www.incart.gob.do

Av. Correa y Cidrón, esq. C/ Rafael Sánchez Ravelo.
Zona Universitaria. Distrito Nacional, Rep. Dom.
C.P. 10103 | Tel.: (809) 289-2700

@incartrd

MEMORIA INSTITUCIONAL

NOV. 2019 - OCT. 2020

INCART



SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

INCART

MEMORIA INSTITUCIONAL

NOV. 2019 - OCT. 2020

Instituto Nacional del Cáncer
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
Fundado el 15 de Agosto del 2012

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN
Y DESARROLLO

ÍNDICE

I. RESUMEN EJECUTIVO 08

II. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL 14

III. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL AÑO 24

a) Metas Institucionales

b) Indicadores de Gestión

1. Perspectiva estratégica

1.1. Metas presidenciales

1.2. Índice de uso de TIC e implantación de gobierno digital

2. Perspectiva Operativa

2.1. Índice de transparencia
2.2. Normas de control internos (NCI)
2.3. Plan anual de compras y contrataciones (PACC)
2.4. Auditoria y declaraciones juradas

3. Perspectiva de los usuarios

IV. GESTIÓN INTERNA 68

a) Desempeño Financiero

b) Contrataciones y Adquisiciones

V. ANEXOS 80

RESUMEN EJECUTIVO

El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares es una entidad que pertenece a la Dirección Nacional de Servicios Públicos de Salud o Red Pública, dependiente del Servicio Nacional de Salud (SNS) adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Es un centro de tercer nivel de salud que ofrece servicios altamente especializados a los pacientes con cáncer.

La categoría de Instituto viene dada por sus capacidades docentes, de investigación y regulación de la práctica de la oncología en la República Dominicana.

Es un centro de referimiento nacional para brindar atención directa a una población de unos 10 millones de habitantes, correspondiente a todo el territorio nacional.

En el 2020 elaboramos el Plan Estratégico Institucional 2020-2023, articulado estratégicamente con el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud, la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP), como resultado de un exhaustivo y participativo proceso de análisis, reflexión y valoración del personal directivo y técnico del INCART, con el fin de especificar los resultados que desea lograr, asignar funciones a los responsables de las diferentes divisiones y orientar los esfuerzos de la organización hacia metas comunes.

Nuestro principal objetivo es garantizar la provisión de servicios de salud con calidad y dignidad a la población.

El INCART obtuvo la Certificación Internacional ISO 9001:2015 en el Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica por parte de IQNET, luego de que la empresa AENOR realizara una auditoría de 3 días a estas áreas diagnósticas y verificara que el Sistema de Gestión de la Calidad implementado cumple con los requisitos de la norma, los legales y reglamentarios. Con la implementación del SGC basado en la norma ISO 9001:2015, el INCART demuestra un compromiso en satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, así como, estandarizar y promover las buenas prácticas para la mejora de los procesos.

El Centro Oncológico Pediátrico del INCART inauguró el área de procedimientos para la realización de aspirados medulares, biopsias óseas o terapia intratecal con el apoyo de la Fundación Amigos Contra el Cáncer Infantil y la obtención e instalación de la máquina de sedación exclusiva para pacientes pediátricos.

Ahora los niños cuentan con una unidad funcional para la realización de sus procedimientos, sin dolor y reduciendo horas de espera y ayuno, debido a que éstos se realizaban en quirófano. Esta mejora impacta positivamente la calidad de vida de ellos y sus familias.

Ahora los niños cuentan con una unidad funcional para la realización de sus procedimientos, sin dolor y reduciendo horas de espera y ayuno, debido a que éstos se realizaban en quirófano. Esta mejora impacta positivamente la calidad de vida de ellos y sus familias.

Fue certificada la unidad de diálisis por el Ministerio de Salud Pública.

Durante este periodo Nov 2019- Oct 2020 ampliamos nuestra Cartera de Servicio, dando apertura a la realización de:

- Ecocardiogramas strain bidimensional.
- Biopsia de Mama por Estereotaxia.
- Prueba COVID-19 IgM/IgG por Inmunocromatografía.
- Cultivos de sangre.
- Prueba Core Total para completar el tamizaje de la unidad de sangre.

