cubiertas, simplificar requisitos, compartir información con los prestadores y evitar interrupciones por trámites administrativos
Regulación de la seguridad social	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL, y Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSS	Regular y supervisar el aseguramiento, las coberturas, tarifas, autorizaciones y mecanismos de pago, protegiendo la sostenibilidad y los derechos de los afiliados
Abastecimiento público de medicamentos e insumos	PROMESE/CAL	Gestionar la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos, reactivos e insumos sanitarios; compartir información sobre disponibilidad, entregas y comportamiento del abastecimiento

Grupo de interés	Principales Actores identificados	Relación con el INCART
Acceso a medicamentos de alto costo	Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo del MISPAS	Gestionar el acceso a medicamentos de alto costo, priorizar pacientes conforme a criterios clínicos y coordinar mecanismos de provisión y financiamiento
Servicios de sangre y hemoderivados	MISPAS, Hemocentro Nacional y Red Nacional de Servicios de Sangre	Coordinar la captación, procesamiento, almacenamiento, distribución y disponibilidad de sangre y hemoderivados bajo condiciones de calidad y seguridad
Regulación de medicamentos y productos sanitarios	Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios, DIGEMAPS	Registrar, autorizar, inspeccionar y vigilar medicamentos, reactivos, dispositivos y productos sanitarios, garantizando calidad, seguridad y eficacia
Regulación nuclear y radiológica	Comisión Nacional de Energía, CNE	Autorizar y supervisar instalaciones y equipos radiológicos, verificar controles de calidad, mantenimiento, seguridad y protección de pacientes, personal y ambiente
Gestión aduanera	Dirección General de Aduanas, DGA	Aplicar los procedimientos aduaneros y controles correspondientes, facilitando la nacionalización oportuna de productos sanitarios conforme a los requisitos legales
Provedores de medicamentos e insumos	Fabricantes, distribuidores, importadores y suplidores de medicamentos e insumos sanitarios	Mantener información actualizada sobre disponibilidad, lotes, vencimientos, condiciones de conservación y tiempos de entrega; cumplir los compromisos contractuales y sanitarios
Proveedores de equipos y mantenimiento especializado	Proveedores, fabricantes y representantes autorizados de equipos médicos	Garantizar instalación, mantenimiento preventivo y correctivo, calibración, reparación, suministro de repuestos, actualización y soporte técnico conforme a las condiciones contractuales
Proveedores de conservación y soporte operativo	Proveedores de cadena de frío, mantenimiento y soporte técnico especializado	Instalar, mantener, reparar y monitorear equipos de conservación, climatización, respaldo eléctrico y almacenamiento, garantizando continuidad y cumplimiento contractual
Gobierno digital e interoperabilidad	Oficina Gubernamental de Tecnologías de la Información y Comunicación, OGTIC	Establecer estándares de gobierno digital, interoperabilidad, seguridad, gestión de datos y servicios tecnológicos en las instituciones públicas
Formación especializada, docencia e investigación	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, MESCyT, universidades y hospitales docentes	Autorizar, acreditar y apoyar programas académicos, residencias, subespecialidades, investigación y formación continua vinculadas con las necesidades del sistema público
Gremios y asociaciones profesionales	Colegio Médico Dominicano, sociedades médicas y asociaciones profesionales de salud	Participar en procesos de formación, actualización profesional, definición de competencias y análisis de condiciones que inciden en la permanencia del talento humano especializado
Colaboración para la permanencia del talento humano	SeNaSa, ARS, prestadores públicos y privados y sociedades médicas	Participar en mecanismos de financiamiento, contratación, incentivos, formación y desarrollo profesional que favorezcan la permanencia del talento humano especializado
Educación para la salud	Ministerio de Educación y centros educativos públicos y privados	Incorporar contenidos y actividades de educación para la salud, prevención de factores de riesgo y promoción de prácticas saludables en la comunidad educativa
Comunicación e información pública	Medios de comunicación y plataformas informativas	Difundir información validada sobre prevención, signos de alarma, servicios disponibles y rutas de acceso, evitando contenidos inexactos o estigmatizantes
Gobiernos locales y participación comunitaria	Gobiernos locales y organizaciones comunitarias	Apoyar campañas comunitarias, jornadas educativas, identificación de grupos vulnerables, difusión territorial y canalización de personas hacia los servicios de salud

Grupo de interés	Principales Actores identificados	Relación con el INCART
Protección social	Gabinete de Política Social, Sistema Único de Beneficiarios y programas de protección social	Identificar condiciones de vulnerabilidad y facilitar la vinculación de pacientes y familias con programas de apoyo social, económico y asistencial
Protección de derechos de poblaciones específicas	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia, CONANI; Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, CONAPE; Consejo Nacional de Discapacidad, CONADIS	Promover la protección de derechos, accesibilidad, asistencia y atención diferenciada de las poblaciones bajo su ámbito de competencia
Organizaciones sociales de apoyo al cáncer	Asociaciones de pacientes, fundaciones y organizaciones sin fines de lucro vinculadas al cáncer	Orientar, acompañar y apoyar a pacientes y familiares; identificar barreras de continuidad y facilitar la vinculación con los servicios y programas disponibles
Redes comunitarias, religiosas y de asistencia	Asociaciones de pacientes, fundaciones, iglesias y organizaciones comunitarias	Brindar acompañamiento, orientación, apoyo para transporte, alojamiento, alimentación y permanencia en el tratamiento
Población beneficiaria y personas afectadas	Población general, personas con factores de riesgo, pacientes, familiares y personas cuidadoras	Participar en intervenciones preventivas, acudir oportunamente a los servicios, cumplir las referencias y comunicar barreras, necesidades y experiencias relacionadas con el acceso

Fuente: Elaborado a partir de la H10. Análisis de Involucrados del PEI INCART 2026-2029.

Análisis Cuantitativo de la Población y Mercado de Referencia

Para fines del PEI 2026-2029, la población de referencia del INCART se vincula con la población nacional que demanda o puede demandar servicios públicos especializados para prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Aunque el Instituto se encuentra ubicado en el Distrito Nacional y se vincula territorialmente al Servicio Regional Ozama, su rol como centro oncológico especializado de referencia nacional amplía su mercado sanitario hacia personas referidas desde distintos puntos de la Red Pública.

La República Dominicana registró una población censada de 10,773,983 habitantes en 2022, compuesta por 5,328,021 hombres y 5,445,962 mujeres, equivalente a una distribución aproximada de 49.5% hombres y 50.5% mujeres. Esta composición resulta relevante para el PEI, debido a que varios indicadores estratégicos del INCART se relacionan con detección temprana de cáncer de mama, cervicouterino y próstata, así como con atención oncológica integral diferenciada por sexo, edad, condición clínica y vulnerabilidad social.

El territorio de localización inmediata del INCART presenta una alta concentración poblacional. La Región Ozama o Metropolitana registró 3,798,698 habitantes, incluyendo 1,029,110 en el Distrito Nacional y 2,769,588 en la provincia Santo Domingo. Esta concentración genera presión directa sobre los servicios especializados, sin limitar el mandato nacional del Instituto, ya que el INCART recibe pacientes referidos desde otros establecimientos y regiones del país por su capacidad resolutiva en oncología.

En términos de demanda institucional, el mercado sanitario de referencia se expresa en la producción de servicios. En 2025, el INCART registró 458,287 prestaciones principales, incluyendo 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 7,057 emergencias y 3,761 hospitalizaciones. Además, la producción acumulada 2020-marzo 2026 alcanzó 2,975,605 prestaciones principales, lo que evidencia una demanda sostenida sobre la capacidad clínica, diagnóstica, terapéutica, administrativa y de apoyo del Instituto

El análisis por sexo muestra una alta participación femenina en la demanda institucional: las mujeres representaron 78.1% de las consultas, 86.4% de las imágenes, 78.0% de los procedimientos, 60.6% de las hospitalizaciones y 60.5% de las emergencias durante 2025. Estos datos confirman la necesidad de sostener un enfoque de género y derechos humanos en la planificación, sin dejar de fortalecer la atención de hombres, pacientes pediátricos, personas envejecientes, población extranjera, pacientes referidos y usuarios con condiciones de mayor vulnerabilidad clínica o social

La demanda preventiva también constituye una dimensión crítica del mercado de referencia. En 2025 se registraron 11,475 Papanicolaou, 8,870 sonomamografías, 5,953 mamografías bilaterales, 11,003 consultas de ginecología y 4,006 consultas de urología. Estos servicios se relacionan directamente con los resultados intermedios del PEI orientados a detección temprana de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata.

Cuadro No. 1. República Dominicana: Población y mercado sanitario de referencia del PEI 2026-2029

Categoría	Variable	Dato de referencia	Lectura
Población nacional	Población total, Censo 2022	10,773,983	Universo nacional potencial para servicios de salud y atención oncológica
Población por sexo	Hombres / mujeres, Censo 2022	5,328,021 hombres / 5,445,962 mujeres	Base para enfoque de género, detección temprana y atención diferenciada
Territorio de localización inmediata	Región Ozama o Metropolitana	3,798,698	Alta concentración poblacional cercana al INCART
Territorio Sede	Distrito Nacional	1,029,110	Presión directa sobre servicios especializados por ubicación institucional
Territorio metropolitano ampliado	Provincia Santo Domingo	2,769,588	Demanda potencial relevante por cercanía y volumen poblacional
Producción institucional	Prestaciones principales INCART 2025	458,287	Mercado sanitario efectivo atendido por el Instituto
Servicios clínicos y diagnósticos	Consultas, laboratorio, imágenes, emergencias y hospitalizaciones	135,044; 259,181; 51,590; 7,057; 3,761	Demanda concentrada en atención especializada y soporte diagnóstico
Producción acumulada	Prestaciones principales 2020-marzo 2026	2,975,605	Presión histórica sobre capacidad instalada, talento humano y sistemas
Detección temprana	PAP, sonomamografías, mamografías, ginecología y urología	11,475; 8,870; 5,953; 11,003; 4,006	Base operativa para metas de mama, cérvix y próstata
Población extranjera registrada	Haitianos, otras nacionalidades y sin dato	874; 1,564; 1,102 consultas	Necesidad de mejorar registro, trazabilidad y enfoque de derechos
Articulación con red	Emergencias referidas desde otro establecimiento	132	Evidencia de relación operativa con la Red Pública

Fuentes: Elaboración propia con base en el X Censo Nacional de Población y Vivienda 2022, ONE; Estadísticas completas INCART 2025; Producción de Servicios SNS 2020-2026; y herramientas metodológicas del PEI INCART 2026-2029.

En síntesis, el análisis cuantitativo evidencia que el INCART opera en un mercado sanitario de alta demanda, con alcance nacional y fuerte presión territorial metropolitana. La magnitud de la producción institucional, la concentración de servicios diagnósticos, la alta participación femenina en la demanda, la necesidad de detección temprana y la atención de pacientes referidos exigen fortalecer la planificación por resultados, la gestión por procesos, el seguimiento de indicadores, la calidad de los registros, la continuidad asistencial y la mejora.

VINCULACIÓN DEL PEI CON LOS INSTRUMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030

La Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, aprobada mediante la Ley Núm. 1-12, constituye el marco de visión país de largo plazo y orienta la articulación de las políticas públicas, planes institucionales, objetivos y líneas de acción del Estado dominicano. Su ámbito de aplicación abarca el ejercicio de las funciones públicas de regulación, promoción y producción de bienes y servicios, por lo que el PEI 2026-2029 del INCART debe demostrar coherencia con sus ejes, objetivos y metas nacionales.

La vinculación del INCART con la END se concentra principalmente en el Segundo Eje Estratégico, orientado a una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, donde la población tenga garantizados servicios de salud y seguridad social integral, educación, vivienda digna y servicios básicos de calidad. Este eje reconoce expresamente la salud y la seguridad social integral como uno de sus objetivos generales, lo cual sustenta la contribución del INCART a la atención oncológica especializada, la detección temprana, la continuidad terapéutica y la reducción de muertes prevenibles por cáncer.

De manera complementaria, el PEI también se vincula con el Primer Eje Estratégico de la END, relacionado con una administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados; así como con el Cuarto Eje Estratégico, asociado a la gestión de riesgos, protección del medio ambiente y sostenibilidad. Estas vinculaciones son relevantes para los componentes del PEI relacionados con planificación, control interno, calidad, transparencia, transformación digital, gestión de riesgos, bioseguridad, sostenibilidad operativa y mejora continua.

La alineación con la END 2030 permite que el PEI del INCART no se limite a la gestión interna de servicios hospitalarios, sino que se inserte en una visión nacional de desarrollo orientada a derechos, equidad, calidad, sostenibilidad y resultados verificables. Desde esta perspectiva, la atención oncológica especializada se convierte en una contribución concreta del Instituto al derecho a la salud, a la reducción de brechas de acceso y a la mejora de la calidad de los servicios públicos.

Asimismo, esta vinculación refuerza la necesidad de que el INCART gestione sus procesos institucionales con criterios de calidad, trazabilidad, gestión de riesgos, control documental, seguimiento de indicadores, satisfacción de usuarios y mejora continua. Estos elementos permiten conectar la planificación estratégica con una prestación de servicios oncológicos segura, oportuna, humanizada y medible, en coherencia con el enfoque de gestión por resultados promovido por la END.

Plan Nacional Plurianual del Sector Público

La alineación del INCART con el PNPSP se realizó a partir de los indicadores sectoriales adoptados en las herramientas metodológicas del PEI, priorizando aquellos en los que el Instituto puede contribuir de manera directa o complementaria desde su rol como centro público especializado en oncología. En ese sentido, el PEI incorpora resultados vinculados a atención oncológica integral, mamografía, Papanicolaou, evaluación de próstata, articulación con el Primer Nivel de Atención, disponibilidad de talento humano, salud mental, calidad de los servicios, desempeño institucional y gobierno digital.

Esta vinculación también permite diferenciar el alcance del INCART frente a otros actores del Sistema Nacional de Salud. Aunque muchos indicadores del PNPSP tienen responsabilidad sectorial compartida, el INCART contribuye desde su mandato especializado, mediante servicios de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos, referencia, contrarreferencia, docencia, investigación, información clínica y apoyo técnico a la Red Pública.

Tabla No. 4. República Dominicana: Adopción de prioridades estratégicas. Relación funcional de los resultados del PNPSP vinculados al quehacer institucional de INCART

Ámbito del PNPSP relacionado	Denominación de Resultado PNPSP	Indicador Resultado	Relación funcional con INCART
Salud pública, enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer	Reducidas las muertes prevenibles por causas seleccionadas de interés para la salud pública nacional, incluidas las muertes maternas, neonatales y por enfermedades no transmisibles	Tasa de muerte prematura a causa de enfermedades crónicas no transmisibles	El INCART contribuye desde la atención oncológica integral, diagnóstico especializado, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos y continuidad terapéutica de pacientes con cáncer
Salud pública, enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer	Reducidas las muertes prevenibles por causas seleccionadas de interés para la salud pública nacional, incluidas las muertes maternas, neonatales y por enfermedades no transmisibles	Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles	El INCART aporta a la reducción de muertes prevenibles mediante servicios especializados de oncología, detección oportuna, tratamiento integral y articulación con la Red Pública
Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Incrementadas las prácticas o intervenciones que promueven la salud y previenen enfermedades en la comunidad educativa y los territorios	Porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la Red Pública de Salud	El INCART contribuye mediante orientación, estudios de imágenes, diagnóstico especializado, seguimiento de hallazgos y referencia oportuna para cáncer de mama
Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Incrementadas las prácticas o intervenciones que promueven la salud y previenen enfermedades en la comunidad educativa y los territorios	Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la Red Pública de Salud	El INCART contribuye mediante servicios de tamizaje, citología, evaluación ginecológica, anatomía patológica, seguimiento de resultados alterados y articulación con la red
Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Incrementadas las prácticas o intervenciones que promueven la salud y previenen enfermedades en la comunidad educativa y los territorios	Porcentaje de hombres que se realizaron examen de próstata anual en la Red Pública de Salud	El INCART contribuye mediante orientación, evaluación urológica, apoyo diagnóstico, seguimiento especializado y referencia oportuna para detección temprana de cáncer de próstata
Primer Nivel de Atención	Incrementada la cobertura del Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Dominicano	Proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel	El INCART contribuye como centro especializado de referencia, apoyando la captación temprana, orientación técnica, referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado
Desempeño del Primer Nivel de Atención	Mejorado el desempeño del Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Dominicano	Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención	El INCART aporta mediante coordinación con establecimientos de origen, orientación a usuarios, trato humanizado, seguimiento de

Ámbito del PNPSP relacionado	Denominación de Resultado PNPSP	Indicador Resultado	Relación funcional con INCART
			pacientes referidos y mejora de la experiencia del paciente
Desempeño del Primer Nivel de Atención	Mejorado el desempeño del Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Dominicano	Promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención	El INCART contribuye fortaleciendo la referencia, contrarreferencia, retorno organizado y seguimiento territorial de pacientes oncológicos
Acceso equitativo a servicios de salud	Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud individuales y colectivos, de calidad, inclusivos, integrales y continuos, que incorporan los avances tecnológicos mediante redes integradas de servicios, con énfasis en el Primer Nivel de Atención	Médicos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	El INCART contribuye mediante formación, captación, desarrollo y disponibilidad de talento humano médico especializado en oncología
Acceso equitativo a servicios de salud	Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud individuales y colectivos, de calidad, inclusivos, integrales y continuos, que incorporan los avances tecnológicos mediante redes integradas de servicios, con énfasis en el Primer Nivel de Atención	Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes en la red del SNS	El INCART aporta mediante fortalecimiento de enfermería oncológica, continuidad del cuidado, seguridad del paciente y calidad asistencial
Acceso equitativo a servicios de salud	Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud individuales y colectivos, de calidad, inclusivos, integrales y continuos, que incorporan los avances tecnológicos mediante redes integradas de servicios, con énfasis en el Primer Nivel de Atención	Bioanalistas por 10,000 habitantes en la red del SNS	El INCART contribuye mediante servicios diagnósticos oportunos, laboratorio clínico, banco de sangre, anatomía patológica y fortalecimiento de competencias técnicas
Acceso equitativo a servicios de salud	Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud individuales y colectivos, de calidad, inclusivos, integrales y continuos, que incorporan los avances tecnológicos mediante redes integradas de servicios, con énfasis en el Primer Nivel de Atención	Psicólogos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	El INCART contribuye ampliando la capacidad institucional de psicooncología, salud mental, apoyo emocional y acompañamiento a pacientes y familiares
Protección social y acceso a servicios de salud	Reducidas las barreras económicas de acceso a servicios de salud, de riesgos laborales y garantías de derechos previsionales mediante el Sistema Dominicano de Seguridad Social, considerando las desigualdades territoriales y de género	Porcentaje de consultas de salud mental en la Red Pública	El INCART aporta mediante atención en salud mental, psicooncología, trabajo social, cuidados paliativos y acompañamiento psicosocial a pacientes oncológicos y familiares
Calidad de los servicios públicos	Aumentada la satisfacción de los usuarios de servicios públicos	Índice de calidad de los servicios públicos	El INCART contribuye mediante mejora de la atención al usuario, humanización, gestión de quejas, medición de satisfacción, seguridad del paciente y mejora continua
Desempeño institucional	Aumentada la satisfacción de los usuarios de servicios públicos	Puntuación promedio de la Evaluación del Desempeño Institucional, EDI	El INCART aporta fortaleciendo planificación, gestión por procesos, control interno, talento humano, calidad, administración de recursos, seguimiento de resultados y mejora continua

Ámbito del PNPSP relacionado	Denominación de Resultado PNPSP	Indicador Resultado	Relación funcional con INCART
Gobierno digital y servicios públicos de calidad	Aumentado el acceso a servicios públicos de calidad en los territorios priorizados	Índice de Uso de TIC e Implementación de Gobierno Digital, iTICge	El INCART contribuye mediante modernización de sistemas hospitalarios, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, seguridad de la información, soporte TIC y automatización de procesos

Fuente. Elaboración propia con base en la H3. Adopción de prioridades estratégicas del PEI INCART 2026-2029

Objetivos de Desarrollo Sostenible

La alineación del PEI 2026-2029 del INCART con los Objetivos de Desarrollo Sostenible refuerza la orientación estratégica de la institución hacia la garantía del derecho a la salud, la atención oncológica integral, la detección temprana, la continuidad terapéutica, la calidad de los servicios, la humanización, la reducción de brechas de acceso y el fortalecimiento de capacidades institucionales. Esta vinculación permite situar las intervenciones del Instituto dentro de los compromisos globales asumidos por la República Dominicana en materia de salud, bienestar, equidad, innovación, sostenibilidad, instituciones eficaces y alianzas. A continuación, se presentan los ODS vinculados al PEI y su contribución institucional.

1. **ODS 3: Salud y Bienestar.** Los resultados estratégicos orientados a fortalecer la atención oncológica integral, la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento especializado, el seguimiento y los cuidados paliativos contribuyen directamente al cumplimiento de este objetivo, especialmente en lo relativo a la reducción de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, con énfasis en cáncer. Desde su rol como centro público especializado y de referencia nacional, el INCART aporta a mejorar la oportunidad, seguridad, continuidad y calidad de los servicios oncológicos dentro de la Red Pública de Salud.

2. **ODS 5: Igualdad de Género.** Las acciones vinculadas a la detección temprana de cáncer de mama y cáncer cervicouterino contribuyen a ampliar el acceso de las mujeres a servicios preventivos, diagnósticos y de seguimiento oportuno. El PEI aporta a este objetivo al priorizar mamografías, sonomamografías, Papanicolaou, citología, evaluación ginecológica, seguimiento de resultados alterados y articulación con la Red Pública, incorporando un enfoque de derechos, equidad y atención diferenciada para mujeres en condición de riesgo o vulnerabilidad.

3. **ODS 10: Reducción de las Desigualdades.** La articulación del INCART con el Servicio Nacional de Salud, los Servicios Regionales de Salud, el Primer Nivel de Atención, hospitales generales y establecimientos de origen contribuye a reducir brechas territoriales y funcionales en el acceso a servicios oncológicos especializados. El PEI aporta a este objetivo mediante la referencia, contrarreferencia, captación temprana, orientación, seguimiento territorial y retorno organizado de pacientes, favoreciendo una atención más equitativa, continua y coordinada.

4. **ODS 4: Educación de Calidad.** Las acciones relacionadas con docencia, residencias médicas, formación especializada, capacitación continua, investigación clínica y gestión del conocimiento contribuyen al fortalecimiento de capacidades técnicas en oncología. Desde el PEI, el INCART aporta a este objetivo al promover el desarrollo de talento humano especializado, la actualización de

competencias, la formación de profesionales de salud y la generación de evidencia para mejorar la práctica clínica, la seguridad del paciente y la calidad de los servicios.

5. **ODS 9: Industria, Innovación e Infraestructura.** Los resultados vinculados a transformación digital, modernización tecnológica, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, infraestructura hospitalaria, equipamiento médico, mantenimiento y soporte TIC contribuyen a fortalecer la capacidad resolutiva del INCART. La mejora de los sistemas hospitalarios, la trazabilidad de la información clínica y administrativa, la gestión de activos tecnológicos y la automatización de procesos permiten elevar la eficiencia institucional y apoyar decisiones basadas en evidencia.

6. **ODS 12: Producción y Consumo Responsables.** La gestión eficiente de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos, inventarios, compras, mantenimiento, residuos hospitalarios, agua, energía y bioseguridad se vincula con el uso responsable de recursos críticos. El PEI contribuye a este objetivo al promover una gestión hospitalaria más sostenible, con control de abastecimiento, reducción de desperdicios, trazabilidad de insumos, manejo seguro de desechos, eficiencia energética y continuidad operativa en servicios esenciales.

7. **ODS 16: Paz, Justicia e Instituciones Sólidas.** Los componentes del PEI asociados a planificación, control interno, transparencia, rendición de cuentas, calidad, gestión por procesos, medición de satisfacción, auditorías internas, gestión de riesgos, tratamiento de no conformidades y acciones correctivas fortalecen la institucionalidad del INCART. Esta vinculación resulta relevante porque una atención oncológica segura y confiable requiere procesos documentados, responsabilidades claras, trazabilidad de decisiones, seguimiento de indicadores y mejora continua.

8. **ODS 17: Alianzas para Lograr los Objetivos.** La respuesta integral frente al cáncer requiere articulación con el MISPAS, SNS, SRS, establecimientos de la Red Pública, universidades, sociedades médicas, organismos de cooperación, aseguradoras, proveedores críticos, organizaciones comunitarias y actores vinculados a docencia, investigación, prevención y tratamiento. El PEI se vincula con este objetivo al reconocer la coordinación interinstitucional como condición para mejorar la detección temprana, la referencia, la continuidad asistencial, la formación especializada y la sostenibilidad de los servicios oncológicos.

Alineación con el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES) 2030

La alineación del PEI 2026-2029 del INCART con el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, PLANDES 2030, permite vincular la planificación institucional con la visión sectorial de largo plazo orientada a garantizar servicios de salud integrales, oportunos, seguros, humanizados, continuos y articulados en redes. Para el INCART, esta vinculación resulta especialmente relevante por su condición de centro público especializado en oncología y referencia nacional, con responsabilidad funcional en la atención integral del cáncer, la detección temprana, el diagnóstico especializado, el tratamiento, el seguimiento y los cuidados paliativos.

El PLANDES 2030 plantea la necesidad de fortalecer el Sistema Nacional de Salud mediante redes integradas, servicios centrados en las personas, gestión de calidad, acceso equitativo, fortalecimiento del talento humano, disponibilidad de medicamentos e insumos, transformación digital, vigilancia en salud y sostenibilidad institucional. En este marco, el PEI del INCART contribuye desde su ámbito

especializado, articulando sus resultados estratégicos con la mejora de la capacidad resolutiva, la continuidad asistencial, la referencia y contrarreferencia, la seguridad del paciente y la gestión basada en evidencia.

1. **Atención integral y continua en salud.** El PEI contribuye al PLANDES 2030 mediante el fortalecimiento de la atención oncológica integral, desde la prevención y detección temprana hasta el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos. Esta alineación permite organizar la respuesta institucional del INCART en torno a rutas clínicas más oportunas, seguras y trazables, evitando que la atención del paciente oncológico se limite a servicios aislados.

2. **Redes integradas de servicios de salud.** La articulación del INCART con el SNS, los Servicios Regionales de Salud, el Primer Nivel de Atención, hospitales generales y establecimientos de origen se vincula con la visión de redes integradas promovida por el PLANDES 2030. El PEI aporta a esta prioridad mediante acciones de referencia, contrarreferencia, retorno organizado, seguimiento territorial y coordinación técnica para mejorar la continuidad del cuidado.

3. **Prevención y detección temprana del cáncer.** Los resultados intermedios vinculados a cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata contribuyen a la orientación preventiva del sistema de salud. El INCART aporta mediante servicios de orientación, tamizaje, evaluación clínica, estudios diagnósticos, seguimiento de resultados alterados y canalización oportuna hacia tratamiento especializado.

4. **Calidad, seguridad del paciente y humanización.** El PEI se alinea con el PLANDES 2030 al priorizar la mejora de la calidad percibida, la seguridad clínica, la humanización de los servicios, la satisfacción usuaria y la gestión de riesgos. Esta orientación se refuerza mediante procesos documentados, control de no conformidades, auditorías internas, acciones correctivas, seguimiento de indicadores y mejora continua, en coherencia con buenas prácticas de gestión de calidad e ISO 9001.

5. **Talento humano en salud.** La disponibilidad, formación, retención y desarrollo del talento humano especializado constituye una condición esencial para la sostenibilidad del modelo oncológico. El PEI contribuye al PLANDES 2030 mediante acciones relacionadas con capacitación, residencias médicas, competencias técnicas, enfermería oncológica, bioanálisis, psicooncología, salud mental, docencia e investigación clínica.

6. **Medicamentos, insumos y tecnologías sanitarias.** La atención oncológica depende de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos, equipos médicos y tecnologías diagnósticas oportunas. En este sentido, el PEI se vincula con el PLANDES 2030 al fortalecer la planificación de necesidades, abastecimiento crítico, mantenimiento, reposición tecnológica, control de inventarios y continuidad operativa de servicios esenciales.

7. **Información, transformación digital y toma de decisiones.** El fortalecimiento de sistemas hospitalarios, expediente clínico electrónico, interoperabilidad, seguridad de la información, tableros de gestión y trazabilidad del paciente responde a la necesidad sectorial de disponer de

información confiable para la gestión sanitaria. El PEI aporta a esta prioridad mediante líneas de acción orientadas a integrar datos clínicos, administrativos, financieros, estadísticos y de producción para la toma de decisiones.

Alineación del INCART con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS, y el Servicio Nacional de Salud, SNS

La alineación del PEI 2026-2029 del INCART con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y el Servicio Nacional de Salud (SNS) permite asegurar coherencia entre la rectoría sanitaria, la provisión pública de servicios y el rol especializado del Instituto como centro oncológico de tercer nivel y referencia nacional. Mientras el MISPAS orienta las políticas, normas, regulaciones, vigilancia y prioridades sanitarias del país, el SNS organiza la provisión de servicios en la Red Pública, articulando establecimientos, servicios regionales, niveles de atención y mecanismos de referencia y contrarreferencia. En este marco, el INCART contribuye a las prioridades sectoriales mediante la atención oncológica integral, la detección temprana, el diagnóstico especializado, el tratamiento, el seguimiento, los cuidados paliativos, la docencia, la investigación y la generación de información para la toma de decisiones.

Tabla No. 5. República Dominicana: Vinculación del PEI INCART 2026-2029 con el MISPAS y el SNS

Ámbito de alineación	Rol del MISPAS / SNS	Vinculación del INCART
Rectoría sanitaria	El MISPAS define políticas, normas, lineamientos sanitarios, vigilancia y prioridades nacionales de salud	El INCART contribuye desde su rol especializado en cáncer, conforme al marco sanitario vigente
Provisión pública de servicios	El SNS organiza la Red Pública de Servicios de Salud y coordina la prestación asistencial en los establecimientos	El INCART presta servicios oncológicos especializados como centro de referencia nacional
Redes integradas de servicios	El SNS impulsa la articulación entre niveles de atención, SRS, hospitales y establecimientos de origen	El INCART fortalece referencia, contrarreferencia, captación temprana y retorno organizado de pacientes
Prevención y detección temprana	El MISPAS y el SNS orientan intervenciones de prevención, tamizaje y control de enfermedades no transmisibles	El INCART aporta en cáncer de mama, cervicouterino y próstata mediante servicios preventivos y diagnósticos
Calidad y seguridad del paciente	El sector salud promueve estándares, habilitación, protocolos, monitoreo y mejora de la calidad	El INCART debe fortalecer protocolos, auditorías, comités, bioseguridad, eventos adversos y seguridad clínica
Talento humano especializado	El SNS y el MISPAS orientan la disponibilidad, formación y desarrollo del personal sanitario	El INCART contribuye con formación, residencias, capacitación, docencia e investigación oncológica

Información y transformación digital	El sector impulsa sistemas de información, interoperabilidad, gobierno digital y trazabilidad	El INCART requiere modernizar sistemas hospitalarios, expediente clínico, tableros e información institucional
Gestión operativa y presupuestaria	El SNS articula planificación, POA, producción, compras, metas y seguimiento de los establecimientos	El INCART vincula PEI, POA, PACC, presupuesto, metas físicas y producción de servicios

Fuente: Elaboración propia con base en la H3 de adopción de prioridades estratégicas, la matriz estratégica del PEI INCART 2026-2029, el POA Presupuestado 2026 y los insumos técnicos utilizados para la formulación del plan estratégico

Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG)

La alineación del PEI 2026-2029 del INCART con el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género, PLANEG III 2020-2030, fortalece la incorporación del enfoque de igualdad, equidad, derechos humanos e interseccionalidad en la planificación institucional. Para el PEI del INCART, estos ejes se asumen de forma funcional, según su relación con la atención oncológica, la detección temprana, la calidad del servicio, la equidad y la gestión institucional.

Tabla No. 6. República Dominicana: Enfoque y abordaje del PEI 2026-2029 con el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG) III según eje y temática

Eje del PLANEG	Temática	Enfoque	Abordaje
Tema Nacional I. Educación para la Igualdad	Formación, sensibilización y cambio cultural para la igualdad de género	Incorporar el enfoque de género, derechos humanos y trato digno en la formación del personal y en la orientación a pacientes y familiares	Fortalecer capacitaciones sobre humanización, no discriminación, comunicación clara, derechos de los usuarios, trato digno y atención diferenciada en servicios oncológicos
Tema Nacional II. Salud Integral de las Mujeres	Acceso oportuno a servicios de salud con enfoque de género y derechos	Priorizar la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de condiciones oncológicas que afectan de manera diferenciada a las mujeres	Fortalecer los servicios de mamografía, sonomamografía, Papanicolaou, citología, ginecología oncológica, seguimiento de resultados alterados y articulación con la Red Pública
Tema Nacional III. Autonomía Económica	Reducción de barreras económicas y sociales que afectan el acceso de las mujeres a servicios y protección social	Reconocer que el costo indirecto del cáncer, el traslado, la pérdida de ingresos y la dependencia económica pueden afectar la continuidad del tratamiento	Incorporar orientación social, apoyo institucional, trabajo social, articulación con aseguradoras, gestión de cobertura y acompañamiento a pacientes con mayor vulnerabilidad
Tema Nacional IV. Ciudadanía, Democracia y Participación Política y Social	Ejercicio de derechos, participación y acceso a mecanismos institucionales	Fortalecer la voz de pacientes, familiares y cuidadores en la mejora de los servicios, la satisfacción usuaria y la respuesta institucional	Implementar mecanismos de orientación, quejas, denuncias, reclamaciones, sugerencias, encuestas de satisfacción, transparencia y participación de usuarios en la mejora continua

Eje del PLANEG	Temática	Enfoque	Abordaje
Tema Nacional V. Igualdad de Género y Medio Ambiente	Gestión ambiental con enfoque de género, riesgo y sostenibilidad	Vincular la gestión hospitalaria segura con el manejo responsable de residuos, agua, energía, bioseguridad y reducción de riesgos	Fortalecer acciones de bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios, uso racional del agua, eficiencia energética, gestión de riesgos, emergencias y continuidad operativa
Tema Nacional VI. Violencia de Género contra las Mujeres	Prevención, identificación y respuesta institucional ante situaciones de violencia	Reconocer que las pacientes oncológicas pueden presentar condiciones de vulnerabilidad física, emocional, social o familiar que requieren atención sensible y canalización adecuada	Fortalecer la detección de señales de violencia, orientación, confidencialidad, trato digno, registro, referencia a instancias competentes y coordinación con trabajo social, salud mental y atención al usuario
Tema Nacional VII. Tecnologías Digitales para la Autonomía de las Mujeres	Acceso a información, servicios digitales y datos para la igualdad	Mejorar la disponibilidad de información clínica, administrativa y de servicios, desagregada por sexo, edad, territorio y otras variables cuando la fuente lo permita	Avanzar en expediente clínico electrónico, interoperabilidad, tableros de indicadores, seguridad de la información, trazabilidad del paciente y análisis de datos para identificar brechas de acceso

Fuente: Elaboración propia con base en el PLANEG III 2020-2030 y la matriz estratégica del PEI INCART 2026-2029.

La vinculación del PEI 2026-2029 con el PLANEG permite que la planificación estratégica del INCART incorpore de manera transversal la igualdad de género, la equidad, la atención diferenciada y la reducción de brechas en el acceso a servicios oncológicos. Esta alineación fortalece la capacidad institucional para ofrecer una atención más justa, segura, humanizada y basada en evidencia, especialmente en los servicios de detección temprana, orientación, seguimiento, salud mental, apoyo psicosocial y continuidad del cuidado.

Alineación con Instrumentos Internacionales

La alineación del PEI 2026-2029 del INCART con instrumentos internacionales permite situar la planificación institucional dentro de los compromisos globales y regionales vinculados a salud, bienestar, reducción de enfermedades no transmisibles, cobertura sanitaria universal, seguridad del paciente, igualdad de género, transformación digital y calidad de los servicios. Esta vinculación no implica que el INCART sea responsable exclusivo de dichos compromisos, sino que contribuye desde su mandato como centro público especializado en oncología, integrado a la Red Pública de Servicios de Salud.

Tabla No. 7. República Dominicana: Alineación del INCART con instrumentos internacionales

Instrumento internacional	Enfoque	Relación con el INCART
Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible	Salud, bienestar, igualdad, reducción de desigualdades, sostenibilidad, instituciones eficaces y alianzas	El INCART contribuye principalmente al ODS 3, y de forma complementaria a los ODS 4, 5, 9, 10, 12, 16 y 17, desde su rol como centro público especializado en oncología
Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030	Reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, prevención, tratamiento y fortalecimiento de capacidades sanitarias	El cáncer forma parte de las enfermedades no transmisibles priorizadas, por lo que el INCART aporta mediante diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos
Plan de Acción de la OPS sobre Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles 2025-2030	Aceleración regional de acciones para prevención, control y atención de ENT en los Estados Miembros	El INCART contribuye a la respuesta nacional frente al cáncer mediante servicios especializados, detección temprana, articulación con la red y mejora de calidad
Cobertura Sanitaria Universal	Acceso de todas las personas a servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin dificultades financieras	El INCART aporta al acceso a servicios especializados de cáncer dentro de la Red Pública, especialmente para pacientes referidos, vulnerables o con necesidad de atención de alta complejidad
Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino	Vacunación, tamizaje y tratamiento oportuno para avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública	El INCART se vincula mediante servicios de Papanicolaou, citología, evaluación ginecológica, anatomía patológica, diagnóstico especializado y seguimiento de resultados alterados
Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030	Eliminación del daño evitable en la atención de salud y fortalecimiento de la seguridad y calidad de los servicios	El INCART requiere servicios oncológicos seguros, protocolos clínicos, bioseguridad, registro de eventos adversos, comités hospitalarios y gestión de riesgos
Estrategia Mundial de Salud Digital 2020-2025	Uso de tecnologías digitales para fortalecer los sistemas de salud, mejorar información, acceso, eficiencia y toma de decisiones	El INCART se vincula por la necesidad de modernizar sistemas hospitalarios, expediente clínico, interoperabilidad, tableros, seguridad de la información y soporte TIC
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW	Igualdad, no discriminación y protección de los derechos de las mujeres	El INCART se relaciona mediante servicios de detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino, trato digno, confidencialidad, orientación y atención diferenciada
ISO 9001 y buenas prácticas internacionales de gestión de calidad	Enfoque al usuario, liderazgo, procesos, pensamiento basado en riesgos, información documentada, evaluación del desempeño y mejora continua	El INCART requiere fortalecer sus servicios mediante procesos documentados, trazabilidad, indicadores, auditorías internas, tratamiento de no conformidades y satisfacción usuaria

Fuente: Elaboración propia con base en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, los instrumentos de la OMS y OPS sobre enfermedades no transmisibles, cobertura sanitaria universal, eliminación del cáncer cervicouterino, seguridad del paciente, salud digital, CEDAW, principios de gestión de calidad ISO 9001 y la matriz estratégica del PEI INCART 2026-2029

DIAGNÓSTICO DEL CONTEXTO EXTERNO

Contexto Político e Institucional

El contexto político e institucional del sector salud dominicano se caracteriza por una estructura de gobernanza basada en la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejerce la rectoría sanitaria y define las políticas, regulaciones y estándares técnicos; el Servicio Nacional de Salud coordina y gestiona la Red Pública de Servicios de Salud; el Consejo Nacional de Seguridad Social, la SISALRIL y las administradoras de riesgos de salud intervienen en el aseguramiento y financiamiento; y los establecimientos públicos ejecutan la prestación directa en los distintos niveles de atención. Esta distribución procura reducir la concentración de funciones, aunque exige mecanismos permanentes de coordinación para evitar fragmentación, duplicidad de responsabilidades y vacíos en la continuidad asistencial.

La creación del SNS mediante la Ley Núm. 123-15 consolidó un modelo institucional organizado en tres niveles: central, regional y operativo. El nivel central conduce y supervisa la red; los diez (10) Servicios Regionales de Salud articulan la gestión territorial; y los establecimientos del Primer Nivel y del nivel especializado prestan los servicios directamente a la población. Dentro de esta estructura, el funcionamiento de la atención oncológica depende de que las decisiones del nivel central, la coordinación regional y la capacidad operativa de los establecimientos se traduzcan en rutas asistenciales integradas, criterios homogéneos de referencia y disponibilidad efectiva de servicios especializados.

El entorno político también condiciona la continuidad de las prioridades sanitarias. La prevención y el control del cáncer requieren intervenciones que superan un período gubernamental, debido al tiempo necesario para fortalecer tamizaje, diagnóstico, infraestructura, talento humano, abastecimiento, sistemas de información y resultados de supervivencia. Los cambios de autoridades, prioridades presupuestarias o enfoques de gestión pueden afectar la continuidad de programas, inversiones y procesos de transformación. El propio PEI SNS identifica la falta de continuidad institucional, las restricciones fiscales, las presiones gremiales y las dificultades de gobernanza como amenazas para el logro de sus resultados.

En este contexto, el cáncer demanda una gobernanza interinstitucional específica. Su abordaje involucra al MISPAS, SNS, Servicios Regionales de Salud, SeNaSa, SISALRIL, CNSS, PROMESE/CAL, DIGEMAPS, centros de primer nivel, hospitales generales, centros especializados, universidades, sociedades médicas y organizaciones de apoyo. La efectividad de esta coordinación depende de pasar de intercambios informales a mecanismos institucionalizados, con responsabilidades, metas, financiamiento, sistemas de información e indicadores compartidos. La literatura técnica regional

identifica precisamente el marco normativo, la gobernanza, los recursos, la información y las capacidades subnacionales como condiciones necesarias para una acción intersectorial efectiva.

Tabla No. 8. República Dominicana: Principales actores del entorno político e institucional oncológico

Actor	Responsabilidad sectorial	Relación con la respuesta al cáncer
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Rectoría, regulación y definición de políticas sanitarias	Planes, guías, protocolos, vigilancia, habilitación y prioridades nacionales de cáncer
Servicio Nacional de Salud	Gestión y coordinación de la Red Pública	Organización de servicios, asistencia técnica, referencia, contrarreferencia y capacidad resolutiva
Servicios Regionales de Salud	Coordinación territorial de la red	Captación, referencia, seguimiento y articulación entre establecimientos
Ministerio de Hacienda y Economía	Finanzas públicas, planificación e inversión pública	Asignación presupuestaria, programación plurianual, inversión y evaluación de resultados
CNSS y SISALRIL	Regulación del aseguramiento y protección de derechos	Cobertura del PDSS, tarifas, prestaciones y relación entre aseguradoras y prestadoras
SeNaSa y demás ARS	Financiamiento y autorización de servicios	Cobertura de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y seguimiento
PROMESE/CAL	Compra y distribución de medicamentos e insumos públicos	Disponibilidad de medicamentos esenciales, reactivos y productos críticos
DIGEMAPS	Regulación de medicamentos y productos sanitarios	Registro, calidad, seguridad y vigilancia de tecnologías sanitarias
Prestadores de la Red Pública	Prestación directa en diferentes niveles	Prevención, sospecha, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos
Universidades y sociedades científicas	Formación, investigación y actualización técnica	Desarrollo de especialistas, evidencia clínica y protocolos oncológicos

Fuente: Elaboración propia con base en el marco institucional del Sistema Nacional de Salud y el PEI SNS 2025-2028.