El 19 de marzo de 2020 el presidente de la República declaró el estado de emergencia; debido a la pandemia provocada por virus SARS COV 2, en todo el territorio nacional, mediante el Decreto núm.148-20. Para mitigar los riesgos de contagio, el Instituto redujo sus operaciones, lo cual impactó de manera directa el crecimiento de la entrega del servicio al paciente. Estas medidas fueron llevadas a cabo por la Dirección General del INCART en conjunto con las recomendaciones del Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (CIAAS) y el Comité Hospitalario para Situaciones de Emergencias y/o Desastre.

Comportamiento de la producción de servicios del INCART:

NOVIEMBRE 2019 - OCTUBRE 2020		
SERVICIOS	**TOTAL DE SERVICIOS OFRECIDOS**	**TOTAL PACIENTES BENEFICIADOS**
Consultas (Primera vez y subsecuentes)	53,870	15,140
Hospitalización (Ingresos)	1,922	1,160
Aplicación Quimioterapia Ambulatorias	6,159	1,141
Radio oncología**	5,847	243
Cirugías	806	683
Urgencias	4,527	2,038
Imágenes Diagnósticas	15,357	9,022
Laboratorio Clínico	239,390	13,042

BASE DE DATOS DE LA GERENCIA DE RADIO-ONCOLOGIA (**)

Fuente: *Base de datos de la Dirección de Investigación y Gestión del conocimiento INCART*

Para este periodo 2019-2020 las exoneraciones de pago a pacientes sin cobertura de seguros médicos, ascendieron a RD$4.3 millones, beneficiándose un total de 1,584 personas (1,262 pacientes y 322 colaboradores).

Procurando brindar un servicio con ética, transparencia, calidez y calidad, mantuvimos actualizado nuestro Sub-Portal de Transparencia, según los lineamientos de la Oficina Presidencial de Tecnologías y Comunicaciones (OPTIC) y del órgano rector en materia de transparencia, la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG).

Hemos logrado un incremento en las calificaciones obtenidas de las evaluaciones mensuales realizadas por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) a los Portales de Transparencia institucionales, manteniendo la puntuación por encima de 80 puntos.

Los nuevos proyectos contemplados para entrar en operación en el transcurso del próximo año (2021) son los siguientes:

- Conformación Club de Donantes.
- Implementación de las Normas Básicas de Control Interno.
- Incremento del modelo asistencial por unidades funcionales oncológicas con la inclusión de las unidades de cáncer gastrointestinal y la de cáncer de próstata. Con este modelo de atención, se puede tener un diagnóstico con la máxima rapidez para iniciar los tratamientos oportunos, mejorando así la eficacia de la atención y el confort para el paciente, evitando los desplazamientos entre los diferentes servicios.
- Implementar el programa visita domiciliaria para pacientes de cuidados paliativos y nutrición al paciente oncológico.
- Ampliar el alcance de la Certificación ISO 9001:2015 a la unidad de Microbiología.
- Crear la Unidad Cardiovascular.
- Ampliar la cartera de estudios cardiológicos, incluyendo Ecocardiograma burbujas, mapas, Holters, entre otros.
- Resección por cauterización en la unidad de Dermatología.
- Ampliar la cartera de estudios en la unidad de Neurología.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

2.1. Breve Reseña de la Base Legal Institucional

2.2. Marco Estratégico Institucional

2.3. Principales Funcionarios

2.4. Estructura Organizativa

2.5. Base Legal

2.6. Datos Generales de la Región

II.

2.1.

Breve Reseña de la Base Legal Institucional

En el año dos mil ocho (2008), el estado dominicano aprobó el "Plan Sub-Regional para la Prevención y Control del Cáncer en Centroamérica y la República Dominicana", basado en el Plan de Acción Global Contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por consiguiente, el Estado Dominicano asume la responsabilidad de crear una Comisión Nacional de Prevención y Control del Cáncer y a su vez asume un rol más activo en la creación de un centro especializado en oncología de carácter público, para que así la población dominicana pueda tener acceso a un diagnóstico y tratamiento de punta, asequible.