En síntesis, el entorno político e institucional ofrece un marco normativo y organizativo capaz de sostener una respuesta nacional frente al cáncer, pero su efectividad depende de la coordinación real entre rectoría, planificación, financiamiento, aseguramiento y provisión. La principal implicación externa es la necesidad de mantener alineación sectorial, asegurar continuidad de las políticas, formalizar mecanismos de articulación y vincular las prioridades oncológicas con decisiones presupuestarias, regulatorias y territoriales.

Contexto Nacional y Sectorial de Salud

El INCART formula su PEI 2026-2029 dentro de un contexto sanitario nacional marcado por la separación de funciones entre rectoría, financiamiento y provisión de servicios. En este modelo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejerce la rectoría sanitaria, mientras que el Servicio Nacional de Salud (SNS) tiene la responsabilidad de gestionar, coordinar y fortalecer la Red Pública de Servicios de Salud.

Al respecto, el PEI del SNS 2025-2028 establece que el SNS opera en tres niveles: central, regional y operativo, y que su propósito es garantizar servicios de salud oportunos, equitativos y de calidad, articulados en redes integradas de atención. Dentro de este marco, el INCART se ubica como un centro público especializado en oncología, de tercer nivel y referencia nacional, con una función diferenciada frente a los establecimientos generales de la Red Pública.

Su aporte no se limita a recibir pacientes con diagnóstico confirmado, sino que se vincula con prevención, detección temprana, diagnóstico especializado, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos, docencia, investigación y apoyo técnico a la continuidad del cuidado. Esta posición institucional exige que el PEI del INCART se alinee con el PEI del SNS, sin perder su especificidad oncológica.

El contexto sectorial muestra una presión creciente asociada a la transición epidemiológica. El PEI del SNS identifica el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluida la carga del cáncer, como uno de los principales desafíos del sistema de salud. Esta tendencia incrementa la demanda de servicios especializados, medicamentos, insumos, tecnologías diagnósticas, hospitalización, procedimientos, seguimiento y talento humano calificado. Para el INCART, esto implica fortalecer su capacidad de respuesta y, al mismo tiempo, mejorar la coordinación con el Primer Nivel de Atención, hospitales generales, centros diagnósticos y servicios regionales de salud.

Otro factor relevante del contexto es la persistencia de brechas de acceso y fragmentación de los servicios. El PEI SNS señala debilidades en la referencia y contrarreferencia, así como desigualdades territoriales en la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos y servicios especializados. Para una institución oncológica nacional, estas condiciones se traducen en pacientes que llegan tardíamente, duplicidad de estudios, pérdida de seguimiento, concentración de demanda en el tercer nivel y presión sobre servicios clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de apoyo.

Desde el enfoque de calidad, el contexto sectorial demanda que el INCART fortalezca una gestión basada en procesos, evidencia, trazabilidad, control de riesgos y mejora continua. La atención oncológica de alta complejidad requiere procesos documentados, indicadores verificables, control documental, auditorías internas, acciones correctivas, tratamiento de no conformidades, seguridad del paciente y medición de la satisfacción usuaria. Esta lógica permite conectar la gestión clínica y administrativa con los estándares institucionales que exige la Red Pública y con las buenas prácticas de gestión de calidad aplicables a servicios de salud.

Ilustración No. 5. República Dominicana: Contexto nacional y sectorial para el PEI del INCART

Elemento del contexto	Situación sectorial identificada	Implicación para el INCART	Respuesta esperada en el PEI 2026-2029
Rectoría y provisión de servicios	Separación entre rectoría sanitaria y gestión de la Red Pública	El INCART debe alinear su planificación con el MISPAS, SNS y SRS Ozama	Vincular ejes, resultados, productos y líneas de acción con prioridades sectoriales
Red Pública de Servicios de Salud	Organización en niveles central, regional y operativo	El INCART actúa como centro especializado de tercer nivel y referencia nacional	Fortalecer atención especializada y articulación con la red
Transición epidemiológica	Aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo cáncer	Mayor demanda de servicios oncológicos especializados	Priorizar atención integral, diagnóstico oportuno y continuidad terapéutica
Fragmentación de servicios	Debilidades en referencia, contrarreferencia y seguimiento	Riesgo de retrasos, duplicidades y pérdida de continuidad asistencial	Consolidar rutas, seguimiento, retorno organizado y coordinación interinstitucional
Brechas territoriales	Desigualdad en acceso a servicios especializados y talento humano	Presión sobre el INCART por demanda nacional y casos complejos	Fortalecer coordinación con Primer Nivel, hospitales y SRS
Gestión operativa anual	POA 2026 con actividades de calidad, TIC, RRHH, compras, control y atención al usuario	Necesidad de conectar actividades anuales con visión estratégica de cuatro años	Alinear PEI, POA, PACC, presupuesto, metas e indicadores
Calidad y control	Exigencia de servicios seguros, trazables, medibles y orientados al usuario	Necesidad de fortalecer procesos, riesgos, auditorías y mejora continua	Consolidar gestión por procesos, seguridad del paciente y satisfacción usuaria

Fuente: Elaboración propia con base en el PEI SNS 2025-2028, la matriz estratégica del PEI INCART 2026-2029 y el POA Presupuestado 2026 del INCART.

En síntesis, el contexto nacional y sectorial confirma que el INCART debe responder a una doble exigencia: aportar a las prioridades del SNS como parte de la Red Pública y, al mismo tiempo, fortalecer su capacidad especializada frente a la carga creciente del cáncer. Esta lectura justifica que el PEI del INCART se debe enfocar en atención oncológica integral, detección temprana, continuidad asistencial, talento humano especializado, calidad, transformación digital, sostenibilidad operativa y mejora continua.

Los factores anteriormente descritos evidencian que la respuesta frente al cáncer no depende exclusivamente del incremento de la oferta de servicios especializados. También requiere fortalecer la prevención, la detección temprana, la articulación de la Red Pública de Servicios de Salud, la continuidad asistencial, el financiamiento sostenible y la disponibilidad de talento humano especializado.

Transición Epidemiológica y Carga Creciente del Cáncer

La República Dominicana atraviesa una transición epidemiológica marcada por el peso creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El PEI SNS 2025-2028 identifica expresamente la “carga creciente de enfermedades crónicas y cáncer” como uno de los principales problemas del sistema, debido a la evolución demográfica y epidemiológica de la población, y a su efecto directo en el aumento de la demanda de atención especializada. Esta situación coloca al INCART en una posición crítica dentro de

la Red Pública, porque concentra servicios de alta complejidad para diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos y soporte terapéutico del cáncer.

A nivel regional, la magnitud del problema confirma que el cáncer no constituye una demanda episódica, sino una presión sanitaria estructural. En las Américas se registraron más de 4.2 millones de nuevos casos de cáncer en 2022, con una proyección de aumento de 60% hacia 2045, hasta alcanzar aproximadamente 6.7 millones de casos anuales. En ese mismo año, el cáncer provocó 1.4 millones de muertes en la región, de las cuales 45% ocurrió en personas menores de 69 años. Esta información refuerza la importancia de orientar el PEI del INCART hacia detección temprana, tratamiento oportuno, continuidad asistencial y reducción de muertes prevenibles por cáncer.

En el caso dominicano, los indicadores históricos del INCART ya evidenciaban la relevancia del cáncer dentro del perfil nacional de mortalidad. El documento de Indicadores Estadísticos y Epidemiológicos INCART 2018-2019 señala que, según estimaciones del Observatorio Global del Cáncer para 2018, la incidencia del cáncer en República Dominicana rondaba los 18,000 casos, mientras que las muertes estimadas ascendían a 10,896. También indica que las neoplasias ocupaban la segunda posición entre las enfermedades que causaban mayor número de muertes en el país, y la tercera posición en años de vida ajustados por discapacidad.

La carga oncológica también se expresa en el comportamiento clínico de los pacientes que llegan al INCART. El mismo informe institucional 2018-2019 analizó 5,175 registros del registro hospitalario de cáncer para el período 2015-2019, de los cuales 1,065 fueron considerados para análisis de supervivencia. De estos, alrededor del 60% de los pacientes con fecha de defunción murió durante el primer año posterior a la fecha de incidencia de la enfermedad. El documento relaciona este comportamiento con varios factores, destacando el estadio en el que los pacientes llegan a recibir atención en el Instituto.

Este hallazgo tiene una implicación directa para el PEI 2026-2029: el fortalecimiento del INCART no debe limitarse a ampliar la respuesta curativa del tercer nivel, sino que debe articularse con la detección temprana, la referencia oportuna, el seguimiento de casos sospechosos y la trazabilidad entre el Primer Nivel, los hospitales generales, los centros diagnósticos y el centro especializado. De lo contrario, el Instituto seguirá recibiendo una proporción importante de pacientes en condiciones clínicas más avanzadas, con mayor costo, mayor complejidad terapéutica y menor margen de oportunidad para incidir en supervivencia.

La presión asistencial sobre el INCART se observa también en la producción institucional reciente. Según la serie de Producción de Servicios del SNS 2020-2026, las prestaciones principales del INCART pasaron de 276,478 en 2020 a 458,283 en 2025, lo que representa un incremento de 65.8% en el período.

Gráfica No. 1. República Dominicana: Evolución de las principales prestaciones de servicios del INCART, periodo 2020-2026*



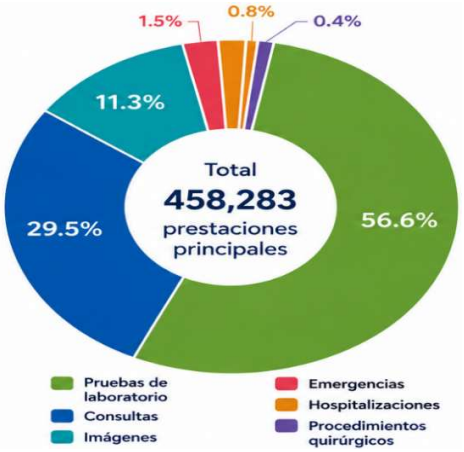
Fuente: Elaboración propia con base en Producción de Servicios, SNS 2020-2026*. El 2026 corresponde al primer trimestre. Cifras preliminares sujetas a rectificación.

Dentro de esa producción, las consultas aumentaron de 46,150 en 2020 a 135,044 en 2025; las imágenes pasaron de 21,215 a 51,590; las hospitalizaciones de 1,431 a 3,757; y los procedimientos quirúrgicos de 556 a 1,654. El año 2023 muestra un volumen atípicamente alto, con 804,563 prestaciones, por lo que debe leerse con cautela y validarse la metodología de registro antes de usarlo como tendencia lineal.

La composición de la producción 2025 muestra que la carga institucional se concentra en servicios diagnósticos y de consulta. Las pruebas de laboratorio representaron 56.6% de las prestaciones principales, las consultas 29.5% y las imágenes 11.3%. Esta distribución confirma que la respuesta oncológica del INCART depende de una red interna de servicios interdependientes. La consulta especializada no produce resultados oportunos si laboratorio, imágenes, anatomía patológica, banco de sangre, farmacia, quirófanos, hospitalización y sistemas de información no operan con continuidad, trazabilidad y capacidad suficiente.

Gráfica No. 2. República Dominicana: Distribución de las prestaciones principales del INCART, enero-diciembre 2025

Servicio	Cantidad	Participación
Pruebas de laboratorio	259,181	56.6%
Consultas	135,044	29.5%
Imágenes	51,590	11.3%
Emergencias	7,057	1.5%
Hospitalizaciones	3,757	0.8%
Procedimientos quirúrgicos	1,654	0.4%
Total	458,283	100.0%



Fuente: Elaboración propia con base en Producción de Servicios, SNS 2020-2026*. El 2026 corresponde al primer trimestre. Cifras preliminares sujetas a rectificación.

De su lado, la demanda preventiva vinculada a cáncer de mama y cáncer cervicouterino también evidencia una presión relevante. En 2025, las estadísticas mensuales del INCART registran 11,475 Papanicolaou, 8,831 sonomamografías, 5,953 mamografías bilaterales y 122 mamografías unilaterales. Además, se registraron 11,003 consultas de ginecología. Estos datos sostienen la pertinencia de los resultados intermedios del PEI orientados a fortalecer la detección temprana de cáncer de mama y cáncer cervicouterino, especialmente si se considera que el PEI del SNS vincula estos servicios con el incremento del acceso oportuno a servicios preventivos de salud.

Cuadro No. 2. República Dominicana: Servicios vinculados a detección temprana, INCART 2025

Servicio	Producción 2025	Lectura estratégica
Papanicolaou	11,475	Base operativa para fortalecer detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino
Sonomamografía	8,831	Apoyo diagnóstico para cáncer de mama
Mamografía bilateral	5,953	Servicio clave para tamizaje y diagnóstico oportuno de cáncer de mama
Mamografía unilateral	122	Servicio complementario para evaluación focalizada
Consulta de ginecología	11,003	Puerta clínica para evaluación, seguimiento y canalización diagnóstica

Fuente: INCART - Sistema de Información Hospitalaria (SHOS). Cifras preliminares a Diciembre 2025.

En los indicadores epidemiológicos 2018-2019 del INCART, el cáncer de próstata representó 30.4% de los casos masculinos registrados en 2018; el sistema hematopoyético 11.1%; colon 7.8%; piel 5.2%; bronquios y pulmón 4.5%; y ganglios linfáticos 4.5%. Esta distribución confirma que el cáncer de próstata constituye un componente relevante de la carga masculina atendida por el Instituto, y respalda la inclusión de un resultado intermedio específico para detección temprana, evaluación clínica y referencia oportuna en hombres. Sumado a esto, la concentración en laboratorio, consultas e

imágenes evidencia que la presión de la transición epidemiológica no recae solo en camas o procedimientos, sino en toda la cadena diagnóstica y de seguimiento.

Desde la relación con el aseguramiento público, el informe de SeNaSa sobre prevalencia de cáncer en la población afiliada indica que, entre enero 2020 y abril 2024, dos prestadores concentraron 84% de las autorizaciones por servicios vinculados a diagnósticos del Capítulo II del CIE-10. De ese total, 64% correspondió a la Liga Dominicana Contra el Cáncer y 18% al INCART. Este dato muestra el peso del Instituto dentro del circuito de atención oncológica financiado por el aseguramiento público y refuerza la necesidad de fortalecer la facturación, la documentación clínica, la reducción de objeciones y la sostenibilidad financiera de la atención especializada.

En síntesis, la transición epidemiológica no solo aumenta la cantidad de pacientes oncológicos; también cambia el tipo de respuesta que el INCART debe garantizar. Los datos muestran una demanda sostenida de consultas, servicios diagnósticos, hospitalización, procedimientos y prevención secundaria. Por tanto, el PEI 2026-2029 debe priorizar la detección temprana, la continuidad terapéutica, el fortalecimiento de la red interna de servicios, la referencia y contrarreferencia, la sostenibilidad financiera, el talento humano especializado y la gestión de calidad con procesos documentados, indicadores, auditorías, acciones correctivas y mejora continua.

Acceso, cobertura e inequidades territoriales en salud

El acceso a los servicios de salud debe diferenciarse de la afiliación al aseguramiento. El PEI SNS 2025-2028 señala que la cobertura del Sistema Dominicano de Seguridad Social supera el 98% de la población y registra, para diciembre de 2024, 5,715,856 afiliados al Régimen Subsidiado y 4,789,676 al Régimen Contributivo. Sin embargo, el propio documento reconoce que el crecimiento de la afiliación no ha estado acompañado por un fortalecimiento proporcional de la capacidad resolutiva de la Red Pública. Por tanto, disponer de cobertura financiera no garantiza acceso territorial, diagnóstico oportuno, disponibilidad de especialistas, continuidad terapéutica ni atención oncológica efectiva.

La distribución de camas hospitalarias confirma estas diferencias. En 2023, la Red Pública disponía de 8,526 camas para 10,711,155 habitantes, equivalentes a 0.80 camas por cada mil habitantes. La Región Ozama registraba 2,510 camas para 4,116,946 habitantes, con un índice de 0.61, inferior en 24% al promedio nacional. Dentro de la propia región existe una brecha significativa: el Distrito Nacional alcanzaba 0.97 camas por cada mil habitantes, mientras la provincia Santo Domingo registraba 0.49. Esto significa que la disponibilidad relativa del Distrito Nacional era casi dos veces la correspondiente a la provincia Santo Domingo, aunque ambos territorios integran el mismo Servicio Regional de Salud.

La distribución de establecimientos muestra otra dimensión del problema. Conforme a la datos del SNS correspondiente a 2022, la Región Ozama concentraba 38.2% de la población nacional, pero contaba con 18.6% de los establecimientos del Primer Nivel y 19.0% de los establecimientos de nivel especializado. Estos porcentajes no miden el tamaño, la cartera ni la capacidad de cada establecimiento, pero evidencian una elevada presión poblacional sobre la infraestructura disponible.

La región tenía 312 establecimientos del Primer Nivel y 37 especializados para 4,060,388 habitantes, mientras Cibao Norte contaba con 211 y 31, respectivamente, para una población de 1,634,577 habitantes.

La concentración de recursos humanos especializados sigue una lógica urbana. En 2024, la Región Ozama reunía 2,621 de los 7,975 médicos especialistas registrados en el nivel especializado de la Red Pública, equivalentes al 32.9%, y 764 de los 2,954 bioanalistas, equivalentes al 25.9%. Aunque representa la mayor concentración absoluta del país, esta disponibilidad debe analizarse frente al peso poblacional de la región y a la demanda nacional que reciben sus centros de referencia. El SNS reconoce que la asignación de especialistas continúa concentrada en las principales áreas urbanas y que las regiones rurales y fronterizas presentan mayores dificultades para atraer y retener personal calificado.

Los datos agregados de camas o establecimientos tampoco describen por sí mismos el acceso oncológico. Por ejemplo, El Valle registraba 2.38 camas por cada mil habitantes y Enriquillo 1.28 en 2023, ambos valores superiores al promedio nacional. Sin embargo, el PEI SNS identifica a estas regiones entre las de menor disponibilidad de servicios especializados. La diferencia se explica porque una cama hospitalaria o un establecimiento clasificado como especializado no garantiza disponibilidad de oncólogos, anatomía patológica, cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear, estudios moleculares, banco de sangre, cuidados paliativos o medicamentos de alto costo. La medición del acceso al cáncer requiere considerar la cartera efectiva, el talento humano, los equipos, los tiempos de atención y la continuidad entre servicios.

Las brechas territoriales se agravan por las condiciones económicas y sociales. El PEI SNS señala que Elías Piña y Pedernales registran menos de un médico por cada mil habitantes, mientras Santo Domingo supera los cuatro. También identifica limitaciones de acceso en Montecristi, Elías Piña, San Juan, Independencia, Bahoruco, Pedernales, Barahona, Azua, San José de Ocoa, Monte Plata, Hato Mayor, El Seibo, Santiago Rodríguez, Valverde y La Altagracia. El PNPSP reporta que Enriquillo y El Valle presentan las mayores proporciones de hogares en pobreza monetaria e indigencia, con 41.35% y 24.58%, respectivamente. En estos territorios, la distancia hacia el INCART se combina con gastos de transporte, alojamiento, alimentación, acompañamiento y pérdida de ingresos durante consultas, estudios y ciclos de tratamiento.

El PEI SNS también toma como referencia un gasto de bolsillo cercano al 43% del gasto total en salud de las familias. Este dato procede del Banco Mundial y corresponde a 2018, por lo que no debe presentarse como estimación vigente para 2026. No obstante, constituye una evidencia estructural de la carga económica asumida directamente por los hogares y resulta relevante para una enfermedad que requiere múltiples desplazamientos, estudios, tratamientos prolongados y acompañamiento familiar.

Para el INCART, estas desigualdades adquieren una expresión concreta. Aunque está ubicado en la Región Ozama, su rol es nacional. En 2025 registró 458,283 prestaciones principales, entre ellas 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 7,057 emergencias, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. También dispone de 94 camas habilitadas y 22

sillones de Hospital de Día para adultos, distribuidos en 17 cubículos. Asimismo, el área de oncopediatría dispone de 37 camas habilitadas, 12 sillones destinados a la prestación del servicio de Hospital de Día. para atender una demanda cuya procedencia territorial no está consolidada. Estos datos corresponden a servicios prestados, no a pacientes únicos, por lo que no deben interpretarse como cantidad de personas atendidas.

La concentración de servicios diagnósticos y terapéuticos en un establecimiento ubicado en el Distrito Nacional obliga a los pacientes de otros territorios a realizar viajes sucesivos para consultas, toma de muestras, imágenes, confirmación anatomopatológica, autorizaciones, cirugía, quimioterapia, radioterapia y seguimiento. Una reprogramación causada por falta de medicamentos, insumos, equipos, autorizaciones o disponibilidad médica tiene un efecto mayor sobre quienes proceden de territorios alejados, debido a que genera nuevos gastos y aumenta el riesgo de incumplimiento de citas, interrupción terapéutica o abandono.

La producción preventiva presenta la misma limitación territorial. En 2025, el INCART realizó 11,475 Papanicolaou, 8,870 sonomamografías, 5,953 mamografías bilaterales y registró 4,006 consultas de urología. Estas cantidades muestran actividad institucional, pero no permiten calcular cobertura efectiva, debido a que las bases no identifican de forma sistemática la población elegible, las personas únicas atendidas, la residencia, la repetición de pruebas ni la proporción que completó confirmación diagnóstica y tratamiento. Denominar estos volúmenes como cobertura produciría una interpretación incorrecta.

La principal brecha para analizar la equidad territorial del INCART es la información disponible. Los registros revisados no incluyen de manera consolidada provincia y municipio de residencia, SRS de procedencia, establecimiento de origen, fecha de referencia, tiempo hasta la primera consulta especializada, fecha de confirmación diagnóstica, inicio del tratamiento, contrarreferencia, abandono o interrupción. En 2025 se registraron 132 emergencias referidas desde otros establecimientos, equivalentes al 1.9% de las emergencias atendidas, pero este dato no representa el flujo total de referencias, porque excluye las derivaciones programadas y no identifica el territorio ni el establecimiento de origen.

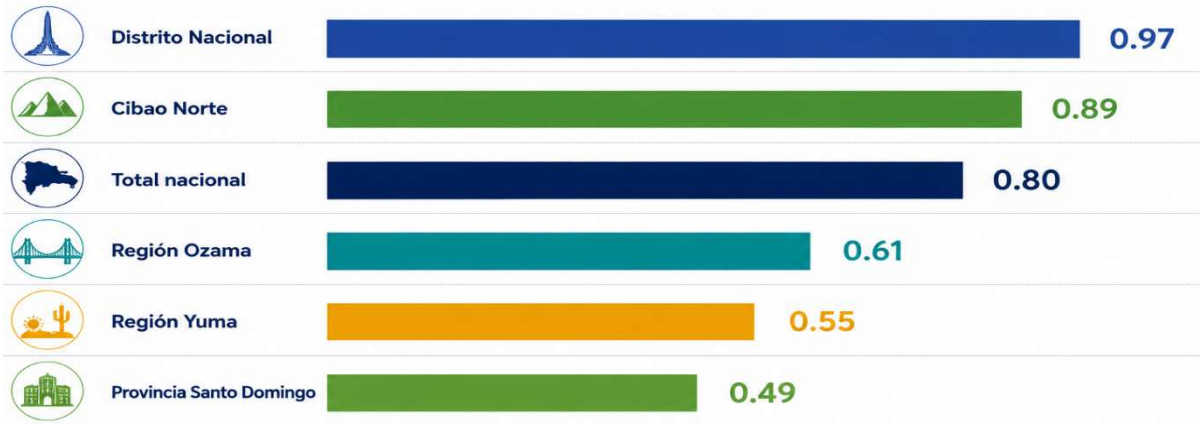
Cuadro No. 3. República Dominicana: Indicadores relacionados con acceso e inequidad territorial

Fuente: Elaboración propia con base en el PEI SNS 2025-2028, el PNPSP 2025-2028, las Estadísticas completas INCART 2025 y la H5 del PEI INCART 2026-2029

Cobertura del SDSS	Superior al 98%	Participación de Ozama en establecimientos especializados	19.0%
Camas de la Red Pública, 2023	0.80 por cada mil habitantes	Médicos especialistas concentrados en Ozama, 2024	32.9% del total
Camas en Región Ozama, 2023	0.61 por cada mil habitantes	Hogares en pobreza monetaria e indigencia en Enriquillo	41.35%
Camas en Distrito Nacional, 2023	0.97 por cada mil habitantes	Hogares en pobreza monetaria e indigencia en El Valle	24.58%
Camas en provincia Santo Domingo, 2023	0.49 por cada mil habitantes	Prestaciones principales del INCART, 2025	458,283
Participación de Ozama en la población, 2022	38.2%	Emergencias referidas desde otros establecimientos	132
Participación de Ozama en establecimientos del Primer Nivel	18.6%	Producción con provincia o municipio de residencia	No disponible

El gráfico siguiente presenta la disponibilidad relativa de camas hospitalarias de la Red Pública por cada mil habitantes en 2023, permitiendo comparar la Región Ozama y sus principales territorios con el promedio nacional y otras regiones seleccionadas.

Gráfica No. 3. República Dominicana: Disponibilidad de camas de la Red Pública por cada mil habitantes según territorio, 2023



Fuente: Elaborado a partir de datos del Observatorio Nacional de Salud (ONS) MISPAS. Datos preliminares

Los datos evidencian una brecha intrarregional, ya que el Distrito Nacional registra 0.97 camas por cada mil habitantes, mientras la provincia Santo Domingo alcanza 0.49 y la Región Ozama, en conjunto, se sitúa en 0.61, por debajo del promedio nacional de 0.80. Este indicador permite aproximarse a la presión sobre la infraestructura hospitalaria, aunque no refleja por sí mismo la disponibilidad de servicios oncológicos, especialistas, equipos ni capacidad resolutiva.

Organización de la Red Pública y Articulación entre Niveles de Atención

La Red Pública de Servicios de Salud se organiza en dos dimensiones que conviene diferenciar. En el plano institucional, el Servicio Nacional de Salud opera mediante un nivel central, diez Servicios Regionales de Salud y un nivel operativo integrado por los establecimientos que prestan atención directa. En el plano asistencial, la provisión se ordena por niveles de complejidad creciente, con un Primer Nivel responsable de promoción, prevención, captación, atención básica y seguimiento, y un nivel complementario integrado por hospitales generales, centros diagnósticos y establecimientos especializados de segundo y tercer nivel.

La distribución regional presentada en el PEI SNS 2025-2028 registra 1,679 establecimientos del Primer Nivel y 195 establecimientos especializados. La Región Ozama concentra 312 establecimientos del Primer Nivel y 37 especializados para una población de 4,060,388 habitantes. Esto representa 38.2% de la población considerada en la matriz del SNS, pero 18.6% de los establecimientos del Primer Nivel y 19.0% de los especializados. Aunque el número de establecimientos no refleja su tamaño, cartera ni capacidad instalada, la diferencia muestra la presión poblacional que enfrenta la red metropolitana y los centros de referencia ubicados en este territorio.

Cuadro No. 4. República Dominicana: Distribución de la Red Pública Nacional y de la Región Ozama

Ámbito	Población	Primer Nivel	Nivel especializado	Primer Nivel por 100,000 habitantes	Especializados por 100,000 habitantes
Red Pública Nacional	10,621,938	1,679	195	15.8	1.8
Región Ozama	4,060,388	312	37	7.7	0.9
Participación de Ozama	**38.2%**	**18.6%**	**19.0%**	**No aplica**	**No aplica**

Fuente: Cálculos propios con base en la Tabla 5 del PEI del SNS 2025-2028. El número de establecimientos no mide diferencias de tamaño, cartera, personal, equipamiento ni capacidad resolutiva.

Dentro de esta organización, el INCART ocupa el nivel de mayor complejidad. El Manual de Organización y Funciones lo clasifica como hospital de tercer nivel, altamente especializado, dedicado al cáncer y de referencia nacional. El mismo documento define el sistema de referencia y contrarreferencia como el conjunto organizado de procedimientos para la circulación segura y efectiva de usuarios y muestras. Esta precisión tiene especial importancia en oncología, donde la articulación abarca pacientes, biopsias, láminas, bloques de parafina, resultados de laboratorio, imágenes, informes clínicos y decisiones terapéuticas.

La articulación oncológica requerida debe iniciar en el Primer Nivel con orientación, identificación de factores de riesgo, sospecha clínica, tamizaje y seguimiento. Los hospitales generales y centros diagnósticos deben completar la evaluación inicial, gestionar estudios disponibles y referir los casos que requieren mayor capacidad resolutiva.

El INCART concentra la confirmación diagnóstica especializada, estadificación, cirugía oncológica, quimioterapia, radio-oncología, medicina nuclear, anatomía patológica, banco de sangre, cuidados paliativos y demás servicios de alta complejidad incluidos en su cartera institucional. Una vez estabilizado el paciente o concluida la fase que exige atención especializada, la red debe sostener el seguimiento compartido y el retorno organizado al establecimiento de origen.

Tabla No. 9. República Dominicana: Función esperada de cada nivel en la ruta oncológica

Nivel o instancia	Función dentro de la red	Entrega esperada al nivel siguiente	Brecha que afecta al INCART
Primer Nivel de Atención	Promoción, orientación, identificación de riesgos, sospecha, tamizaje y seguimiento territorial	Referencia oportuna con antecedentes, hallazgos, estudios y datos de contacto	Sospecha tardía, referencias incompletas y escaso seguimiento territorial
Hospitales generales y centros diagnósticos	Evaluación especializada inicial, estudios disponibles, estabilización y preparación del caso	Expediente clínico organizado, resultados diagnósticos y criterio de referencia	Duplicidad de estudios, variabilidad de criterios y retrasos diagnósticos
Servicio Regional Ozama y demás SRS	Coordinación territorial, gestión de flujos, apoyo técnico y seguimiento de la red	Rutas, acuerdos, reportes e identificación del establecimiento de origen	Coordinación heterogénea y ausencia de indicadores compartidos
INCART	Diagnóstico y tratamiento oncológico de alta complejidad, seguimiento especializado y cuidados paliativos	Plan terapéutico, resultados, indicaciones de seguimiento y contrarreferencia	Concentración de casos complejos, demanda acumulada y limitada trazabilidad externa
Establecimiento de origen	Seguimiento compartido, continuidad del cuidado, apoyo social y vigilancia de signos de alarma	Reportes de evolución y nueva referencia cuando corresponda	Retorno no documentado, pérdida de seguimiento y dependencia del tercer nivel

Fuente: Elaboración propia con base en el PEI SNS 2025-2028, el Manual de Organización y Funciones y el POA 2026 del INCART.

La articulación existente presenta debilidades reconocidas por el propio SNS. Su diagnóstico señala que la débil coordinación entre el Primer Nivel y los servicios especializados limita la continuidad asistencial, genera duplicidad de procedimientos, retrasa la resolución de los casos y reduce la calidad percibida. También identifica la falta de interoperabilidad y de un sistema fortalecido de referencia y contrarreferencia como causas de una experiencia asistencial fragmentada.

En el INCART existe una base operativa para registrar estos flujos. El POA Presupuestado 2026 programa mensualmente el “Registro de las referencias y contrarreferencias de la Red”, bajo responsabilidad de Atención a Usuarios. No obstante, los insumos revisados no presentan una línea base consolidada sobre cantidad de referencias recibidas, procedencia territorial, completitud documental, referencias aceptadas o devueltas, tiempo hasta la primera consulta, contrarreferencias emitidas, retornos efectivos ni pacientes perdidos durante el seguimiento. La existencia del reporte mensual representa un control administrativo, pero no permite todavía medir la efectividad clínica de la articulación.

El PEI del SNS plantea aumentar la proporción de consultas realizadas en el Primer Nivel de 38% en 2023 a 50% en 2028. Para el INCART, este reequilibrio implica que el tercer nivel debe concentrarse en los casos que requieren capacidad oncológica especializada, mientras el Primer Nivel y los establecimientos de origen asumen mayor participación en captación, orientación, seguimiento y continuidad territorial. El logro de esta distribución depende de criterios clínicos homogéneos, personal formado, sistemas de información conectados y mecanismos efectivos de contrarreferencia.

La respuesta estratégica del INCART debe avanzar desde el registro de movimientos hacia un sistema trazable de gestión de la ruta oncológica. Esto requiere criterios de sospecha y prioridad, un paquete mínimo para referir pacientes y muestras, responsables definidos, tiempos de respuesta, confirmación de recepción, contrarreferencia documentada e indicadores compartidos con el SNS y los SRS. Desde la lógica de calidad, el proceso debe mantenerse documentado, sujeto a auditoría, medición de incumplimientos, análisis de causas y acciones correctivas. Estas condiciones permitirán reducir duplicidades, demoras, pérdida de información y sobrecarga evitable del tercer nivel.

Demanda de Servicios Oncológicos Especializados y Presión sobre el Tercer Nivel

La demanda atendida por el INCART presenta un comportamiento estructuralmente alto y una expansión significativa respecto de 2020. La serie estandarizada del SNS muestra que la producción seleccionada pasó de 276,478 prestaciones en 2020 a 458,283 en 2025, equivalente a un crecimiento acumulado de 65.8%. El mayor volumen se registró en 2023, con 804,563 prestaciones, seguido de una reducción en 2024 y 2025.

Sin embargo, ambos años permanecieron por encima del nivel de 2020, por lo que la disminución respecto del pico no debe interpretarse como desaparición de la presión asistencial. El valor de 2023 requiere validación metodológica antes de ser usado como base para proyecciones, debido a su diferencia respecto de los años anteriores y posteriores.

Durante enero-marzo de 2026 se registraron 140,218 prestaciones principales. Este volumen equivale a un promedio mensual de 46,739 prestaciones, frente a 38,190 mensuales en 2025, una diferencia aproximada de 22.4%. El corte trimestral no constituye una proyección anual, pero representa una señal temprana de que la presión operativa continúa y deberá ser observada durante el resto del año. Además, los registros corresponden a prestaciones y no a pacientes únicos, debido a que una misma persona genera múltiples consultas, pruebas, imágenes, procedimientos y tratamientos durante su ruta oncológica.

La composición de la producción muestra que el mayor peso operativo se concentra en la cadena diagnóstica y ambulatoria. En 2025, las pruebas de laboratorio representaron 56.6% de la producción seleccionada, las consultas 29.5% y las imágenes 11.3%. En conjunto, estos tres componentes concentraron 97.4% de las prestaciones analizadas. Este comportamiento confirma que la capacidad resolutiva del tercer nivel no depende únicamente de camas, cirugías o tratamientos, sino de la

disponibilidad continua de equipos, reactivos, personal técnico, anatomía patológica, sistemas de información y entrega oportuna de resultados.

El crecimiento más intenso se observa precisamente en servicios que requieren alta coordinación clínica y operativa. Entre 2020 y 2025, los procedimientos quirúrgicos aumentaron 197.5%, las consultas 192.6%, las hospitalizaciones 162.5% y las imágenes 143.2%. Las emergencias crecieron 70.1% y las pruebas de laboratorio 27.7%. Esto indica que la presión no se limita al aumento de pruebas diagnósticas, sino que alcanza componentes directamente vinculados con intervención terapéutica, manejo intrahospitalario y seguimiento especializado.

El crecimiento de las consultas presiona las agendas médicas, la admisión, el archivo clínico, la facturación, las autorizaciones, la orientación al usuario y el seguimiento subsecuente. El aumento de las imágenes y procedimientos quirúrgicos exige mayor disponibilidad de equipos, mantenimiento, especialistas, anestesia, quirófanos, esterilización, banco de sangre e insumos. A su vez, el incremento de las hospitalizaciones genera demanda adicional sobre camas, enfermería, medicamentos, laboratorio, alimentación, lavandería, limpieza, seguridad del paciente y gestión de egresos.

La capacidad hospitalaria reportada en 2024 incluía 48 habitaciones y 63 camas habilitadas para adultos. La Memoria Institucional 2024 registra alrededor de 2,800 ingresos anuales, equivalentes a una relación aproximada de 44 ingresos por cama habilitada al año, sin ajustar por estancia media, ocupación, cierres temporales o diferencias entre tipos de camas. El mismo documento reporta entre 10 y 15 ingresos diarios y aproximadamente 250 mensuales, lo que confirma una demanda continua sobre hospitalización y sus servicios de apoyo.

El Hospital de Día pasó de 12 a 22 sillones de tratamiento, distribuidos en 17 cubículos, incremento físico de 83.3% dirigido a ampliar la aplicación ambulatoria de preparados citostáticos e inyecciones para tratamiento oncológico. Esta expansión permite desconcentrar parte de la atención que no requiere ingreso, pero genera nuevas necesidades de personal, central de mezclas, farmacia, medicamentos, control de calidad, manejo de residuos, programación de turnos y seguimiento de pacientes. La ampliación física, por tanto, incrementa la capacidad potencial, pero no garantiza por sí misma una mayor capacidad efectiva.

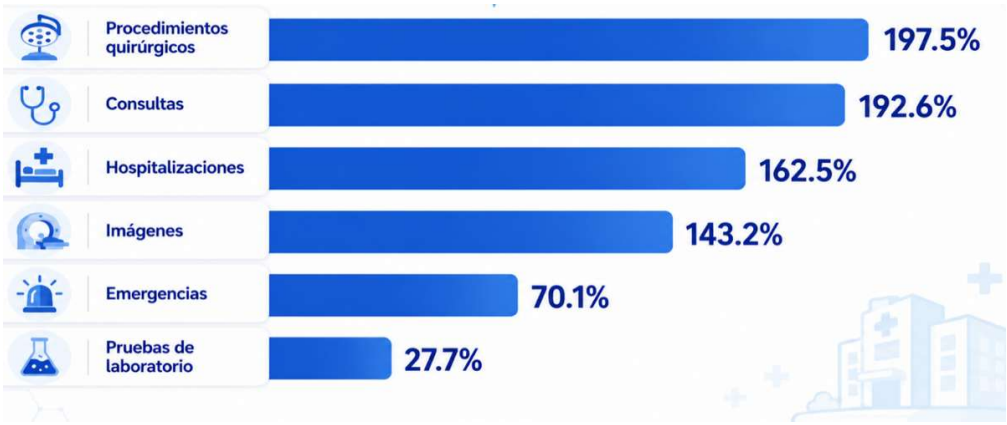
La presión sobre el tercer nivel también está relacionada con el momento en que el paciente ingresa a la ruta especializada. La H8 identifica la llegada de pacientes en estadios avanzados, el aumento de tratamientos prolongados y combinados, y la concentración nacional de servicios oncológicos de alta complejidad como causas de la limitada capacidad de respuesta institucional. Cuando la sospecha, el estudio inicial, la referencia o el seguimiento territorial no funcionan oportunamente, el INCART recibe pacientes con mayores necesidades de diagnóstico, hospitalización, cirugía, medicamentos, hemoderivados, cuidados paliativos y apoyo psicosocial.

Esta concentración genera además un uso del tercer nivel en actividades que deben estar compartidas con otros componentes de la red. El Primer Nivel, los hospitales generales y los centros diagnósticos deben participar en prevención, sospecha temprana, evaluación inicial, seguimiento de pacientes

estables y continuidad territorial. Cuando estas funciones no se desarrollan de manera suficiente, se producen duplicidades de estudios, referencias incompletas, pérdida de seguimiento, retrasos en tratamiento y concentración innecesaria de pacientes en el INCART.

El comportamiento de la demanda se aprecia con mayor claridad al comparar la variación acumulada de cada servicio. El gráfico siguiente debe presentarse mediante barras horizontales, ordenadas desde el mayor incremento hasta el menor, para mostrar que los servicios con mayor crecimiento relativo son aquellos que demandan mayor coordinación clínica, infraestructura especializada y soporte institucional.

Gráfica No. 4. República Dominicana: Variación acumulada de la producción del INCART por tipo de servicio, 2020-2025



Fuente: Elaboración propia con base en Producción de Servicios SNS 2020-2026.

La lectura del gráfico anterior confirma que el reto del INCART no consiste únicamente en producir más servicios. El crecimiento de cirugías, consultas, hospitalizaciones e imágenes exige revisar la capacidad de los especialistas, el uso de quirófanos, los tiempos de espera, la rotación de camas, la disponibilidad de equipos, el abastecimiento, la programación terapéutica y la continuidad posterior al tratamiento. Un aumento de volumen sin mejoras equivalentes en estos componentes genera saturación, reprogramaciones y pérdida de oportunidad clínica.

Tabla No. 10. República Dominicana: Presión sobre el tercer nivel según componente institucional

Componente	Evidencia de presión	Efecto sobre la operación
Consulta externa	135,044 consultas en 2025 y crecimiento de 192.6% desde 2020	Sobrecarga de agendas, admisión, archivo, autorizaciones y seguimiento
Laboratorio e imágenes	310,771 prestaciones combinadas en 2025	Dependencia de reactivos, equipos, mantenimiento, lectura y entrega de resultados
Cirugía	Procedimientos casi triplicados respecto de 2020	Presión sobre quirófanos, anestesia, recuperación, banco de sangre e insumos
Hospitalización	63 camas habilitadas y alrededor de 2,800 ingresos anuales reportados en 2024	Mayor ocupación, presión sobre egresos y riesgo de espera para ingreso
	Ampliación de 12 a 22 sillones, distribuidos en 17 cubículos	Mayor capacidad física acompañada de nuevas necesidades operativas

Emergencia	7,057 atenciones en 2025	Demanda no programada sobre observación, médicos y camas
Farmacia y abastecimiento	Mayor demanda de citostáticos, medicamentos, reactivos e insumos	Riesgo de retraso diagnóstico o interrupción terapéutica
Talento humano	Expansión de servicios y nuevas tecnologías	Sobrecarga, dificultad para ampliar horarios y riesgo de rotación
Sistemas de información	Registros fragmentados de producción y capacidad	Decisiones reactivas y limitada trazabilidad del paciente

Fuente: Elaboración propia con base en el Diagnóstico Institucional Consolidado y la H8 del PEI INCART 2026-2029.

Ante esta presión, la respuesta debe orientarse a planificar la capacidad a partir de la demanda efectiva y no únicamente de la infraestructura disponible. Esto requiere integrar producción, pacientes únicos, tiempos de atención, listas de espera, utilización de camas y equipos, disponibilidad de personal, consumo de medicamentos e insumos, mantenimiento, costos y resultados clínicos.

Desde el enfoque de calidad, estos elementos deben gestionarse mediante procesos documentados, indicadores, análisis de riesgos, auditorías, tratamiento de desviaciones y acciones correctivas, de forma que el crecimiento de la producción se traduzca en atención oportuna, segura, continua y trazable.

Talento Humano Sanitario Especializado

La disponibilidad de talento humano sanitario constituye una restricción sectorial para ampliar el acceso, sostener la continuidad asistencial y operar servicios de alta especialización. En oncología, la suficiencia de personal no depende únicamente de la cantidad de servidores disponibles. También intervienen la combinación de perfiles, competencias clínicas y técnicas, cobertura de turnos, distribución territorial, estabilidad laboral, relevo generacional y capacidad para operar tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

En 2024, la Dirección Central del SNS y los Servicios Regionales de Salud reportaron 85,546 trabajadores. El 77.09% correspondía a mujeres, el 57.3% tenía más de 45 años y el 34.8% superaba los 50 años. El PEI del SNS estimó una disponibilidad de 22.09 profesionales de salud por cada 10,000 habitantes, frente a la referencia sectorial de al menos 25. La diferencia equivale a 2.91 profesionales por cada 10,000 habitantes, es decir, una brecha aproximada de 11.6%. La composición etaria advierte, además, una necesidad progresiva de relevo generacional, sucesión y transferencia de conocimientos.

La estructura demográfica del talento humano debe analizarse desde un enfoque de igualdad y no discriminación. La elevada participación femenina en la fuerza laboral sanitaria exige fortalecer políticas institucionales de corresponsabilidad, conciliación, protección de la maternidad y paternidad, salud ocupacional y desarrollo profesional, junto con mecanismos objetivos de cobertura de turnos y suplencias que aseguren la continuidad de los servicios. Estas medidas deben aplicarse con criterios de equidad y sin asociar las necesidades operativas a características personales del personal.

La distribución territorial muestra una concentración absoluta de personal especializado en la Región Ozama. En 2024, el nivel especializado de esta región registraba 1,406 médicos generales, 2,621 especialistas, 2,253 profesionales de enfermería, 2,488 auxiliares de enfermería, 764 bioanalistas y 1,795 trabajadores de otros perfiles sanitarios. Sin embargo, la concentración absoluta no equivale a suficiencia relativa. Ozama reunía 38.2% de la población nacional considerada por el SNS, pero concentraba 32.9% de los médicos especialistas, 35.8% de enfermería profesional y 25.9% de los bioanalistas registrados en el nivel especializado.

Esta diferencia adquiere mayor relevancia porque la Región Ozama alberga establecimientos de referencia nacional que reciben pacientes procedentes de otras regiones. En consecuencia, la relación entre población residente y personal disponible subestima la presión efectiva sobre los profesionales que trabajan en centros como el INCART. La carga de trabajo incorpora la demanda metropolitana y los pacientes referidos desde territorios con menor capacidad para diagnóstico, tratamiento y seguimiento oncológico.

El PEI del SNS también reconoce que la asignación de especialistas continúa concentrada en las principales zonas urbanas y que persisten dificultades para cubrir necesidades en áreas rurales y fronterizas. Esta distribución genera dos efectos sobre el INCART. Primero, incrementa las referencias de casos que no encuentran respuesta especializada en sus territorios. Segundo, dificulta el retorno de pacientes cuando el seguimiento requiere profesionales o servicios que no están disponibles en el establecimiento de origen.

Gráfica No. 5. República Dominicana: Disponibilidad sectorial de talento humano por cada 10,000 habitantes en la Red del SNS, 2024



Fuente: Elaborado a partir de la H14 del PEI INCART 2026-2029 y el Excel de datos del PNPSP actualización 2026.

Los indicadores anteriores corresponden a la Red Pública y no representan la dotación interna del INCART. El SNS mantiene la responsabilidad principal sobre su comportamiento sectorial, mientras el Instituto participa mediante formación, captación, desarrollo y disponibilidad de personal vinculado a oncología. Para evaluar su aporte real, estos indicadores deben acompañarse de mediciones internas

sobre médicos especialistas, enfermería oncológica, bioanalistas, psicólogos, técnicos, farmacéuticos y demás perfiles asignados a servicios críticos.

La meta de psicólogos presenta el mayor incremento relativo, con 93.2 %, seguida de bioanalistas, con 42.5 %. Estas variaciones responden a dos brechas relevantes para la atención oncológica. La primera corresponde a la necesidad de fortalecer psicooncología, salud mental, adherencia terapéutica, apoyo familiar y acompañamiento durante diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos. La segunda se relaciona con el peso del laboratorio, banco de sangre y anatomía patológica dentro de la confirmación diagnóstica y el seguimiento clínico.

Medicamentos, Insumos Críticos y Tecnologías Sanitarias

La atención del cáncer depende de una cadena sanitaria más compleja que la requerida para enfermedades de manejo ambulatorio convencional. La continuidad oncológica exige disponibilidad simultánea de medicamentos antineoplásicos y de soporte, reactivos diagnósticos, materiales para anatomía patológica, sangre y hemoderivados, radiofármacos, dispositivos médico-quirúrgicos, equipos biomédicos, repuestos, mantenimiento especializado y sistemas de información. La ausencia de uno de estos componentes puede retrasar la confirmación diagnóstica, la estadificación, la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la medicina nuclear o los cuidados paliativos.

En el contexto nacional, el abastecimiento de medicamentos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio para el Sistema Público Nacional de Salud se articula principalmente a través de PROMESE/CAL. El PLANDES 2030 señala que, mediante los decretos Núm. 608-12 y 168-13, esta entidad fue establecida como central de suministro para atender la demanda de las instituciones públicas, procurando calidad, acceso y uso racional, oportuno, seguro y suficiente. Su función comprende la compra, almacenamiento, distribución y apoyo logístico a hospitales y demás establecimientos de la Red Pública.

El Programa de Medicamentos de Alto Costo es especialmente relevante para el cáncer, porque una parte importante de las terapias oncológicas incluye moléculas no cubiertas plenamente por los mecanismos ordinarios del aseguramiento o cuyo valor dificulta su adquisición directa por los hogares. El PLANDES reconoce que este programa presenta un incremento sostenido de personas beneficiarias y solicitantes, junto con la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, mientras su mecanismo de financiamiento requiere actualización para garantizar sostenibilidad.

Esta situación genera una brecha de equidad. El propio PLANDES advierte que los tratamientos de alto costo pueden resultar inasequibles para las familias y que, sin financiamiento público, el acceso tiende a concentrarse en quienes disponen de mayor capacidad económica. Por ello, la disponibilidad de medicamentos oncológicos no constituye únicamente un problema de logística o compras, sino un determinante del acceso efectivo, de la continuidad terapéutica y de la posibilidad de reducir mortalidad evitable.

Ilustración No. 6. República Dominicana: Componentes críticos de la cadena oncológica

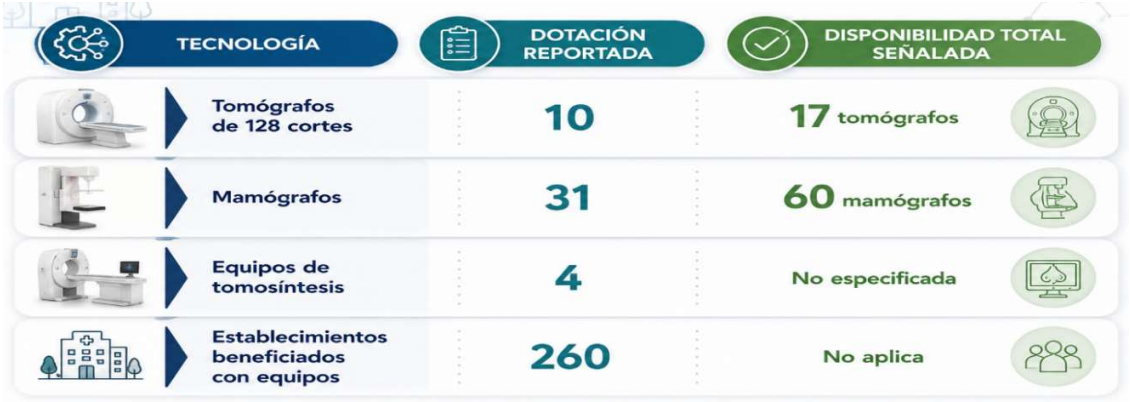


Fuente: Elaboración propia con base en el PLANDES 2030 y el análisis sectorial de cáncer.

Para el cáncer, esta brecha es particularmente sensible porque los medicamentos y materiales no siempre son sustituibles. Un esquema terapéutico puede depender de una molécula específica, una presentación determinada, condiciones estrictas de cadena de frío o una secuencia temporal que no admite demoras prolongadas. De igual forma, el diagnóstico puede requerir reactivos de inmunohistoquímica, pruebas moleculares, medios de conservación, kits de laboratorio o materiales especializados cuya ausencia impide confirmar el tipo tumoral o seleccionar el tratamiento adecuado.

Las tecnologías sanitarias constituyen otro componente central. El PEI SNS 2025-2028 reporta que, durante el ciclo 2021-2024, se dotaron equipos biomédicos a 260 establecimientos, incluyendo 10 tomógrafos de 128 cortes, 31 mamógrafos y cuatro equipos de tomosíntesis. El documento señala que la red alcanzó un total de 17 tomógrafos y 60 mamógrafos. Estas inversiones fortalecen la capacidad diagnóstica nacional, particularmente para imágenes y detección de cáncer de mama, aunque la cantidad de equipos no permite evaluar por sí sola su distribución territorial, funcionalidad, disponibilidad de personal, mantenimiento ni producción efectiva.

Cuadro No. 5. República Dominicana: Dotación y disponibilidad de tecnologías en el sector salud reportada por el SNS



Fuente: Elaborado a partir de información contenida en el PEI SNS 2025-2028.

En oncología, la tecnología no se limita a la adquisición inicial. La capacidad efectiva depende de instalación, habilitación, calibración, validación, mantenimiento preventivo, reparación, repuestos, licencias, seguridad radiológica, conectividad, actualización de software y talento humano competente. Equipos como PET/CT, SPECT/CT, aceleradores lineales, tomógrafos, mamógrafos, sistemas de patología digital y plataformas de estudios moleculares requieren inversiones recurrentes que superan el costo de compra.

La innovación amplía las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero también aumenta la presión financiera. La medicina de precisión incorpora inmunohistoquímica, biomarcadores, estudios moleculares, secuenciación genómica y tratamientos dirigidos según el perfil tumoral. La radioterapia moderna incluye modalidades como IMRT, IGRT y SBRT, mientras la medicina nuclear utiliza PET/CT y SPECT/CT para estadificación, evaluación de respuesta y detección de recurrencias. Estas tecnologías pueden mejorar la precisión y reducir intervenciones innecesarias, pero requieren evaluación de costo-efectividad, regulación, protocolos, mantenimiento y sostenibilidad antes de su expansión.

En América Latina y el Caribe, el acceso a estas tecnologías está condicionado por una alta dependencia de importaciones de medicamentos oncológicos, equipos, componentes, radiofármacos y reactivos. Los conflictos internacionales, la inflación, las variaciones cambiarias, los costos logísticos y las interrupciones de las cadenas globales pueden afectar precios y tiempos de entrega. Esta dependencia resulta especialmente crítica para productos de vida útil corta, materiales sin sustitutos equivalentes y equipos cuyo servicio técnico se concentra fuera del país.

El contexto nacional evidencia, por tanto, tres retos interdependientes. El primero es garantizar disponibilidad, evitando que los tratamientos y diagnósticos dependan de compras reactivas. El segundo es asegurar equidad, de modo que la incorporación de terapias modernas no se limite a quienes puedan pagarlas directamente. El tercero es fortalecer la gobernanza tecnológica, incorporando evaluación de evidencia, costo-efectividad, seguridad, resultados clínicos y capacidad real del sistema para operar y mantener cada tecnología.

DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL

Como parte del proceso de formulación del PEI 2026-2029, el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares desarrolló un ejercicio de identificación y priorización de problemáticas institucionales, conforme a las Herramienta 4 y 7 de la metodología establecida por el Ministerio de Hacienda y Economía. Este proceso permitió organizar las principales brechas que afectan la capacidad institucional para responder al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos, garantizar la continuidad diagnóstica y terapéutica, fortalecer la prevención y detección temprana del cáncer, articular la atención con la Red Pública y asegurar servicios especializados oportunos, seguros, integrales y sostenibles.

En la herramienta de Análisis de la Problemática Institucional (H4) fueron identificados quince (15) problemas institucionales vinculados al mandato misional del INCART. Estos problemas reflejan desafíos relacionados con la capacidad de respuesta asistencial, el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos, la generación de evidencia clínica y epidemiológica, la prevención y detección temprana, la articulación territorial, la referencia y contrarreferencia, el acceso a servicios especializados, la capacidad instalada, el talento humano, el apoyo psicosocial, la sostenibilidad financiera, la satisfacción de las personas usuarias, la gestión institucional, la transformación digital y la interoperabilidad de la información. A continuación, se listan los mismos.

1. Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos.

2. Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos.

3. Generación y aplicación limitada de evidencia clínica y epidemiológica para mejorar la atención y apoyar las decisiones institucionales.

4. Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer.

5. Débil articulación territorial para la captación oportuna y el seguimiento de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer.

6. Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos.

7. Acceso insuficientemente oportuno e integral a servicios oncológicos especializados frente a la demanda nacional.

8. Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento.

9. Disponibilidad insuficiente de talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad.

10. Acceso limitado a servicios psicosociales y mecanismos de apoyo para pacientes oncológicos y sus familias.

11. Sostenibilidad financiera comprometida por la brecha entre el costo real de la atención oncológica y los ingresos recuperados.

12. Calidad percibida y satisfacción de los usuarios afectadas por demoras, información insuficiente y complejidad de los procesos asistenciales.

13. Capacidad de gestión limitada para sostener los servicios con eficiencia, control, trazabilidad y orientación a resultados.

14. Transformación digital insuficiente para respaldar la continuidad asistencial y la eficiencia de los procesos institucionales.

15. Información institucional fragmentada y baja interoperabilidad para el seguimiento de pacientes, producción, costos, indicadores y resultados.

Problemas Públicos Priorizados

A partir de la valoración de los criterios de pertinencia, apoyo y capacidad institucional, se priorizaron cinco (5) problemas para ser abordados de manera central en el PEI. Estos problemas presentaron mayor incidencia sobre la continuidad, oportunidad, seguridad y calidad de la atención oncológica, mayor relación con los productos institucionales y mayor posibilidad de ser intervenidos mediante resultados, indicadores, metas y acciones estratégicas durante el período del plan. Los problemas priorizados fueron los siguientes.

1. Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos.

2. Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos.

3. Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer.

4. Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos.

5. Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento.

Los demás problemas identificados no fueron eliminados del análisis institucional. Se mantuvieron como brechas relevantes asociadas a los problemas priorizados, especialmente en lo relativo a generación de evidencia clínica y epidemiológica, articulación territorial, acceso oportuno a servicios especializados, disponibilidad de talento humano, apoyo psicosocial, sostenibilidad financiera, satisfacción de las personas usuarias, gestión institucional, transformación digital e interoperabilidad de la información

De esta manera, la priorización permitió concentrar el PEI en los problemas de mayor peso estratégico, sin excluir otros factores que inciden en la capacidad del INCART para ofrecer atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura, humanizada y articulada con la Red Pública. A continuación, se describen en detalle los cinco (5) problemas institucionales priorizados, considerando sus principales características, causas, efectos y evidencias que permiten dimensionar su magnitud.

Tabla No. 11. República Dominicana: Análisis de la problemática institucional

Resultado PNPSP identificado	Problema(s) asociado al resultado PNPSP	Aspectos del problema donde la institución tiene el mandato legal de intervenir	Problemas públicos priorizados
Reducidas las muertes prevenibles por causas seleccionadas de interés para la salud pública nacional, incluidas las muertes maternas, neonatales y por enfermedades no transmisibles	Alta carga de enfermedad y mortalidad asociada al cáncer, diagnóstico en estadios avanzados y demanda creciente de servicios especializados	El INCART tiene mandato para brindar diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, seguimiento, manejo del dolor y cuidados paliativos a pacientes oncológicos, como hospital monográfico de tercer nivel y centro de referencia nacional	Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos
	Disponibilidad insuficiente o tardía de medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos críticos requeridos para el diagnóstico y tratamiento	El INCART tiene responsabilidades en planificación, adquisición, almacenamiento, dispensación y control de medicamentos e insumos, así como en la operación de farmacia, laboratorio, banco de sangre, medicina nuclear y servicios diagnósticos	Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos
	Desarrollo insuficiente de la investigación clínica, el registro de tumores y la generación de evidencia para orientar la atención oncológica	El INCART tiene mandato en investigación clínica, docencia, formación especializada, registro hospitalario de tumores y producción de información relacionada con el cáncer	Generación y aplicación limitada de evidencia clínica y epidemiológica para mejorar la atención y apoyar las decisiones institucionales
Incrementadas las prácticas o intervenciones que	Cobertura limitada de acciones de prevención, tamizaje y detección	El INCART debe participar, desde su capacidad especializada, en acciones de promoción,	Insuficiente contribución institucional y articulación en red

Resultado PNPSP identificado	Problema(s) asociado al resultado PNPSP	Aspectos del problema donde la institución tiene el mandato legal de intervenir	Problemas públicos priorizados
promueven la salud y previenen enfermedades en la comunidad educativa y los territorios	temprana de los principales tipos de cáncer	prevención, detección oportuna, orientación y referencia, en coordinación con el MISPAS, el SNS y los establecimientos de la red	para la prevención y detección temprana del cáncer
Incrementada la cobertura del Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Dominicano	Insuficiente articulación entre el INCART y los servicios territoriales para la captación, orientación y seguimiento de personas con riesgo o sospecha de cáncer	El INCART debe coordinar con el primer nivel y los demás establecimientos de la Red Pública los procesos de orientación, referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado	Débil articulación territorial para la captación oportuna y el seguimiento de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer
Mejorado el desempeño del Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Dominicano	Debilidades en los procesos de referencia, contrarreferencia, intercambio de información y seguimiento entre niveles de atención	El INCART debe participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, muestras y servicios, manteniendo coordinación clínica y administrativa con los establecimientos de origen	Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos
Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud individuales y colectivos, de calidad, inclusivos, integrales y continuos, que incorporan los avances tecnológicos mediante redes integradas de servicios, con énfasis en el Primer Nivel de Atención	Brechas de oportunidad e integralidad en el acceso a diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear, hospitalización y cuidados paliativos	El INCART tiene mandato para prestar servicios oncológicos especializados, diagnósticos, quirúrgicos, terapéuticos, hospitalarios y de apoyo, conforme a su cartera habilitada	Acceso insuficientemente oportuno e integral a servicios oncológicos especializados frente a la demanda nacional
	Presión sobre camas, quirófanos, Hospital de Día, servicios diagnósticos, equipos especializados y áreas de apoyo	El INCART debe mantener habilitada y operativa su infraestructura, equipamiento y servicios, garantizando mantenimiento, soporte tecnológico y condiciones de seguridad	Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento
	Brechas de dotación, competencias, retención y relevo del personal clínico, técnico y administrativo especializado	El INCART tiene responsabilidades en planificación del talento humano, carrera sanitaria, formación, evaluación del desempeño, residencias médicas y desarrollo de competencias	Disponibilidad insuficiente de talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad
Reducidas las barreras económicas de acceso a servicios de salud, de riesgos laborales y garantías de derechos previsionales mediante el Sistema Dominicano de Seguridad Social, considerando las	Barreras de acceso a psicooncología, salud mental, trabajo social, orientación y apoyo a pacientes y familiares	El INCART tiene mandato para brindar atención integral, apoyo psicosocial, trabajo social, manejo del dolor, cuidados paliativos y orientación a los usuarios	Acceso limitado a servicios psicosociales y mecanismos de apoyo para pacientes oncológicos y sus familias
	Alto costo de los tratamientos, insuficiencia tarifaria, glosas y retrasos en la recuperación de	El INCART debe gestionar facturación, autorizaciones, costos, tarifas, cuentas por cobrar, compras e inventarios para	Sostenibilidad financiera comprometida por la brecha entre el costo real de la atención oncológica y los ingresos recuperados

Resultado PNPSP identificado	Problema(s) asociado al resultado PNPSP	Aspectos del problema donde la institución tiene el mandato legal de intervenir	Problemas públicos priorizados
desigualdades territoriales y de género	ingresos por servicios prestados	respaldar financieramente la prestación de servicios	
Aumentada la satisfacción de los usuarios de servicios públicos	Insatisfacción asociada a tiempos de espera, acceso, trato, información, orientación y continuidad de los servicios	El INCART tiene responsabilidades en atención al usuario, trabajo social, calidad, humanización, gestión de quejas y mejora de la experiencia del paciente	Calidad percibida y satisfacción de los usuarios afectadas por demoras, información insuficiente y complejidad de los procesos asistenciales
	Debilidades en planificación, monitoreo, control interno, gestión financiera, compras, documentación y seguimiento del desempeño institucional	El INCART debe planificar, administrar, monitorear y evaluar sus recursos, procesos, productos, indicadores, riesgos y resultados institucionales	Capacidad de gestión limitada para sostener los servicios con eficiencia, control, trazabilidad y orientación a resultados
Aumentado el acceso a servicios públicos de calidad en los territorios priorizados	Obsolescencia de los sistemas hospitalarios, limitaciones de redes, conectividad y seguridad de la información	El INCART debe gestionar su infraestructura tecnológica, sistemas clínicos y administrativos, soporte técnico, seguridad, respaldo y continuidad de los servicios digitales	Transformación digital insuficiente para respaldar la continuidad asistencial y la eficiencia de los procesos institucionales
	Fragmentación del expediente clínico, los registros, las estadísticas y la información administrativa y financiera	El INCART debe producir, integrar, custodiar y analizar información clínica, epidemiológica, estadística, financiera y de gestión para la toma de decisiones	Información institucional fragmentada y baja interoperabilidad para el seguimiento de pacientes, producción, costos, indicadores y resultados

Fuente: INCART. Elaborado a partir de la Herramienta 4. Preguntas orientadoras para el análisis de la problemática institucional.

PROBLEMA 1. Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos

La capacidad de respuesta del INCART se encuentra sometida a una presión sostenida por el crecimiento de la demanda y por la complejidad clínica de las personas que requieren atención oncológica especializada. La producción seleccionada de servicios pasó de 276,478 prestaciones en 2020 a 458,283 en 2025, equivalente a un incremento acumulado de 65.8%. Este aumento no se concentra en una sola área, sino que se distribuye entre consultas, servicios diagnósticos, hospitalización, emergencia y procedimientos quirúrgicos, generando una demanda simultánea sobre los procesos clínicos, técnicos, administrativos y de apoyo.

Entre 2020 y 2025, las consultas aumentaron de 46,150 a 135,044, las imágenes de 21,215 a 51,590, las hospitalizaciones de 1,431 a 3,757 y los procedimientos quirúrgicos de 556 a 1,654. En términos relativos, las consultas crecieron 192.6%, las imágenes 143.2%, las hospitalizaciones 162.5% y los procedimientos quirúrgicos 197.5%. Estas variaciones muestran que la presión asistencial se ha

intensificado especialmente en los servicios que requieren mayor coordinación entre profesionales, equipos, medicamentos, camas, quirófanos y soporte diagnóstico.

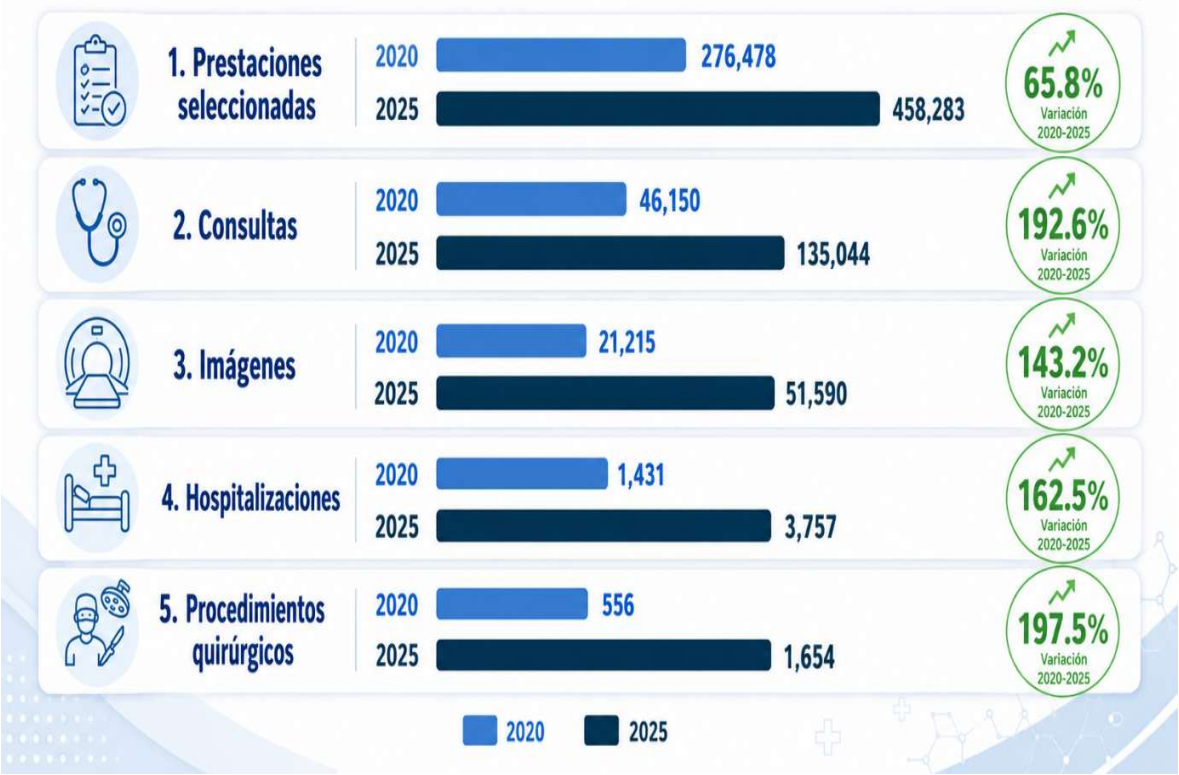
La composición de la producción de 2025 evidencia el peso de la cadena diagnóstica. De las 458,283 prestaciones registradas, 259,181 correspondieron a pruebas de laboratorio, equivalentes a 56.6%; 135,044 a consultas, con 29.5%; y 51,590 a imágenes, con 11.3%. En conjunto, estos tres servicios representaron 97.4% de la producción seleccionada, lo que confirma que la capacidad institucional depende de la continuidad y articulación entre consulta especializada, laboratorio, imágenes, anatomía patológica y demás servicios vinculados con la confirmación diagnóstica y la toma de decisiones terapéuticas.

La presión también se refleja en los servicios de mayor complejidad. Durante 2025 se registraron 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. La institución dispone de 94 camas habilitadas para personas adultas y 22 sillones de Hospital de Día. Asimismo, el área de Oncopediatría dispone de 37 camas y 12 sillones de Hospital de Dia Pediátrico. No obstante, la capacidad efectiva no depende únicamente de los espacios disponibles, sino de su articulación con el talento humano, los medicamentos, los reactivos, el mantenimiento, el soporte tecnológico y la disponibilidad presupuestaria.

La demanda atendida presenta además diferencias por sexo. En la producción institucional disponible, las mujeres concentraron aproximadamente 78.1% de las consultas, 86.4% de las imágenes, 78.0% de los procedimientos y 60.6% de las hospitalizaciones. Esta distribución está relacionada con el peso de los servicios vinculados con cáncer de mama, cáncer cervicouterino y atención ginecológica, y debe ser considerada para planificar la capacidad diagnóstica y terapéutica sin limitar la respuesta a otros tipos de cáncer que afectan a mujeres y hombres.

Los datos revisados corresponden principalmente a prestaciones y no a personas únicas, por lo que una misma persona puede generar varias consultas, pruebas, imágenes, procedimientos o tratamientos durante su ruta asistencial. Tampoco se dispone de una desagregación consolidada de esta producción por edad, provincia de residencia, nacionalidad, discapacidad, aseguramiento o condición socioeconómica. Esta limitación reduce la capacidad para identificar con precisión qué grupos concentran la demanda, cuáles enfrentan mayores tiempos de espera y qué territorios generan mayor presión sobre los servicios especializados.

Cuadro No. 6. República Dominicana: Indicadores asociados a la Problemática 1. Comparación de volumen y variación acumulada.



Fuente: Elaboración propia con base en la H7 validada del PEI INCART 2026-2029, Producción de Servicios SNS 2020-2026 y estadísticas institucionales del INCART.

Lo anterior confirma que el crecimiento de la demanda y la mayor complejidad de los casos han superado progresivamente la capacidad de respuesta requerida para sostener una atención oncológica oportuna, continua y segura. Esta situación justifica la priorización del fortalecimiento articulado de los servicios clínicos, diagnósticos y terapéuticos, junto con la planificación de la capacidad, el talento humano, el abastecimiento, el mantenimiento, la tecnología y la información institucional, a fin de responder de manera más eficiente y equitativa a las necesidades de la población usuaria.

PROBLEMA 2. Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos

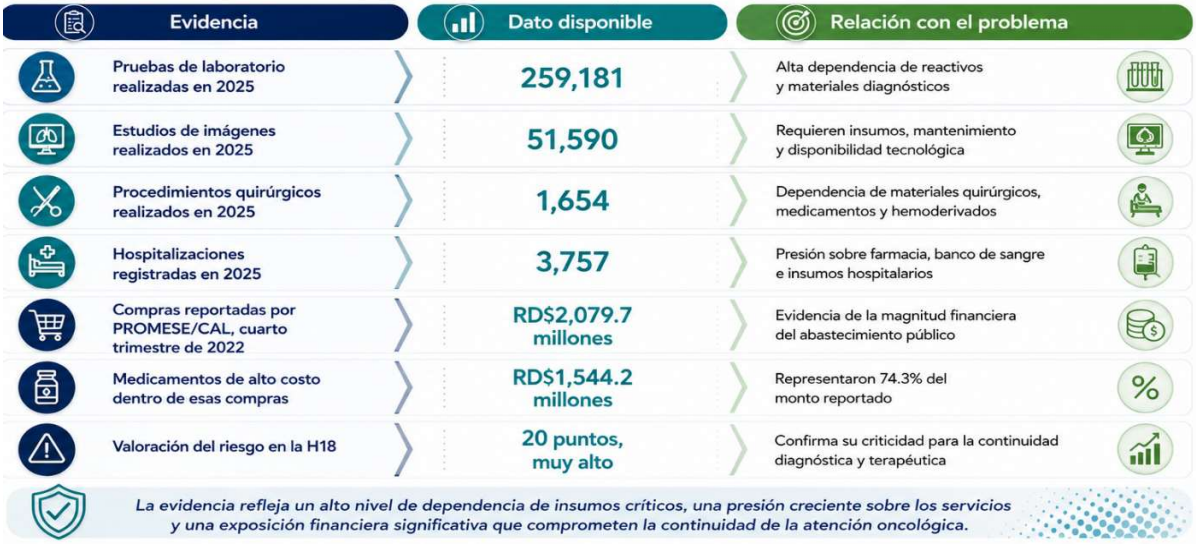
La atención oncológica requiere disponibilidad continua y coordinada de medicamentos antineoplásicos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos, materiales quirúrgicos, dispositivos médicos y productos de soporte. La ausencia o entrega tardía de cualquiera de estos componentes puede impedir la realización de estudios diagnósticos, alterar la programación de procedimientos y afectar la periodicidad de los tratamientos indicados. Por esta razón, la H18 validada clasifica el desabastecimiento o entrega tardía como un riesgo de probabilidad alta, impacto muy alto y nivel inherente de 20 puntos, considerado muy alto.

La magnitud de la producción institucional evidencia la dependencia de estos recursos. En 2025, el INCART realizó 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 1,654 procedimientos quirúrgicos y 3,757 hospitalizaciones, además de las consultas y tratamientos ambulatorios. Cada uno de estos servicios requiere insumos específicos y, en muchos casos, productos sin sustitución inmediata. Una ruptura de inventario puede afectar simultáneamente la confirmación diagnóstica, la estadificación, la cirugía, la quimioterapia, el soporte transfusional y el seguimiento clínico.

El riesgo se intensifica por el alto costo y la especialización de los productos oncológicos. Como referencia sectorial, PROMESE/CAL reportó compras por RD$2,079.7 millones durante el cuarto trimestre de 2022, de las cuales RD$1,544.2 millones, equivalentes al 74.3%, correspondieron al Programa de Medicamentos de Alto Costo. Aunque este dato no representa el presupuesto actual del INCART, muestra el peso financiero que tienen estas terapias dentro del sistema público y la presión que ejercen sobre los mecanismos de financiamiento y abastecimiento.

La disponibilidad también está condicionada por un mercado limitado, productos importados, proveedores especializados, tiempos de contratación y requisitos particulares de conservación. Los insumos críticos pueden requerir cadena de frío, climatización, suministro eléctrico continuo, control de vencimiento, trazabilidad por lote o condiciones especiales de seguridad. En el diagnóstico institucional, los medicamentos oncológicos, reactivos, insumos quirúrgicos y repuestos de equipos críticos fueron clasificados entre los riesgos de nivel alto o crítico para la continuidad de los servicios. La información revisada no presenta una serie consolidada sobre días de desabastecimiento, cantidad de estudios suspendidos, tratamientos reprogramados o personas afectadas. Tampoco permite desagregar estos eventos por sexo, edad, territorio, discapacidad, aseguramiento o condición socioeconómica. Esta brecha limita la medición precisa del problema y dificulta identificar los grupos más expuestos, especialmente las personas procedentes de territorios alejados o con menores recursos, para quienes una reprogramación implica nuevos gastos de traslado y mayor riesgo de interrupción del tratamiento.

Cuadro No. 7. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 2.



Fuente: Elaboración con base en la H18 del PEI INCART 2026-2029, estadísticas institucionales 2025 y PLANDES 2030.

En síntesis, el abastecimiento constituye un componente crítico de la capacidad asistencial, porque la disponibilidad de infraestructura y personal no garantiza atención efectiva cuando faltan medicamentos, reactivos o insumos indispensables. La evidencia justifica que el PEI 2026-2029 fortalezca la planificación del abastecimiento, la integración entre demanda, inventario, compras y presupuesto, así como el seguimiento de rupturas de stock, servicios reprogramados y personas afectadas.

PROBLEMA 3. Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer

La prevención y detección temprana constituyen componentes esenciales para reducir la mortalidad prematura por cáncer, debido a que permiten identificar lesiones precancerosas o tumores en etapas con mayores posibilidades de tratamiento. Sin embargo, los indicadores sectoriales muestran una cobertura todavía limitada de las intervenciones priorizadas. Para 2024, el porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual se situó en 1.73%, el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou en 2.93% y el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata en 1.57%. Estos valores evidencian una distancia significativa entre la población objetivo y las personas que acceden efectivamente a los servicios preventivos dentro de la Red Pública.

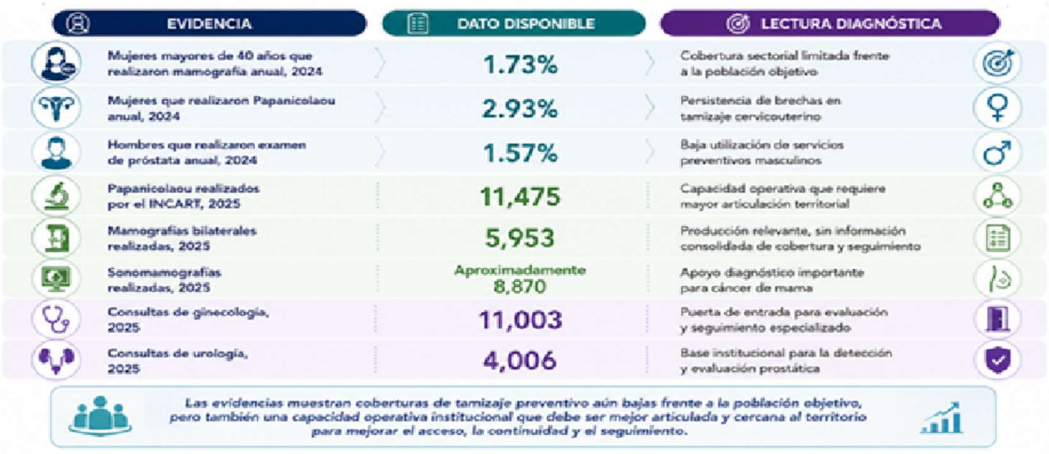
La producción del INCART confirma la existencia de una capacidad operativa para apoyar estas intervenciones, pero también muestra que su alcance debe ampliarse mediante una articulación más efectiva con los demás niveles de atención. En 2025 se realizaron 11,475 Papanicolaou, 5,953 mamografías bilaterales, aproximadamente 8,870 sonomamografías, 11,003 consultas de ginecología y 4,006 consultas de urología. Estos datos corresponden a servicios prestados y no necesariamente a personas únicas, por lo que no permiten establecer por sí solos la cobertura alcanzada ni determinar cuántas personas completaron la ruta entre tamizaje, confirmación diagnóstica y tratamiento.

La distribución por sexo evidencia el peso que tienen los servicios vinculados con cáncer de mama y cervicouterino dentro de la demanda institucional. Las mujeres concentraron aproximadamente 78.1% de las consultas, 86.4% de las imágenes y 78.0% de los procedimientos registrados en la producción analizada. Esta composición refuerza la necesidad de sostener las intervenciones dirigidas a las mujeres, al tiempo que se amplían las acciones de prevención y detección temprana para los cánceres que afectan a hombres y para otros tipos de cáncer con relevancia epidemiológica.

La contribución del INCART no puede limitarse a la realización de pruebas dentro del establecimiento. Su condición de centro especializado y referencia nacional requiere apoyar técnicamente al Primer Nivel, los hospitales generales y los Servicios Regionales de Salud en la identificación de factores de riesgo, signos de alarma, criterios de referencia y seguimiento de resultados sospechosos. Sin esta coordinación, la población accede al tercer nivel después de recorridos prolongados, estudios incompletos o pérdida de continuidad entre el tamizaje y la confirmación diagnóstica.

La información disponible presenta además limitaciones para analizar la equidad de estas intervenciones. Los registros no integran de manera consolidada la producción preventiva por edad, provincia, municipio, Servicio Regional de Salud, nacionalidad, discapacidad, aseguramiento o condición socioeconómica. Tampoco permiten identificar con precisión la cantidad de personas con resultados alterados, casos referidos, diagnósticos confirmados y tratamientos iniciados. Esta brecha dificulta reconocer los territorios y grupos con menor acceso, así como medir la contribución efectiva del INCART a la detección temprana.

Cuadro No. 8. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 3.



Fuente: Elaboración propia con base en las herramientas H5, H7, H8, H9 y H14 del PEI INCART 2026-2029 y las estadísticas institucionales de 2025.

En resumen, el problema no radica únicamente en la cantidad de pruebas realizadas, sino en la limitada integración de estas intervenciones dentro de una ruta nacional que conecte educación, identificación de riesgos, tamizaje, referencia, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.

PROBLEMA 4. Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos

La continuidad asistencial constituye un desafío relevante para la atención oncológica, debido a que el recorrido de cada paciente comprende múltiples etapas que deben mantenerse coordinadas: identificación de la sospecha, referencia, consulta especializada, confirmación diagnóstica, estadificación, tratamiento, seguimiento y, cuando corresponda, retorno al establecimiento de origen. Las debilidades en cualquiera de estos puntos pueden generar interrupciones, repetición de estudios, retrasos terapéuticos o pérdida de seguimiento.

La magnitud de la actividad institucional evidencia la necesidad de contar con mecanismos sólidos de coordinación. En 2025, el INCART registró 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. Estos servicios corresponden a prestaciones y no a personas únicas, lo que significa que una misma persona puede transitar por varias áreas durante su proceso asistencial. Sin un sistema integrado de seguimiento, resulta difícil conocer con precisión en qué etapa se encuentra cada caso y qué atenciones permanecen pendientes.

El POA 2026 incorpora el registro mensual de referencias y contrarreferencias de la Red Pública, lo que demuestra que el proceso forma parte de la operación institucional. Sin embargo, la información disponible no presenta una línea base consolidada sobre referencias recibidas, contrarreferencias emitidas, establecimiento de origen, tiempo transcurrido hasta la consulta especializada, personas que completaron el tratamiento o casos perdidos durante el seguimiento. En las emergencias de 2025 se registraron 132 atenciones referidas desde otros establecimientos, equivalentes a alrededor de 1.9% del total de emergencias; no obstante, este dato representa únicamente las referencias recibidas por esa vía y no incluye las derivaciones programadas hacia consulta, diagnóstico o tratamiento.

La problemática adquiere mayor importancia para las personas procedentes de territorios alejados. La concentración de servicios oncológicos especializados en el Gran Santo Domingo obliga a realizar desplazamientos sucesivos para consultas, pruebas, procedimientos y tratamientos. Una referencia incompleta, una cita reprogramada o la falta de comunicación entre establecimientos puede significar nuevos gastos de transporte, alojamiento y alimentación, así como pérdida de jornadas laborales e ingresos familiares. Estas barreras pueden afectar con mayor intensidad a personas de menores recursos, pacientes pediátricos, personas adultas mayores, personas con discapacidad y quienes no cuentan con redes de apoyo.

Los sistemas disponibles tampoco integran de forma consolidada variables como provincia y municipio de residencia, Servicio Regional de Salud, establecimiento referidor, nacionalidad, discapacidad, tipo de aseguramiento y condición socioeconómica. Esta limitación impide identificar qué territorios presentan mayores tiempos de referencia, qué grupos tienen mayor riesgo de abandono y en qué etapas se concentran las interrupciones de la ruta oncológica.

Cuadro No. 9. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 4.

EVIDENCIA	DATO DISPONIBLE	LECTURA DIAGNÓSTICA
Consultas realizadas en 2025	135,044	Elevado volumen de atenciones que requiere seguimiento entre consultas y servicios
Pruebas de laboratorio	259,181	Dependencia de resultados oportunos para continuar la ruta diagnóstica
Estudios de imágenes	51,590	Requieren coordinación con consulta, estadificación y tratamiento
Atenciones de emergencia	7,057	Incluyen demanda no programada y posibles interrupciones del seguimiento
Emergencias referidas desde otros establecimientos	132	Registro parcial del flujo de referencias, limitado a emergencias
Hospitalizaciones	3,757	Necesidad de continuidad posterior al egreso y coordinación territorial
Registro de referencias y contrarreferencias en el POA 2026	Programación mensual	Existe una actividad formal, pero no una línea base consolidada de resultados
Desagregación territorial y por grupos de vulnerabilidad	No consolidada	Limita el análisis de brechas, tiempos y pérdidas de seguimiento

Fuente: Elaboración propia con base en las herramientas H7, H8 y H9 del PEI INCART 2026-2029, las estadísticas institucionales de 2025 y el POA Presupuestado 2026.

En síntesis, la continuidad asistencial se encuentra limitada no solo por el traslado físico entre establecimientos, sino también por la fragmentación de la información y la ausencia de una trazabilidad completa de cada paciente. La evidencia sustenta la necesidad de fortalecer rutas oncológicas integradas, estandarizar la referencia y contrarreferencia, identificar el establecimiento de origen y medir los tiempos, interrupciones y pérdidas de seguimiento durante todo el proceso asistencial.

PROBLEMA 5. Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento

La capacidad instalada del INCART enfrenta una presión creciente debido al aumento y diversificación de la demanda oncológica. En 2025 se registraron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. Este volumen requiere que camas, consultorios, quirófanos, equipos diagnósticos, áreas terapéuticas y servicios de apoyo funcionen de manera coordinada y continua.

La infraestructura disponible incluye 94 camas habilitadas para hospitalización de personas adultas y un Hospital de Día ampliado de 12 a17 cubículos y 22 sillones. Sin embargo, la capacidad efectiva no está determinada únicamente por la cantidad de espacios. Su utilización depende de disponer, al mismo tiempo, de personal especializado, medicamentos, reactivos, insumos, mantenimiento, soporte técnico, energía, climatización y sistemas de información funcionales.

La presión sobre la capacidad presenta diferencias según los servicios y la población atendida. En 2025, las mujeres concentraron aproximadamente 44,574 de los 51,590 estudios de imágenes, equivalentes a 86.4%, en parte por la demanda de mamografías, sonomamografías y otras evaluaciones vinculadas con cáncer de mama y condiciones ginecológicas. También representaron alrededor de 60.6% de las hospitalizaciones, lo que evidencia la necesidad de considerar la composición de la demanda al

organizar espacios, agendas, equipos y recursos asistenciales, sin reducir la planificación a un único tipo de cáncer.

La incorporación y ampliación de infraestructura y tecnologías tampoco garantiza por sí sola una mayor cobertura. La puesta en operación de nuevas áreas requiere programación previa del personal, equipamiento, mobiliario, medicamentos, mantenimiento, servicios generales y presupuesto recurrente. Cuando estos componentes no avanzan de forma sincronizada, pueden coexistir espacios o equipos disponibles con limitaciones para ampliar horarios, habilitar turnos o ejecutar los procedimientos programados.