Como instrumento fundamental en el marco del Plan Nacional fue creado mediante Decreto No. 133-12 de fecha veintidós (22) de marzo del año dos mil doce (2012) el Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Tavares, en lo adelante INCART, para la correcta ejecución de la Estrategia Nacional mediante un "centro hospitalario especializado, de carácter público y de pleno acceso a toda la población, bien dimensionado y debidamente equipado para realizar labores de diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e investigación." En ese mismo sentido, el Decreto No. 134-12, crea el Consejo de Administración del INCART.

El INCART, inaugurado el 15 de agosto del 2012, es una entidad descentralizada con autonomía de gestión. Está regida bajo la Ley General de Salud No. 42-01, Reglamento 434-07 para la CEAS y demás normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como por las demás leyes que regulan la administración, finanzas y gestión humana en todas las instituciones de carácter público.

El Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas tiene como objetivo establecer los principios, políticas y normas administrativas de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los CEAS, desde su accionar desconcentrado hasta su descentralización.

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

Misión

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

Visión

Ser el instituto oncológico de referencia nacional.

Valores

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

Política de Calidad

En el INCART estamos comprometidos a proveer servicios integrales en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamientos del cáncer que satisfagan las necesidades y expectativas de las personas usuarias, mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos, en un entorno seguro, con un personal competente orientado a la mejora continua de los procesos y el cumplimiento de la legislación y normativas vigentes.

2.2. Marco Estratégico Institucional

2.3.
Principales Funcionarios

Dr. José Ernesto Ramírez Féliz
Director General

Lic. Astry Henríquez Marte
Directora de Gestión Humana

Dr. Manuel Escarramán
Director Médico

Lic. Lissette Rodríguez
Directora Administrativa

Dr. Adrián Puello Guerrero
Director de Investigación y Gestión del Conocimiento

Ing. Richard Joa
Director de Tecnología de la Información

Lic. Haydeé Acevedo
Directora de Planificación y Desarrollo

Arq. Sayhira Castillo
Directora de Operaciones

Lic. Lisette Hernández
Directora Financiera

2.4. Estructura Organizativa



2.5.
Base Legal

Decreto No. 434-07
de fecha 18 de agosto del año 2007, que crea los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, CEAS.

Decreto No. 133-12
de fecha 22 de marzo del año 2012, que crea el Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Tavares.

Decreto No. 134-12
crea el Consejo de Administración del INCART quien trabajará de la mano con la Dirección General del Hospital dentro del marco de la misión del INCART.

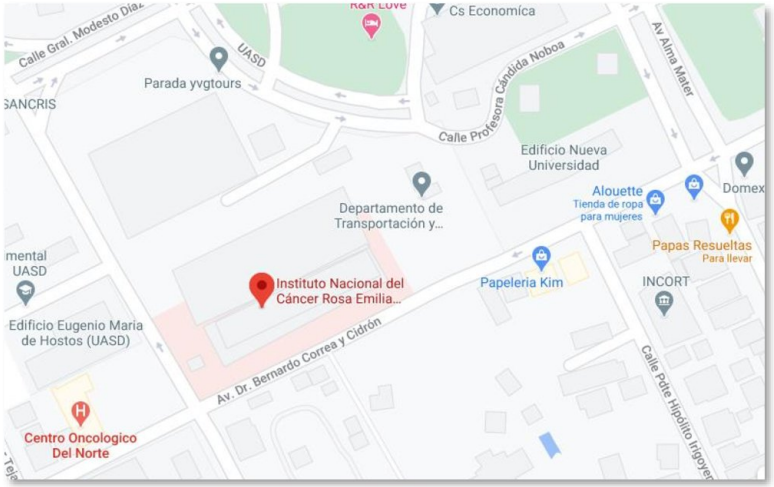
Decreto No. 351-13
de fecha 10 de diciembre del año 2013, introduce la modificación del nombre de Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Tavares" a Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares INCART.

2.6.
Datos Generales de la Región



Con respecto a la división administrativa de salud, reportamos al Servicio Regional de Salud Metropolitano, que comprende el Distrito Nacional, Provincia de Santo Domingo y Monte Plata y está dividido en 6 Gerencias de Área, estando enmarcado el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares en la Gerencia de Área de Red de Salud IV, Distrito Nacional Oeste, de la Región 0.

Estamos ubicados en la Avenida Dr. Bernardo Correa y Cidrón esq. Rafael Augusto Sánchez Ravelo. Zona Universitaria. Santo Domingo, D. N.



RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL AÑO

A. Metas Institucionales

B. Indicadores de Gestión

B1. Perspectiva estratégica

- B1.1. Metas presidenciales
- B1.2. Índice de uso de TIC e implantación de gobierno digital

B2. Perspectiva Operativa

- B2.1. Índice de transparencia
- B2.2. Normas de control internos (NCI)
- B2.3. Plan anual de compras y contrataciones (PACC)
- B2.4. Auditoria y declaraciones juradas

B3. Perspectiva de los usuarios

- B2.1. Gestión de Usuarios

A. Metas Institucionales

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2023, está alineado con la Estrategia Nacional de Desarrollo y Objetivos de Desarrollo Sostenible, con el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP).

Incluye un objetivo estratégico, 4 ejes estratégicos, 13 objetivos específicos, 21 líneas de acción, redactadas de manera tal que puedan articularse con la planificación operativa.

Objetivo Estratégico:

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

Ejes Estratégicos:

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

Objetivos Específicos:

Objetivos Específicos:

- Ofrecer servicios integrales a los usuarios.
- Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario.
- Realizar una reingeniería en la tecnología de la información.
- Establecer un sistema de monitoreo de la gestión asistencial.
- Ofrecer a los usuarios los últimos avances en tecnología diagnóstica y terapéutica.
- Instaurar una cultura de calidad en los diferentes procesos e intervenciones que desarrolla el instituto.
- Obtener certificaciones de calidad en las unidades de servicios del instituto.
- Desarrollar el programa integral de seguridad del paciente.
- Integrar los procesos asistenciales con la gestión del conocimiento, la investigación y la docencia.
- Promover el ejercicio asistencial basado en evidencias.
- Desarrollar un programa de residencias médicas.
- Optimizar los procesos administrativos y financieros.
- Mejorar la capacidad de respuesta organizacional hacia el usuario.

B. Indicadores de Gestión

ASISTENCIAL

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2023, está alineado con la Estrategia Nacional de Desarrollo y Objetivos de Desarrollo Sostenible, con el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP).

Incluye un objetivo estratégico, 4 ejes estratégicos, 13 objetivos específicos, 21 líneas de acción, redactadas de manera tal que puedan articularse con la planificación operativa.

Fuente: *Base de datos de la Dirección de Investigación y Gestión del conocimiento INCART*

TIPO DE TUMORES	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS
Mama	801
Próstata	565
Sistemas hematopoyético	317
Colon	144
Cérvix uterino	136
Ganglios linfáticos	113
Bronquio y pulmón	75
Recto	71
Cuerpo del útero	52
Piel	51
Estómago	47
Ovario	45
Glándula tiroides	42
Cerebro	37
Laringe	28
Sitio primario desconocido	27
Hígado	23
Amígdala	21
Unión rectosigmoidea	20

B. Indicadores de Gestión

ASISTENCIAL

TIPO DE TUMORES	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS
Unión rectosigmoidea	20
Tejido conectivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	19
Riñón	15
Glándula parótida	11
Páncreas	11
Otras partes no especificadas de boca	9
Nasofaringe	9
Esófago	9
Ojo y anexos	9
Otras partes no especificadas de lengua	8
Vagina	8

TIPO DE TUMORES	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS
Vagina	8
Corazón, mediastino y pleura	7
Orofaringe	6
Intestino delgado	6
Ano y canal anal	6
Huesos, articulaciones y cartílago articular de otros sitios no especificados	6
Vejiga	6
Paladar	5
Vesícula biliar	5
Huesos, articulaciones y cartílago articular de miembros	5

ASISTENCIAL

TIPO DE TUMORES	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS
Huesos, articulaciones y cartílago articular de miembros	5
Pene	5
Senos paranasales	4
Vulva	4
Base de lengua	2
Encía	2
Hipofaringe	2
Otras partes no especificadas de tracto biliar	2
Cavidad nasal y oido medio	2
Retroperitoneo y peritoneo	2
Útero	2
Piso de boca	1
Placenta	1
Meninges	1

B. Indicadores de Gestión

GESTIÓN HUMANA

El presente documento muestra un recuento de las actividades.