La información revisada permite medir producción y algunos componentes físicos, pero no integra de manera consolidada la ocupación de camas, estancia promedio, utilización de quirófanos y equipos, tiempos de espera, horas de indisponibilidad por mantenimiento ni capacidad por turno. Tampoco presenta estas variables desagregadas por edad, territorio de procedencia, discapacidad, nacionalidad, aseguramiento o condición socioeconómica, lo que limita la identificación de los grupos y servicios que soportan mayor presión.

Cuadro No. 10. República Dominicana: Evidencias estadísticas relacionadas con el Problema 5

Evidencia	Dato disponible	Lectura diagnóstica
Consultas realizadas en 2025	135,044	Presión sobre consultorios, agendas y servicios de apoyo
Pruebas de laboratorio	259,181	Alta utilización de equipos, reactivos y personal técnico
Estudios de imágenes	51,590	Dependencia de tecnología, mantenimiento y especialistas
Imágenes correspondientes aproximadamente a mujeres	44,574, equivalentes a 86.4%	Demanda diferenciada que debe considerarse en la planificación
Atenciones de emergencia	7,057	Demanda no programada sobre espacios, personal y camas
Hospitalizaciones	3,757	Presión sobre las 63 camas habilitadas y servicios hospitalarios
Procedimientos quirúrgicos	1,654	Requieren articulación de quirófanos, personal, equipos e insumos
Cubículos de Hospital de Día	22	Ampliación de 83.3% respecto de los 12 anteriores
Indicadores consolidados de utilización y disponibilidad	No disponibles	Limita la planificación anticipada de la capacidad efectiva

Fuente: Elaboración propia con base en las herramientas H5, H7 y H8 de la versión validada del PEI INCART 2026-2029, las estadísticas institucionales de 2025 y las memorias institucionales.

Finalmente, el problema refleja una brecha de articulación más que una limitación exclusivamente física. La infraestructura, el equipamiento y los espacios asistenciales solo se convierten en capacidad resolutiva cuando están sincronizados con la demanda, el talento humano, el mantenimiento, el abastecimiento y el financiamiento. Esta situación justifica que el PEI 2026-2029 incorpore una planificación integrada de la capacidad y sistemas de medición que permitan anticipar saturaciones, indisponibilidades y necesidades de expansión.

Matriz de Análisis del Comportamiento de la Problemática

El análisis de los indicadores vinculados con los problemas priorizados permite observar el comportamiento de la problemática institucional durante el período 2021-2025, tomando como base los indicadores del PNPSP 2025-2028 adoptados por el INCART en la Herramienta 3, así como la información histórica disponible en la Herramienta 6. Esta revisión permite dimensionar la magnitud de los desafíos asociados a la respuesta oncológica especializada, el riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica, la prevención y detección temprana del cáncer, la continuidad asistencial y la capacidad instalada para sostener la demanda.

La lectura de la serie histórica muestra, en primer lugar, que la carga de enfermedad asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, se mantiene elevada. La tasa de muerte prematura por ENT en la población de 30 a 70 años pasó de 174.3 en 2021 a 161.4 en 2022 y 150.4 en 2023, pero volvió a incrementarse a 165.8 en 2024, con un promedio de 162.98. En la misma dirección, el número de muertes por ENT descendió de 18,363 en 2021 a 16,110 en 2023, pero aumentó nuevamente a 17,899 en 2024. Este comportamiento evidencia que persisten limitaciones estructurales para lograr una reducción sostenida de la mortalidad asociada a cáncer y otras ENT, lo que da sustento al problema relativo a la capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos.

En segundo lugar, los indicadores relacionados con prevención y detección temprana muestran avances insuficientes y comportamiento inestable. El porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la red pública de salud pasó de 1.30 en 2021 a 1.73 en 2024, con oscilaciones intermedias y un promedio de 1.68. El porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual pasó de 2.29 a 2.93 en el mismo período, luego de alcanzar 3.78 en 2023, mientras que el porcentaje de hombres que se realizaron examen de próstata aumentó de 0.66 en 2021 a 1.57 en 2024. Aunque estos resultados muestran cierta mejoría, continúan en niveles bajos, lo que confirma la insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer.

En tercer lugar, los indicadores vinculados con la articulación entre niveles de atención muestran avances parciales, pero aún insuficientes para sostener una continuidad asistencial robusta. La proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel pasó de 7.1 en 2021 a 43.0 en 2024, mientras que el promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención pasó de 0.3 a 2.57. Aunque estas variaciones reflejan una mayor activación del primer nivel, el comportamiento todavía no muestra una consolidación suficiente de los mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento, por lo que persisten brechas en el retorno a la red y en la coordinación clínica entre niveles de atención.

Finalmente, los indicadores de soporte institucional también reflejan restricciones que inciden sobre la capacidad instalada. La disponibilidad de médicos en la red del SNS pasó de 16.37 por 10,000 habitantes en 2021 a 19.63 en 2024, la de enfermeras y enfermeros de 5.87 a 6.69, y la de bioanalistas de 2.61 a 3.20. A su vez, el índice de calidad de los servicios públicos mejoró de 87.6 en 2021 a 91.89 en 2024,

mientras que el iTICge descendió de 67 en 2021 a 53.85 en 2024, y la puntuación promedio de la evaluación de desempeño institucional registró 74.79 en 2023 y 72.97 en 2024. En conjunto, estos resultados sugieren que, aunque existen avances en calidad y disponibilidad de recursos, persisten debilidades en transformación digital, gestión institucional y suficiencia de capacidades de soporte, lo que se relaciona de forma directa con el problema de capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento.

Cuadro No. 11. República Dominicana: Matriz de análisis del comportamiento de la problemática abordadas en el PEI 2026-2029, INCART

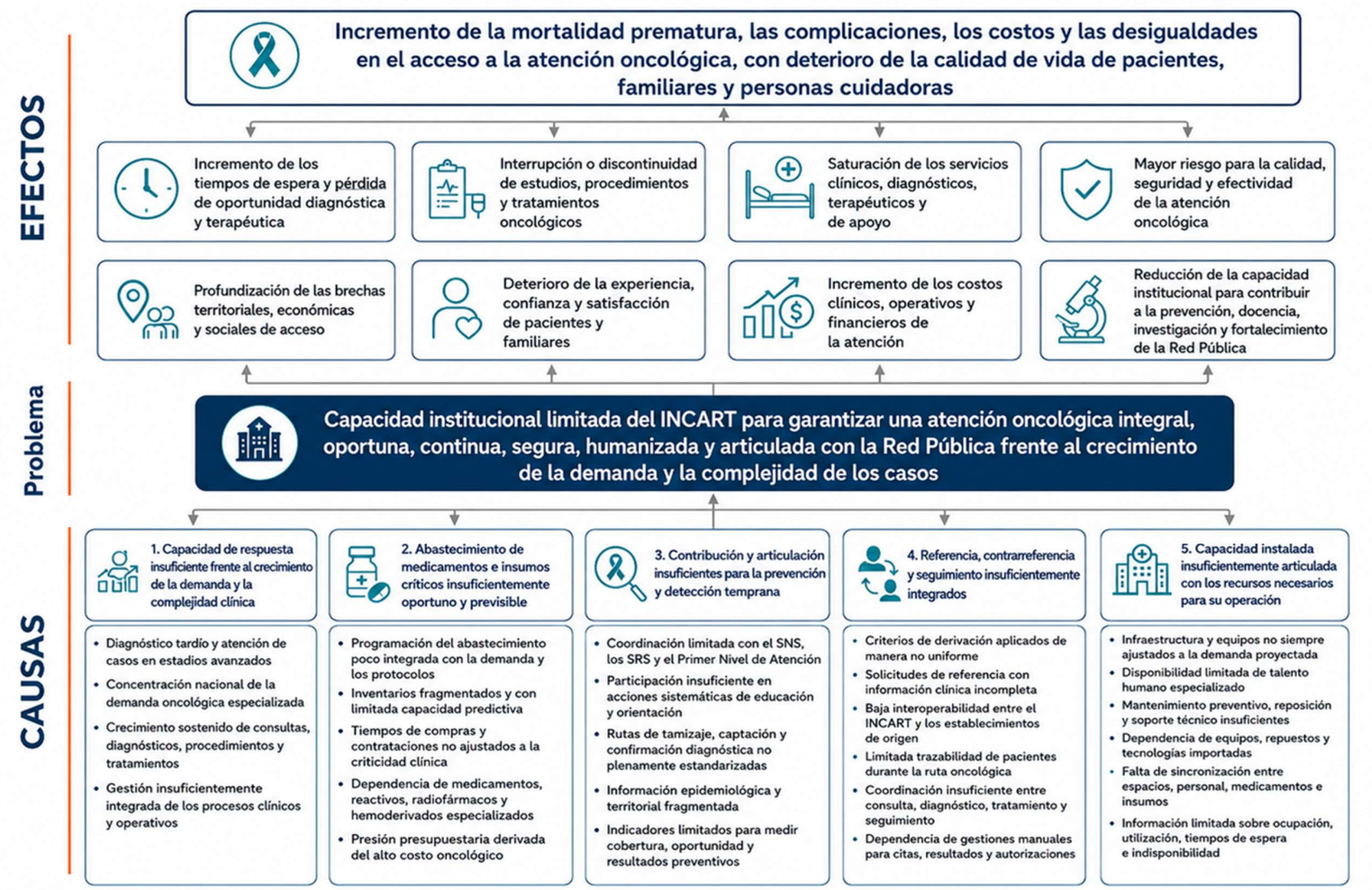
Problema	Indicador del problema	2021	2022	2023	2024	2025	Promedio
Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos	Tasa de muerte prematura a causa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	174.3	161.4	150.4	165.8	164.93	163.37
	Tasa de variación	N/A	-0.074	-0.0682	0.1024	-0.0052	-0.0113
	Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles	18,363.00	17,144.00	16,110.00	17,899.00	17,686.65	17,440.53
	Tasa de variación	N/A	-0.0664	-0.0603	0.111	-0.0119	-0.0069
Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos	N/D en la matriz de indicadores del PNPSP adoptada	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Generación y aplicación limitada de evidencia clínica y epidemiológica para mejorar la atención y apoyar las decisiones institucionales	N/D en la matriz de indicadores del PNPSP adoptada	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer	Porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la red pública de salud	1.3	1.87	1.8	1.73	2	1.74
	Tasa de variación	N/A	0.4385	-0.0374	-0.0389	0.1561	0.1296
	Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la red pública de salud	2.29	2.39	3.78	2.93	4.71	3.22
	Tasa de variación	N/A	0.0437	0.5816	-0.2249	0.6075	0.252
	Porcentaje de hombres que se realizaron examen de próstata anual en la red pública de salud	0.66	0.93	1.12	1.57	1.74	1.2
	Tasa de variación	N/A	0.4091	0.2043	0.4018	0.1083	0.2809

Problema	Indicador del problema	2021	2022	2023	2024	2025	Promedio
Débil articulación territorial para la captación oportuna y el seguimiento de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer	Proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel	7.1	28	45.7	43	46.85	34.13
	Tasa de variación	N/A	2.9437	0.6321	-0.0591	0.0895	0.9016
Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos	Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención	N/D	N/D	N/D	99.83	N/D	99.83
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención	0.3	2.62	3.25	2.57	4.26	2.6
	Tasa de variación	N/A	7.7333	0.2405	-0.2092	0.6576	2.1055
Acceso insuficientemente oportuno e integral a servicios oncológicos especializados frente a la demanda nacional	Médicos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	16.37	17.78	21.28	19.63	20.66	19.14
	Tasa de variación	N/A	0.0861	0.1969	-0.0775	0.0525	0.0645
	Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes en la red del SNS	5.87	6.1	6.51	6.69	6.93	6.42
	Tasa de variación	N/A	0.0392	0.0672	0.0276	0.0359	0.0425
	Bioanalistas por 10,000 habitantes en la red del SNS	2.61	2.77	3.06	3.2	3.39	3.01
	Tasa de variación	N/A	0.0613	0.1047	0.0458	0.0594	0.0678
Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento	N/D en la matriz de indicadores del PNPSP adoptada	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Disponibilidad insuficiente de talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad	Médicos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	16.37	17.78	21.28	19.63	20.66	19.14
	Tasa de variación	N/A	0.0861	0.1969	-0.0775	0.0525	0.0645
	Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes en la red del SNS	5.87	6.1	6.51	6.69	6.93	6.42
	Tasa de variación	N/A	0.0392	0.0672	0.0276	0.0359	0.0425
	Bioanalistas por 10,000 habitantes en la red del SNS	2.61	2.77	3.06	3.2	3.39	3.01
	Tasa de variación	N/A	0.0613	0.1047	0.0458	0.0594	0.0678
	Psicólogos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	N/D	N/D	N/D	0.88	N/D	0.88
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Acceso limitado a servicios psicosociales y	Psicólogos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	N/D	N/D	N/D	0.88	N/D	0.88

Problema	Indicador del problema	2021	2022	2023	2024	2025	Promedio
mecanismos de apoyo para pacientes oncológicos y sus familias	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de Consultas de Salud Mental en la Red Pública	3.64	3.79	4.22	4.11	4.32	4.02
	Tasa de variación	N/A	0.0412	0.1135	-0.0261	0.0511	0.0449
Sostenibilidad financiera comprometida por la brecha entre el costo real de la atención oncológica y los ingresos recuperados	N/D en la matriz de indicadores del PNPSP adoptada	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Calidad percibida y satisfacción de los usuarios afectadas por demoras, información insuficiente y complejidad de los procesos asistenciales	Índice de calidad de los servicios públicos	87.6	90.9	91.03	91.89	92.77	90.84
	Tasa de variación	N/A	0.0377	0.0014	0.0094	0.0096	0.0145
	Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención	N/D	N/D	N/D	99.83	N/D	99.83
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Capacidad de gestión limitada para sostener los servicios con eficiencia, control, trazabilidad y orientación a resultados	Puntuación promedio de la Evaluación del Desempeño Institucional, EDI	N/D	N/D	N/D	72.97	N/D	72.97
	Tasa de variación	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Transformación digital insuficiente para respaldar la continuidad asistencial y la eficiencia de los procesos institucionales	Índice de Uso de TIC e Implementación de Gobierno Digital, iTICge	67	63.93	51.4	53.85	56.15	58.47
	Tasa de variación	N/A	-0.0458	-0.196	0.0477	0.0427	-0.0379
Información institucional fragmentada y baja interoperabilidad para el seguimiento de pacientes, producción, costos, indicadores y resultados	Índice de Uso de TIC e Implementación de Gobierno Digital, iTICge	67	63.93	51.4	53.85	56.15	58.47
	Tasa de variación	N/A	-0.0458	-0.196	0.0477	0.0427	-0.0379

Fuente: INCART. Herramienta 6. Matriz de Análisis del Comportamiento de la Problemática

Árbol de Problemas y Árbol de Efectos



Árbol de Objetivos y Fines



Enfoques Transversales de Políticas Públicas

Los enfoques transversales de políticas públicas constituyen un componente necesario para asegurar que el PEI del INCART incorpore, desde su diseño estratégico, criterios de derechos, equidad, sostenibilidad, territorialidad y gestión de riesgos, acordes con la naturaleza de la atención oncológica especializada, para lo cual se utilizó la Herramienta 5 para orientar este análisis.

En el caso del INCART, estos enfoques se vinculan directamente con su mandato de prestar servicios oncológicos integrales, especializados y de alta complejidad, así como con su función de referencia nacional dentro de la Red Pública de Servicios de Salud. El diagnóstico institucional identificó fortalezas relevantes en la provisión de servicios clínicos, diagnósticos, terapéuticos, docentes y de apoyo, pero también brechas asociadas a acceso oportuno, continuidad asistencial, articulación en red, disponibilidad de recursos críticos, sostenibilidad operativa y respuesta institucional ante contingencias. En este contexto, los enfoques transversales permiten incorporar criterios para que la producción institucional, los resultados estratégicos, los subproductos y las líneas de acción respondan de manera más equitativa, sostenible y resiliente a las necesidades de la población usuaria.

Tabla No. 12. República Dominicana: Resumen general del enfoque según política transversal abordado por el PEI 2026-2029 INCART

Política transversal	Enfoque	Abordaje
Género y Derechos Humanos	El INCART asume el compromiso de garantizar el derecho a la salud desde un enfoque de igualdad, no discriminación, accesibilidad, trato digno, humanización y atención diferenciada, reconociendo las necesidades particulares de la población usuaria según sexo, edad, discapacidad, territorio, nacionalidad, aseguramiento y condición de vulnerabilidad	El PEI incorporará progresivamente la desagregación de la información por sexo, edad, territorio y otras variables relevantes; fortalecerá el acceso oportuno a prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y apoyo psicosocial; y promoverá servicios centrados en la persona, con confidencialidad, seguridad del paciente, orientación clara y respeto de derechos
Sostenibilidad Ambiental	El INCART integra la sostenibilidad ambiental considerando el uso intensivo de medicamentos, insumos sanitarios, energía, agua, equipos biomédicos y materiales descartables, así como la generación de residuos hospitalarios, biológicos, químicos, citotóxicos y radiológicos propios de la atención oncológica	Se fortalecerá la gestión de residuos hospitalarios y peligrosos, la bioseguridad, la protección radiológica, el uso eficiente de recursos, el mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura y la incorporación de criterios de sostenibilidad en las compras, el almacenamiento, la operación hospitalaria y la modernización tecnológica
Cohesión Territorial	El INCART reconoce la necesidad de reducir brechas territoriales en el acceso a servicios oncológicos especializados, dada su condición de centro de referencia nacional y la concentración de servicios de alta complejidad en Santo Domingo	El PEI fortalecerá la articulación con el SNS, los Servicios Regionales de Salud y los establecimientos de la Red Pública; mejorará la referencia, contrarreferencia y seguimiento; incorporará el registro de la procedencia territorial de la demanda; y promoverá mecanismos que faciliten el acceso y la continuidad asistencial desde los distintos territorios
Gestión del Riesgo de Desastres	El INCART incorpora este enfoque debido a la sensibilidad de los servicios oncológicos frente a huracanes, inundaciones, sismos, emergencias sanitarias, fallas eléctricas, problemas de conectividad, interrupciones logísticas y afectaciones de infraestructura	Se fortalecerán los planes de emergencia y continuidad operativa, la protección de pacientes y personal, la disponibilidad mínima de medicamentos e insumos críticos, el respaldo de la información, la seguridad de los equipos y la coordinación con la Red Pública para sostener el diagnóstico, tratamiento y seguimiento ante contingencias

Fuente: INCART. Elaborado en base a la Herramienta 5. Adopción de los enfoques de las políticas transversales. Ver en detalle en el Anexo 1.

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Análisis de Actores Involucrados

El análisis de actores involucrados permitió identificar las instituciones públicas, entidades reguladoras, financiadoras, prestadoras, académicas, sociales y privadas que inciden directa o indirectamente en los problemas priorizados del PEI 2026-2029. La Herramienta 10 organizó estos actores según su base legal, ámbito territorial, tipo de institución y contribución esperada, permitiendo reconocer que la respuesta frente al cáncer supera la capacidad de actuación exclusiva del INCART y requiere coordinación sostenida entre los diferentes componentes del Sistema Nacional de Salud.

El MISPAS, el SNS y los Servicios Regionales de Salud ocupan una posición central por sus responsabilidades de rectoría, regulación, organización de la Red Pública y coordinación entre niveles de atención. Su participación resulta determinante para fortalecer la prevención y detección temprana, establecer rutas oncológicas, mejorar la referencia y contrarreferencia, ampliar la capacidad resolutiva territorial y reducir la concentración de casos en los servicios especializados. A este grupo se incorporan el Primer Nivel de Atención, los hospitales generales y los centros diagnósticos, responsables de la captación, evaluación inicial, referencia oportuna y seguimiento de pacientes en sus territorios.

El financiamiento y la sostenibilidad de la atención involucran al Ministerio de Hacienda y Economía, DIGEPRES, CNSS, SISALRIL, SeNaSa y las demás administradoras de riesgos de salud. Estas entidades inciden en la asignación presupuestaria, la cobertura de prestaciones, las tarifas, las autorizaciones y los mecanismos de pago. De igual manera, PROMESE/CAL, la Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo, DIGEMAPS, la DGCP, la Dirección General de Aduanas y los proveedores especializados intervienen en la disponibilidad, regulación, adquisición, importación y distribución de medicamentos, reactivos, equipos, repuestos e insumos críticos.

El fortalecimiento de la capacidad instalada y del talento humano requiere la participación del MAP, el MESCyT, OGTIC, universidades, hospitales docentes, sociedades científicas, asociaciones profesionales, fabricantes y empresas de mantenimiento especializado. Estos actores contribuyen a la aprobación de estructuras, formación de especialistas, actualización de competencias, provisión de soporte técnico y sostenibilidad de equipos y tecnologías de alta complejidad. Finalmente, las asociaciones de pacientes, fundaciones, organizaciones comunitarias, gobiernos locales, entidades de protección social y organismos de defensa de derechos desempeñan un papel relevante en la identificación de barreras, el acompañamiento de pacientes y familias, la orientación, el apoyo social y la retroalimentación sobre la calidad de los servicios.

Tabla No. 13. República Dominicana: Análisis de actores involucrados según problemática identificada en el PEI 2026-2029

Actores	Tipo	Rol / Contribución en la implementación	Nivel de relación	Requisitos, necesidades y expectativas	Riesgos asociados	Mecanismo de gestión / respuesta institucional	Análisis estratégico
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS	Órgano rector del Sistema Nacional de Salud	Definir políticas, normas, protocolos y prioridades nacionales para prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer; regular habilitación, calidad y seguridad sanitaria	Alto	Información epidemiológica y asistencial oportuna; cumplimiento de normas, guías y protocolos; servicios habilitados y seguros	Desactualización normativa, incumplimiento de estándares, debilidades en detección temprana y aumento de casos avanzados	Participación en mesas técnicas, aplicación de protocolos, reporte de indicadores, seguimiento regulatorio y planes de mejora	Actor de máxima influencia normativa; su coordinación es indispensable para vincular la capacidad del INCART con la política nacional de cáncer
Servicio Nacional de Salud, SNS	Prestador público y coordinador de la Red Pública	Organizar la provisión de servicios, fortalecer la capacidad resolutiva de la red, coordinar infraestructura, equipamiento, talento humano, referencia y distribución territorial de servicios especializados	Alto	Información sobre demanda, producción, capacidad instalada, necesidades de personal, abastecimiento y expansión de servicios	Concentración de casos complejos, saturación del tercer nivel, asignación insuficiente de recursos y débil coordinación entre establecimientos	Acuerdos de gestión, programación conjunta, asistencia técnica, seguimiento de producción, coordinación de recursos y rutas oncológicas	Actor central para reducir la presión sobre el INCART mediante el fortalecimiento de la red y la organización de los flujos asistenciales
Servicios Regionales de Salud y Centros de Primer Nivel de Atención	Instancias territoriales de gestión y provisión pública	Identificar factores de riesgo y signos de alarma, desarrollar acciones preventivas, referir oportunamente y dar seguimiento territorial a las personas usuarias	Alto	Criterios claros de sospecha y referencia; protocolos accesibles; canales de comunicación; retroalimentación sobre casos referidos	Referencias tardías o incompletas, pérdida de seguimiento, duplicidad de estudios y llegada de pacientes en estadios avanzados	Rutas estandarizadas, capacitación, asistencia técnica, referencia y contrarreferencia, seguimiento territorial e indicadores compartidos	Su fortalecimiento permite disminuir derivaciones evitables y reservar el tercer nivel para casos que requieren atención oncológica especializada
Hospitales generales, hospitales especializados y centros diagnósticos de la Red Pública	Establecimientos públicos de salud	Realizar evaluación inicial, completar estudios según su cartera, aplicar criterios de referencia y continuar el seguimiento de pacientes en sus territorios	Alto	Protocolos homogéneos, acceso a pruebas diagnósticas, intercambio de información clínica y criterios de priorización	Diagnósticos incompletos, repetición de pruebas, derivaciones no pertinentes y retrasos en el inicio del tratamiento	Protocolos de referencia, interconsultas, intercambio de resultados, coordinación de casos y auditoría de derivaciones	Constituyen el enlace operativo entre el Primer Nivel y el INCART; su capacidad resolutiva determina la calidad y oportunidad de las referencias
Ministerio de Hacienda y Economía y Dirección General de Presupuesto, DIGEPRES	Órganos rectores de planificación, inversión y presupuesto	Evaluar necesidades de inversión y asignar recursos para infraestructura, equipamiento, medicamentos,	Alto	Proyectos sustentados, metas físicas, costos, producción, evidencia de demanda y	Presupuesto insuficiente, retrasos en inversiones, expansión sin recursos recurrentes	Formulación presupuestaria plurianual, proyectos de inversión, solicitudes de reforzamiento,	Su participación condiciona la posibilidad de ajustar la capacidad instalada y funcional al

Actores	Tipo	Rol / Contribución en la implementación	Nivel de relación	Requisitos, necesidades y expectativas	Riesgos asociados	Mecanismo de gestión / respuesta institucional	Análisis estratégico
		mantenimiento, personal y operación de servicios		sostenibilidad financiera	y deterioro de equipos e infraestructura	seguimiento de ejecución y evaluación de costos	crecimiento de la demanda
Ministerio de Administración Pública, MAP	Órgano rector de la función pública	Regular las estructuras, cargos, perfiles, modalidades de vinculación, evaluación y desarrollo del talento humano	Alto	Estructura organizativa actualizada, perfiles definidos, justificación de plazas y cumplimiento de la normativa de función pública	Brecha entre estructura aprobada y necesidades reales, dificultad para crear plazas y limitada cobertura de servicios	Revisión de estructura, actualización de manuales de cargos, planificación de dotación y coordinación de procesos de aprobación	Actor clave para adecuar la organización y la dotación a la complejidad creciente de los servicios oncológicos
MESCyT, universidades y hospitales docentes	Órgano rector, instituciones académicas y centros formadores	Autorizar, acreditar y desarrollar residencias, subespecialidades, formación técnica, investigación y educación continua	Alto	Identificación de perfiles deficitarios, campos clínicos adecuados, tutores, programas actualizados y convenios sostenibles	Oferta insuficiente de especialistas, formación no alineada con la demanda y pérdida de capacidad docente	Convenios académicos, ampliación de residencias, programas de subespecialidad, rotaciones y formación continua	Su contribución es estratégica para ampliar la oferta nacional de especialistas y asegurar el relevo del talento humano
Sociedades médicas y asociaciones profesionales de salud	Gremios y organizaciones profesionales	Apoyar la actualización de protocolos, formación continua, definición de competencias y análisis de condiciones de ejercicio profesional	Medio -alto	Participación técnica, reconocimiento de competencias, actualización científica y condiciones adecuadas para el ejercicio profesional	Resistencia a cambios, variabilidad de prácticas clínicas, migración y rotación de especialistas	Mesas técnicas, revisión de protocolos, actividades científicas, certificación y educación continua	Aportan legitimidad técnica y facilitan la estandarización de la práctica oncológica
Programa de Medicamentos de Alto Costo del MISPAS	Programa público de financiamiento y provisión	Gestionar el acceso a medicamentos de alto costo no cubiertos suficientemente por los mecanismos ordinarios de aseguramiento	Alto	Expedientes clínicos completos, criterios de elegibilidad, prescripción conforme a protocolos y seguimiento terapéutico	Demoras en aprobación, disponibilidad limitada de moléculas y discontinuidad de tratamientos	Coordinación de expedientes, priorización clínica, seguimiento de solicitudes y reporte de consumo y resultados	Determinante para sostener terapias de alta complejidad y reducir barreras financieras para la población
PROMESE/CAL	Central pública de abastecimiento	Ejecutar compras, almacenamiento y distribución de medicamentos, reactivos e insumos para la Red Pública	Alto	Proyecciones de demanda confiables, programación oportuna, especificaciones técnicas y coordinación logística	Desabastecimiento, entregas tardías, cantidades insuficientes o productos no ajustados a la necesidad clínica	Programación conjunta, seguimiento de órdenes, alertas de disponibilidad, control de entregas y conciliación de necesidades	Su desempeño incide directamente en la continuidad diagnóstica y terapéutica y en la utilización efectiva de la capacidad instalada

Actores	Tipo	Rol / Contribución en la implementación	Nivel de relación	Requisitos, necesidades y expectativas	Riesgos asociados	Mecanismo de gestión / respuesta institucional	Análisis estratégico
SeNaSa y demás Administradoras de Riesgos de Salud	Aseguradores y financiadores de servicios de salud	Autorizar y financiar medicamentos, procedimientos, estudios y tecnologías cubiertos por el Seguro Familiar de Salud	Alto	Expedientes clínicos completos, facturación trazable, oportunidad en solicitudes y servicios conforme al catálogo de prestaciones	Retrasos de autorización, glosas, diferencias de cobertura, pagos tardíos y aumento de costos para pacientes y familias	Acuerdos operativos, canales de autorización, conciliación de glosas, revisión de coberturas y seguimiento de pagos	Influyen en el acceso efectivo, la oportunidad de los tratamientos y la sostenibilidad financiera de la atención oncológica
SISALRIL y Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSS	Órganos reguladores de la seguridad social	Regular y supervisar coberturas, tarifas, autorizaciones y mecanismos de pago del Seguro Familiar de Salud	Alto	Evidencia de costos reales, calidad de los servicios, cumplimiento del PDSS y protección de derechos de las personas afiliadas	Tarifas insuficientes, exclusión de tecnologías, diferencias de cobertura y afectación de la sostenibilidad	Presentación de estudios de costos, propuestas de actualización del catálogo, gestión de controversias y seguimiento regulatorio	Actores decisivos para reducir la brecha entre el costo de la atención oncológica y los ingresos reconocidos
DIGEMAPS	Autoridad reguladora sanitaria	Autorizar, registrar, inspeccionar y vigilar medicamentos, reactivos, dispositivos y tecnologías sanitarias	Alto	Productos registrados, trazabilidad, condiciones de almacenamiento, calidad, seguridad y farmacovigilancia	Demoras regulatorias, productos no conformes, retiros sanitarios y limitada disponibilidad comercial	Cumplimiento regulatorio, vigilancia de productos, reporte de eventos y coordinación de autorizaciones	Su función protege la seguridad clínica, aunque los tiempos regulatorios pueden incidir en la disponibilidad de productos críticos
Dirección General de Aduanas, fabricantes, importadores, distribuidores y suplidores especializados	Autoridad aduanera y proveedores privados	Facilitar la importación y garantizar disponibilidad, entrega, calidad, mantenimiento, repuestos y soporte técnico de productos y equipos especializados	Alto	Procesos aduaneros oportunos, contratos claros, calidad certificada, cumplimiento de plazos, garantías y soporte posventa	Retrasos logísticos, variaciones de precios, proveedores únicos, falta de repuestos e interrupción de servicios	Planificación anticipada, seguimiento contractual, diversificación de proveedores, inventarios de seguridad y coordinación aduanera	La dependencia de importaciones convierte a estos actores en un factor crítico para la continuidad operativa
Proveedores de equipos médicos, representantes autorizados y empresas de mantenimiento	Contratistas y prestadores privados especializados	Instalar, calibrar, mantener, reparar y actualizar equipos diagnósticos y terapéuticos	Alto	Contratos vigentes, disponibilidad de repuestos, mantenimiento programado, personal técnico certificado y tiempos de respuesta definidos	Fallas prolongadas, suspensión de servicios, incremento de mantenimiento correctivo y obsolescencia tecnológica	Acuerdos de nivel de servicio, mantenimiento preventivo, seguimiento de garantías, penalidades y planes de contingencia	Su capacidad de respuesta determina que la infraestructura tecnológica permanezca disponible y segura
OGTIC	Órgano rector de gobierno digital	Definir estándares de interoperabilidad, seguridad, protección de datos y	Medio -alto	Sistemas compatibles, cumplimiento de normas NORTIC, seguridad de la	Fragmentación de sistemas, fuga de información, baja interoperabilidad y	Asistencia técnica, adopción de estándares, proyectos de interoperabilidad y	Su participación es fundamental para integrar la información

Actores	Tipo	Rol / Contribución en la implementación	Nivel de relación	Requisitos, necesidades y expectativas	Riesgos asociados	Mecanismo de gestión / respuesta institucional	Análisis estratégico
		continuidad tecnológica para las instituciones públicas		información y gobernanza de datos	pérdida de trazabilidad clínica	evaluaciones de seguridad	clínica, operativa, financiera y logística
Organizaciones comunitarias, asociaciones de pacientes, fundaciones y entidades de apoyo social	Organizaciones sociales y comunitarias	Desarrollar educación, orientación, acompañamiento y apoyo para transporte, alojamiento, alimentación y permanencia en el tratamiento	Medio-alto	Información clara, participación, canales de coordinación, reconocimiento de barreras y trato digno	Desinformación, abandono terapéutico, mayores barreras económicas y pérdida de confianza	Convenios, campañas, mecanismos de consulta, acompañamiento de casos y redes de apoyo	Aportan conocimiento sobre las necesidades de pacientes y familias y contribuyen a reducir barreras que afectan la continuidad asistencial

Fuente: INCART. Elaborado a partir de la Herramienta 10. Análisis de Involucrados.

Análisis FODA

El análisis FODA permitió valorar las capacidades internas del INCART y los factores externos que pueden favorecer o limitar el cumplimiento de sus resultados estratégicos durante el período 2026-2029. La revisión integró los problemas priorizados, las matrices de causalidad y efectos, el marco normativo, los instrumentos sectoriales y la información institucional disponible, con el propósito de identificar condiciones que deben ser aprovechadas, fortalecidas o gestionadas dentro del PEI.

Entre las principales fortalezas se destaca la condición del INCART como hospital público monográfico de tercer nivel, altamente especializado y de referencia nacional para la atención del cáncer. La institución dispone de una cartera integral de servicios clínicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos, farmacéuticos, transfusionales, paliativos y de apoyo, acompañada de infraestructura especializada, experiencia acumulada de su talento humano y capacidades en docencia, residencias médicas, investigación clínica, farmacovigilancia y registro de tumores. Asimismo, cuenta con una estructura organizativa formal, unidades responsables de planificación, calidad, recursos humanos, gestión médica, administración, finanzas, tecnología y atención al usuario, así como con un Sistema de Gestión de la Calidad estructurado conforme a ISO 9001:2015.

No obstante, persisten debilidades que afectan la capacidad de respuesta institucional. Entre ellas se encuentran la presión creciente de la demanda sobre camas, espacios, equipos, personal e insumos; la insuficiente estandarización de la referencia, contrarreferencia y continuidad asistencial; la gestión de medicamentos e insumos críticos todavía poco predictiva; la fragmentación y baja interoperabilidad de los sistemas hospitalarios y administrativos; y las brechas entre la estructura aprobada y las necesidades reales de personal especializado. También se identifican limitaciones en planificación de la fuerza laboral, relevo generacional, comunicación interdepartamental, automatización de procesos, control interno, gestión documental, auditorías, seguimiento de riesgos y verificación de la eficacia de las acciones correctivas.

El entorno ofrece oportunidades relevantes para superar estas brechas. La existencia del PLANDES 2030, el PNPSP, el PEI del MISPAS y el PEI del SNS proporciona un marco favorable para fortalecer la prevención, detección temprana, atención integral y articulación en red. A ello se suman las posibilidades de avanzar en salud digital, expediente clínico electrónico, interoperabilidad, teleorientación, inversión pública, cooperación técnica, alianzas académicas, formación especializada, investigación clínica, analítica institucional y ampliación de servicios de alta complejidad. El nuevo marco de contrataciones públicas y los mecanismos de compra centralizada también pueden contribuir a una mayor planificación, transparencia y trazabilidad del abastecimiento. Las principales amenazas se relacionan con el incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, el diagnóstico tardío, la fragmentación territorial de la Red Pública, las desigualdades económicas y sociales, el aumento de los costos de medicamentos, radiofármacos, reactivos, equipos y mantenimiento, y la dependencia de productos importados y proveedores especializados. También representan riesgos la escasez nacional de especialistas, la rápida obsolescencia tecnológica, los eventos climáticos y emergencias sanitarias, las fallas de conectividad, las crecientes exigencias regulatorias, los riesgos de ciberseguridad y la presión reputacional asociada a demoras, desabastecimiento o suspensión de servicios.

Tabla No. 14. República Dominicana: Resultados del análisis FODA, PEI 2026-2029 INCART

Ambiente Interno: Mirar la disponibilidad de recursos de capital, personal, activos, calidad de producto, estructura interna y de mercado, percepción de la población, entre otros.	
Fortalezas	**Debilidades**
F1. Condición de hospital público monográfico de tercer nivel, altamente especializado, descentralizado, con autonomía de gestión y referencia nacional para la atención oncológica	D1. Capacidad resolutiva presionada por el crecimiento sostenido de la demanda, la complejidad clínica de los casos y la disponibilidad limitada de camas, espacios, equipos, personal e insumos
F2. Cartera integral de servicios clínicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos, farmacéuticos, transfusionales, paliativos y de apoyo especializados en cáncer	D2. Referencia, contrarreferencia, seguimiento territorial y continuidad asistencial insuficientemente estandarizados, documentados e integrados con la Red Pública
F3. Infraestructura hospitalaria especializada que integra hospitalización, Hospital de Día, Unidad Oncopediátrica, quirófanos, laboratorio, imágenes, anatomía patológica, medicina nuclear, radio oncología, farmacia y banco de sangre	D3. Gestión de medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos críticos insuficientemente predictiva y articulada con la demanda, los protocolos, las compras, el presupuesto y los inventarios
F4. Capital humano clínico, técnico, administrativo, financiero y docente con experiencia acumulada, conocimiento institucional y competencias vinculadas con la atención oncológica de alta complejidad	D4. Sistemas hospitalarios y administrativos obsoletos, fragmentados y con baja interoperabilidad, que limitan el expediente clínico, la trazabilidad de pacientes, los inventarios, la facturación y la toma de decisiones
F5. Capacidades institucionales en docencia, residencias médicas, subespecialidades oncológicas, investigación clínica, farmacovigilancia, registro de tumores y alianzas académicas	D5. Brechas entre la estructura organizacional aprobada y las necesidades reales de personal, junto con dificultades para captar, retener y desarrollar perfiles especializados
F6. Estructura organizativa aprobada, Manual de Organización y Funciones y unidades responsables de planificación, calidad, recursos humanos, gestión médica, administración, finanzas, tecnología y atención al usuario	D6. Planificación insuficiente de la fuerza laboral, relevo generacional y gestión del conocimiento, con dependencia de conocimientos concentrados en determinados colaboradores
F7. Sistema de Gestión de la Calidad estructurado conforme a ISO 9001:2015, con política y objetivos de calidad, auditorías internas, revisión por la dirección, matrices de riesgos, indicadores y gestión de acciones correctivas	D7. Brechas de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad relacionadas con control de documentos y versiones obsoletas, cobertura de auditorías, actualización de riesgos, tratamiento de quejas y verificación de la eficacia de las acciones correctivas
F8. Existencia de procedimientos y controles operativos en procesos clínicos, financieros, logísticos, de almacén, compras, mantenimiento y atención al usuario, que sirven de base para su normalización y automatización	D8. Comunicación y coordinación interdepartamental insuficientemente estructuradas, generando demoras, reprocesos, dificultades de escalamiento y limitada visibilidad sobre la interdependencia de los procesos
F9. Disponibilidad de información histórica clínica, epidemiológica, productiva, financiera y operativa con potencial para fortalecer indicadores, análisis predictivo y gestión basada en evidencia	D9. Procesos financieros y administrativos con alta dependencia de registros manuales, hojas de cálculo y fuentes descentralizadas, afectando conciliaciones, cierres, controles, costos y recuperación de ingresos
F10. Capacidad de articulación con el SNS, el Servicio Regional Ozama, el MISPAS, aseguradores, universidades, organismos de cooperación y otros actores vinculados con la respuesta nacional frente al cáncer	D10. Sistema de control interno en proceso de fortalecimiento, con debilidades pendientes en manuales, políticas, NOBACI, activos, expedientes, facturación, indicadores, seguimiento del desempeño y calidad de los registros

Ambiente Externo: Mirar hechos o eventos de carácter político, legal, social o tecnológico	
Oportunidades	**Amenazas**
O1. Existencia del PLANDES 2030, PNPSP 2025-2028, PEI MISPAS 2025-2028 y PEI SNS 2025-2028 como marcos para fortalecer la prevención, detección temprana y atención integral del cáncer	A1. Incremento de la incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas al cáncer y demás enfermedades no transmisibles, con presión creciente sobre los servicios especializados
O2. Integración del INCART a la Red Pública del SNS y al Servicio Regional Ozama, facilitando la definición de rutas oncológicas, referencia temprana, contrarreferencia y seguimiento compartido	A2. Persistencia del diagnóstico tardío, que incrementa la complejidad clínica, los costos terapéuticos, la hospitalización, los cuidados paliativos y el riesgo de mortalidad prematura
O3. Desarrollo sectorial de salud digital, expediente clínico electrónico, interoperabilidad, teleorientación y plataformas integradas de gestión clínica, administrativa y financiera	A3. Fragmentación de la Red Pública y capacidad resolutiva desigual entre territorios y niveles de atención, afectando la captación, referencia y continuidad del paciente
O4. Disponibilidad de marcos de calidad y fortalecimiento institucional, como ISO 9001:2015, Política Nacional de la Calidad, CAF, NOBACI, SISMAP Salud y estándares de seguridad del paciente	A4. Desigualdades territoriales, económicas, sociales y digitales que dificultan el acceso oportuno de pacientes provenientes de zonas alejadas o en condiciones de vulnerabilidad
O5. Posibilidad de gestionar inversión pública, cooperación técnica, financiamiento y alianzas para ampliar infraestructura, renovar equipos y fortalecer servicios especializados	A5. Incremento del costo de medicamentos oncológicos, radiofármacos, reactivos, hemoderivados, tecnologías médicas, repuestos y mantenimiento especializado
O6. Ampliación de convenios con universidades, centros oncológicos, sociedades médicas y organismos nacionales e internacionales para docencia, investigación y formación especializada	A6. Dependencia de productos importados y cadenas de suministro sensibles a retrasos logísticos, variaciones de precios, disponibilidad comercial y procesos de nacionalización
O7. Expansión de servicios especializados en oncopediatría, medicina nuclear, banco de sangre, imágenes avanzadas, diagnóstico molecular, braquiterapia y otras áreas de alta complejidad	A7. Escasez nacional de especialistas y técnicos oncológicos, junto con competencia laboral y migración de personal calificado hacia otros prestadores o mercados
O8. Fortalecimiento del Registro de Cáncer, la investigación clínica, la analítica institucional y los tableros de información para orientar decisiones y políticas públicas	A8. Rápida obsolescencia tecnológica y elevado costo de renovación, licenciamiento, calibración, mantenimiento y actualización de equipos y sistemas hospitalarios
O9. Nuevo marco de contrataciones públicas y mecanismos de compra centralizada que favorecen mayor planificación, transparencia, competencia y trazabilidad del abastecimiento	A9. Exposición a huracanes, inundaciones, sismos, emergencias sanitarias, interrupciones eléctricas, fallas de conectividad y otros eventos que afectan la continuidad operativa
O10. Participación de asociaciones de pacientes, organizaciones comunitarias, gobiernos locales y medios de comunicación en educación, prevención, detección temprana y acompañamiento social	A10. Incremento de exigencias regulatorias, auditorías, riesgos de ciberseguridad, protección de datos y presión reputacional ante demoras, desabastecimiento, no conformidades o suspensión de servicios

En conjunto, el FODA muestra que el INCART dispone de capacidades técnicas, asistenciales y académicas importantes, pero requiere fortalecer su gestión interna y aprovechar de manera estratégica las oportunidades del entorno para responder a una demanda oncológica creciente. Esta lectura sustenta la formulación de estrategias orientadas a ampliar la capacidad de respuesta, garantizar continuidad asistencial, mejorar el abastecimiento, fortalecer el talento humano, modernizar los sistemas de información y consolidar la calidad, la seguridad del paciente y la mejora continua.

Contexto Actual de la Respuesta Nacional frente al Cáncer y Desafíos Críticos del INCART

La respuesta nacional frente al cáncer se desarrolla en un contexto caracterizado por el crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, la persistencia del diagnóstico tardío, las desigualdades territoriales en el acceso y la concentración de servicios oncológicos de alta complejidad en el Gran Santo Domingo. Estas condiciones incrementan la presión sobre los establecimientos especializados y exigen una mayor coordinación entre el Primer Nivel de Atención, los hospitales generales, los centros diagnósticos, los Servicios Regionales de Salud y los centros de referencia nacional.

Los indicadores sectoriales evidencian que la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles continúa siendo elevada. La tasa de muerte prematura por ENT pasó de 174.3 en 2021 a 150.4 en 2023, pero aumentó nuevamente a 165.8 en 2024. Asimismo, el número de muertes por estas enfermedades disminuyó de 18,363 en 2021 a 16,110 en 2023, para luego incrementarse a 17,899 en 2024. Este comportamiento muestra que los avances no han sido sostenidos y que persisten brechas en prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y continuidad asistencial. La detección temprana presenta resultados todavía limitados dentro de la Red Pública. En 2024, solo 1.73% de las mujeres mayores de 40 años se realizaron una mamografía anual, 2.93% de las mujeres se realizaron Papanicolaou y 1.57% de los hombres se realizaron examen de próstata. Estos valores reflejan una cobertura reducida frente a la población objetivo y contribuyen a que una proporción importante de los casos llegue a los servicios especializados con mayores necesidades diagnósticas y terapéuticas.

En este escenario, el INCART ocupa una posición estratégica como hospital público monográfico de tercer nivel y referencia nacional. La institución concentra servicios de consulta especializada, laboratorio, imágenes, anatomía patológica, cirugía, Hospital de Día, hospitalización, farmacia, banco de sangre, medicina nuclear, radiooncología, cuidados paliativos y apoyo psicosocial. Su capacidad de respuesta depende de la coordinación simultánea de estos servicios y de su articulación con los demás establecimientos de la Red Pública. La producción institucional permite dimensionar la presión asistencial. Las prestaciones seleccionadas aumentaron de 276,478 en 2020 a 458,283 en 2025, equivalente a un crecimiento acumulado de 65.8%. Durante 2025 se registraron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 estudios de imágenes, 7,057 atenciones de emergencia, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. En conjunto, las consultas, el laboratorio y las imágenes representaron 97.4% de la producción seleccionada, evidenciando el peso de la cadena diagnóstica y ambulatoria.

La demanda presenta diferencias según el tipo de servicio y la población atendida. Las mujeres concentraron aproximadamente 78.1% de las consultas, 86.4% de los estudios de imágenes, 78.0% de los procedimientos y 60.6% de las hospitalizaciones analizadas. Esta distribución se relaciona con la actividad vinculada al cáncer de mama, cáncer cervicouterino y servicios ginecológicos, sin disminuir la necesidad de garantizar acceso oportuno para los cánceres que afectan a hombres, población pediátrica y demás grupos de edad.

La capacidad física incluye 94 camas habilitadas para hospitalización de personas adultas y 22 sillones de Hospital de Día, luego de una ampliación desde 17 cubículos. Sin embargo, la disponibilidad de espacios no equivale automáticamente a capacidad efectiva. La operación depende de contar con talento humano especializado, medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos, equipos funcionales, mantenimiento, servicios generales, información clínica y financiamiento suficiente.

El abastecimiento constituye otro componente crítico. La atención oncológica depende de productos de alto costo, importados o de difícil sustitución. La indisponibilidad de medicamentos antineoplásicos, reactivos, materiales quirúrgicos, hemoderivados o radiofármacos puede provocar reprogramaciones, demoras diagnósticas e interrupciones terapéuticas. A nivel sectorial, los medicamentos del Programa de Alto Costo representaron 74.3% de las compras reportadas por PROMESE/CAL durante el cuarto trimestre de 2022, lo que evidencia la presión financiera asociada a este tipo de tratamientos.

La continuidad asistencial también se encuentra condicionada por las debilidades en referencia, contrarreferencia e intercambio de información. La concentración de servicios especializados obliga a personas procedentes de diferentes territorios a desplazarse repetidamente para consultas, estudios y tratamientos. Cuando las referencias llegan incompletas, los resultados no son compartidos o no existe seguimiento territorial, aumentan las duplicidades, los tiempos de espera, los costos indirectos y el riesgo de pérdida de seguimiento.

Cuadro No. 12. República Dominicana: Dimensiones del entorno y situaciones identificadas para la toma de decisiones

DIMENSIÓN	EVIDENCIA ESTADÍSTICA	LECTURA ESTRATÉGICA
Mortalidad prematura por ENT	**165.8** en 2024	Persistencia de una elevada carga de enfermedad
Muertes por ENT	**17,899** en 2024 (Aumento respecto de las 16,110 registradas en 2023)	Aumento respecto de las 16,110 registradas en 2023
Mamografía anual en mujeres mayores de 40 años	**1.73%** en 2024	Cobertura sectorial insuficiente para detección temprana
Papanicolaou anual	**2.93%** en 2024	Persistencia de brechas en prevención del cáncer cervicouterino
Examen anual de próstata	**1.57%** en 2024	Baja utilización de servicios preventivos dirigidos a hombres
Producción seleccionada del INCART	**458,283** prestaciones en 2025 (Incremento de 65.8% respecto de 2020)	Incremento de 65.8% respecto de 2020
Consultas	**135,044** en 2025	Persión sobre agendas, admisión y seguimiento
Pruebas de laboratorio	**259,181** en 2025	Principal componente de la cadena diagnóstica
Estudios de imágenes	**51,590** en 2025	Dependencia de equipos, mantenimiento y personal especializado
Hospitalizaciones	**3,757** en 2025	Presión sobre camas, enfermería y servicios de apoyo
Procedimientos quirúrgicos	**1,654** en 2025	Alta necesidad de coordinación clínica, tecnológica y logística
Capacidad de hospitalización de personas adultas	**63** camas	Capacidad física limitada frente a la demanda nacional
Hospital de Día	**22** cubículos	Ampliación física que requiere recursos recurrentes
Medicamentos de alto costo	**74.3%** de las compras reportadas por PROMESE/CAL en el cuarto trimestre de 2022	Elevada presión financiera del tratamiento especializado

Fuente: Elaboración propia con base en las herramientas validadas del PEI INCART 2026-2029, Producción de Servicios SNS 2020-2026, estadísticas institucionales y PLANDES 2030.

Los desafíos críticos para el período 2026-2029 se derivan de la interacción entre la carga creciente del cáncer, la limitada cobertura de prevención y detección temprana, la concentración de servicios especializados y las restricciones que afectan la continuidad, oportunidad y sostenibilidad de la atención. Su identificación permite delimitar los ámbitos que requieren mayor atención estratégica durante la ejecución del PEI, considerando tanto las capacidades institucionales como la necesaria articulación con la Red Pública de Servicios de Salud. En este sentido, los desafíos que se presentan a continuación sintetizan las principales condiciones que podrían limitar el cumplimiento de los

resultados previstos y que deberán ser abordadas mediante acciones coordinadas, medibles y sostenibles.

Tabla No. 15. República Dominicana: Desafíos críticos para la atención oncológica integral del INCART

DESAFÍO CRÍTICO	MANIFESTACIÓN PRINCIPAL
1 Crecimiento y complejidad de la demanda	Mayor presión sobre consultas, diagnóstico, cirugía, hospitalización y tratamientos.
2 Diagnóstico tardío	Atención de casos con mayor complejidad clínica y menor oportunidad terapéutica.
3 Prevención y detección temprana insuficientes	Baja cobertura de mamografía, Papanicolaou y evaluación prostática.
4 Fragmentación de la atención	Debilidades en referencia, contrarreferencia, seguimiento e intercambio de información.
5 Abastecimiento vulnerable	Riesgo de falta de medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos.
6 Capacidad instalada desarticulada	Espacios y equipos no siempre sincronizados con personal, mantenimiento y abastecimiento.
7 Brechas territoriales y económicas	Mayores costos y dificultades para personas procedentes de territorios alejados.
8 Talento humano especializado limitado	Dificultad para ampliar horarios, turnos y servicios de alta complejidad.
9 Transformación digital insuficiente	Baja interoperabilidad y limitada trazabilidad de la ruta asistencial.
10 Sostenibilidad financiera	Elevados costos de tratamientos, tecnologías y mantenimiento especializado.

Fuente: Elaborado a partir de la Herramientas H7, H8, H9 y H11 del PEI INCART 2026-2029.

El contexto actual exige que el INCART fortalezca su capacidad de respuesta de manera integral, articulando prevención, detección temprana, atención especializada, continuidad asistencial, talento humano, abastecimiento, tecnología y sostenibilidad financiera. El abordaje de estos desafíos durante el período 2026-2029 será determinante para mejorar la oportunidad, seguridad, calidad y equidad de los servicios oncológicos, así como para consolidar la contribución institucional del INCART a la respuesta nacional frente al cáncer y al fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud.

Gestión de Recursos, Alianzas, Convenios y Socios de Negocios

La gestión de recursos del INCART comprende la planificación, asignación, utilización y seguimiento de los recursos humanos, financieros, tecnológicos, materiales y de infraestructura necesarios para sostener la atención oncológica especializada. Dada la complejidad y el costo de los servicios vinculados con diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radiooncología, medicina nuclear, hospitalización, laboratorio, imágenes y cuidados paliativos, la disponibilidad de recursos debe articularse con la demanda

esperada, la programación presupuestaria, el PACC, el mantenimiento, los inventarios y las metas institucionales.

El diagnóstico institucional evidencia que la capacidad de respuesta no depende exclusivamente de los recursos administrados directamente por el INCART. La continuidad de los servicios requiere coordinación con el MISPAS, el SNS, el Servicio Regional Ozama, el Ministerio de Hacienda y Economía, DIGEPRES, PROMESE/CAL, SeNaSa, las demás administradoras de riesgos de salud y los organismos responsables de regulación, compras públicas, tecnología y control. Esta relación resulta determinante para gestionar financiamiento, medicamentos de alto costo, insumos críticos, autorizaciones, inversiones, personal especializado y tecnologías sanitarias.

Las alianzas y convenios constituyen mecanismos estratégicos para complementar las capacidades institucionales. El INCART dispone de experiencia en docencia, residencias médicas, subespecialidades, investigación clínica y cooperación académica, lo que facilita la vinculación con universidades, hospitales docentes, centros oncológicos, sociedades científicas y organismos nacionales e internacionales.

Estas relaciones pueden apoyar la formación especializada, el intercambio técnico, la investigación, la actualización de protocolos, la incorporación de buenas prácticas y el fortalecimiento de servicios de alta complejidad. En el PEI 2026-2029, los convenios deberán gestionarse como instrumentos orientados a resultados y no limitarse a su suscripción formal. Cada acuerdo deberá establecer su objeto, alcance, responsables, recursos comprometidos, productos esperados, indicadores, vigencia, mecanismos de seguimiento y condiciones para su renovación o cierre.

Esta gestión permitirá determinar su contribución efectiva a la atención, la formación, la investigación, la innovación y el fortalecimiento de la Red Pública. Los socios de negocios comprenden las entidades externas cuya actuación puede incidir en la calidad, continuidad y seguridad de los servicios, incluyendo proveedores de medicamentos e insumos, fabricantes y representantes de equipos, empresas de mantenimiento, laboratorios externos, aseguradoras, universidades, centros de investigación y organizaciones de cooperación. Su gestión requiere criterios de selección, evaluación, cumplimiento legal, capacidad técnica, calidad, oportunidad, confidencialidad, seguridad de la información, trazabilidad y continuidad operativa, especialmente cuando intervienen en procesos clínicos o servicios críticos.

Tabla No. 16. República Dominicana: Ámbitos para la gestión de recursos y relaciones externas

Ámbito	Actores o recursos vinculados	Orientación para el PEI 2026-2029
Recursos financieros	Ministerio de Hacienda y Economía, DIGEPRES, SNS, SeNaSa y demás ARS	Vincular presupuesto, producción, costos, inversiones, mantenimiento y sostenibilidad operativa
Medicamentos e insumos	MISPAS, PROMESE/CAL, Programa de Alto Costo, DIGEMAPS y proveedores	Fortalecer programación, trazabilidad, disponibilidad y continuidad del abastecimiento
Infraestructura y tecnología	SNS, proveedores, fabricantes, empresas de mantenimiento y OGTIC	Planificar adquisición, instalación, mantenimiento, reposición, interoperabilidad y ciclo de vida
Talento humano y formación	SNS, MAP, MESCyT, universidades, hospitales docentes y sociedades científicas	Ampliar formación especializada, competencias, residencias, intercambio técnico y gestión del conocimiento
Investigación y cooperación	Universidades, centros oncológicos y organismos nacionales e internacionales	Desarrollar proyectos de investigación, innovación, registro de tumores y transferencia de conocimiento
Socios de negocios	Proveedores, contratistas, aseguradoras, laboratorios y prestadores complementarios	Aplicar evaluación, debida diligencia, seguimiento contractual, calidad, confidencialidad y gestión de riesgos
Convenios institucionales	Entidades públicas, académicas, científicas, sociales y de cooperación	Gestionar acuerdos con objetivos, productos, indicadores, responsables, vigencia y evaluación de resultados

Fuente: Elaboración propia con base en las herramientas H10, H11, H12, H15, H18 y H20 del PEI INCART 2026-2029.

ALINEACIÓN ESTRATÉGICA DEL PEI 2026-2029

Misión, Visión y Valores Institucionales

Misión

Misión actual: 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 Recursos Humanos e Investigación

Visión

Ser el centro de salud líder en la atención del paciente oncológico a nivel nacional y del Caribe.

Valores

- Ética
- Humanismo
- Compromiso
- Equidad
- Integridad
- Excelencia
- Vocación de servicio
- Lealtad
- Solidaridad

Ejes, Objetivos, Resultados, Líneas de Acción y Productos Estratégicos

El Plan Estratégico Institucional 2026-2029 del INCART organiza su direccionamiento estratégico en cuatro ejes orientados a fortalecer, de manera articulada, la atención oncológica integral, oportuna y continua; la relación funcional con la Red Pública de Servicios de Salud para la prevención, la referencia, la contrarreferencia y el seguimiento territorial; la disponibilidad, formación y desarrollo del talento humano especializado; y la calidad, el fortalecimiento institucional, la transformación digital y la sostenibilidad operativa. Estos ejes expresan las prioridades de mediano plazo del Instituto y traducen su mandato misional en ámbitos concretos de intervención, con una lógica de resultados que permite vincular los desafíos identificados con las respuestas estratégicas previstas para el período.

La definición de los ejes parte del reconocimiento de que la atención del cáncer requiere una respuesta institucional integral y coordinada. El proceso asistencial no se limita a la consulta especializada o al tratamiento, sino que comprende prevención, detección temprana, confirmación diagnóstica, estadificación, cirugía, quimioterapia, radiooncología, medicina nuclear, hospitalización, cuidados paliativos, apoyo psicosocial, seguimiento y retorno asistencial. En consecuencia, la estrategia institucional debe garantizar que estos componentes funcionen como una cadena continua, apoyada por medicamentos, insumos, equipos, mantenimiento, sistemas de información, talento humano, financiamiento y mecanismos efectivos de coordinación con los demás establecimientos de la Red Pública.

La estructura estratégica responde de manera directa a los principales desafíos identificados en el diagnóstico contextual e institucional. Entre estos se encuentran la capacidad de respuesta limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos; el riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos; la insuficiente contribución y articulación en red para la prevención y detección temprana; las brechas en los procesos de referencia, contrarreferencia y seguimiento; y la insuficiente articulación de la capacidad instalada con el talento humano, el mantenimiento, el abastecimiento y los recursos financieros.

En conjunto, el PEI 2026-2029 se estructura en cuatro (4) ejes estratégicos, ocho (8) objetivos estratégicos, cuatro (4) resultados estratégicos institucionales y doce (12) resultados intermedios. Esta estructura se articula partir de un (1) producto estratégico institucional: ¨Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia¨ (Producto SIGEF 6311).

De este producto estratégico institucional se derivan trece (13) subproductos vinculados con atención especializada, abastecimiento crítico, infraestructura y equipamiento, detección temprana, articulación con la red, seguimiento, talento humano, servicios diagnósticos, psicooncología, salud mental, atención al usuario e información clínica y administrativa.

Eje 1. Atención Oncológica Integral, Oportuna y Continua

Este eje define la respuesta principal del INCART frente a las necesidades de las personas con sospecha, diagnóstico o tratamiento de cáncer. Su alcance estratégico se concentra en fortalecer la prevención, el diagnóstico especializado, el tratamiento, el seguimiento y los cuidados paliativos, asegurando la continuidad entre consulta, emergencia, hospitalización, cirugía, servicios diagnósticos, farmacia, Hospital de Día y demás componentes de la atención oncológica.

El eje también incorpora el fortalecimiento de la detección temprana del cáncer de mama, cervicouterino y de próstata, mediante orientación, tamizaje, evaluación clínica, diagnóstico especializado, referencia oportuna y seguimiento. De igual manera, comprende la disponibilidad de medicamentos e insumos críticos, el funcionamiento seguro de la infraestructura y los equipos, la adherencia a protocolos, la seguridad del paciente, la bioseguridad, la gestión de emergencias y el desarrollo progresivo de rutas clínicas integradas y trazables.

Este eje constituye la vía principal mediante la cual el INCART transforma sus capacidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas en atención especializada para la población, contribuyendo a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, y al fortalecimiento de la respuesta nacional frente a esta enfermedad.

Tabla No. 17. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 1. Atención Oncológica Integral, Oportuna y Continua

Objetivo Estratégico	Resultados Estratégicos Institucionales REI		Resultados Intermedios RI		Productos/Subproductos estratégicos
ID Denominación	ID	Denominación	ID	Denominación	Denominación
OE 1.1. Fortalecer la atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura y continua del INCART, asegurando prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos, abastecimiento crítico, infraestructura funcional y seguridad del paciente	**REI-1**	Fortalecida la contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, mediante atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura y articulada con la Red	**RI 1.1**	Fortalecida la respuesta especializada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos de las enfermedades oncológicas, contribuyendo a reducir el Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles de 17,899.00 en 2024 a 16,520.10 en 2029	**Producto estratégico institucional**: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Subproducto derivado: Pacientes oncológicos reciben medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos oportunos para la continuidad de la atención Subproducto derivado: Personas reciben servicios oncológicos especializados en infraestructura y equipamiento adecuados, seguros y funcionales

Objetivo Estratégico	Resultados Estratégicos Institucionales REI		Resultados Intermedios RI		Productos/Subproductos estratégicos
ID Denominación	ID	Denominación	ID	Denominación	Denominación
OE 1.2. Incrementar la detección temprana de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata mediante orientación, tamizaje, evaluación clínica, diagnóstico especializado, referencia oportuna y seguimiento articulado con la Red Pública		Pública, contribuyendo a reducir la tasa de 165.80 en 2024 a 142.29 en 2029	**RI 1.2**	Fortalecida la detección temprana del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años mediante orientación, diagnóstico especializado, referencia oportuna y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mamografías anuales de 1.73 en 2024 a 3.41 en 2029	Subproducto derivado: Mujeres mayores de 40 años reciben servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico oportuno para cáncer de mama en el INCART
			RI 1.3	Fortalecida la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino mediante tamizaje, diagnóstico especializado y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual de 2.93 en 2024 a 13.55 en 2029	Subproducto derivado: Mujeres reciben servicios de tamizaje, diagnóstico y seguimiento para la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino
			RI 1.4	Fortalecida la detección temprana del cáncer de próstata mediante orientación, evaluación clínica, diagnóstico especializado y referencia oportuna, incrementando el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata anual de 1.57 en 2024 a 1.93 en 2029	Subproducto derivado: Hombres reciben evaluación, diagnóstico y seguimiento para detección temprana de cáncer de próstata en el INCART

Fuente: Elaborado a partir de las herramientas H14, H15, H16 y en la matriz de líneas de acción del PEI INCART 2026-2029.

Eje 2. Articulación con la Red Pública, Prevención y Seguimiento Territorial

Este eje orienta la relación técnica y asistencial del INCART con el SNS, los Servicios Regionales de Salud, el Primer Nivel de Atención, los hospitales generales, los centros diagnósticos y los establecimientos de origen. Su propósito es fortalecer la captación temprana, la referencia, la contrarreferencia, el retorno organizado y el seguimiento de pacientes durante las distintas etapas de la ruta oncológica.

La articulación prevista procura reducir la fragmentación asistencial, mejorar la calidad de las referencias, evitar duplicidades y pérdidas de seguimiento, y favorecer que el tercer nivel concentre su capacidad en los casos que requieren atención oncológica especializada. Asimismo, busca fortalecer la orientación a las personas usuarias, la comunicación con los establecimientos referidores y la disponibilidad de información sobre los servicios, requisitos y rutas de acceso.

Tabla No. 18. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 2. Articulación con la Red Pública, Prevención y Seguimiento Territorial

Objetivo Estratégico	Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultados Intermedios RI	Productos/Subproductos estratégicos
ID Denominación	ID Denominación	ID Denominación	Denominación
OE 2.1. Fortalecer la articulación técnica y asistencial del INCART con el Primer Nivel de Atención y la Red Pública para mejorar la captación temprana, el acceso oportuno, la orientación y la experiencia de los usuarios **OE 2.2.** Fortalecer la referencia, contrarreferencia, continuidad del cuidado, retorno organizado y seguimiento territorial de pacientes oncológicos entre el INCART, el Primer Nivel y los establecimientos de origen	**REI 2** Fortalecida la articulación del INCART con la Red Pública de Servicios de Salud para mejorar la captación oportuna, referencia, contrarreferencia, continuidad asistencial y seguimiento de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, contribuyendo a incrementar la proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel de 43.00 en 2024 a 50.24 en 2029	**RI 2.1** Mejorada la articulación técnica y asistencial del INCART con los establecimientos de la Red Pública para favorecer la captación, referencia, orientación y acceso oportuno de las personas que requieren atención oncológica especializada, contribuyendo a incrementar el índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención de 99.83 en 2024 a 100.00 en 2029	Subproducto derivado: Personas referidas desde la Red Pública reciben atención oncológica especializada y orientación coordinada con los establecimientos de origen
		RI 2.2 Fortalecida la continuidad asistencial de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer mediante referencia, contrarreferencia, seguimiento y retorno organizado entre el INCART y los establecimientos de origen, contribuyendo a incrementar el promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención de 2.57 en 2024 a 5.55 en 2029	Subproducto derivado: Personas referidas desde la Red Pública reciben seguimiento oncológico coordinado, contrarreferencia y retorno organizado con los establecimientos de origen

Fuente: Elaborado a partir de las herramientas H14, H15, H16 y en la matriz de líneas de acción del PEI INCART 2026-2029.

Eje 3. Talento Humano Especializado, Docencia, Investigación y Gestión del Conocimiento

Este eje se orienta a fortalecer la disponibilidad, formación, desarrollo y permanencia del talento humano requerido para sostener los servicios oncológicos de alta complejidad. Incluye la planificación de la dotación, la formación continua, la evaluación del desempeño, la seguridad y salud en el trabajo, el relevo generacional y la transferencia de conocimientos en áreas clínicas, diagnósticas, técnicas, administrativas y de apoyo.

También integra las capacidades institucionales de docencia, residencias médicas, investigación clínica y alianzas académicas, como mecanismos para formar especialistas, actualizar competencias y generar evidencia aplicable a la atención del cáncer. De manera particular, incorpora el fortalecimiento de enfermería, bioanálisis, psicología, psicooncología, salud mental y apoyo psicosocial para pacientes, familiares y personas cuidadoras.

Tabla No. 19. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 3. Talento Humano Especializado, Docencia, Investigación y Gestión del Conocimiento.

Objetivo Estratégico	Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultados Intermedios RI	Productos/Subproductos estratégicos
ID Denominación	ID Denominación	ID Denominación	Denominación
OE 3.1. Fortalecer la disponibilidad, formación, desarrollo, retención y competencias del talento humano sanitario especializado para sostener la atención oncológica, los servicios diagnósticos, la docencia y la investigación clínica **OE 3.2.** Ampliar la capacidad institucional de psicooncología, salud mental y apoyo psicosocial para pacientes oncológicos, familiares y cuidadores, mediante personal especializado, orientación, acompañamiento y seguimiento integral	**REI 3** Fortalecida la contribución institucional al acceso equitativo a servicios de salud mediante la formación, captación, desarrollo y disponibilidad de talento humano sanitario especializado, contribuyendo a incrementar la disponibilidad de médicos de 19.63 por 10,000 habitantes en 2024 a 26.94 en 2029	**RI 3.1** Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029	Subproducto derivado: Personas reciben atención oncológica especializada brindada por talento humano formado y competente en cáncer
		RI 3.2 Aumentado el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial mediante atención especializada, orientación y acompañamiento a pacientes oncológicos y sus familias, contribuyendo a incrementar el porcentaje de consultas de 4.11 en 2024 a 5.57 en 2029	Subproducto derivado: Pacientes oncológicos y familiares reciben atención en salud mental y acompañamiento psicosocial

Fuente: Elaborado a partir de las herramientas H14, H15, H16 y en la matriz de líneas de acción del PEI INCART 2026-2029.

Eje 4. Calidad, Fortalecimiento Institucional, Transformación Digital y Sostenibilidad Operativa

Este eje reúne los componentes que permiten sostener la prestación de los servicios y mejorar el desempeño institucional. Comprende la planificación, el presupuesto, las compras y contrataciones, la administración de bienes, la gestión financiera, la facturación, el control interno, la calidad, la satisfacción usuaria, la transparencia, la habilitación, la gestión ambiental, los servicios generales y la continuidad operativa.

Asimismo, incorpora la transformación digital como soporte para integrar la información clínica, administrativa, financiera, estadística y logística. Su alcance incluye la modernización de los sistemas hospitalarios, la interoperabilidad, el expediente clínico electrónico, la seguridad de la información, los tableros de gestión y la automatización de procesos, con el propósito de mejorar la trazabilidad de pacientes, servicios, recursos y resultados.

Tabla No. 20. República Dominicana: Objetivos, Resultados y Productos Estratégicos del Eje 4. Calidad, Fortalecimiento Institucional, Transformación Digital y Sostenibilidad Operativa

	Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultados Intermedios RI	Productos/Subproductos estratégicos
ID Denominación	ID Denominación	ID Denominación	Denominación
OE 4.1. Mejorar la calidad, desempeño institucional, satisfacción usuaria y sostenibilidad operativa del INCART mediante gestión por procesos, control interno, administración eficiente de recursos, seguimiento de resultados, humanización y mejora continua	**REI 4** Mejorada la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios del INCART mediante mayor oportunidad, accesibilidad, trato humanizado, seguridad, orientación y continuidad asistencial, incrementando el índice de calidad de 91.89 en 2024 a 97.60 en 2029	**RI 4.1** Fortalecido el desempeño institucional mediante mejoras en planificación, gestión por procesos, control interno, talento humano, calidad, administración de recursos, seguimiento de resultados y mejora continua, incrementando la puntuación promedio de la EDI de 72.97 en 2024 a 75.22 en 2029	Subproducto derivado: Usuarios del INCART reciben servicios de atención, orientación y apoyo institucional oportunos, humanizados y trazables
OE 4.2. Fortalecer la transformación digital institucional, la interoperabilidad, el expediente clínico electrónico, la seguridad de la información y la automatización de procesos clínicos, administrativos y financieros		**RI 4.2** Fortalecida la transformación digital institucional mediante modernización de los sistemas hospitalarios, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, seguridad de la información y automatización de procesos, incrementando el iTICge de 53.85 en 2024 a 67.18 en 2029	Subproducto derivado: Usuarios internos y externos disponen de información clínica, administrativa y de servicios oportuna, trazable y segura

Fuente: Elaborado a partir de las herramientas H14, H15, H16 y en la matriz de líneas de acción del PEI INCART 2026-2029.

Cadena de Valor

La cadena de valor del INCART representa la secuencia mediante la cual los recursos institucionales, las capacidades técnicas y los procesos clínicos, diagnósticos, terapéuticos, administrativos y de apoyo se transforman en servicios especializados de oncología y, posteriormente, en resultados de salud y valor público para la población. Su formulación permite visualizar la relación entre los insumos disponibles, las actividades desarrolladas, los productos entregados, los resultados esperados y la contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura y de las desigualdades asociadas al cáncer.

En el punto de partida se encuentran los recursos humanos, financieros, tecnológicos, físicos, normativos y logísticos que sostienen la operación institucional. Entre estos se incluyen el talento humano especializado, el presupuesto, los medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos,

materiales médico-quirúrgicos, equipos biomédicos, infraestructura hospitalaria, sistemas de información, protocolos clínicos, convenios académicos y mecanismos de articulación con el MISPAS, el SNS, los Servicios Regionales de Salud y los demás actores vinculados con la atención oncológica. El valor público generado se expresa en una mejor respuesta nacional frente al cáncer, una menor pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica, una atención más equitativa y humanizada y una mayor contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer.

Ilustración No. 7. República Dominicana: Cadena de Valor del INCART para el PEI 2026-2029



Fuente: Elaboración propia con base en la estructura estratégica del PEI INCART 2026-2029. .

Metas de Resultados y de Producción

Cuadro No. 13. República Dominicana: Matriz de metas de resultados del PEI 2026-2029 del INCART

Redacción Completa del Resultado	Indicador	Medios de Verificación	Línea Base		Metas Establecidas			
			Año	Valor	2026	2027	2028	2029
REI 1. Fortalecida la contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, mediante atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura y articulada con la Red Pública, contribuyendo a reducir la tasa de 165.80 en 2024 a 142.29 en 2029	Tasa de muerte prematura a causa de enfermedades crónicas no transmisibles	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes oficiales del MISPAS y del SNS	2024	165.8	158.14	151.35	147.95	142.29
RI 1.1. Fortalecida la respuesta especializada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos de las enfermedades oncológicas, contribuyendo a reducir el Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles de 17,899.00 en 2024 a 16,520.10 en 2029	Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, actualización 2026; registros oficiales de mortalidad del MISPAS y del SNS	2024	17,899.00	17,336.68	16,986.72	16,811.74	16,520.10
RI 1.2. Fortalecida la detección temprana del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años mediante orientación, diagnóstico especializado, referencia oportuna y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mamografías anuales de 1.73 en 2024 a 3.41 en 2029	Porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la Red Pública de Salud	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes de producción del SNS y del MISPAS	2024	1.73	2.42	2.85	3.06	3.41
RI 1.3. Fortalecida la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino mediante tamizaje, diagnóstico especializado y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual de 2.93 en 2024 a 13.55 en 2029	Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la Red Pública de Salud	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, actualización 2026; reportes de producción del SNS y del MISPAS	2024	2.93	7.36	10.01	11.34	13.55
RI 1.4. Fortalecida la detección temprana del cáncer de próstata mediante orientación, evaluación clínica, diagnóstico especializado y referencia oportuna, incrementando el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata anual de 1.57 en 2024 a 1.93 en 2029	Porcentaje de hombres que se realizaron examen de próstata anual en la Red Pública de Salud	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes de producción del SNS y del MISPAS	2024	1.57	1.79	1.85	1.88	1.93
REI 2. Fortalecida la articulación del INCART con la Red Pública de Servicios de Salud para mejorar la captación oportuna, referencia, contrarreferencia, continuidad asistencial y seguimiento de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, contribuyendo a incrementar la proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel de 43.00 en 2024 a 50.24 en 2029	Proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes del SNS sobre la cartera de servicios del Primer Nivel de Atención	2024	43	47.86	48.88	49.39	50.24

Redacción Completa del Resultado	Indicador	Medios de Verificación	Línea Base		Metas Establecidas			
			Año	Valor	2026	2027	2028	2029
RI 2.1. Mejorada la articulación técnica y asistencial del INCART con los establecimientos de la Red Pública para favorecer la captación, referencia, orientación y acceso oportuno de las personas que requieren atención oncológica especializada, contribuyendo a incrementar el índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención de 99.83 en 2024 a 100.00 en 2029	Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes y mediciones de satisfacción usuaria del SNS	2024	99.83	99.93	99.98	100	100
RI 2.2. Fortalecida la continuidad asistencial de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer mediante referencia, contrarreferencia, seguimiento y retorno organizado entre el INCART y los establecimientos de origen, contribuyendo a incrementar el promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención de 2.57 en 2024 a 5.55 en 2029	Promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes de producción y seguimiento del SNS	2024	2.57	4.65	5.04	5.23	5.55
REI 3. Fortalecida la contribución institucional al acceso equitativo a servicios de salud mediante la formación, captación, desarrollo y disponibilidad de talento humano sanitario especializado, contribuyendo a incrementar la disponibilidad de médicos de 19.63 por 10,000 habitantes en 2024 a 26.94 en 2029	Médicos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; registros de recursos humanos del SNS y del MAP	2024	19.63	22.54	24.43	25.37	26.94
RI 3.1. Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029	Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes en la red del SNS	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; registros de recursos humanos del SNS y del MAP	2024	6.69	7.36	7.79	8.01	8.37
	Bioanalistas por 10,000 habitantes en la red del SNS	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; registros de recursos humanos del SNS y del MAP	2024	3.2	3.74	4.09	4.27	4.56
	Psicólogos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; registros de recursos humanos del SNS y del MAP	2024	0.88	1.2	1.41	1.52	1.7
RI 3.2. Aumentado el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial mediante atención especializada, orientación y acompañamiento a pacientes oncológicos y sus familias, contribuyendo a incrementar el porcentaje de consultas de 4.11 en 2024 a 5.57 en 2029	Porcentaje de consultas de salud mental en la Red Pública	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes del SNS sobre servicios de salud mental	2024	4.11	4.7	5.07	5.26	5.57
REI 4. Mejorada la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios del INCART mediante mayor oportunidad, accesibilidad, trato humanizado, seguridad, orientación y continuidad asistencial, incrementando el índice de calidad de 91.89 en 2024 a 97.60 en 2029	Índice de calidad de los servicios públicos	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes oficiales de calidad y satisfacción de los servicios públicos	2024	91.89	94.22	95.67	96.39	97.6

Redacción Completa del Resultado	Indicador	Medios de Verificación	Línea Base		Metas Establecidas			
			Año	Valor	2026	2027	2028	2029
RI 4.1. Fortalecido el desempeño institucional mediante mejoras en planificación, gestión por procesos, control interno, talento humano, calidad, administración de recursos, seguimiento de resultados y mejora continua, incrementando la puntuación promedio de la EDI de 72.97 en 2024 a 75.22 en 2029	Puntuación promedio de la Evaluación del Desempeño Institucional, EDI	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes oficiales de la Evaluación del Desempeño Institucional	2024	72.97	73.89	74.46	74.75	75.22
RI 4.2. Fortalecida la transformación digital institucional mediante modernización de los sistemas hospitalarios, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, seguridad de la información y automatización de procesos, incrementando el iTICge de 53.85 en 2024 a 67.18 en 2029	Índice de Uso de TIC e Implementación de Gobierno Digital, iTICge	Matriz de Indicadores y Metas del PNPSP 2025-2028, Reportes de producción del INCART; reportes oficiales de la OGTIC	2024	53.85	59.46	62.77	64.42	67.18

Fuente: Elaborado a partir de la Herramienta 14. Matriz de Metas de Resultados del PEI 2026-2029 del INCART.

Cuadro No. 14. República Dominicana: Matriz de Metas de Producción PEI 2026-2029 INCART

Producto Estratégico/ Subproducto	Unidad de Medida	Histórico	Meta			
		2025	2026	2027	2028	2029
Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia	**Número de atenciones ofertadas**	**458,287**	**528,963**	**555,410**	**583,181**	**612,340**
Pacientes oncológicos reciben medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos oportunos para la continuidad de la atención	Lotes, gestiones de abastecimiento y controles de insumos críticos realizados	P/D	88	88	88	88
Personas reciben servicios oncológicos especializados en infraestructura y equipamiento adecuados, seguros y funcionales	Servicios de mantenimiento, soporte operativo, equipamiento y contingencia realizados	P/D	60	60	60	60
Mujeres mayores de 40 años reciben servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico oportuno para cáncer de mama en el INCART	Número de atenciones preventivas y diagnósticas ofertadas	14,823	17,108	17,964	18,862	19,805
Mujeres reciben servicios de tamizaje, diagnóstico y seguimiento para la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino	Número de atenciones preventivas, diagnósticas y de seguimiento ofertadas	11,475	13,245	13,908	14,604	15,334
Hombres reciben evaluación, diagnóstico y seguimiento para detección temprana de cáncer de próstata en el INCART	Número de atenciones preventivas, diagnósticas y de seguimiento ofertadas	4,006	4,624	4,855	5,098	5,353
Personas referidas desde la Red Pública reciben atención oncológica especializada y seguimiento coordinado con los establecimientos de origen	Gestiones de referencia, contrarreferencia, seguimiento y coordinación interinstitucional realizadas	P/D	78	78	78	78
Personas reciben atención oncológica especializada brindada por talento humano formado y competente en cáncer	Acciones de capacitación, actualización, supervisión y fortalecimiento del talento humano realizadas	P/D	36	36	36	36
Usuarios del INCART reciben servicios de atención, orientación y apoyo institucional oportunos, humanizados y trazables	Servicios, gestiones y reportes de atención, orientación, apoyo y trazabilidad al usuario realizados	P/D	62	62	62	62
Usuarios internos y externos disponen de información clínica, administrativa y de servicios oportuna, trazable y segura	Servicios, reportes, tableros, bases de datos y acciones de soporte de información realizadas	P/D	70	70	70	70

Fuente: Elaborado a partir de la Herramienta 17. Matriz para la Definición de Metas de Producción PEI 2026-2029 INCART.

Estrategias Institucionales

Las estrategias institucionales del PEI 2026-2029 fueron definidas a partir del análisis combinado de las fortalezas y debilidades internas del INCART, así como de las oportunidades y amenazas presentes en el entorno sectorial. Su formulación tomó como referencia los problemas priorizados, los árboles de causas y efectos, el análisis de involucrados, la alineación con los instrumentos nacionales y sectoriales de planificación y los resultados esperados para el período.

La selección estratégica procura aprovechar la condición del INCART como hospital público monográfico de tercer nivel y referencia nacional, su cartera integral de servicios, la experiencia de su talento humano, sus capacidades docentes y de investigación, su infraestructura especializada y los avances alcanzados en gestión de la calidad. Al mismo tiempo, orienta acciones para superar las brechas relacionadas con capacidad resolutiva, abastecimiento, referencia y contrarreferencia, sistemas de información, talento humano especializado, mantenimiento, control interno y sostenibilidad financiera.

Las estrategias se organizaron conforme a cuatro modalidades del análisis FODA. Las estrategias FO combinan fortalezas institucionales con oportunidades del entorno; las estrategias DO utilizan oportunidades externas para superar debilidades internas; las estrategias FA aprovechan las fortalezas disponibles para reducir la exposición a amenazas; y las estrategias DA se orientan a disminuir simultáneamente debilidades y riesgos externos. En total, fueron seleccionadas dieciséis estrategias institucionales, cuatro por cada modalidad.

A partir de la Herramienta 15, las estrategias formuladas mediante el análisis FODA fueron valoradas según su contribución a los resultados estratégicos institucionales y su alineación con las prioridades sectoriales. Posteriormente, se consolidaron las estrategias relacionadas entre sí, evitando duplicidades y organizándolas en bloques de intervención coherentes con los cuatro ejes estratégicos del PEI 2026-2029.

Tabla No. 21. República Dominicana: Estrategias seleccionadas según bloque, PEI 2026-2029 INCART

ESTRATEGIA INSTITUCIONAL CONSOLIDADA	ESTRATEGIAS DE ORIGEN	RESULTADO ESTRATÉGICO VINCULADO
1 Consolidar rutas oncológicas integradas para la prevención, detección temprana, referencia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes	FO1, DA1	REI 1 y REI 2
2 Fortalecer la investigación clínica, el Registro Hospitalario de Tumores y la analítica institucional para sustentar la atención y la toma de decisiones	FO2	REI 1 y REI 3
3 Ampliar y adecuar la capacidad instalada y los servicios especializados conforme a la demanda, la complejidad clínica y la disponibilidad de talento humano	FO3, DO1, FA1	REI 1, REI 3 y REI 4
4 Implementar una gestión predictiva del abastecimiento de medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos críticos	DO2, DA3	REI 1 y REI 4
5 Fortalecer la formación, captación, retención y relevo generacional del talento humano oncológico especializado	FA2	REI 3
6 Modernizar los sistemas hospitalarios y administrativos mediante interoperabilidad, expediente clínico electrónico, automatización y seguridad de la información	FO4, DO3, FA4	REI 1 y REI 4
7 Consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad y el control interno mediante gestión por procesos, riesgos, auditorías, indicadores y mejora continua	DO4	REI 4
8 Fortalecer el mantenimiento, la reposición tecnológica y los planes de contingencia para garantizar la continuidad de los servicios esenciales	FA3, DA4	REI 1 y REI 4
9 Mejorar la sostenibilidad financiera mediante costeo, facturación, revisión tarifaria, reducción de glosas y recuperación de ingresos	DA2	REI 1 y REI 4
10 Fortalecer la articulación interinstitucional y territorial con el SNS, SRS, servicios regionales, primer nivel y organismos estratégicos	FO5, DO5	REI 1, REI 2 y REI 4

Fuente: Elaborado a partir de la H15. Matriz de Vinculación de Estrategias Institucionales del PEI 2026-2029 del INCART.

Las estrategias seleccionadas establecen el marco de intervención para traducir el diagnóstico institucional en decisiones, programas, proyectos y acciones concretas. Su implementación deberá reflejarse en las líneas de acción, productos, subproductos, metas e indicadores del PEI, así como en la programación operativa y presupuestaria anual. De esta manera, la estrategia institucional mantendrá coherencia con los problemas priorizados y contribuirá a fortalecer la respuesta del INCART frente al crecimiento de la demanda, la complejidad de los casos y las necesidades de la población usuaria.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PEI

Monitoreo y Seguimiento Institucional

El seguimiento y la evaluación del Plan Estratégico Institucional 2026-2029 constituyen procesos permanentes para verificar el avance de los resultados, determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos estratégicos y adoptar oportunamente las decisiones necesarias para asegurar la ejecución de las prioridades institucionales. Este proceso permitirá valorar no solo el cumplimiento de las metas programadas, sino también la calidad, oportunidad, continuidad, seguridad y sostenibilidad de los servicios oncológicos brindados por el INCART.

El monitoreo institucional se desarrollará a partir de la estructura estratégica definida en el PEI, integrada por cuatro ejes estratégicos, ocho objetivos estratégicos, cuatro resultados estratégicos institucionales, diez (10) resultados intermedios, líneas de acción, el producto SIGEF 6311 y sus trece subproductos derivados. Cada uno de estos componentes deberá vincularse con indicadores, metas, responsables, medios de verificación, periodicidad de medición y fuentes de información claramente identificadas.