ACTIVIDADES GESTIÓN HUMANA	
Total de colaboradores ingresados	48
Personal médico	13
Personal de apoyo asistencial	12
Personal administrativo	23
Cantidad de promociones internas	9
Cantidad de capacitación	13
Cantidad de colaboradores capacitados	252
Cumplimiento del programa de capacitación	30%

B. Indicadores de Gestión

DISPENSACIÒN Y APLICACIÒN DE QUIMIOTERAPIA

El Hospital de Día tiene como objetivo asegurar una adecuada preparación de mezclas de citostáticos, manteniendo los más altos estándares de bioseguridad, a través del correcto manejo de sustancias citotóxicas y mantenimiento de la cadena de frío, para proveer oportunamente a nuestras personas usuarias tratamientos parenterales de alta calidad y confiabilidad.

En la preparación de los citostáticos se mantiene la trazabilidad integral de las mezclas, garantizando la concordancia entre la prescripción médica, la mezcla y la administración al paciente, el control de lotes, caducidad y estabilidad de las mismas, así como también control de límites de dosis por paciente y molécula, volúmenes exactos de diluyente y fármaco y la estabilidad de los restos de los preparados a través del software de la Central de Mezcla, lo que redunda en beneficio de los resultados del Plan Farmacovigilancia del Ministerio de Salud Pública.

Avances y logros:

- Programación pre facturada de aplicación de quimioterapia para los pacientes del interior del país cuyo ciclos exceden las 5 horas.
- Los restos de preparados son utilizados en pacientes cuyas aseguradoras no le aprueben el 100% la dosis de quimioterapia indicada por su médico oncólogo. Esta medida solidaria y humana permite que los pacientes no descontinúen sus ciclos de aplicación e incurran en gastos.
- El personal de salud del área fue capacitado en el Cuidado del paciente.

APLICACIÓN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA	
TOTAL	6,159

Fuente: *Base de datos de la Dirección de Investigación y Gestión del conocimiento INCART*

B. Indicadores de Gestión

URGENCIAS

Este servicio ofrece de manera integral una atención médico-quirúrgica de acuerdo a los protocolos del triage y metodológicamente predefinidos. Consta de un área de 12 cubículos totalmente equipados.

En cumplimiento al requerimiento de Ministerio de Salud Pública y el Servicio Regional de Salud Metropolitano en recintos hospitalarios fue Habilitada el área provisional para TRIAGE RESPIRATORIO como medida preventiva COVID-19,

Durante el período 2019-2020 se atendieron en urgencia 4,*532* pacientes, *671* fueron ingresados, de éstos *153* fueron atendidos en estancia corta y *26* fallecidos. Se han realizado *103* curas y se colocaron *290* cambios de sondas.

El detalle de la condición luego del Triage es como sigue:

TOTAL DE PACIENTES	PACIENTES INGRESADOS	FALLECIDOS	% INGRESO	% FALLECIDOS
4,532	671	26	14.8%	0.6%

CONDICION DESPUES DEL TRIAGE	CANTIDAD	%
Crítico	113	2.5
Emergencias	602	13.3
Urgencias	1,990	44
Menos Urgentes	573	12.6
No Urgentes	938	20.7
Consultas Ambulatorias	316	6.9
TOTAL	4,532	100%

Fuente: *Base de datos de la Gerencia de Urgencias INCART*

B. Indicadores de Gestión

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad de tipo general (Polivalente), que atiende toda la patología critica, con tecnología avanzada y una atención centrada en el paciente.

Está habilitada para prestar servicios especializados a usuarios con diversas patologías.

Avances y logros:

En el área se desarrolla el programa de rotación de residentes de otros centros en Emergenciología y Cuidado Critico del Hospital Salvador B. Gautier y Medicina Crítica del Hospital General Plaza de la Salud.

FALLECIDOS	EGRESOS
223 (55.8%)	176 (44%)
Total Pacientes Ingresados	399

CENTRO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO (COP)

Tiene como objetivo proporcionar a los niños con cáncer y a sus familias una atención médica integral, para mejorar los índices de sobrevida con respeto y calidad de vida, apoyándonos en un tratamiento individualizado, cuidado compasivo con el objetivo de lograr un diagnóstico oportuno, prevención y manejo de complicaciones y emergencias oncológicas.