El área de Planificación y Desarrollo coordinará el proceso de seguimiento, en articulación con la Dirección General, donde las unidades organizativas remitirán, dentro de los plazos establecidos, la información sobre el avance de las metas, la ejecución de actividades, los productos entregados, las dificultades presentadas y las medidas adoptadas para corregir desviaciones.

El seguimiento del PEI se integrará con los mecanismos institucionales de formulación y evaluación del Plan Operativo Anual, la programación física y financiera, el presupuesto institucional, el Plan Anual de Compras y Contrataciones, la gestión de riesgos, los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad y los compromisos asumidos con los órganos rectores. Esta integración permitirá mantener coherencia entre la planificación estratégica, la operación anual, la asignación de recursos y los resultados obtenidos.

La información para el monitoreo deberá provenir de registros institucionales verificables, incluyendo estadísticas de producción, sistemas clínicos y administrativos, reportes financieros,

registros de farmacia y almacén, informes de mantenimiento, expedientes de compras, mediciones de satisfacción, auditorías, matrices de riesgos, registros de referencia y contrarreferencia, informes de docencia e investigación y demás evidencias relacionadas con la ejecución del PEI.

El análisis de avance deberá considerar tanto los valores cuantitativos como los factores cualitativos que incidan en el desempeño institucional. Por tanto, además del porcentaje de cumplimiento de las metas, se evaluarán aspectos vinculados con tiempos de respuesta, interrupciones de servicios,

disponibilidad de medicamentos e insumos, funcionamiento de equipos, continuidad terapéutica, calidad de la información, satisfacción de las personas usuarias, cumplimiento de protocolos, articulación con la Red Pública y uso eficiente de los recursos.

El monitoreo se realizará con periodicidad mensual para los indicadores operativos y de producción que requieran control continuo; trimestral para la evaluación consolidada del POA, los subproductos y las líneas de acción; semestral para revisar el comportamiento de los resultados intermedios y los riesgos estratégicos; y anual para valorar el avance global del PEI y actualizar las prioridades, metas o intervenciones cuando las condiciones institucionales o sectoriales así lo requieran.

La información generada mediante el seguimiento también servirá de base para la rendición de cuentas, la elaboración de informes a los órganos rectores, la formulación del presupuesto, la actualización del PACC, la gestión de riesgos, las auditorías internas y la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad. De esta manera, el monitoreo del PEI se integrará a los procesos ordinarios de dirección, control y mejora continua del INCART.

Mecanismos de Evaluación y Retroalimentación

La evaluación del Plan Estratégico Institucional 2026-2029 permitirá determinar en qué medida los objetivos, resultados, líneas de acción, productos y subproductos han contribuido al fortalecimiento de la atención oncológica y al cumplimiento del mandato institucional del INCART. Este proceso complementará el monitoreo periódico, incorporando análisis más profundos sobre eficacia, eficiencia, calidad, sostenibilidad, pertinencia y contribución de las intervenciones ejecutadas.

La evaluación se desarrollará a partir de la información generada por los sistemas clínicos, administrativos, financieros y estadísticos del Instituto, así como de los informes de ejecución física y presupuestaria, los resultados de los indicadores, las auditorías, las mediciones de satisfacción, los registros de riesgos, las evaluaciones de calidad y los reportes de las áreas responsables. La evidencia utilizada deberá ser verificable, consistente y comparable con las líneas base y metas establecidas en el PEI.

Se realizarán evaluaciones periódicas de los resultados intermedios y estratégicos, con énfasis en la capacidad de respuesta institucional, la oportunidad diagnóstica y terapéutica, la continuidad asistencial, el abastecimiento de recursos críticos, la articulación con la Red Pública, la disponibilidad de talento humano, la transformación digital, la seguridad del paciente y la satisfacción de las personas usuarias. Cuando la información disponible lo permita, los resultados serán analizados de manera desagregada por sexo, edad, procedencia territorial, condición de discapacidad, nacionalidad, régimen de aseguramiento y situación de vulnerabilidad.

La retroalimentación se realizará mediante espacios formales de revisión con la Dirección General, la Dirección de Planificación y Desarrollo y las unidades responsables de los resultados. En estas sesiones se presentarán los avances, las brechas identificadas, los factores que han facilitado o limitado la

ejecución y las recomendaciones para mejorar el desempeño. Los acuerdos deberán documentarse, asignarse a responsables específicos y vincularse con plazos, recursos y medios de verificación.

Tabla No. 22. República Dominicana: Mecanismos de seguimiento, evaluación y retroalimentación del PEI 2026-2029 del INCART

MECANISMO	PROPÓSITO	PERIODICIDAD	RESULTADO ESPERADO
Evaluación trimestral de ejecución	Verificar el avance de metas, líneas de acción, productos y subproductos	Trimestral	Identificación temprana de desviaciones y medidas correctivas
Revisión semestral de resultados	Analizar el comportamiento de los resultados intermedios, indicadores y riesgos estratégicos	Semestral	Ajustes en prioridades, responsables y mecanismos de ejecución
Evaluación anual del PEI	Valorar el cumplimiento acumulado de objetivos y resultados estratégicos	Anual	Informe de desempeño institucional y recomendaciones para el siguiente ciclo
Evaluación de medio término	Revisar la pertinencia, avance y viabilidad de la estrategia institucional	Durante 2027 o al cierre de la primera mitad del período	Reprogramación de metas, líneas de acción o intervenciones cuando corresponda
Evaluación final	Determinar logros, brechas, sostenibilidad y lecciones aprendidas del período 2026-2029	Al cierre del PEI	Informe final y base técnica para el siguiente plan estratégico
Encuestas y mecanismos de percepción	Conocer la experiencia, satisfacción y necesidades de pacientes, familiares y personas cuidadoras	Periódica	Mejoras en orientación, trato, acceso, tiempo de respuesta y humanización
Auditorías y revisiones del sistema de gestión	Verificar cumplimiento, eficacia de controles y oportunidades de mejora	Conforme al programa anual	No conformidades, acciones correctivas y fortalecimiento de procesos
Mesas técnicas y reuniones de desempeño	Analizar resultados con las áreas responsables y acordar respuestas	Trimestral o según necesidad	Compromisos documentados, responsables y plazos de cumplimiento
Retroalimentación con actores externos	Recoger valoraciones del SNS, SRS, MISPAS, establecimientos referidores y otros aliados	Anual o según convenio	Mejora de la articulación, referencia, contrarreferencia y continuidad asistencial
Tableros e informes ejecutivos	Facilitar la visualización de indicadores, alertas y tendencias	Mensual y trimestral	Toma de decisiones oportuna y basada en evidencia

Fuente: Elaboración propia con base en la estructura de seguimiento del PEI INCART 2026-2029.

Fichas Técnicas de Indicadores Institucionales

Las fichas técnicas de indicadores institucionales constituyen el instrumento metodológico mediante el cual el INCART define la forma en que serán medidos, interpretados y verificados los avances del Plan Estratégico Institucional 2026-2029. Su utilización permitirá estandarizar los criterios de medición, fortalecer la confiabilidad de la información y asegurar la trazabilidad entre los resultados previstos, las metas institucionales y las evidencias generadas durante la ejecución del PEI.

Cada ficha organiza la información necesaria para la adecuada gestión del indicador, incluyendo su vinculación con el eje estratégico, objetivo estratégico, resultado estratégico institucional o resultado intermedio correspondiente; tipo de resultado; tipo de indicador; definición; unidad de medida; método y fórmula de cálculo; línea base; metas anuales; fuentes de información; periodicidad de medición; sentido esperado; responsables de generación, validación y reporte; medios de verificación;

desagregaciones disponibles; limitaciones de medición; desafíos; criterios de interpretación y observaciones técnicas.

Cuando la disponibilidad y calidad de los registros lo permitan, los indicadores deberán incorporar desagregaciones por sexo, edad, territorio o procedencia, nacionalidad, condición de discapacidad, tipo de aseguramiento, condición socioeconómica y otras variables de vulnerabilidad pertinentes. Esta desagregación facilitará la identificación de brechas en el acceso, la continuidad y los resultados de la atención oncológica, permitiendo orientar medidas correctivas y decisiones institucionales con enfoque de equidad, derechos humanos y no discriminación.

Las fichas técnicas también deberán precisar las condiciones de calidad de la información, los mecanismos de validación y las responsabilidades de las áreas que intervienen en la producción del dato. La Dirección de Planificación y Desarrollo coordinará su consolidación y seguimiento, en articulación con las unidades clínicas, diagnósticas, terapéuticas, administrativas, estadísticas, financieras, tecnológicas y de apoyo responsables de generar y verificar las evidencias correspondientes.

De esta manera, las fichas técnicas se convierten en una herramienta esencial para el monitoreo sistemático del PEI, la elaboración de informes de desempeño, la rendición de cuentas y la toma de decisiones basada en evidencia. Su aplicación permitirá valorar con mayor precisión el avance institucional y determinar en qué medida las acciones ejecutadas contribuyen a una atención oncológica integral, oportuna, continua, segura, humanizada y articulada con la Red Pública de Servicios de Salud.

Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Tasa de muerte prematura a causa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	
Resultado	REI 1. Fortalecida la contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, mediante atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura y articulada con la Red Pública, contribuyendo a reducir la tasa de 165.80 en 2024 a 142.29 en 2029
Tipo de resultado	Estratégico
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la tasa de mortalidad prematura asociada a enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo cáncer, en la población definida por la fuente oficial
Unidad de medida	Tasa
Numerador	Número de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles registradas en la población de referencia
Denominador	Población de referencia definida por la fuente oficial
Método de cálculo	(Número de muertes prematuras por ENT / Población de referencia) x factor de amplificación oficial

Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan las muertes prematuras atribuidas a enfermedades crónicas no transmisibles registradas en la fuente oficial, se dividen entre la población de referencia definida y se aplica el factor de amplificación correspondiente
Sentido esperado del indicador	Descendente
Desafíos	Oportunidad y calidad del registro de mortalidad, codificación adecuada de causa básica de muerte, disponibilidad de datos desagregados por tipo de ENT y consistencia metodológica entre períodos
Desagregación	Sexo, grupo etario, provincia, región de salud, tipo de ENT, tipo de cáncer cuando aplique
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros oficiales de mortalidad, MISPAS, SNS, ONE y fuente oficial definida en el PNPSP
Fuente del denominador	Proyecciones poblacionales oficiales y fuente oficial definida en el PNPSP
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act.(5)
Tipo de fuente [1]	Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Una reducción en la tasa indica disminución de muertes prematuras por ENT y mejora esperada en prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y continuidad de la atención
Comentarios u observaciones	Indicador superior del PNPSP vinculado al aporte del INCART en cáncer, no mide exclusivamente la producción institucional del INCART

Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles	
Resultado	RI 1.1. Fortalecida la respuesta especializada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos de las enfermedades oncológicas, contribuyendo a reducir el número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles de 17,899.00 en 2024 a 16,520.10 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la cantidad absoluta de muertes registradas por enfermedades crónicas no transmisibles durante el período evaluado
Unidad de medida	Número absoluto
Numerador	Número de muertes registradas por enfermedades crónicas no transmisibles
Denominador	No aplica
Método de cálculo	Conteo simple de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles
Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan las defunciones registradas oficialmente como atribuibles a enfermedades crónicas no transmisibles en el período evaluado

Sentido esperado del indicador	Descendente
Desafíos	Calidad del registro de defunciones, oportunidad de consolidación de datos, clasificación adecuada de causa de muerte y disponibilidad de desagregaciones por causa específica
Desagregación	Sexo, grupo etario, provincia, región de salud, causa de muerte, tipo de ENT
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros oficiales de mortalidad, MISPAS, SNS, ONE y fuente oficial definida en el PNPSP
Fuente del denominador	No aplica
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Una reducción del número de muertes evidencia disminución de mortalidad por ENT y contribuye al seguimiento de resultados nacionales de salud
Comentarios u observaciones	Indicador de resultado nacional, el INCART contribuye principalmente desde la atención oncológica especializada

Herramienta 13. Ficha de indicador

Nombre del indicador: Porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la red pública de salud

Resultado	RI 1.2. Fortalecida la detección temprana del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años mediante orientación, diagnóstico especializado, referencia oportuna y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mamografías anuales de 1.73 en 2024 a 3.41 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el porcentaje de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la red pública de salud
Unidad de medida	Porcentaje
Numerador	Número de mujeres mayores de 40 años que realizaron mamografía anual en la red pública de salud
Denominador	Total de mujeres mayores de 40 años definidas como población objetivo por la fuente oficial
Método de cálculo	(Número de mujeres mayores de 40 años con mamografía anual / Total de mujeres mayores de 40 años población objetivo) x 100
Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan las mujeres mayores de 40 años con mamografía realizada durante el año en la red pública y se divide entre la población objetivo definida para el indicador

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Disponibilidad de equipos, mantenimiento, oportunidad de citas, captación de mujeres elegibles, calidad del registro y coordinación entre niveles de atención
Desagregación	Edad, provincia, región de salud, establecimiento, aseguramiento, condición de referencia
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes de producción de la red pública, SNS, MISPAS, centros diagnósticos e INCART cuando aplique
Fuente del denominador	Población objetivo definida por SNS, MISPAS y fuente oficial del PNPSP
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Primaria/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor porcentaje indica incremento de la cobertura de mamografía anual en mujeres mayores de 40 años y mejora de la detección temprana de cáncer de mama
Comentarios u observaciones	El INCART aporta desde servicios especializados, diagnóstico confirmatorio y articulación con la red pública
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la red pública de salud	
Resultado	RI 1.3. Fortalecida la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino mediante tamizaje, diagnóstico especializado y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual de 2.93 en 2024 a 13.55 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la red pública de salud
Unidad de medida	Porcentaje
Numerador	Número de mujeres que realizaron Papanicolaou anual en la red pública de salud
Denominador	Total de mujeres definidas como población objetivo por la fuente oficial
Método de cálculo	(Número de mujeres con Papanicolaou anual / Total de mujeres población objetivo) x 100
Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan las mujeres con Papanicolaou realizado durante el año en la red pública y se divide entre la población objetivo definida para el indicador

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Captación de población objetivo, oportunidad de toma de muestra, calidad del procesamiento citológico, seguimiento de resultados anormales y trazabilidad hacia diagnóstico y tratamiento
Desagregación	Edad, provincia, región de salud, establecimiento, aseguramiento, resultado del tamizaje
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes de producción de la red pública, SNS, MISPAS, citología, laboratorios e INCART cuando aplique
Fuente del denominador	Población objetivo definida por SNS, MISPAS y fuente oficial del PNPSP
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Primaria/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor porcentaje indica aumento de la cobertura de tamizaje cervicouterino y mejora esperada en detección temprana
Comentarios u observaciones	Debe complementarse con seguimiento de resultados anormales, biopsias, diagnóstico y tratamiento oportuno
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Porcentaje de hombres que se realizaron examen de próstata anual en la red pública de salud	
Resultado	RI 1.4. Fortalecida la detección temprana del cáncer de próstata mediante orientación, evaluación clínica, diagnóstico especializado y referencia oportuna, incrementando el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata anual de 1.57 en 2024 a 1.93 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata anual en la red pública de salud
Unidad de medida	Porcentaje
Numerador	Número de hombres que realizaron examen de próstata anual en la red pública de salud
Denominador	Total de hombres definidos como población objetivo por la fuente oficial
Método de cálculo	(Número de hombres con examen de próstata anual / Total de hombres población objetivo) x 100
Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan los hombres con examen de próstata realizado durante el año en la red pública y se divide entre la población objetivo definida para el indicador

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Barreras culturales, baja demanda espontánea, disponibilidad de consulta urológica, calidad del registro y seguimiento de casos sospechosos
Desagregación	Edad, provincia, región de salud, establecimiento, aseguramiento, condición de referencia
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes de producción de la red pública, SNS, MISPAS, servicios de urología e INCART cuando aplique
Fuente del denominador	Población objetivo definida por SNS, MISPAS y fuente oficial del PNPSP
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Primaria/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor porcentaje indica incremento de la cobertura de evaluación prostática anual en la red pública
Comentarios u observaciones	Debe analizarse junto con orientación comunitaria, acceso a urología y seguimiento diagnóstico

Herramienta 13. Ficha de indicador

Nombre del indicador: Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención

Resultado	RI 2.1. Mejorada la articulación técnica y asistencial del INCART con los establecimientos de la Red Pública para favorecer la captación, referencia, orientación y acceso oportuno de las personas que requieren atención oncológica especializada, contribuyendo a incrementar el índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención de 99.83 en 2024 a 100.00 en 2029
Tipo de resultado	Estratégico
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la proporción de servicios definidos para el Primer Nivel de Atención que se encuentran disponibles y ofertados en los Centros de Primer Nivel
Unidad de medida	Proporción
Numerador	Número de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel
Denominador	Total de servicios definidos para los Centros de Primer Nivel según cartera oficial
Método de cálculo	(Servicios ofertados en CPN / Total de servicios definidos para CPN) x 100

Descripción de la metodología de cálculo	Se identifica la cartera de servicios ofertada por los CPN y se compara con la cartera oficial definida para ese nivel de atención
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Homologación de cartera, calidad de registros, disponibilidad de personal, infraestructura, insumos y capacidad resolutiva territorial
Desagregación	Región de salud, provincia, municipio, CPN, tipo de servicio
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes SNS del Primer Nivel de Atención
Fuente del denominador	Cartera oficial de servicios del Primer Nivel y reportes SNS
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Primaria/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un aumento indica ampliación de la oferta de servicios disponibles en el Primer Nivel y mejora de la cobertura territorial
Comentarios u observaciones	Para INCART, este indicador se vincula con captación temprana, referencia, contrarreferencia y seguimiento territorial
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención	
Resultado	RI 2.1. Mejorada la articulación técnica y asistencial del INCART con los establecimientos de la Red Pública para favorecer la captación, referencia, orientación y acceso oportuno de las personas que requieren atención oncológica especializada, contribuyendo a incrementar el índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención de 99.83 en 2024 a 100.00 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos en el Primer Nivel de Atención
Unidad de medida	Índice
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Método de cálculo	Cálculo del índice según metodología oficial de medición de satisfacción usuaria

Descripción de la metodología de cálculo	Se aplica la metodología oficial de medición de satisfacción usuaria y se consolida el índice conforme a los atributos evaluados
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Representatividad de la muestra, consistencia metodológica, levantamiento oportuno de encuestas y uso de resultados para mejoras
Desagregación	Región de salud, provincia, establecimiento, sexo, edad, tipo de usuario
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Encuestas y reportes de satisfacción usuaria del SNS
Fuente del denominador	Metodología oficial de medición del índice
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Primaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor índice indica mejor percepción de los usuarios sobre la atención recibida en el Primer Nivel
Comentarios u observaciones	Su vínculo con INCART se expresa en la continuidad de atención, referencia y retorno a la red
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención	
Resultado	RI 2.2. Fortalecida la continuidad asistencial de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer mediante referencia, contrarreferencia, seguimiento y retorno organizado entre el INCART y los establecimientos de origen, contribuyendo a incrementar el promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención de 2.57 en 2024 a 5.55 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el promedio de consultas recibidas por usuarios atendidos en el Primer Nivel de Atención
Unidad de medida	Promedio
Numerador	Total de consultas realizadas en el Primer Nivel de Atención
Denominador	Total de usuarios atendidos en el Primer Nivel de Atención
Método de cálculo	Total de consultas del Primer Nivel / Total de usuarios atendidos en el Primer Nivel

Descripción de la metodología de cálculo	Se divide el total de consultas registradas en el Primer Nivel entre el número total de usuarios atendidos en el mismo período
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Calidad del registro de consultas, identificación única de usuarios, duplicidades y variabilidad territorial en la oferta de servicios
Desagregación	Región de salud, provincia, municipio, CPN, sexo, edad
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes de producción del Primer Nivel del SNS
Fuente del denominador	Reportes de usuarios atendidos en el Primer Nivel del SNS
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act.(5)
Tipo de fuente [1]	Primaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor promedio sugiere mayor continuidad de seguimiento en el Primer Nivel de Atención
Comentarios u observaciones	Se relaciona con el seguimiento territorial del paciente oncológico y la reducción de presión sobre el tercer nivel

Herramienta 13. Ficha de indicador

Nombre del indicador: Médicos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS

Resultado	REI 3. Fortalecida la contribución institucional al acceso equitativo a servicios de salud mediante la formación, captación, desarrollo y disponibilidad de talento humano sanitario especializado, contribuyendo a incrementar la disponibilidad de médicos de 19.63 por 10,000 habitantes en 2024 a 26.94 en 2029
Tipo de resultado	Estratégico
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la disponibilidad de médicos(as) en la red del SNS en relación con la población
Unidad de medida	Relación por 10,000 habitantes
Numerador	Número de médicos(as) en la red del SNS
Denominador	Población de referencia
Método de cálculo	(Número de médicos(as) / Población de referencia) x 10,000
Descripción de la metodología de cálculo	Se divide la cantidad de médicos(as) registrados en la red del SNS entre la población de referencia y se multiplica por 10,000

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Actualización de registros de personal, distribución territorial, rotación, especialización y vinculación laboral
Desagregación	Región de salud, establecimiento, especialidad, sexo, tipo de vinculación
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros de recursos humanos del SNS, MAP, SRS e instituciones prestadoras
Fuente del denominador	Proyecciones poblacionales oficiales
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act.(5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor valor indica mayor disponibilidad relativa de médicos(as) en la red del SNS
Comentarios u observaciones	Para INCART debe complementarse con indicadores institucionales de médicos especialistas oncológicos

Herramienta 13. Ficha de indicador

Nombre del indicador: Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes en la red del SNS

Resultado	RI 3.1. Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la disponibilidad de enfermeras(os) profesionales en la red del SNS en relación con la población
Unidad de medida	Relación por 10,000 habitantes
Numerador	Número de enfermeras(os) profesionales en la red del SNS
Denominador	Población de referencia
Método de cálculo	(Número de enfermeras(os) profesionales / Población de referencia) x 10,000

Descripción de la metodología de cálculo	Se divide la cantidad de enfermeras(os) profesionales registrados en la red del SNS entre la población de referencia y se multiplica por 10,000
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Actualización de registros, distribución territorial, déficit de personal, rotación, competencias especializadas y carga asistencial
Desagregación	Región de salud, establecimiento, servicio, sexo, tipo de vinculación
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros de recursos humanos del SNS, MAP, SRS e instituciones prestadoras
Fuente del denominador	Proyecciones poblacionales oficiales
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor valor indica mayor disponibilidad relativa de enfermeras(os) profesionales en la red del SNS
Comentarios u observaciones	Para INCART debe complementarse con indicadores institucionales de enfermería oncológica

Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Bioanalistas por 10,000 habitantes en la red del SNS	
Resultado	RI 3.1. Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la disponibilidad de bioanalistas en la red del SNS en relación con la población
Unidad de medida	Relación por 10,000 habitantes
Numerador	Número de bioanalistas en la red del SNS
Denominador	Población de referencia
Método de cálculo	(Número de bioanalistas / Población de referencia) x 10,000

Descripción de la metodología de cálculo	Se divide la cantidad de bioanalistas registrados en la red del SNS entre la población de referencia y se multiplica por 10,000
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Actualización de registros, distribución territorial, disponibilidad de personal especializado, carga diagnóstica y retención
Desagregación	Región de salud, establecimiento, laboratorio, sexo, tipo de vinculación
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros de recursos humanos del SNS, MAP, SRS e instituciones prestadoras
Fuente del denominador	Proyecciones poblacionales oficiales
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor valor indica mayor disponibilidad relativa de bioanalistas para sostener servicios diagnósticos
Comentarios u observaciones	Para INCART debe complementarse con indicadores internos de capacidad diagnóstica de laboratorio y anatomía patológica

Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Psicólogos(as) por 10,000 habitantes en la red del SNS	
Resultado	RI 3.1. Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la disponibilidad de psicólogos(as) en la red del SNS en relación con la población
Unidad de medida	Relación por 10,000 habitantes
Numerador	Número de psicólogos(as) en la red del SNS
Denominador	Población de referencia
Método de cálculo	(Número de psicólogos(as) / Población de referencia) x 10,000

Descripción de la metodología de cálculo	Se divide la cantidad de psicólogos(as) registrados en la red del SNS entre la población de referencia y se multiplica por 10,000
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Disponibilidad de personal, integración de salud mental a servicios especializados, registro de atenciones y distribución territorial
Desagregación	Región de salud, establecimiento, servicio, sexo, tipo de vinculación
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Registros de recursos humanos del SNS, MAP, SRS e instituciones prestadoras
Fuente del denominador	Proyecciones poblacionales oficiales
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act.(5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor valor indica mayor disponibilidad relativa de psicólogos(as) en la red pública
Comentarios u observaciones	Para INCART se vincula a psico-oncología, cuidados paliativos, salud mental y apoyo a familias
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Porcentaje de Consultas de Salud Mental en la Red Pública	
Resultado	RI 3.4. Aumentado el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial mediante atención especializada, orientación y acompañamiento a pacientes oncológicos y sus familias, contribuyendo a incrementar el porcentaje de consultas de 4.11 en 2024 a 5.57 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la participación de las consultas de salud mental dentro del total de consultas reportadas en la red pública, según metodología oficial
Unidad de medida	Porcentaje
Numerador	Consultas de salud mental realizadas en la red pública
Denominador	Total de consultas realizadas en la red pública según fuente oficial
Método de cálculo	(Consultas de salud mental / Total de consultas de la red pública) x 100

Descripción de la metodología de cálculo	Se contabilizan las consultas de salud mental realizadas en la red pública y se dividen entre el total de consultas registradas en la red pública durante el período evaluado
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Registro diferenciado de consultas de salud mental, subregistro, disponibilidad de psicólogos, integración de salud mental en servicios especializados y estandarización de categorías
Desagregación	Región de salud, provincia, establecimiento, sexo, edad, tipo de consulta
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes SNS de salud mental y producción de servicios
Fuente del denominador	Reportes SNS de producción total de consultas
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act.(5)
Tipo de fuente [1]	Primaria/Secundaria
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor porcentaje indica incremento de la participación de la salud mental dentro de la atención brindada por la red pública
Comentarios u observaciones	Para INCART debe vincularse a psico-oncología, apoyo emocional y cuidados paliativos
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Índice de calidad de los servicios públicos	
Resultado	REI 4. Mejorada la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios del INCART mediante mayor oportunidad, accesibilidad, trato humanizado, seguridad, orientación y continuidad asistencial, incrementando el índice de calidad de 91.89 en 2024 a 97.60 en 2029
Tipo de resultado	Estratégico
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el desempeño de la calidad de los servicios públicos conforme a la metodología oficial del índice
Unidad de medida	Índice
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Método de cálculo	Cálculo del índice según metodología oficial de calidad de servicios públicos

Descripción de la metodología de cálculo	Se consolida la puntuación conforme a los componentes, atributos y criterios definidos por la metodología oficial del índice
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Disponibilidad de evidencias, cumplimiento de atributos de calidad, levantamiento oportuno de datos y sostenibilidad de mejoras institucionales
Desagregación	Institución, servicio, canal de atención, atributo de calidad
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Sistema o instrumento oficial de medición de calidad de servicios públicos
Fuente del denominador	Metodología oficial del índice
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa
Lectura / Interpretación del indicador	Un mayor índice indica mejora en la calidad de los servicios públicos y en la satisfacción de los usuarios
Comentarios u observaciones	Para INCART se vincula con atención al usuario, Carta de Servicios, tiempos de respuesta, trato, orientación y continuidad de servicios
Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Puntuación alcanzada por el INCART en el SISMAP Salud	
Resultado	RI 4.1. Fortalecido el desempeño institucional mediante mejoras en planificación, gestión por procesos, control interno, talento humano, calidad, administración de recursos, seguimiento de resultados y mejora continua, incrementando la puntuación promedio de la EDI de 72.97 en 2024 a 75.22 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide la puntuación obtenida por el INCART en el SISMAP Salud, conforme a los componentes e indicadores definidos para evaluar el desempeño de los centros de salud y hospitales
Unidad de medida	Puntuación en escala de 0 a 100
Numerador	Puntuación obtenida por el INCART en los indicadores evaluados por SISMAP Salud
Denominador	Puntuación máxima posible del SISMAP Salud, equivalente a 100 puntos
Método de cálculo	Sumatoria de las puntuaciones obtenidas por el INCART en los componentes e indicadores evaluados por SISMAP Salud
Descripción de la metodología de cálculo	Se registra la puntuación asignada al INCART en el SISMAP Salud, conforme a la evaluación de sus componentes de gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional, gestión administrativa y de la información, gestión clínica y satisfacción de usuarios. El resultado se expresa en una escala de 0 a 100 puntos

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Mantener evidencias actualizadas, asegurar coordinación entre áreas responsables, sostener la calidad del dato, cumplir oportunamente los indicadores del sistema, fortalecer el seguimiento interno y vincular los resultados del SISMAP Salud con los planes de mejora institucional
Desagregación	Por componente del SISMAP Salud, por indicador evaluado, por trimestre, por año, por área responsable
Periodicidad de la medición	Trimestral y anual
Fuente del numerador	Reporte oficial SISMAP Salud del INCART
Fuente del denominador	Metodología oficial del SISMAP Salud
Fuente de alimentación del SNMyE	SISMAP Salud, reportes institucionales del INCART, evidencias de las áreas responsables, POA institucional
Tipo de fuente [1]	Administrativa
Lectura / Interpretación del indicador	Una mayor puntuación refleja mejor desempeño institucional del INCART en gestión hospitalaria, calidad, recursos humanos, gestión clínica, satisfacción usuaria, información y fortalecimiento institucional
Comentarios u observaciones	Sustituye al indicador EDI en el PEI del INCART por ser más pertinente para hospitales. El PEI SNS 2025-2028 define SISMAP Salud como el sistema orientado a medir el desempeño institucional mediante indicadores relacionados con calidad y eficiencia de los servicios prestados

Herramienta 13. Ficha de indicador	
Nombre del indicador: Índice de Uso de TICs e Implementación de Gobierno Digital, iTICge	
Resultado	RI 4.2. Fortalecida la transformación digital institucional mediante modernización de los sistemas hospitalarios, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, seguridad de la información y automatización de procesos, incrementando el iTICge de 53.85 en 2024 a 67.18 en 2029
Tipo de resultado	Intermedio
Tipo de indicador	Principal
Definición del indicador	Mide el nivel de uso de TIC, gobierno digital, servicios digitales, interoperabilidad, transparencia tecnológica y gestión institucional digital conforme a la metodología oficial
Unidad de medida	Índice
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Método de cálculo	Cálculo del índice iTICge según metodología oficial de OGTIC
Descripción de la metodología de cálculo	Se consolida la puntuación obtenida por la institución en los componentes y evidencias establecidos por la metodología oficial del índice iTICge

Sentido esperado del indicador	Ascendente
Desafíos	Integración de sistemas, interoperabilidad, seguridad de la información, disponibilidad de evidencias, mantenimiento de servicios digitales y actualización tecnológica
Desagregación	Institución, componente TIC, servicio digital, sistema, canal de atención.
Periodicidad de la medición	Anual
Fuente del numerador	Reportes oficiales OGTIC y evidencias institucionales TIC
Fuente del denominador	Metodología oficial iTICge
Fuente de alimentación del SNMyE	Matriz de Indicadores y Metas PNPSP 2025-2028 Act. (5)
Tipo de fuente [1]	Administrativa
Lectura / Interpretación del indicador	Un valor más alto indica mayor avance institucional en uso de TIC, gobierno digital, servicios digitales y gestión tecnológica
Comentarios u observaciones	Para INCART se vincula con expediente clínico, citas, registro oncológico, trazabilidad del paciente, sistemas administrativos y continuidad digital

ANÁLISIS Y GESTIÓN DE RIESGOS

La gestión de riesgos del Plan Estratégico Institucional 2026-2029 constituye un componente transversal para anticipar, evaluar y responder a los eventos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, los resultados institucionales, los productos y subproductos vinculados con la prestación de servicios oncológicos. Su aplicación permite fortalecer la toma de decisiones, reducir la exposición institucional y proteger la continuidad, calidad, seguridad y sostenibilidad de la atención brindada por el INCART.

El análisis de riesgos se encuentra integrado con la planificación estratégica, el Plan Operativo Anual, el presupuesto, el Plan Anual de Compras y Contrataciones, la gestión de la calidad, el control interno, la seguridad del paciente, la continuidad operativa y los mecanismos de seguimiento y evaluación. De esta manera, los riesgos no se gestionan como eventos aislados, sino como factores que pueden incidir directamente en la capacidad institucional para garantizar servicios oncológicos integrales, oportunos, continuos, seguros y humanizados.

La valoración institucional considera la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de cada riesgo, así como su nivel inherente, el nivel residual esperado luego de aplicar controles, el apetito institucional y la tolerancia definida. A partir de esta valoración se seleccionan estrategias de respuesta, principalmente de mitigación, prevención, transferencia o evitación, acompañadas de acciones concretas, responsables y disparadores que permiten activar oportunamente los mecanismos de respuesta.

Identificación de Riesgos Institucionales

La identificación de riesgos institucionales se realizó a partir de los resultados estratégicos, los problemas priorizados, el análisis interno y externo, los procesos asistenciales y de apoyo, las obligaciones normativas y las condiciones operativas que pueden afectar el desempeño del INCART. Este ejercicio permitió reconocer riesgos clínicos, asistenciales, financieros, tecnológicos, administrativos, regulatorios, ambientales y de continuidad operativa.

Entre los riesgos de mayor criticidad se encuentran el diagnóstico tardío y la baja detección oportuna del cáncer; el crecimiento de la demanda por encima de la capacidad instalada; el desabastecimiento de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos; la insuficiencia presupuestaria; la limitada disponibilidad de talento humano especializado; las fallas de equipos e infraestructura; y la fragmentación de los sistemas de información.

También se identificaron riesgos asociados con las debilidades en referencia, contrarreferencia y seguimiento territorial; la interrupción de servicios por emergencias o fallas logísticas; la protección de

datos clínicos y personales; el cumplimiento sanitario y administrativo; la seguridad radiológica; el manejo de residuos peligrosos; la habilitación de servicios; los eventos adversos y las infecciones asociadas a la atención; la sostenibilidad financiera; y el desempeño de las funciones de docencia e investigación.

1) Diagnóstico tardío y baja detección oportuna de cáncer, provocando incremento de casos avanzados y reducción de oportunidad terapéutica
2) Incremento de la demanda oncológica por encima de la capacidad instalada, generando saturación de consultas, diagnósticos, procedimientos, hospitalización y tratamientos
3) Desabastecimiento o entrega tardía de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos, afectando la continuidad diagnóstica y terapéutica
4) Retrasos en procesos de compras, contrataciones, presupuesto o pagos vinculados a bienes y servicios críticos para la atención oncológica
5) Fallas, obsolescencia o mantenimiento insuficiente de equipos médicos, infraestructura, energía, climatización, agua, TIC o servicios generales
6) Debilidad en referencia, contrarreferencia, retorno organizado y seguimiento territorial del paciente oncológico dentro de la red pública
7) Insuficiente disponibilidad, competencias o retención del talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad
8) Sistemas de información fragmentados o insuficientemente integrados para expediente clínico, producción, registro oncológico, inventarios, costos, citas, listas de espera e indicadores
9) Deterioro de la calidad percibida y satisfacción usuaria por tiempos de espera, información limitada, trato desigual, procesos complejos o alta demanda
10) Bajo desempeño institucional en SISMAP Salud, EDI, CAF, Carta de Servicios, gestión de calidad, evidencias, indicadores y seguimiento de planes de mejora
11) Baja ejecución de acciones de prevención, educación, orientación y participación comunitaria para promover detección temprana y adherencia al cuidado oncológico
12) Interrupción de servicios críticos por emergencias, desastres, fallas logísticas, eventos climáticos, alertas epidemiológicas o incidentes operativos
13) Incumplimiento normativo, sanitario, administrativo y de control interno por debilidades en actualización legal, control documental, evidencias, seguimiento de acciones, Ley 10-07 y NOBACI
14) Fuga, pérdida, alteración o acceso no autorizado a datos clínicos y personales de pacientes, en incumplimiento de la Ley 172-13
15) Incumplimiento de seguridad radiológica en servicios que utilizan radiaciones ionizantes, radiofármacos o equipos especializados, conforme al Decreto 244-95
16) Manejo inadecuado de residuos peligrosos, hospitalarios, biológicos, químicos, citotóxicos o radiológicos, en incumplimiento de la Ley 225-20 y normativa sanitaria aplicable

17) Vencimiento, suspensión o pérdida de habilitación de servicios por incumplimiento de requisitos de infraestructura, equipamiento, talento humano, documentación, bioseguridad o condiciones normativas, conforme al Decreto 1138-03
18) Insuficiencia, retraso o recorte presupuestario que limite medicamentos, insumos, mantenimiento, talento humano, tecnología, servicios críticos y continuidad operativa
19) Eventos adversos, infecciones asociadas a la atención, errores clínicos, fallas en cirugía segura, bioseguridad o baja adherencia a protocolos y guías de atención
20) Incremento de objeciones médicas y administrativas, glosas, baja recuperación de ingresos o debilidades en pre-factura, facturación y relación con ARS
21) Debilidades en docencia, investigación, residencias médicas, ética de investigación y transferencia de conocimiento en áreas oncológicas críticas
22) Desactualización, ausencia o baja implementación de rutas clínicas, protocolos oncológicos, guías de atención, criterios de priorización y retorno asistencial
23) Riesgo reputacional o comunicacional por manejo inoportuno de información pública, crisis institucional, quejas, redes sociales, eventos clínicos sensibles o baja transparencia
24) Persistencia de barreras de acceso para pacientes vulnerables por costos indirectos, territorio, género, edad, discapacidad, nacionalidad, condición social o debilidades de acompañamiento

Estos riesgos fueron valorados en función de su probabilidad, impacto y nivel de afectación sobre los resultados estratégicos institucionales. A partir de esta valoración, se definieron respuestas de mitigación y contingencia orientadas a priorizar casos críticos, fortalecer sistemas de información, mejorar la documentación de expedientes, focalizar inspecciones, articular áreas internas, proteger la continuidad tecnológica, gestionar recursos complementarios y asegurar el seguimiento de medidas correctivas durante la implementación del PEI.

Planes de Tratamiento de Riesgos

Los planes de tratamiento establecen las medidas que serán aplicadas para reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos o limitar sus consecuencias sobre los servicios, las personas usuarias, los recursos institucionales y los resultados del PEI. Cada plan deberá definir el riesgo abordado, la estrategia seleccionada, las acciones de respuesta, los responsables, los recursos requeridos, los plazos, los indicadores de control, las evidencias y los eventos que activarán la intervención.

La estrategia predominante será la mitigación, mediante el fortalecimiento de controles preventivos, detectivos y correctivos. En los riesgos de menor tolerancia, particularmente aquellos relacionados con seguridad radiológica, protección de datos, habilitación sanitaria y seguridad del paciente, se aplicarán medidas de evitación y mitigación. En los riesgos presupuestarios, financieros o contractuales podrán incorporarse mecanismos de transferencia, coordinación interinstitucional o cobertura contractual.

Tabla No. 23. República Dominicana Matriz de riesgos, estrategias de respuesta y acciones de tratamiento del PEI 2026-2029

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
R1	Diagnóstico tardío y baja detección oportuna de cáncer, provocando incremento de casos avanzados y reducción de oportunidad terapéutica	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 10 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Fortalecer rutas de prevención, tamizaje, captación temprana, referencia priorizada, confirmación diagnóstica y seguimiento de casos sospechosos	Dirección General, Dirección Médica, Prevención, Imágenes, Ginecología Oncológica, Urología, Epidemiología, Servicio Regional Ozama	Aumento de casos en estadios avanzados, producción preventiva menor al 90% o retrasos en estudios confirmatorios
R2	Incremento de la demanda oncológica por encima de la capacidad instalada, generando saturación de consultas, diagnósticos, procedimientos, hospitalización y tratamientos	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 9 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Implementar priorización clínica, gestión de listas de espera, reorganización de agendas, ampliación de horarios críticos y monitoreo mensual de producción por servicio	Dirección General, Dirección Médica, Planificación y Desarrollo, Servicios Clínicos, Servicios Diagnósticos, Servicios Quirúrgicos	Producción mensual superior en 10% a la capacidad programada, aumento de listas de espera o saturación de servicios críticos
R3	Desabastecimiento o entrega tardía de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos, afectando la continuidad diagnóstica y terapéutica	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Establecer alertas de stock mínimo, actualizar demanda según consumo real, priorizar compras críticas, dar seguimiento semanal al inventario y activar mecanismos de abastecimiento oportuno	Farmacia, Almacén y Suministro, Compras, Financiero, Banco de Sangre, Medicina Nuclear, Laboratorio, Dirección Médica	Stock menor a 30 días, retraso de entrega, proceso de compra detenido o suspensión de servicios por falta de insumos
R4	Retrasos en procesos de compras, contrataciones, presupuesto o pagos vinculados a bienes y	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Programar procesos críticos con anticipación, validar fichas técnicas, monitorear cronograma PACC, priorizar	Compras y Contrataciones, Comité de Compras, Financiero,	Retraso mayor a 15 días en procesos críticos, procesos

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
	servicios críticos para la atención oncológica					adquisiciones sanitarias y dar seguimiento a adjudicación, recepción y pago	Planificación y Desarrollo, Dirección Médica	desiertos, falta de disponibilidad presupuestaria o entregas fuera de fecha
R5	Fallas, obsolescencia o mantenimiento insuficiente de equipos médicos, infraestructura, energía, climatización, agua, TIC o servicios generales	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Ejecutar plan de mantenimiento preventivo, priorizar equipos críticos, actualizar inventario biomédico, activar soporte técnico, planificar reposición tecnológica y fortalecer planes de contingencia	Electromedicina, Mantenimiento, TIC, Servicios Generales, Administrativo, Dirección Médica, Planificación y Desarrollo	Equipo crítico fuera de servicio por más de 24 horas, fallas recurrentes, interrupción de servicios, incidentes de infraestructura o caída de sistemas
R6	Debilidad en referencia, contrarreferencia, retorno organizado y seguimiento territorial del paciente oncológico dentro de la red pública	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Formalizar rutas oncológicas, criterios de referencia y contrarreferencia, seguimiento territorial, comunicación con establecimientos de origen y retorno organizado de pacientes estables	Dirección Médica, Atención al Usuario, Trabajo Social, Servicio Regional Ozama, Primer Nivel, Hospitales Generales	Pacientes sin establecimiento de origen identificado, ausencia de contrarreferencia, pacientes estables sin retorno a la red o quejas por falta de seguimiento
R7	Insuficiente disponibilidad, competencias o retención del talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 9 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Implementar plan de dotación, formación continua, residencias, retención, redistribución de carga, gestión por competencias, bienestar laboral y fortalecimiento de	Dirección General, Recursos Humanos, Dirección Médica, Enfermería, Laboratorio, Banco de Sangre,	Vacantes críticas, déficit de turnos, sobrecarga asistencial, retrasos diagnósticos, reducción de

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
						equipos clínicos y diagnósticos	Psicooncología, Trabajo Social	consultas o demanda psicosocial superior a la capacidad instalada
R8	Sistemas de información fragmentados o insuficientemente integrados para expediente clínico, producción, registro oncológico, inventarios, costos, citas, listas de espera e indicadores	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Integrar sistemas prioritarios, fortalecer expediente clínico, registro de cáncer, reportes de producción, tableros de seguimiento, seguridad de la información e interoperabilidad	TIC, Planificación y Desarrollo, Archivo Clínico, Estadística, Epidemiología, Atención al Usuario, Dirección Médica	Datos incompletos, duplicidad de registros, retrasos en reportes, ausencia de trazabilidad, fallas de sistemas o baja puntuación iTICge
R9	Deterioro de la calidad percibida y satisfacción usuaria por tiempos de espera, información limitada, trato desigual, procesos complejos o alta demanda	4 Alta	3 Medio	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Fortalecer orientación, gestión de citas, trato humanizado, encuestas, buzones, gestión de quejas, seguimiento de casos y planes de mejora por servicio	Atención al Usuario, Trabajo Social, Calidad, Dirección Médica, Comunicaciones, Planificación y Desarrollo	Aumento de quejas, reducción de satisfacción, tiempos de espera por encima de lo programado o reclamos recurrentes sobre información y trato
R10	Bajo desempeño institucional en SISMAP Salud, EDI, CAF, Carta de Servicios, gestión de calidad, evidencias, indicadores y seguimiento de planes de mejora	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Crear tablero interno de seguimiento, asignar responsables por indicador, calendarizar evidencias, revisar avances mensuales y activar planes de mejora institucional	Planificación y Desarrollo, Calidad, Recursos Humanos, Administrativo, TIC, Jurídica, Dirección General	Corte trimestral con indicador menor a 80%, evidencias vencidas, incumplimiento de planes de mejora o

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
								baja puntuación institucional
R11	Baja ejecución de acciones de prevención, educación, orientación y participación comunitaria para promover detección temprana y adherencia al cuidado oncológico	3 Media	3 Medio	Inherente 9 Medio / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Coordinar jornadas, campañas, orientación comunitaria, comunicación preventiva, seguimiento de población objetivo y articulación con red pública y actores territoriales	Prevención, Comunicaciones, Atención al Usuario, Trabajo Social, Epidemiología, Servicio Regional Ozama	Bajo cumplimiento de actividades preventivas, baja demanda de tamizaje, reducción de captación temprana o escasa participación comunitaria
R12	Interrupción de servicios críticos por emergencias, desastres, fallas logísticas, eventos climáticos, alertas epidemiológicas o incidentes operativos	3 Media	5 Muy alto	Inherente 15 Alto / Residual 8 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Actualizar plan de continuidad operativa, definir rutas críticas, asegurar respaldo de información, stock mínimo, protocolos de emergencia y coordinación con SNS y MISPAS	Dirección General, Dirección Médica, Mantenimiento, TIC, Farmacia, Seguridad, Servicios Generales	Temporada ciclónica, alerta epidemiológica, falla eléctrica mayor, interrupción de agua, caída de sistemas o evento que afecte servicios esenciales
R-13	Incumplimiento normativo, sanitario, administrativo y de control interno por debilidades en actualización legal, control documental, evidencias, seguimiento de acciones, Ley 10-07 y NOBACI	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Actualizar matriz de cumplimiento legal y NOBACI, asignar responsables por requisito, documentar evidencias, ejecutar auditorías internas, dar seguimiento a hallazgos y cerrar acciones correctivas	Dirección General, Planificación y Desarrollo, Calidad, Jurídica, Control Interno, áreas dueñas de procesos	Cambio normativo, auditoría interna o externa, hallazgo de Contraloría, evaluación NOBACI, incumplimiento

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
								documental o revisión semestral
R-14	Fuga, pérdida, alteración o acceso no autorizado a datos clínicos y personales de pacientes, en incumplimiento de la Ley 172-13	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 6 Medio / Apetito bajo / Tolerancia baja	Evitar y mitigar	Implementar perfiles de acceso, controles de usuarios, respaldos periódicos, bitácoras, protocolos de confidencialidad, capacitación en protección de datos, gestión de incidentes y revisión trimestral de permisos	TIC, Archivo Clínico, Jurídica, Calidad, Dirección Médica, áreas usuarias de sistemas	Incidente de seguridad, acceso no autorizado, pérdida de expediente, auditoría TIC, implementación de nuevo sistema o revisión trimestral de accesos
R-15	Incumplimiento de seguridad radiológica en servicios que utilizan radiaciones ionizantes, radiofármacos o equipos especializados, conforme al Decreto 244-95	3 Media	5 Muy alto	Inherente 15 Alto / Residual 5 Bajo / Apetito muy bajo / Tolerancia baja	Evitar y mitigar	Mantener licencias, permisos y controles vigentes, asegurar dosimetría, calibración, mantenimiento, señalización, blindaje, protocolos, capacitación del personal, manejo seguro de radiofármacos y reporte de incidentes	Dirección Médica, Medicina Nuclear, Radio-Oncología, Producción de Radiofármacos, Electromedicina, Bioseguridad, Calidad	Vencimiento de licencia, dosimetría fuera de rango, incorporación de equipo, uso de radiofármacos, incidente radiológico o inspección regulatoria
R-16	Manejo inadecuado de residuos peligrosos, hospitalarios, biológicos, químicos, citotóxicos o radiológicos, en incumplimiento de la Ley 225-20 y normativa sanitaria aplicable	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Actualizar e implementar plan de gestión de residuos, fortalecer segregación, almacenamiento, rutas internas, retiro, trazabilidad, contratos con gestores autorizados, manifiestos,	Administrativo, Servicios Generales, Bioseguridad, Farmacia, Laboratorio, Medicina Nuclear, Calidad, Dirección Médica	Acumulación de residuos, derrame, vencimiento de contrato de gestor, inspección ambiental o sanitaria, queja, incidente o

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
						capacitación y auditorías de bioseguridad		auditoría trimestral
R-17	Vencimiento, suspensión o pérdida de habilitación de servicios por incumplimiento de requisitos de infraestructura, equipamiento, talento humano, documentación, bioseguridad o condiciones normativas, conforme al Decreto 1138-03	3 Media	5 Muy alto	Inherente 15 Alto / Residual 6 Medio / Apetito bajo / Tolerancia baja	Evitar y mitigar	Crear calendario de vencimientos, realizar autoinspecciones, cerrar brechas de habilitación, actualizar expedientes, evidencias, permisos, planos, protocolos y responsables por servicio crítico	Dirección Médica, Calidad, Planificación y Desarrollo, Administrativo, Mantenimiento, Jurídica, responsables de servicios	Seis meses antes del vencimiento, hallazgo de autoinspección, apertura o modificación de servicio, inspección regulatoria o incumplimiento de requisito crítico
R-18	Insuficiencia, retraso o recorte presupuestario que limite medicamentos, insumos, mantenimiento, talento humano, tecnología, servicios críticos y continuidad operativa	4 Alta	5 Muy alto	Inherente 20 Muy alto / Residual 9 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar y transferir	Priorizar servicios críticos, integrar PEI-POA-PACC-presupuesto, elaborar escenarios financieros, justificar reforzamientos presupuestarios, optimizar compras, monitorear ejecución, fortalecer facturación y recuperación de ingresos	Dirección General, Financiero, Administrativo, Planificación y Desarrollo, Compras, Dirección Médica	Formulación presupuestaria, recorte notificado, ejecución menor a lo programado, aumento de costos, desabastecimiento o cuentas por pagar críticas
R-19	Eventos adversos, infecciones asociadas a la atención, errores clínicos, fallas en cirugía segura, bioseguridad o baja adherencia a protocolos y guías de atención	3 Media	5 Muy alto	Inherente 15 Alto / Residual 6 Medio / Apetito bajo / Tolerancia baja	Mitigar	Fortalecer comités hospitalarios, auditoría clínica, vigilancia de eventos adversos, listas de verificación, capacitación, análisis causa-raíz y acciones correctivas	Dirección Médica, Calidad, Enfermería, Epidemiología, Bioseguridad, Auditoría Médica, Comités Clínicos	Evento adverso grave, infección asociada, desviación de protocolo, auditoría clínica con hallazgos o queja clínica recurrente

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
R-20	Incremento de objeciones médicas y administrativas, glosas, baja recuperación de ingresos o debilidades en pre-factura, facturación y relación con ARS	4 Alta	4 Alto	Inherente 16 Muy alto / Residual 8 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Fortalecer pre-factura, auditoría médica concurrente, validación documental, análisis de glosas, seguimiento a ARS, conciliación de cuentas y capacitación del personal facturador	Financiero, Facturación, Auditoría Médica, Dirección Médica, Seguros Médicos, Archivo Clínico	Glosas mayores al umbral definido, retrasos en cobros, devoluciones recurrentes, expedientes incompletos o caída de ingresos por servicios
R-21	Debilidades en docencia, investigación, residencias médicas, ética de investigación y transferencia de conocimiento en áreas oncológicas críticas	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Fortalecer planificación académica, coordinación de residencias, protocolos de investigación, comité de ética, convenios docentes y seguimiento a producción académica	Docencia, Investigación, Dirección Médica, Recursos Humanos, Comité de Ética, Residencias Médicas	Incumplimiento de cronograma académico, baja producción investigativa, observación de universidades, salida de docentes o falta de tutores
R-22	Desactualización, ausencia o baja implementación de rutas clínicas, protocolos oncológicos, guías de atención, criterios de priorización y retorno asistencial	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Actualizar rutas clínicas priorizadas, socializar protocolos, monitorear adherencia, definir responsables por ruta, auditar expedientes y corregir desviaciones	Dirección Médica, Calidad, Servicios Clínicos, Auditoría Médica, Comités Clínicos	Nueva evidencia clínica, variabilidad en manejo, quejas por falta de ruta, auditoría con hallazgos o retrasos en inicio de tratamiento
R-23	Riesgo reputacional o comunicacional por manejo inoportuno de información pública, crisis institucional, quejas, redes sociales,	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito medio / Tolerancia media	Mitigar	Activar protocolo de comunicación de crisis, fortalecer vocería, monitorear medios, gestionar respuestas oportunas, articular OAI,	Comunicaciones, Dirección General, OAI, Atención al Usuario, Jurídica, Dirección Médica	Publicación negativa, aumento de quejas, solicitud sensible de información, evento clínico de

Registro de riesgos		Análisis Cualitativo / Cuantitativo			Plan de Respuesta			
ID	Riesgo identificado	Nivel de Probabilidad	Nivel de Impacto	Nivel de Riesgo	Estrategia Respuesta	Acción de Respuesta	Responsable	Disparador de Respuesta o Fecha de Implementación
	eventos clínicos sensibles o baja transparencia					Atención al Usuario y Dirección General		alto impacto o crisis reputacional
R-24	Persistencia de barreras de acceso para pacientes vulnerables por costos indirectos, territorio, género, edad, discapacidad, nacionalidad, condición social o debilidades de acompañamiento	3 Media	4 Alto	Inherente 12 Alto / Residual 6 Medio / Apetito bajo / Tolerancia media	Mitigar	Fortalecer caracterización social, orientación diferenciada, trabajo social, apoyo psicosocial, coordinación con red pública, priorización de casos vulnerables y seguimiento de abandono	Trabajo Social, Atención al Usuario, Psicooncología, Dirección Médica, Servicio Regional Ozama, Planificación y Desarrollo	Aumento de abandono, pérdida de seguimiento, pacientes sin apoyo familiar, quejas por barreras de acceso o casos sociales críticos

Fuente: Elaboración a partir de la Herramienta 18. Análisis de riesgos del PEI 2026-2029 INCART.

ANEXOS

ANEXO No. 1. Herramienta 5. Adopción de los enfoques de las políticas transversales

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
Capacidad de respuesta institucional limitada frente al crecimiento de la demanda y la complejidad de los casos oncológicos	Sí. La capacidad de respuesta incide en el derecho a una atención oportuna, integral, segura y sin discriminación. En 2025 se registraron 135,044 consultas, de las cuales aproximadamente 105,469 correspondieron a mujeres, 78.1 %, y 29,575 a hombres, 21.9 %. En hospitalización se registraron 3,761 atenciones, aproximadamente 2,279 de mujeres, 60.6 %, y 1,482 de hombres, 39.4 %. En emergencia se reportaron 7,057 atenciones, aproximadamente 4,269 de mujeres, 60.5 %, y 2,788 de hombres, 39.5 %. La mayor participación femenina exige analizar la demanda según sexo, edad, diagnóstico, condición social y responsabilidades de cuidado	Sí. La producción seleccionada pasó de 276,478 servicios en 2020 a 458,283 en 2025, incremento de 65.8 %, elevando el consumo de agua, energía, gases médicos, materiales sanitarios y la generación de residuos hospitalarios. La ampliación de la capacidad debe incorporar criterios de eficiencia energética, uso racional de recursos y gestión integral de residuos	Sí. El INCART tiene alcance nacional, aunque se encuentra ubicado en el ámbito del Servicio Regional Ozama. En 2025 registró 458,283 prestaciones y entre enero y marzo de 2026 alcanzó 140,218. La ausencia de datos sobre provincia y municipio de residencia impide determinar la distribución territorial de esta demanda y planificar la capacidad conforme a las necesidades regionales	Sí. Un evento adverso que afecte infraestructura, personal, servicios básicos o accesibilidad reduciría la capacidad para sostener la atención de una demanda estructuralmente alta. En 2025 se registraron 458,283 servicios y, entre enero y marzo de 2026, 140,218, lo que exige planes de emergencia, continuidad operativa, recuperación y priorización de pacientes críticos
Riesgo de retraso diagnóstico e interrupción terapéutica por debilidades en el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos	Sí. El desabastecimiento afecta el derecho a la continuidad diagnóstica y terapéutica. En 2025, la disponibilidad de medicamentos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos respaldó 458,287 prestaciones principales. La información disponible no desagrega por sexo las interrupciones, reprogramaciones o faltantes, por lo que debe incorporarse esta variable en los registros de farmacia, almacén, compras y servicios clínicos. Debe priorizarse a pacientes pediátricos, personas adultas mayores, personas con discapacidad, pacientes de bajos ingresos y usuarios sin cobertura suficiente	Sí. La gestión de medicamentos oncológicos, citostáticos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos requiere controlar condiciones de almacenamiento, cadena de frío, fechas de vencimiento, derrames y disposición final. Las compras e inventarios deben reducir pérdidas, vencimientos y residuos farmacéuticos, químicos y radiactivos	Sí. Los faltantes y reprogramaciones afectan con mayor intensidad a pacientes procedentes de territorios alejados, quienes asumen costos adicionales de transporte, alojamiento, alimentación y pérdida de jornadas laborales. Los registros disponibles no permiten cuantificar este impacto por provincia o región	Sí. Las interrupciones de transporte, energía, comunicaciones o cadenas de suministro incrementarían el riesgo de desabastecimiento de medicamentos oncológicos, reactivos, hemoderivados, radiofármacos e insumos. Se requieren inventarios de seguridad, proveedores alternos, reservas para servicios críticos y protocolos de contingencia
Generación y aplicación limitada de evidencia clínica y epidemiológica para mejorar	Sí. La investigación, el registro de tumores y los análisis clínicos deben desagregarse por sexo, edad, tipo de cáncer, estadio, discapacidad, nacionalidad, aseguramiento y procedencia territorial. Entre 2020 y	Sí. La investigación y la gestión del conocimiento deben incorporar bioseguridad, protección radiológica, gestión de residuos,	Sí. La investigación, el registro de tumores y las estadísticas deben incorporar provincia, municipio, SRS, establecimiento de origen y	Sí. La pérdida, indisponibilidad o fragmentación de registros durante una emergencia limitaría la identificación de pacientes en

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
la atención y apoyar las decisiones institucionales	marzo de 2026 se registraron 2,975,605 prestaciones principales, pero las bases consolidadas no permiten analizar de manera homogénea los resultados clínicos y terapéuticos por género y grupos vulnerables. Esta limitación reduce la capacidad para identificar desigualdades en diagnóstico, tratamiento, supervivencia y continuidad asistencial	consumo responsable de insumos y evaluación de impactos ambientales asociados a los procesos diagnósticos y terapéuticos	recorrido asistencial. Sin esta desagregación no se identifican territorios con mayor incidencia, diagnóstico tardío, dificultades de acceso o abandono terapéutico	tratamiento, riesgos clínicos y servicios prioritarios. El volumen acumulado de 2,975,605 servicios entre 2020 y marzo de 2026 demanda mecanismos de respaldo, recuperación de información y continuidad de la investigación y del Registro Hospitalario de Tumores
Insuficiente contribución institucional y articulación en red para la prevención y detección temprana del cáncer	Sí. La prevención presenta diferencias vinculadas con sexo y género. En 2025 se registraron 11,475 Papanicolaou, 8,870 sonomamografías, 5,953 mamografías bilaterales, 11,003 consultas de ginecología y 4,006 consultas de urología. Estos datos muestran mayor volumen de intervenciones dirigidas a mujeres. Se requiere fortalecer la captación masculina para detección de cáncer de próstata y otras neoplasias, así como integrar edad, población elegible, resultado del tamizaje, condición de discapacidad y territorio de residencia	Sí. La prevención y detección oportuna favorecen intervenciones clínicas menos intensivas que los tratamientos de casos avanzados, los cuales demandan mayor cantidad de medicamentos, estudios, hospitalización e insumos. Las acciones preventivas deben coordinarse territorialmente para evitar duplicidades y desplazamientos innecesarios	Sí. La prevención y detección temprana dependen de la coordinación con el primer nivel y los establecimientos territoriales. En 2025 se realizaron 11,475 Papanicolaou, 8,870 sonomamografías, 5,953 mamografías bilaterales y 4,006 consultas de urología, sin desagregación por lugar de residencia	Sí. Las actividades preventivas y de detección temprana tienden a reducirse o suspenderse durante emergencias, generando acumulación de demanda y mayor riesgo de diagnóstico tardío. La institución debe coordinar con la Red Pública mecanismos para reprogramar, recuperar y dar seguimiento a las intervenciones interrumpidas
Débil articulación territorial para la captación oportuna y el seguimiento de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer	Sí. Las barreras territoriales y económicas pueden afectar de forma diferenciada a mujeres cuidadoras, hogares monoparentales, personas adultas mayores, personas con discapacidad y pacientes sin redes de apoyo. En 2025 se registraron 874 consultas a personas de nacionalidad haitiana, 1,564 a personas de otras nacionalidades y 1,102 sin nacionalidad registrada. La falta de provincia y municipio de residencia impide determinar cuántas mujeres, hombres y personas vulnerables enfrentan mayores barreras territoriales	Sí. La coordinación con la Red Pública puede reducir traslados reiterados, pérdida de citas, duplicación de estudios y consumo innecesario de combustibles y materiales. La ausencia de datos sobre residencia y desplazamiento de pacientes limita cuantificar esta incidencia ambiental	Sí. La captación y el seguimiento requieren rutas diferenciadas según disponibilidad de servicios, distancia, conectividad y capacidad resolutiva del territorio. En 2025 se registraron 135,044 consultas y 7,057 emergencias, pero no se identifica cuántas correspondieron a cada provincia, municipio o SRS	Sí. Huracanes, inundaciones, sismos, interrupciones viales u otros eventos pueden limitar el traslado de pacientes desde diferentes regiones. Se requieren canales alternativos de comunicación, coordinación territorial y mecanismos para identificar y priorizar a pacientes que no puedan desplazarse hacia el INCART

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
Continuidad asistencial limitada por debilidades en la referencia, contrarreferencia y seguimiento de los pacientes oncológicos	Sí. La continuidad asistencial forma parte del derecho a la salud y requiere seguimiento diferenciado según riesgo clínico y social. En 2025 se registraron 7,057 emergencias, 3,761 hospitalizaciones y 132 emergencias referidas desde otros establecimientos. Los registros no permiten determinar por sexo, edad, discapacidad o territorio cuántos pacientes completaron la contrarreferencia, continuaron su tratamiento o abandonaron el proceso asistencial	Sí. La referencia y contrarreferencia con información clínica compartida disminuyen la repetición de pruebas, imágenes y procedimientos. En 2025 se realizaron 259,181 pruebas de laboratorio y 51,590 imágenes, por lo que la trazabilidad de resultados es relevante para reducir duplicidades y uso innecesario de recursos	Sí. La falta de trazabilidad territorial dificulta conocer si el paciente retornó al establecimiento de origen, continuó el tratamiento o perdió seguimiento. En 2025 se registraron 132 emergencias referidas desde otros establecimientos, sin información territorial consolidada sobre procedencia y contrarreferencia	Sí. Un desastre agravaría la cancelación de citas, pérdida de seguimiento, interrupción de referencias y dificultad para retornar pacientes a sus establecimientos de origen. Los planes institucionales deben incluir rutas alternas, directorios actualizados, criterios de traslado y mecanismos de seguimiento de pacientes en tratamiento activo
Acceso insuficientemente oportuno e integral a servicios oncológicos especializados frente a la demanda nacional	Sí. En 2025, aproximadamente 44,574 de las 51,590 imágenes realizadas correspondieron a mujeres, 86.4 %, y 7,016 a hombres, 13.6 %. De los 1,654 procedimientos quirúrgicos, aproximadamente 1,290 correspondieron a mujeres, 78.0 %, y 364 a hombres, 22.0 %. Esta concentración debe analizarse junto con los tipos de cáncer atendidos, sin interpretarla automáticamente como acceso equitativo. La programación debe garantizar priorización clínica, accesibilidad, información comprensible y ajustes razonables	Sí. La prestación de 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 7,057 emergencias, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos durante 2025 evidencia una operación intensiva en energía, agua, insumos clínicos y generación de residuos. El acceso debe fortalecerse bajo criterios de ecoeficiencia y seguridad ambiental	Sí. La concentración de servicios de alta complejidad en el INCART genera desplazamientos hacia el Gran Santo Domingo. En 2025 se realizaron 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos, sin determinar la participación territorial de los usuarios	Sí. En 2025 se realizaron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 7,057 emergencias, 3,757 hospitalizaciones y 1,654 procedimientos quirúrgicos. La interrupción de uno de estos servicios afectaría toda la ruta oncológica, por lo que deben definirse servicios esenciales, niveles mínimos de operación y protocolos de priorización clínica
Capacidad instalada insuficientemente articulada con la demanda, los recursos humanos, el mantenimiento y el abastecimiento	Sí. La infraestructura debe responder a las necesidades diferenciadas de mujeres, hombres, niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores, pacientes inmunosuprimidos y personas con discapacidad. El área Oncopediátrica reportó 1,923 consultas, 376 hospitalizaciones, 321 procedimientos diagnóstico-terapéuticos, 348 infusiones de quimioterapia y 81 nuevos casos de cáncer infantil. La información	Sí. Las 94 camas habilitadas, el Hospital de Día con 22 sillones, quirófanos, laboratorios, farmacia, banco de sangre, medicina nuclear y áreas diagnósticas requieren energía continua, climatización, agua, gases médicos, limpieza y manejo diferenciado de residuos.	Sí. Las 94 camas habilitadas, los 17 sillones del Hospital de Día, los quirófanos y los servicios diagnósticos atienden una demanda de alcance nacional. Las limitaciones de capacidad tienen efectos territoriales porque los servicios equivalentes	Sí. Las 94 camas habilitadas para personas adultas, los 22 sillones del Hospital de Día, los quirófanos, laboratorios, farmacia, banco de sangre y servicios terapéuticos dependen de energía, agua, gases médicos, climatización, cadena de frío, equipos funcionales y

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
	disponible no cuantifica accesibilidad física, discapacidad ni necesidades de apoyo de las personas adultas mayores	La infraestructura debe gestionarse mediante mantenimiento preventivo, eficiencia energética y control ambiental	no se encuentran disponibles de manera homogénea en toda la Red Pública	mantenimiento. Se requiere evaluar vulnerabilidades físicas y funcionales, autonomía de respaldo y capacidad de recuperación
Disponibilidad insuficiente de talento humano especializado para sostener servicios oncológicos de alta complejidad	Sí. La planificación del talento humano debe considerar la demanda diferenciada, la atención pediátrica, geriátrica, psicooncología y de personas con discapacidad. En 2025 se registraron 135,044 consultas, 259,181 pruebas de laboratorio, 51,590 imágenes, 7,057 emergencias y 3,761 hospitalizaciones. El personal debe contar con competencias en igualdad, trato digno, accesibilidad, consentimiento informado, prevención de discriminación y atención centrada en las personas	Sí. El personal clínico, técnico, administrativo y de apoyo debe recibir formación en bioseguridad, protección radiológica, manejo de sustancias químicas, segregación de residuos, respuesta ante derrames, uso racional de insumos y prevención de riesgos ambientales y laborales	Sí. La concentración de especialistas oncológicos en el INCART limita la capacidad de orientación, detección, seguimiento y cuidados paliativos en otros territorios. La información revisada no contiene distribución de los perfiles especializados por SRS, provincia o establecimiento	Sí. La ausencia, afectación o sobrecarga del personal durante una emergencia reduciría la cobertura de turnos y la operación de servicios críticos. Deben establecerse equipos de respuesta, cadenas de sustitución, funciones esenciales, disponibilidad extraordinaria y capacitación periódica en emergencias hospitalarias y desastres
Acceso limitado a servicios psicosociales y mecanismos de apoyo para pacientes oncológicos y sus familias	Sí. Las necesidades de apoyo varían según sexo, edad, dependencia económica, estructura familiar, responsabilidades de cuidado y territorio. El área Oncopediátrica registró 1,516 intervenciones integrales de soporte psicoemocional, psicología y actividades ludo terapéuticas para niños, niñas y sus familias. No se dispone de una cuantificación consolidada y desagregada de las atenciones de psicooncología, salud mental y trabajo social para la población adulta	Sí, de manera indirecta. La orientación social y el seguimiento psicosocial pueden reducir pérdidas de citas, abandono terapéutico y desplazamientos repetidos. Estos servicios deben apoyar la coordinación de atenciones y facilitar rutas que disminuyan cargas económicas, sociales y ambientales para pacientes y familiares	Sí. Los pacientes procedentes de territorios alejados presentan mayores necesidades de transporte, alojamiento, alimentación, orientación financiera y acompañamiento familiar. No se dispone de datos consolidados que permitan cuantificar estas necesidades según residencia	Sí. Los desastres incrementan la ansiedad, el temor a la interrupción terapéutica, las pérdidas económicas y las necesidades de alojamiento, transporte y apoyo familiar. La respuesta institucional debe integrar psicooncología, trabajo social, orientación y comunicación de riesgos para pacientes, familiares y personal
Sostenibilidad financiera comprometida por la brecha entre el costo real de la atención oncológica y los ingresos recuperados	Sí. Las limitaciones de cobertura, tarifas y recuperación de ingresos pueden generar barreras indirectas para pacientes de bajos ingresos, sin aseguramiento suficiente o dependientes de medicamentos de alto costo. En 2025 se registraron 5,090 consultas sin información de ARS, equivalentes al 3.8 % del total de	Sí. La planificación financiera debe considerar costos del ciclo de vida de equipos, consumo energético, mantenimiento, tratamiento de residuos y reposición tecnológica. Las adquisiciones deben incorporar	Sí. La sostenibilidad debe considerar los costos institucionales derivados de atender una demanda nacional y los costos indirectos asumidos por los pacientes. La falta de	Sí. Una emergencia puede generar gastos no programados, daños a equipos, compras urgentes, reducción temporal de facturación y mayores costos de reposición. La planificación financiera debe

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
	consultas. Esta ausencia de datos limita la identificación de mujeres, hombres y grupos vulnerables expuestos a mayor riesgo financiero	eficiencia, durabilidad, posibilidad de mantenimiento y disposición final segura	información territorial limita estimar el costo de atención, referencia, apoyo social y seguimiento por región	contemplar fondos de contingencia, cobertura de activos, procedimientos de compra de emergencia y recuperación de servicios esenciales
Calidad percibida y satisfacción de los usuarios afectadas por demoras, información insuficiente y complejidad de los procesos asistenciales	Sí. La satisfacción debe medirse y reportarse por sexo, edad, discapacidad, nacionalidad, aseguramiento, servicio recibido y procedencia territorial. Las mujeres concentraron 78.1 % de las consultas, 86.4 % de las imágenes, 78.0 % de los procedimientos quirúrgicos, 60.6 % de las hospitalizaciones y 60.5 % de las emergencias. Esta concentración requiere analizar de manera diferenciada su experiencia, tiempos de espera, trato, privacidad, información y participación en las decisiones clínicas	Sí. La calidad del entorno hospitalario incluye limpieza, ventilación, iluminación, control de olores, manejo de residuos, disponibilidad de agua, saneamiento y condiciones seguras para pacientes inmunosuprimidos. Estos elementos deben incorporarse a la evaluación de satisfacción y calidad de los servicios	Sí. La experiencia del usuario puede variar según distancia, tiempo de traslado, número de visitas, necesidad de alojamiento y capacidad de seguimiento en el territorio de origen. La satisfacción debe desagregarse por provincia, municipio, SRS y establecimiento de referencia	Sí. Las cancelaciones, cambios de rutas, congestión, retrasos y falta de información durante una emergencia afectarían la confianza y experiencia de los usuarios. Se requieren protocolos de comunicación, orientación, reprogramación, información accesible y gestión de quejas durante situaciones críticas
Capacidad de gestión limitada para sostener los servicios con eficiencia, control, trazabilidad y orientación a resultados	Sí. La planificación, el presupuesto, las compras, los indicadores y la evaluación deben incorporar desagregación por sexo y población vulnerable. La institución gestionó 458,287 prestaciones principales en 2025 y 140,218 entre enero y marzo de 2026. Sin registros integrados de género, edad, discapacidad y condición socioeconómica, no es posible verificar si los recursos y servicios responden de manera equitativa a las necesidades de la población	Sí. La planificación y el control institucional deben integrar objetivos, indicadores, responsables y presupuesto para consumo de agua y energía, residuos sanitarios, emisiones, mantenimiento, compras sostenibles, bioseguridad y cumplimiento ambiental	Sí. La planificación de servicios, presupuesto, capacidad instalada y talento humano requiere conocer la procedencia de la demanda. Sin datos territoriales, las decisiones se sustentan en producción agregada y no en las brechas de acceso de cada región	Sí. La respuesta ante desastres requiere una estructura de coordinación, responsabilidades definidas, análisis de riesgos, protocolos actualizados, simulacros, recursos asignados y mecanismos de seguimiento. La gestión del riesgo debe incorporarse al PEI, POA, presupuesto, control interno, mantenimiento y gestión de la calidad
Transformación digital insuficiente para respaldar la continuidad asistencial y la eficiencia de los procesos institucionales	Sí. La digitalización debe proteger la confidencialidad de los datos clínicos y evitar exclusiones por edad, discapacidad, alfabetización o acceso limitado a medios digitales. Los sistemas deben registrar sexo, edad, discapacidad, nacionalidad, aseguramiento,	Sí. La digitalización puede reducir uso de papel, desplazamientos internos, duplicidad de estudios y consumo de materiales. Sin embargo, debe incluir eficiencia	Sí. La interoperabilidad, referencia electrónica, tele orientación, consulta de resultados y seguimiento remoto contribuirían a reducir traslados	Sí. Fallas eléctricas, interrupciones de conectividad, daños a servidores o incidentes de ciberseguridad podrían limitar el acceso al expediente clínico,

Problema Público Institucional	Enfoque género y derechos humanos 1. ¿Dentro del (los) problema/s públicos institucionales identificado/s, se visualizan aspectos relacionados con los derechos humanos y género? 2. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a hombres y cuántos a mujeres? 3. ¿Dentro de la población potencial, cuántos corresponden a personas en situaciones de vulnerabilidad (discapacidad; niños, niñas y adolescentes; envejecientes)?	Enfoque de Sostenibilidad Ambiental 1. ¿De cara al problema y la población objetivo (personas, instituciones, ambiente) la institución puede identificar aspectos claves que deben abordarse para avanzar en la sostenibilidad ambiental en el país?	Enfoque de Cohesión Territorial 1. ¿El (los) problema/s públicos institucionales identificado/s presenta/n brechas en territorios específicos del país? Favor indicar cuales serían esas brechas, con datos estadísticos. 2. ¿Cómo se agudiza el problema en función de la característica del territorio?,[indicar la respuesta] 3. ¿Dentro de la población potencial, en cuáles provincias/municipios (indicar cantidad)?	Enfoque de Gestión de Riesgo de Desastres 1. ¿Los problemas enunciados, tienen alguna vinculación a escenarios posibles de desastres? 2. ¿Cuánto se agravarían esos problemas frente a un evento catastrófico?
	residencia y condición de vulnerabilidad, manteniendo mecanismos presenciales y asistidos para quienes enfrenten barreras tecnológicas	energética de la infraestructura TIC, mantenimiento de equipos y gestión adecuada de residuos electrónicos y componentes tecnológicos obsoletos	y duplicidades. Estas soluciones deben considerar las brechas de conectividad, alfabetización digital y acceso tecnológico presentes en los territorios	resultados, inventarios y facturación. Se requieren copias de respaldo, redundancia, recuperación tecnológica, acceso alternativo y protocolos de operación manual temporal
Información institucional fragmentada y baja interoperabilidad para el seguimiento de pacientes, producción, costos, indicadores y resultados	Sí. La fragmentación de los registros constituye una brecha directa para aplicar los enfoques de género y derechos humanos. En 2025 se identificaron 5,090 consultas sin información de ARS, 1,102 sin nacionalidad registrada y 531 imágenes sin dato de nacionalidad. Tampoco se dispone de datos consolidados sobre discapacidad, personas adultas mayores, territorio de residencia y pacientes únicos desagregados por sexo. Estas variables deben incorporarse como campos obligatorios y formar parte de los reportes institucionales	Sí. Los sistemas institucionales no integran de forma consolidada datos sobre consumo de agua, energía y combustibles, generación y disposición de residuos, incidentes ambientales, mantenimiento, protección radiológica o residuos electrónicos. Esta ausencia constituye una brecha para medir y gestionar el desempeño ambiental	Sí. La ausencia de provincia, municipio, SRS, establecimiento de origen y condición de referencia constituye una brecha crítica. Estos campos deben incorporarse como variables obligatorias para analizar cobertura, oportunidad, continuidad y resultados por territorio	Sí. La fragmentación de datos dificulta identificar pacientes prioritarios, tratamientos interrumpidos, disponibilidad de camas, medicamentos, equipos y personal durante una emergencia. Los sistemas deben incorporar información integrada, actualizada y recuperable para sustentar decisiones y asegurar la continuidad asistencial

ANEXO No. 2. Líneas de acción establecidas por Eje Estratégico y Resultados del PEI 2026-2029

Eje 1. Atención Oncológica Integral, Oportuna y Continua

Producto estratégico: Producto SIGEF 6311: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
REI 1. Fortalecida la contribución institucional a la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en cáncer, mediante atención oncológica integral, especializada, oportuna, segura y articulada con la Red Pública, contribuyendo a reducir la tasa de 165.80 en 2024 a 142.29 en 2029	**RI 1.1.** Fortalecida la respuesta especializada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos de las enfermedades oncológicas, contribuyendo a reducir el número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles de 17,899.00 en 2024 a 16,520.10 en 2029	L.1.1.01 Fortalecer la atención oncológica integral, continua y segura en consulta, emergencia, hospitalización, cirugía, diagnóstico, tratamiento y seguimiento	Atención oncológica especializada integral
		L.1.1.02 Fortalecer la continuidad diagnóstica y terapéutica mediante disponibilidad oportuna de medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos	Pacientes oncológicos reciben medicamentos, insumos, reactivos, hemoderivados y radiofármacos oportunos para la continuidad de la atención
		L.1.1.03 Consolidar la gestión de servicios diagnósticos confiables, oportunos y trazables para apoyar la toma de decisiones clínicas	Usuarios reciben servicios diagnósticos especializados, oportunos y trazables
		L.1.1.04 Fortalecer el mantenimiento, calibración, reposición y soporte de equipos médicos, laboratorio, imágenes, electromedicina e infraestructura crítica	Personas reciben servicios oncológicos especializados en infraestructura y equipamiento adecuados, seguros y funcionales
		L.1.1.05 Fortalecer la seguridad clínica, la adherencia a protocolos, guías de atención y normativas sanitarias aplicables	Pacientes reciben atención oncológica segura conforme a protocolos, guías y estándares de calidad
		L.1.1.06 Fortalecer los comités hospitalarios y clínicos como mecanismos de coordinación, análisis, mejora continua y toma de decisiones	Servicios clínicos cuentan con comités hospitalarios activos y mecanismos de mejora continua
		L.1.1.07 Consolidar la atención de enfermería oncológica segura, estandarizada y centrada en la calidad del cuidado	Pacientes reciben cuidados de enfermería oncológica seguros y estandarizados
		L.1.1.08 Fortalecer la bioseguridad, prevención de infecciones, vigilancia de eventos adversos y gestión segura de desechos hospitalarios	Pacientes reciben atención en entornos hospitalarios seguros, controlados y con vigilancia de riesgos clínicos
		L.1.1.09 Fortalecer la gestión de emergencias, desastres, contingencias y continuidad operativa de servicios críticos	Servicios críticos cuentan con planes de emergencia, contingencia y continuidad operativa

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
		L.1.1.10 Desarrollar progresivamente rutas clínicas oncológicas priorizadas para diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados paliativos y retorno asistencial	Pacientes oncológicos reciben atención mediante rutas clínicas integradas y trazables
	RI 1.2. Fortalecida la detección temprana del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años mediante orientación, diagnóstico especializado, referencia oportuna y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mamografías anuales de 1.73 en 2024 a 3.41 en 2029	L.1.2.01 Fortalecer la prevención, orientación, tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer de mama	Mujeres mayores de 40 años reciben servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico oportuno para cáncer de mama en el INCART
		L.1.2.02 Mejorar la trazabilidad de mamografías, sonomamografías, resultados, referencia e inicio de tratamiento	Mujeres con hallazgos sospechosos reciben seguimiento diagnóstico y referencia oportuna
		L.1.2.03 Ampliar la coordinación con la Red Pública para captación temprana de mujeres en edad y condición de riesgo	Mujeres referidas desde la Red Pública reciben atención diagnóstica priorizada para cáncer de mama
	RI 1.3. Fortalecida la detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino mediante tamizaje, diagnóstico especializado y articulación con la Red Pública, incrementando el porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou anual de 2.93 en 2024 a 13.55 en 2029	L.1.3.01 Fortalecer el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino	Mujeres reciben servicios de tamizaje, diagnóstico y seguimiento para detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino
		L.1.3.02 Mejorar la trazabilidad entre toma de muestra, procesamiento, entrega de resultados, seguimiento y tratamiento	Mujeres con resultados alterados reciben seguimiento oportuno y articulado
		L.1.3.04 Fortalecer la coordinación con establecimientos de origen para captación, referencia y seguimiento de usuarias	Mujeres referidas desde la Red Pública reciben servicios especializados de tamizaje y diagnóstico cervicouterino
	RI 1.4. Fortalecida la detección temprana del cáncer de próstata mediante orientación, evaluación clínica, diagnóstico especializado y referencia	L.1.4.01 Fortalecer la orientación, evaluación clínica, diagnóstico y seguimiento para detección temprana de cáncer de próstata	Hombres reciben evaluación, diagnóstico y seguimiento para detección temprana de cáncer de próstata en el INCART
		L.1.4.02 Mejorar la captación y referencia de hombres con edad, síntomas o factores de riesgo asociados a cáncer de próstata	Hombres con sospecha o riesgo reciben atención urológica y apoyo diagnóstico oportuno

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
	oportuna, incrementando el porcentaje de hombres que realizaron examen de próstata anual de 1.57 en 2024 a 1.93 en 2029	L.1.4.03 Fortalecer acciones educativas y de orientación para reducir barreras culturales y mejorar demanda preventiva masculina	Hombres reciben orientación preventiva y acompañamiento para detección temprana

Eje 2. Articulación con la Red Pública, Prevención y Seguimiento Territorial

Producto estratégico: Producto SIGEF 6311: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
REI 2. Fortalecida la articulación del INCART con la Red Pública de Servicios de Salud para mejorar la captación oportuna, referencia, contrarreferencia, continuidad asistencial y seguimiento de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, contribuyendo a incrementar la proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer	**RI 2.1.** Mejorada la articulación técnica y asistencial del INCART con los establecimientos de la Red Pública para favorecer la captación, referencia, orientación y acceso oportuno de las personas que requieren atención oncológica especializada, contribuyendo a incrementar el índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención de 99.83 en 2024 a 100.00 en 2029	L.2.1.01 Fortalecer la articulación técnica y asistencial del INCART con SNS, Servicio Regional Ozama, Primer Nivel, hospitales generales y establecimientos de origen	Personas referidas desde la Red Pública reciben atención oncológica especializada y orientación coordinada con los establecimientos de origen
		L.2.1.02 Estandarizar criterios de ingreso, orientación, recepción, priorización y canalización de pacientes referidos	Pacientes referidos reciben orientación, admisión y canalización organizada hacia servicios especializados
		L.2.1.03 Fortalecer la comunicación institucional con usuarios, establecimientos de la red y ciudadanía sobre servicios, rutas, requisitos y orientación	Usuarios y establecimientos de origen reciben información clara sobre acceso, rutas y servicios oncológicos
		L.2.1.04 Desarrollar mecanismos de asistencia técnica y coordinación con la Red Pública para preparación, referencia y seguimiento de pacientes oncológicos	Establecimientos de la Red Pública reciben apoyo técnico para la referencia y continuidad de pacientes oncológicos
	RI 2.2. Fortalecida la continuidad asistencial de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer	L.2.2.01 Fortalecer la referencia, contrarreferencia, retorno organizado y seguimiento territorial de pacientes oncológicos	Personas referidas desde la Red Pública reciben seguimiento oncológico coordinado, contrarreferencia y retorno organizado

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
Nivel de 43.00 en 2024 a 50.24 en 2029	mediante referencia, contrarreferencia, seguimiento y retorno organizado entre el INCART y los establecimientos de origen, contribuyendo a incrementar el promedio de concentración de consultas en el Primer Nivel de Atención de 2.57 en 2024 a 5.55 en 2029	L.2.2.02 Mejorar la trazabilidad del paciente desde su ingreso por la red hasta la atención especializada, seguimiento y retorno al establecimiento de origen	Pacientes oncológicos cuentan con seguimiento trazable entre INCART y establecimientos de origen
		L.2.2.03 Implementar reportes periódicos sobre referencias recibidas, contrarreferencias realizadas, casos en seguimiento y brechas de continuidad	Red Pública recibe información periódica sobre referencia, contrarreferencia y seguimiento de pacientes
		L.2.2.04 Integrar trabajo social, atención al usuario y servicios clínicos en el acompañamiento de pacientes referidos y en seguimiento	Pacientes referidos reciben acompañamiento social, orientación y seguimiento interinstitucional

Eje 3. Talento Humano Especializado, Docencia, Investigación y Gestión del Conocimiento

Producto estratégico: Producto SIGEF 6311: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
REI 3. Fortalecida la contribución institucional al acceso equitativo a servicios de salud mediante la formación, captación, desarrollo y disponibilidad de talento humano sanitario especializado, contribuyendo a	**RI 3.1.** Fortalecida la disponibilidad y formación del talento humano sanitario requerido para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios oncológicos, incrementando la disponibilidad de los perfiles profesionales priorizados entre 2024 y 2029	L.3.1.01 Fortalecer la planificación, dotación, captación y distribución del talento humano requerido para sostener la atención oncológica especializada	Personas reciben atención oncológica especializada brindada por talento humano formado y competente en cáncer
		L.3.1.02 Ejecutar planes anuales de capacitación orientados a competencias clínicas, técnicas, administrativas, calidad, humanización y seguridad	Personal sanitario recibe capacitación y actualización para fortalecer la atención oncológica
		L.3.1.03 Fortalecer la evaluación del desempeño, acuerdos de desempeño, monitoreo departamental y retroalimentación del personal	Personal sanitario cuenta con evaluación, seguimiento y retroalimentación del desempeño
		L.3.1.04 Fortalecer seguridad y salud en el trabajo, relaciones laborales, gestión de subsidios, accidentes y enfermedades laborales	Personal sanitario cuenta con mecanismos de bienestar, seguridad laboral y salud ocupacional

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
incrementar la disponibilidad de médicos de 19.63 por 10,000 habitantes en 2024 a 26.94 en 2029		L.3.1.05 Desarrollar mecanismos de retención, relevo generacional y gestión del conocimiento en áreas críticas	Servicios oncológicos cuentan con talento humano fortalecido, retenido y con transferencia de conocimiento
		L.3.1.06 Fortalecer competencias técnicas y disponibilidad de bioanalistas para mejorar oportunidad y calidad diagnóstica	Usuarios reciben servicios diagnósticos oportunos y confiables brindados por bioanalistas formados y competentes
		L.3.1.07 Fortalecer la calidad del laboratorio clínico, banco de sangre, ruta de muestras, control de calidad y habilitación	Usuarios reciben diagnósticos confiables mediante servicios de laboratorio y banco de sangre fortalecidos
		L.3.1.08 Asegurar insumos, mantenimiento y soporte técnico para servicios diagnósticos críticos	Servicios diagnósticos cuentan con insumos, equipos funcionales y soporte técnico oportuno
		L.3.1.09 Ampliar gradualmente la capacidad institucional de psicooncología y apoyo psicológico especializado	Pacientes oncológicos y familiares reciben servicios de psicooncología y apoyo psicosocial especializado
		L.3.1.10 Fortalecer mecanismos de referencia interna hacia psicología, trabajo social y apoyo familiar	Pacientes y familiares con necesidades emocionales o sociales reciben orientación y acompañamiento
		L.3.1.11 Identificar vulnerabilidades emocionales, familiares y sociales que afectan adherencia, continuidad y experiencia del paciente	Pacientes oncológicos vulnerables reciben apoyo psicosocial oportuno
	RI 3.2. Aumentado el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial mediante atención especializada, orientación y acompañamiento a pacientes oncológicos y sus familias, contribuyendo a incrementar el	L.3.2.01 Integrar psicología, salud mental, trabajo social, cuidados paliativos y orientación al usuario en las rutas de atención oncológica	Pacientes oncológicos y familiares reciben atención en salud mental y acompañamiento psicosocial
		L.3.2.02 Promover intervenciones educativas, familiares y grupales para adherencia terapéutica, autocuidado y reducción del abandono	Pacientes y familiares reciben orientación psicosocial y educativa para continuidad del cuidado
		L.3.2.03 Fortalecer el seguimiento de casos con necesidades de salud mental, apoyo emocional o acompañamiento social	Pacientes oncológicos en seguimiento reciben apoyo en salud mental y acompañamiento continuo

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
	porcentaje de consultas de 4.11 en 2024 a 5.57 en 2029		

Eje 4. Calidad, Fortalecimiento Institucional, Transformación Digital y Sostenibilidad Operativa

Producto estratégico: Producto SIGEF 6311: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
REI 4. Mejorada la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios del INCART mediante mayor oportunidad, accesibilidad, trato humanizado, seguridad, orientación y continuidad asistencial, incrementando el índice de calidad de 91.89 en 2024 a 97.60 en 2029	**RI 4.1.** Fortalecido el desempeño institucional mediante mejoras en planificación, gestión por procesos, control interno, talento humano, calidad, administración de recursos, seguimiento de resultados y mejora continua, incrementando la puntuación promedio de la EDI de 72.97 en 2024 a 75.22 en 2029	L.4.1.01 Fortalecer la planificación institucional, formulación, seguimiento y autoevaluación del PEI, POA, metas físicas y financieras	Institución cuenta con planificación, seguimiento, evaluación y mejora de la gestión orientada a resultados
		L.4.1.02 Integrar PEI, POA, PACC, presupuesto, metas, producción, costos y resultados en un ciclo de gestión institucional articulado	Institución cuenta con instrumentos de planificación, presupuesto, compras y seguimiento articulados
		L.4.1.03 Fortalecer la gestión de compras, contrataciones, SISCOMPRA y planificación de bienes y servicios críticos	Áreas institucionales reciben bienes y servicios esenciales mediante compras planificadas y transparentes
		L.4.1.04 Fortalecer la administración de bienes, inventarios, SIAB, activos institucionales, trazabilidad, mantenimiento y bajas	Institución cuenta con bienes registrados, custodiados, controlados y trazables
		L.4.1.05 Fortalecer la gestión financiera, facturación, pre-factura, ARS, ejecución presupuestaria, estados financieros y cierre fiscal	Institución cuenta con gestión financiera, facturación y ejecución presupuestaria fortalecidas
		L.4.1.06 Reducir objeciones médicas y administrativas y fortalecer la recuperación de ingresos por servicios prestados	Servicios facturados cuentan con menor nivel de objeciones y mayor recuperación de ingresos
		L.4.1.07 Fortalecer NOBACI, fiscalización, control interno, indicadores financieros y uso eficiente de los recursos	Institución cuenta con controles internos, planes de mejora y seguimiento financiero fortalecidos
		L.4.1.08 Consolidar la gestión de calidad, CAF, SISMAP Salud, EDI, Programa de Desempeño SNS, Carta de Servicios y mejora continua	Usuarios reciben servicios institucionales gestionados bajo estándares de calidad y mejora continua

Resultados Estratégicos Institucionales REI	Resultado Intermedios RI	Líneas de acción	Subproductos
		L.4.1.09 Fortalecer la medición y gestión de satisfacción usuaria, experiencia del paciente, quejas, denuncias, reclamaciones y sugerencias	Usuarios del INCART reciben servicios de atención, orientación y apoyo institucional oportunos, humanizados y trazables
		L.4.1.10 Fortalecer transparencia, acceso a la información pública, ética, protección de datos personales, 311 y rendición de cuentas	Ciudadanía y usuarios reciben información pública, mecanismos de participación y respuestas institucionales oportunas
		L.4.1.11 Fortalecer la gestión ambiental hospitalaria, eficiencia energética, uso racional del agua, residuos peligrosos y responsabilidad social	Institución implementa acciones de sostenibilidad ambiental y responsabilidad social hospitalaria
		L.4.1.12 Fortalecer habilitación, autoinspecciones y cumplimiento de estándares normativos de los servicios hospitalarios	Establecimiento mantiene condiciones de habilitación, cumplimiento normativo y capacidad resolutiva
		L.4.1.13 Fortalecer servicios generales, hostelería, nutrición, limpieza, agua, saneamiento y condiciones seguras de la planta física	Usuarios reciben servicios hospitalarios en entornos funcionales, seguros y adecuados
	RI 4.2. Fortalecida la transformación digital institucional mediante modernización de los sistemas hospitalarios, interoperabilidad, expediente clínico electrónico, seguridad de la información y automatización de procesos, incrementando el iTICge de 53.85 en 2024 a 67.18 en 2029	L.4.2.01 Fortalecer infraestructura tecnológica, soporte TIC, atención de incidencias y continuidad de servicios digitales	Usuarios internos y externos disponen de información clínica, administrativa y de servicios oportuna, trazable y segura
		L.4.2.02 Mantener actualizado el inventario de activos tecnológicos y fortalecer la gestión del ciclo de vida de equipos TIC	Institución cuenta con activos tecnológicos identificados, actualizados y gestionados
		L.4.2.03 Modernizar portales web, servicios digitales, sistemas de información y canales institucionales de comunicación	Usuarios acceden a información y servicios digitales institucionales actualizados
		L.4.2.04 Avanzar hacia interoperabilidad, expediente clínico electrónico, tableros de gestión y trazabilidad integral del paciente	Pacientes y usuarios internos cuentan con información clínica y administrativa integrada y trazable
		L.4.2.05 Integrar información clínica, administrativa, financiera, estadística, producción, inventarios, listas de espera e indicadores para toma de decisiones	Institución dispone de información integrada para seguimiento, control y toma de decisiones

ANEXO No. 3. Herramienta 1. Análisis del Marco Normativo

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Constitución de la República Dominicana, votada y proclamada el 27 de octubre de 2024	Establecer el marco constitucional del Estado social y democrático de derecho, los derechos fundamentales y las responsabilidades públicas	Garantizar, desde el rol del INCART como prestador público especializado, el acceso a servicios oncológicos con dignidad, equidad, calidad, transparencia, protección de derechos y no discriminación
Ley Núm. 146-67 sobre Pasantía de Médicos Recién Graduados	Regular el internado y la pasantía médica como parte del proceso de formación profesional	Participar, cuando aplique, en procesos de formación clínica, rotaciones, residencias, prácticas supervisadas y certificaciones vinculadas a la docencia hospitalaria
Ley Núm. 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas	Regular el control de drogas, sustancias controladas y productos sujetos a fiscalización sanitaria y penal	Asegurar el manejo legal, seguro y documentado de medicamentos controlados usados en anestesia, manejo del dolor, cuidados paliativos, hospitalización, farmacia y servicios clínicos
Ley Núm. 42-01 General de Salud	Regular las acciones del Estado para promover, proteger, mejorar y restaurar la salud de la población	Prestar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, vigilancia, apoyo diagnóstico, investigación y atención especializada en cáncer
Ley Núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social	Crear y regular el Sistema Dominicano de Seguridad Social, incluyendo el aseguramiento en salud	Gestionar servicios a usuarios asegurados, facturación, contratación con ARS, coberturas, autorizaciones, venta de servicios y sostenibilidad financiera por prestación de servicios oncológicos
Decreto Núm. 351-99, Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana	Regular la organización, administración, derechos, deberes, calidad y funcionamiento de los hospitales	Organizar la prestación hospitalaria del INCART bajo criterios de calidad, eficiencia, humanización, seguridad del paciente, continuidad asistencial y gestión clínica
Decreto Núm. 635-03, Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud	Regular la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud y definir ámbitos de rectoría y provisión	Ubicar al INCART como prestador público especializado dentro de la función de provisión de servicios de salud y en coordinación con el SNS y el MSP
Decreto Núm. 1138-03, Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud	Establecer los requisitos para habilitar establecimientos y servicios de salud	Mantener servicios clínicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos, de apoyo y hospitalarios conforme a requisitos de habilitación, seguridad, infraestructura, equipamiento y recursos humanos
Decreto Núm. 732-04, Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud	Regular los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud	Planificar, organizar, seleccionar, capacitar, evaluar y desarrollar el personal sanitario y administrativo del INCART, conforme a los subsistemas de gestión de recursos humanos en salud
Decreto Núm. 349-04, Reglamento para la habilitación y funcionamiento de bancos de sangre y servicios de transfusión	Regular la habilitación, organización y funcionamiento de bancos de sangre y servicios de transfusión	Asegurar la disponibilidad, calidad, trazabilidad, seguridad y uso adecuado de sangre y hemoderivados en pacientes oncológicos y quirúrgicos
Norma de habilitación y requerimientos para bancos de sangre y servicios de transfusión	Definir condiciones técnicas, recursos humanos, infraestructura y procesos para bancos de sangre y transfusión	Operar el Banco de Sangre conforme a requisitos técnicos de seguridad transfusional, calidad, trazabilidad y gestión de hemocomponentes

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Ley Núm. 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública	Garantizar el acceso a información pública y la publicidad de actos de la administración	Publicar, entregar y custodiar información institucional, garantizando transparencia activa y pasiva, con protección de datos clínicos, personales y reservados
Ley Núm. 64-00 General sobre Medio Ambiente y Recursos Naturales	Proteger el medio ambiente, los recursos naturales y la sostenibilidad ambiental	Gestionar residuos, riesgos ambientales, bioseguridad hospitalaria, manejo de desechos, saneamiento ambiental y prácticas sostenibles en la operación hospitalaria
Decreto Núm. 246-06, Reglamento sobre Medicamentos	Regular los medicamentos y su ciclo de gestión sanitaria	Gestionar medicamentos oncológicos, anestésicos, paliativos y de soporte bajo requisitos de registro sanitario, calidad, almacenamiento, dispensación y control
Decreto Núm. 625-06, norma que modifica artículos del Reglamento Núm. 246-06 sobre Medicamentos, especialmente requisitos de registro y documentación técnica	Modificar requisitos del registro sanitario y documentación técnica de medicamentos	Verificar que medicamentos adquiridos y usados cuenten con documentación administrativa, legal, técnica, química, farmacéutica, biológica, clínica y de seguridad
Ley Núm. 47-25 de Contrataciones Públicas y Decreto Núm. 52-26, nuevo régimen jurídico vigente para contratación pública y su reglamento de aplicación general	Regular el nuevo sistema de contrataciones públicas y su aplicación general	Aplicar el nuevo marco vigente en PACC 2026, compras de medicamentos, insumos, equipos, obras, servicios, transparencia, planificación y control del gasto
Ley Núm. 498-06 de Planificación e Inversión Pública	Organizar la planificación e inversión pública en el Estado dominicano	Formular, monitorear y evaluar PEI, POA, proyectos, productos, indicadores, metas y vinculación con PNPSP, presupuesto e inversión pública
Decreto Núm. 493-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 498-06, norma que desarrolla el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública	Regular instrumentos, procesos y responsabilidades de planificación e inversión pública	Aplicar la metodología de planificación, seguimiento y articulación con prioridades nacionales, sectoriales, territoriales y presupuestarias
Ley Núm. 5-07 que crea el Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado	Integrar la administración financiera pública	Registrar y gestionar presupuesto, tesorería, contabilidad, ejecución financiera, pagos, ingresos, anticipos y reportes financieros institucionales
Ley Núm. 10-07 del Sistema Nacional de Control Interno y Contraloría General de la República	Establecer el sistema de control interno del Estado	Implementar controles internos, administración de riesgos, auditoría, cumplimiento, rendición de cuentas y protección de recursos públicos
Decreto Núm. 15-17 sobre procedimientos para asegurar control del gasto y pago a proveedores	Mejorar eficiencia, calidad del gasto, transparencia y pago oportuno a proveedores	Asegurar control del gasto, programación de pagos, registro de compromisos, sostenibilidad financiera y continuidad de insumos, medicamentos y servicios

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Decreto Núm. 249-06, Reglamento del Sistema de Información General de Salud	Regular el funcionamiento y organización del Sistema de Información General de Salud	Producir, registrar, validar, consolidar y reportar información estadística, producción, datos clínicos y datos de servicios para toma de decisiones
Decreto Núm. 309-07, Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Regular la vigilancia epidemiológica y la producción de información para prevención y control	Notificar, analizar y reportar eventos sujetos a vigilancia, incluyendo información relevante para cáncer, infecciones, bioseguridad y eventos hospitalarios
Reglamento Técnico para la Gestión del Expediente Clínico	Establecer criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios para el expediente clínico	Gestionar expedientes clínicos, historia clínica, archivo, confidencialidad, calidad del dato, custodia, acceso y seguridad de información clínica
Decreto Núm. 523-09, Reglamento de Relaciones Laborales en la Administración Pública	Regular las relaciones de trabajo y conducta entre órganos del Estado y servidores públicos	Aplicar normas de derechos, deberes, régimen disciplinario, clima laboral, paz laboral y profesionalización del personal
Decreto Núm. 527-09, Reglamento de Estructura Organizativa, Cargos y Política Salarial del sector público	Establecer normas de estructura organizativa, cargos y política salarial	Alinear estructura orgánica, cargos, manuales, puestos, salarios y perfiles del INCART con su estrategia, presupuesto y necesidades de servicios
Decreto Núm. 694-09 que crea el Sistema 311 de Denuncias, Quejas, Reclamaciones y Sugerencias	Crear mecanismos para recibir y tramitar denuncias, quejas, reclamaciones y sugerencias ciudadanas	Recibir, canalizar, investigar, responder y dar seguimiento a reclamaciones y sugerencias vinculadas a calidad, trato, acceso y desempeño institucional
Decreto Núm. 74-10 que cambia la denominación SESPAS a Ministerio de Salud Pública	Actualizar la denominación institucional de la autoridad sanitaria nacional	Interpretar referencias normativas antiguas a SESPAS como Ministerio de Salud Pública, órgano rector del sector salud
Ley Núm. 12-06 sobre Salud Mental	Regular la atención en salud mental como parte del sistema de asistencia sanitaria y social	Ofrecer o coordinar apoyo psicológico, psico-oncología, acompañamiento emocional, atención humanizada, cuidados paliativos, manejo de dolor y trato digno
Ley Núm. 135-11 sobre VIH y SIDA que garantiza derechos de personas con VIH o SIDA y establece acciones integrales, intersectoriales e interdisciplinarias	Garantizar derechos, no discriminación y atención integral de personas con VIH o SIDA	Brindar servicios oncológicos sin discriminación, proteger confidencialidad, aplicar bioseguridad y coordinar atención de pacientes con comorbilidades
Ley Núm. 136-03 Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes	Proteger derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes	Garantizar atención diferenciada, protección, prioridad, trato digno, seguridad y acompañamiento en oncopediatría, hospitalización pediátrica y cuidados paliativos pediátricos
Ley Núm. 5-13 sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad	Garantizar igualdad de derechos, accesibilidad, inclusión y no discriminación	Asegurar accesibilidad física, comunicacional y actitudinal, rehabilitación, trato digno y servicios sin discriminación para pacientes con discapacidad
Ley Núm. 395-14 que establece la Carrera Sanitaria	Regular la carrera especial sanitaria y la gestión de recursos humanos en salud	Gestionar personal sanitario bajo principios de legalidad, mérito, eficiencia, eficacia, compromiso, promoción, humanidad, docencia, investigación y desarrollo profesional

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Ley Núm. 41-08 sobre Función Pública	Regular la función pública y profesionalización del empleo público	Aplicar normas de ingreso, evaluación del desempeño, capacitación, registro, nómina, régimen disciplinario y desarrollo del personal
Ley Núm. 247-12 Orgánica de la Administración Pública y Decreto Núm. 353-24 que establece su reglamento de aplicación	Regular organización, funcionamiento, coordinación y principios de la Administración Pública	Orientar estructura institucional, coordinación interna, eficiencia administrativa, jerarquía, desconcentración y actuación administrativa del INCART
Ley Núm. 1-12 de Estrategia Nacional de Desarrollo 2030	Definir la visión de desarrollo nacional y los ejes estratégicos de largo plazo	Alinear el PEI del INCART con la END, políticas transversales, derechos, sostenibilidad, equidad, cohesión territorial, género y gestión de riesgos
Ley Núm. 107-13 sobre Derechos y Deberes de las Personas en sus Relaciones con la Administración Pública y Procedimiento Administrativo	Regular la relación entre ciudadanía y Administración Pública	Garantizar respuesta institucional, trato digno, debido proceso, motivación de decisiones, atención de trámites, reclamaciones y mejora administrativa
Ley Núm. 172-13 sobre Protección de Datos Personales	Proteger datos personales y regular su tratamiento	Proteger datos clínicos, expedientes, estadísticas, sistemas de información, identidad, diagnósticos, tratamientos y datos sensibles de pacientes
Ley Núm. 481-08 General de Archivos y Decreto Núm. 129-10 que aprueba su reglamento	Regular el Sistema Nacional de Archivos y la gestión documental pública	Organizar, conservar, custodiar, clasificar y disponer documentos administrativos, correspondencia, archivo clínico y documentos de transparencia
Ley Núm. 225-20 de Gestión Integral y Coprocesamiento de Residuos Sólidos y Decreto Núm. 320-21	Regular la prevención, reducción, aprovechamiento, tratamiento y disposición de residuos	Gestionar residuos ordinarios, especiales, biológicos, hospitalarios y de servicios generales bajo criterios de seguridad, sostenibilidad y control ambiental
Decreto Núm. 244-95 Reglamento de Protección Radiológica y Resolución MEM-003-2014 sobre autorización de prácticas asociadas al empleo de radiaciones ionizantes	Regular protección radiológica y autorización de prácticas con radiaciones ionizantes	Garantizar seguridad radiológica en radioterapia, medicina nuclear, imágenes, ciclotrón, protección de pacientes, trabajadores, público y ambiente
Decreto Núm. 133-12 que designa el centro como Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Tavárez	Crear o designar el centro especializado de cáncer de carácter público	Sustentar la existencia, identidad, misión especializada, carácter público, acceso poblacional, diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación del INCART
Decreto Núm. 134-12 que crea el Consejo de Administración del INCART	Crear el órgano de administración y gobernanza del INCART	Orientar la dirección estratégica, supervisión, participación institucional, control de gestión y coordinación de decisiones del centro
Decreto Núm. 351-13 que designa el nombre Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares	Formalizar la denominación oficial del instituto	Sustentar identidad jurídica, denominación institucional y referencias oficiales del INCART

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Decreto Núm. 379-14 sobre separación de funciones SNS	Ordenar la desconcentración administrativa, funcional y territorial para separar provisión de servicios de rectoría y salud colectiva	Ubicar al INCART en la función de provisión de servicios dentro de la red pública organizada bajo el SNS
Ley Núm. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud	Crear el SNS y organizar la red pública de servicios de salud	Integrar al INCART en la red pública de provisión, articular niveles de atención, cartera de servicios, calidad, accesibilidad, efectividad, información y supervisión
Decreto Núm. 200-16 que crea la Comisión para la Integración de la Red Única de Servicios Públicos de Salud	Crear la comisión para integrar la red pública de servicios de salud	Favorecer la articulación del INCART con la red pública, continuidad asistencial, referencia, contrarreferencia y medidas administrativas, organizacionales y operativas
Decreto Núm. 217-20 que traspasa la Dirección de Emergencias Médicas del MSP al SNS	Fortalecer la provisión de servicios de emergencia dentro del SNS	Coordinar, cuando aplique, la atención de urgencias oncológicas y la articulación con la red de emergencias del SNS
Resolución MAP Núm. 122-18 sobre Manual General de Cargos Civiles clasificados del Poder Ejecutivo	Aprobar clasificación general de cargos civiles del Poder Ejecutivo	Orientar clasificación de puestos, perfiles, requisitos, grados y organización de cargos administrativos aplicables al INCART
Resolución MAP Núm. 113-2021 que ratifica las modalidades oficiales de ingreso a cargos públicos	Ratificar modalidades oficiales de ingreso y vinculación a cargos públicos	Regular los nombramientos, ingreso, vinculación laboral, concursos, contratación y modalidades permitidas para personal del INCART
Resolución Administrativa INCART Núm. 0003-2022 que conforma el Comité de Compras y Contrataciones	Conformar el Comité de Compras y Contrataciones del INCART	Dirigir, aprobar y dar seguimiento a procesos de compras y contrataciones de bienes y servicios necesarios para la operación institucional
Resolución Núm. 046-2023 que aprueba la estructura organizativa del INCART	Aprobar la estructura organizativa del INCART	Organizar unidades normativas, asesoras, auxiliares, de apoyo y sustantivas para garantizar el cumplimiento de competencias y mandatos institucionales
Estructura Orgánica INCART aprobada por el MAP	Representar la estructura formal aprobada de la institución	Establecer jerarquía, dependencia, organización funcional, unidades sustantivas, unidades de apoyo y líneas de coordinación
Resolución Núm. 072-2024 que aprueba el Manual de Organización y Funciones del INCART	Aprobar el Manual de Organización y Funciones del INCART	Normar estructura, niveles jerárquicos, líneas de mando, coordinación, responsabilidades y funciones de unidades organizativas
Manual de Organización y Funciones del INCART 2024	Sistematizar denominación, clasificación, nivel jerárquico, base legal, dependencia, coordinación y funciones institucionales	Realizar diagnóstico y tratamiento en pacientes oncológicos con equidad, humanismo y respeto, organizar servicios, funciones, cartera, unidades sustantivas, apoyo diagnóstico, administración, planificación, recursos humanos y dirección
Resolución DIGEIG Núm. 002-2021 que crea el Portal Único de Transparencia	Crear el Portal Único de Transparencia y políticas de estandarización	Publicar información institucional veraz, completa, oportuna, confiable, actualizada y reutilizable en transparencia activa

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Resolución INCART Núm. 2025-0001 sobre clasificación de información	Clasificar información institucional y proteger datos sensibles	Proteger datos clínicos, datos personales, información reservada, intimidad, seguridad, salud pública y confidencialidad institucional
Resolución Administrativa INCART Núm. 0009-2025 que pone en vigencia la Matriz de Responsabilidad Informacional	Poner en vigencia la matriz de responsabilidad informacional del INCART	Garantizar transparencia activa y pasiva, flujo de información, responsables internos, tiempos, formatos y actualización del portal institucional
Resolución SNS Núm. 001-2025 que ordena el cambio de nombre de las regionales	Ordenar el cambio de nombre de los Servicios Regionales de Salud	Actualizar la referencia territorial del INCART al Servicio Regional Ozama, conformado por Distrito Nacional y Santo Domingo
Reglamento Técnico para la Habilitación de los Servicios Clínicos, Quirúrgicos y Diagnósticos	Regular las condiciones de habilitación de servicios clínicos, quirúrgicos y diagnósticos	Mantener habilitados servicios como cirugía, diagnóstico, imágenes, laboratorio, radioterapia, medicina nuclear, quimioterapia, clínica del dolor y cuidados paliativos
Resolución MSP Núm. 000014-2020 que crea el Registro de Cáncer de la República Dominicana	Crear el registro nacional de cáncer e integrarlo al expediente integral de salud	Registrar pacientes diagnosticados con cáncer, mantener información actualizada y generar datos clínicos, epidemiológicos y de política pública
Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, PLANDES 2030	Establecer la visión estratégica del sector salud al 2030, con base en el diagnóstico de necesidades del Sistema Nacional de Salud y la formulación de proyectos estructurantes del sector salud	Alinear el PEI del INCART con la visión sectorial de salud, la rectoría del MISPAS, la organización en red, la garantía de calidad, la atención integral, el acceso universal, la gestión de riesgos, la sostenibilidad y el fortalecimiento del sistema sanitario
Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2025-2028	Definir las prioridades estratégicas del MISPAS para ejercer la rectoría sanitaria, regulación, vigilancia, salud colectiva, calidad, gestión de riesgos, salud ambiental y conducción del Sistema Nacional de Salud	Alinear el PEI del INCART con las políticas sanitarias nacionales, normas, guías, protocolos, habilitación, vigilancia, regulación, garantía de calidad, salud colectiva, información sanitaria y gestión de riesgos definidas por el MISPAS
Plan Estratégico Institucional SNS 2025-2028	Definir el marco estratégico vigente del SNS para la red pública de servicios de salud	Vincular el PEI del INCART con ejes, resultados, productos, indicadores, metas y prioridades del SNS
PNPSP 2025-2028, instrumento nacional plurianual de resultados, indicadores y metas del sector público	Establecer prioridades, resultados, indicadores y metas plurianuales del sector público	Alinear el PEI del INCART con prioridades nacionales, resultados sectoriales, productos estratégicos, indicadores, metas y programación pública
Manual Metodológico para la Gestión de la Planificación Estratégica Institucional del MEPyD 2024	Establecer metodología para diagnóstico, marco estratégico, cadena de valor, productos, indicadores, metas, riesgos, costos, seguimiento y evaluación del PEI	Aplicar la metodología oficial en la formulación del PEI del INCART y sus herramientas H, vinculando PEI, PNPSP, POA, presupuesto y resultados
Ley Núm. 1832, que instituye la Dirección General de Bienes Nacionales	Instituir el órgano rector responsable del registro, administración, conservación y control de los bienes del Estado	Identificar, codificar, registrar, inventariar, custodiar y reportar los bienes muebles e inmuebles del INCART, conforme a las normas emitidas por el órgano rector

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Ley Núm. 126-01, que crea la Dirección General de Contabilidad Gubernamental	Crear el Sistema de Contabilidad Gubernamental y establecer un sistema único, uniforme e integrado para el sector público	Registrar las operaciones y preparar estados financieros confiables, aplicando las normas contables emitidas por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental
Ley Núm. 567-05 de Tesorería Nacional	Regular el Sistema de Tesorería y la administración, programación y disposición de los recursos financieros públicos	Programar ingresos y pagos, administrar disponibilidades, registrar movimientos bancarios, gestionar transferencias y tramitar pagos conforme a las normas de Tesorería Nacional
Ley Núm. 423-06, Orgánica de Presupuesto para el Sector Público	Organizar el Sistema Presupuestario y regular la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto público	Formular, programar, ejecutar, modificar, monitorear y evaluar el presupuesto del INCART, vinculando los recursos con la producción, las metas físicas y los resultados institucionales
Decreto Núm. 522-06, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo	Regular las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y la prevención de riesgos laborales	Identificar, evaluar y controlar riesgos biológicos, químicos, radiológicos, ergonómicos, físicos y psicosociales, e implementar medidas de prevención, vigilancia de la salud, capacitación y protección
Decreto Núm. 492-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 423-06	Desarrollar los procesos, responsabilidades e instrumentos para la aplicación de la Ley Orgánica de Presupuesto	Preparar la programación indicativa anual, registrar y dar seguimiento a la ejecución física y financiera, realizar reprogramaciones y remitir informes presupuestarios conforme a los requerimientos de DIGEPRES
Decreto Núm. 434-07, Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas	Regular la organización, funcionamiento, gestión, integración en red y participación social de los centros especializados de atención en salud	Cumplir las funciones relativas a promoción, prevención, atención, referencia y contrarreferencia, docencia, investigación, bioseguridad, habilitación, mantenimiento, información, evaluación y rendición de cuentas, así como garantizar el funcionamiento del Consejo de Administración
Decreto Núm. 526-09, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 126-01	Desarrollar la normativa del Sistema de Contabilidad Gubernamental y su aplicación conforme a las disposiciones contables vigentes	Elaborar, revisar y presentar estados financieros, mantener soportes, conciliaciones y registros consistentes y atender los procesos de revisión y control financiero
Resolución MAP Núm. 05-09, que modifica el Instructivo para el Análisis y Diseño de Estructuras Organizativas en el Sector Público aprobado mediante Resolución Núm. 78-06	Establecer criterios técnicos para el análisis, diseño, modificación y aprobación de estructuras organizativas públicas	Revisar y actualizar la estructura del INCART conforme a criterios de racionalidad, jerarquía, coordinación, distribución de funciones y aprobación de los órganos competentes
Resolución MAP Núm. 14-2013, que aprueba los modelos de estructura de las Unidades Institucionales de Planificación y Desarrollo	Estandarizar la organización y las funciones de las unidades responsables de planificación, desarrollo institucional y calidad en la gestión	Organizar el Departamento de Planificación y Desarrollo y sus dependencias conforme al modelo aprobado, garantizando planificación, monitoreo, evaluación, desarrollo organizacional, gestión de procesos y calidad

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Resolución MAP Núm. 51-2013, que aprueba los modelos de estructura de las unidades de Tecnologías de la Información y Comunicación	Estandarizar la organización y las funciones de las unidades de tecnologías de la información y comunicación del sector público	Organizar y fortalecer el Departamento de TIC y sus dependencias, asegurando infraestructura, servicios, soporte, seguridad de la información y continuidad tecnológica
Resolución MAP Núm. 30-2014, que aprueba los modelos de estructura de las unidades jurídicas del sector público	Estandarizar la organización y las funciones de las unidades jurídicas de las instituciones públicas	Organizar la unidad jurídica conforme al modelo aprobado, brindar asesoría legal, revisar actos, contratos, resoluciones y convenios y representar los intereses jurídicos del INCART
Resolución MAP Núm. 68-2015, que aprueba los modelos de estructura de las unidades de Recursos Humanos del sector público	Estandarizar la organización de las unidades responsables de los subsistemas de gestión de recursos humanos	Organizar el Departamento de Recursos Humanos y sus dependencias, gestionando registro y control, nómina, reclutamiento, evaluación del desempeño, capacitación, relaciones laborales y seguridad social
Decreto Núm. 350-17, sobre el Portal Transaccional del Sistema Informático para la Gestión de las Compras y Contrataciones del Estado	Establecer el uso del Portal Transaccional para la gestión, publicidad, trazabilidad y control de los procedimientos de contratación pública	Gestionar los procedimientos de compras y contrataciones mediante el sistema electrónico oficial, publicar las actuaciones, mantener la trazabilidad documental y cumplir los controles establecidos
Decreto Núm. 350-04, que aprueba el Reglamento para la Habilitación y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos y de Salud Pública	Establecer las normas particulares que deben cumplir los laboratorios clínicos y de salud pública para su habilitación, funcionamiento, calidad, productividad y confiabilidad de los servicios	Garantizar que el laboratorio clínico institucional opere conforme a los requisitos de habilitación, bioseguridad, control de calidad, confiabilidad de resultados, recursos humanos competentes, infraestructura y equipamiento requeridos
Decreto Núm. 351-25, que establece el Consejo Nacional de Bioética en Salud, CONABIOS, como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública	Regular la calidad científica y el cumplimiento de principios éticos y bioéticos en investigaciones biomédicas con participación de seres humanos en la República Dominicana	Asegurar que las investigaciones clínicas, biomédicas, académicas o científicas vinculadas al INCART cumplan con revisión ética, aprobación correspondiente, protección de participantes, consentimiento informado y estándares científicos aplicables
Decreto Núm. 491-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 10-07	Regula la aplicación del Sistema Nacional de Control Interno y de la Contraloría General de la República	Aplica a la gestión institucional, control interno, administración de riesgos, rendición de cuentas, documentación de evidencias y seguimiento de acciones de mejora
Normas Básicas de Control Interno, NOBACI	Establecen el marco de control interno aplicable a las instituciones públicas, orientado a ambiente de control, valoración de riesgos, actividades de control, información, comunicación y monitoreo	Sirven de base para evaluar la madurez del control interno del INCART y sustentar la H18 de riesgos, el seguimiento institucional y la mejora continua
Ley Núm. 105-13 sobre Regulación Salarial del Estado Dominicano	Establece el marco común de la política salarial del sector público dominicano	Incide en la administración de nómina, estructura de cargos, remuneraciones, equidad interna, planificación de talento humano y sostenibilidad del gasto en personal

Instrumento legal	Objetivo	Responsabilidades de la institución
Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer	Define prioridades nacionales para prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control del cáncer	Constituye un referente sustantivo para el INCART por su mandato especializado en oncología y su rol dentro de la Red Pública de Servicios de Salud
Guías y protocolos oncológicos emitidos o adoptados por el MISPAS	Establecen criterios técnicos para tamizaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, seguridad clínica y manejo de condiciones oncológicas	Son referencia obligada para estandarizar la atención, reducir variabilidad clínica y fortalecer la seguridad del paciente en servicios oncológicos
Catálogo de Prestaciones del PDSS / CNSS	Define coberturas, servicios, grupos, subgrupos, montos, límites y condiciones aplicables dentro del Plan de Servicios de Salud	Es relevante para facturación, pre-factura, relación con ARS, auditoría médica, recuperación de ingresos y validación de servicios prestados
Ley Núm. 47-25 de Contrataciones Públicas y Decreto Núm. 52-26, Reglamento de Aplicación General	Establecen el nuevo régimen jurídico de contrataciones públicas, sustituyendo el marco anterior de la Ley Núm. 340-06	Aplica a la planificación, contratación, adquisición de bienes, servicios, obras, consultorías, medicamentos, insumos, mantenimiento y servicios críticos
Ley Núm. 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones	Marco anterior de compras y contrataciones públicas, derogado por la Ley Núm. 47-25	Debe mantenerse solo como referencia histórica o transitoria cuando aplique, evitando citarla como régimen vigente principal

BIBLIOGRAFIA

Consejo Nacional de Seguridad Social (2024). *Informe de afiliación al Seguro Familiar de Salud*. CNSS.

Congreso Nacional de la República Dominicana (1967). *Ley Núm. 146-67 sobre pasantía de médicos recién graduados*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (1988). *Ley Núm. 50-88 sobre drogas y sustancias controladas de la República Dominicana*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2000). *Ley Núm. 64-00, General sobre Medio Ambiente y Recursos Naturales*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2001). *Ley Núm. 42-01, General de Salud*. Gaceta Oficial Núm. 10075.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2001). *Ley Núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Gaceta Oficial Núm. 10086.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2001). *Ley Núm. 126-01, que crea la Dirección General de Contabilidad Gubernamental*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2003). *Ley Núm. 136-03, Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2004). *Ley Núm. 200-04, General de Libre Acceso a la Información Pública*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2006). *Ley Núm. 423-06, Orgánica de Presupuesto para el Sector Público*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2006). *Ley Núm. 498-06, de Planificación e Inversión Pública*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2007). *Ley Núm. 5-07, que crea el Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2007). *Ley Núm. 10-07, que instituye el Sistema Nacional de Control Interno y de la Contraloría General de la República*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2008). *Ley Núm. 41-08, de Función Pública*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2008). *Ley Núm. 481-08, General de Archivos de la República Dominicana*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2011). *Ley Núm. 12-06 sobre salud mental*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2011). *Ley Núm. 135-11 sobre VIH y sida de la República Dominicana*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2012). *Ley Núm. 1-12, que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030*. Gaceta Oficial Núm. 10656.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2012). *Ley Núm. 247-12, Orgánica de la Administración Pública*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2013). *Ley Núm. 5-13 sobre igualdad de derechos de las personas con discapacidad*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2013). *Ley Núm. 107-13 sobre los derechos de las personas en sus relaciones con la Administración y de procedimiento administrativo*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2013). *Ley Núm. 172-13 sobre protección integral de los datos personales*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2014). *Ley Núm. 395-14, que establece la Carrera Sanitaria*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2015). *Ley Núm. 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud*. Gaceta Oficial Núm. 10804.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2020). *Ley Núm. 225-20, General de Gestión Integral y Coprocesamiento de Residuos Sólidos*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2025). *Ley Núm. 45-25, que fusiona el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y crea el Ministerio de Hacienda y Economía*.

Congreso Nacional de la República Dominicana (2025). *Ley Núm. 47-25 de Contrataciones Públicas*.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2020). *Indicadores estadísticos y epidemiológicos INCART 2018-2019*. Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2020). *Plan Estratégico Institucional 2020-2023*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2022). *Resolución Administrativa Núm. 0003-2022, que conforma el Comité de Compras y Contrataciones del INCART*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2024). *Manual de organización y funciones del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2024). *Memoria institucional 2024*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2025). *Estadísticas institucionales enero-diciembre 2025*. Sistema de Información Hospitalaria.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2025). *Memoria institucional 2025*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2025). *Resolución Administrativa Núm. 0009-2025, que pone en vigencia la Matriz de Responsabilidad Informacional*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2025). *Resolución Núm. 2025-0001 sobre clasificación de la información institucional*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Diagnóstico institucional consolidado para la formulación del Plan Estratégico Institucional 2026-2029*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Herramientas metodológicas para la formulación del Plan Estratégico Institucional 2026-2029*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Plan Anual de Compras y Contrataciones 2026*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Plan Estratégico Institucional 2026-2029*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Plan Operativo Anual Presupuestado 2026*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Presupuesto aprobado 2026*. INCART.

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (2026). *Programación Indicativa Anual 2026*. INCART.

Ministerio de Hacienda y Economía (2024). *Manual metodológico para la gestión de la planificación estratégica institucional*. Ministerio de Hacienda y Economía.

Ministerio de Hacienda y Economía (2025). *Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2025-2028*. Ministerio de Hacienda y Economía.

Ministerio de Hacienda y Economía (2026). *Matriz de indicadores y metas del Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2025-2028: Actualización 2026*. Ministerio de Hacienda y Economía.

Ministerio de la Mujer (2020). *Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2020-2030: PLANEG III*. Ministerio de la Mujer.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020). *Resolución Núm. 000014-2020, que crea el Registro de Cáncer de la República Dominicana*. MISPAS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2025). *Plan Estratégico Institucional 2025-2028*. MISPAS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s. f.). *Plan Estratégico Nacional de Salud 2030: PLANDES 2030*. MISPAS.

Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1). Naciones Unidas.

Oficina Gubernamental de Tecnologías de la Información y Comunicación (s. f.). *Índice de Uso de TIC e Implementación de Gobierno Digital, iTICge: Metodología y resultados institucionales*. OGTIC.

Oficina Nacional de Estadística (2023). *X Censo Nacional de Población y Vivienda 2022: Informe general*. ONE.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2021). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2025). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2025-2030*. OPS.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (1995). *Decreto Núm. 244-95, que establece el Reglamento de Protección Radiológica*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (1999). *Decreto Núm. 351-99, que establece el Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2003). *Decreto Núm. 1138-03, que establece el Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2004). *Decreto Núm. 349-04, que establece el Reglamento para la Habilitación y Funcionamiento de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2004). *Decreto Núm. 350-04, que establece el Reglamento para la Habilitación y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos y de Salud Pública*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2006). *Decreto Núm. 246-06, que establece el Reglamento sobre Medicamentos*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2006). *Decreto Núm. 522-06, que establece el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2007). *Decreto Núm. 434-07, que establece el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2007). *Decreto Núm. 491-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 10-07*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2007). *Decreto Núm. 492-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 423-06*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2007). *Decreto Núm. 493-07, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 498-06*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2009). *Decreto Núm. 523-09, que establece el Reglamento de Relaciones Laborales en la Administración Pública*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2009). *Decreto Núm. 527-09, que establece el Reglamento de Estructura Organizativa, Cargos y Política Salarial*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2009). *Decreto Núm. 694-09, que crea el Sistema 311 de Denuncias, Quejas, Reclamaciones y Sugerencias*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2012). *Decreto Núm. 133-12, que oficializa el Instituto Nacional del Cáncer como centro hospitalario especializado de carácter público*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2012). *Decreto Núm. 134-12, que crea el Consejo de Administración del Instituto Nacional del Cáncer*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2013). *Decreto Núm. 351-13, que establece la denominación Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2014). *Decreto Núm. 379-14 sobre la separación de funciones y la organización de la provisión pública de servicios de salud*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2016). *Decreto Núm. 200-16, que crea la Comisión para la Integración de la Red Única de Servicios Públicos de Salud*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2017). *Decreto Núm. 15-17 para asegurar el control del gasto y el pago oportuno a proveedores*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2017). *Decreto Núm. 350-17 sobre el Portal Transaccional del Sistema Informático para la Gestión de las Compras y Contrataciones del Estado*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2024). *Decreto Núm. 353-24, Reglamento de Aplicación de la Ley Núm. 247-12, Orgánica de la Administración Pública*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2025). *Decreto Núm. 351-25, que establece el Consejo Nacional de Bioética en Salud como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública*.

Poder Ejecutivo de la República Dominicana (2026). *Decreto Núm. 52-26, Reglamento de Aplicación General de la Ley Núm. 47-25 de Contrataciones Públicas*.

Presidencia de la República Dominicana (2024). *Programa de Gobierno 2024-2028*. Presidencia de la República.

República Dominicana (2024). *Constitución de la República Dominicana*. Gaceta Oficial.

Seguro Nacional de Salud (2024). *Prevalencia del cáncer en la población afiliada al Seguro Nacional de Salud, enero de 2020-abril de 2024*. SeNaSa.

Servicio Nacional de Salud (2023). *Resolución Núm. 046-2023, que aprueba la estructura organizativa del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares*. SNS.

Servicio Nacional de Salud (2024). *Resolución Núm. 072-2024, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares*. SNS.

Servicio Nacional de Salud (2025). *Plan Estratégico Institucional 2025-2028*. SNS.

Servicio Nacional de Salud (2025). *Resolución Núm. 001-2025, que dispone el cambio de denominación de los Servicios Regionales de Salud*. SNS.

Servicio Nacional de Salud (2026). *Producción de servicios de salud 2020-2026*. SNS.



Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón Esq. Rafael Augusto Sanchéz
Ravelo Zona Universitaria. Santo Domingo. R. D.
(809) 289-2700 | info@incart.gob.do