SERVICIO	
Consultas nuevas	145
Consultas Subsecuentes	667
Ingresos	139
Infusiones Quimioterapia	745

PROCEDIMIENTO	
AMO	18
LCR+IT	45
Bx Óseas	2

B. Indicadores de Gestión

MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

La unidad de medicina interna y especialidades tiene como objetivo utilizar y aplicar los conocimientos de las ciencias clínicas en los cuidados de la salud, en la solución de los problemas médicos frecuentes en pacientes con patología cancerígenas, que requieren atención primaria de evaluación, detección y derivar los casos que, bajo su responsabilidad ameritan atención de otros especialidades brindando un servicio de calidad.

La unidad está conformada por las siguientes especialidades:

- Cardiología
- Endocrinología
- Dermatología
- Infectología
- Nutrición
- Nefrología
- Neurología
- Psiquiatría

Ofrecemos servicios a los usuarios como charlas educativas, consultas, ecocardiografías y evaluaciones pre-quirúrgicas.

Avances y logros:

- Creación de la unidad de Cardioncología.
- Certificación de la unidad de Diálisis.
- Ampliación de la cartera de servicio con el Ecocardiograma Strain.

El aumento de las consultas en las diferentes especialidades fue de un 29% en el año 2019, dando asistencia a más de dos mil (2,000) usuarios. Actualmente la unidad está viendo un 32% de lo estimado debido a la pandemia Covid19.

B. Indicadores de Gestión

RADIOONCOLOGÍA

El Centro de Radioncología cuenta con equipamiento y tecnología comparables con países del primer mundo, participando y obteniendo resultados aprobatorios en el programa de valoración de cruce dosimétrico por la Agencia Internacional de Energía Atómica (IAEA) en varias ocasiones, garantizando la correcta calibración dosimétrica de los equipos y por consiguiente, asegurando la dosis administrada a cada paciente.

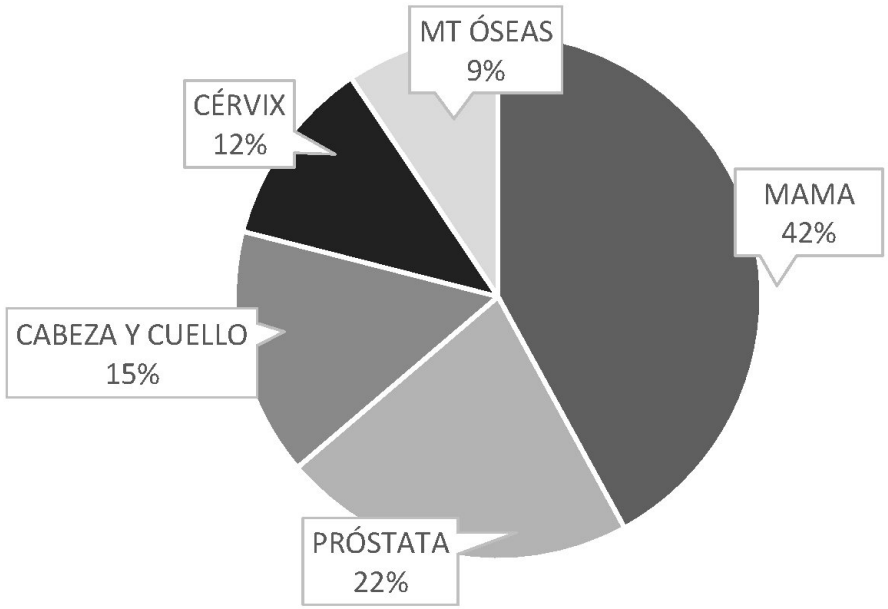
Contamos con las técnicas avanzadas de radioterapia y braquiterapia disponibles en centros privados nacionales e internacionales: Arcoterapia Volumétrica Modulado (VMAT) también conocida como RapidArc®, Terapia con Arco Dinámico Conformado (DAT), Radioterapia Estereotáctica Corporal (SBRT), Tomografía (4D), Radiocirugía Estereotáctica Intracraneal (SRS) mono y multifracción, Sistema de Control de Movimientos Respiratorios (RPM- Respiratory Gating System), Braquiterapia 3D, Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT), Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT), Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT3D), Radioterapia Superficial con electrones y ortovoltaje.

B. Indicadores de Gestión

RADIOONCOLOGÍA

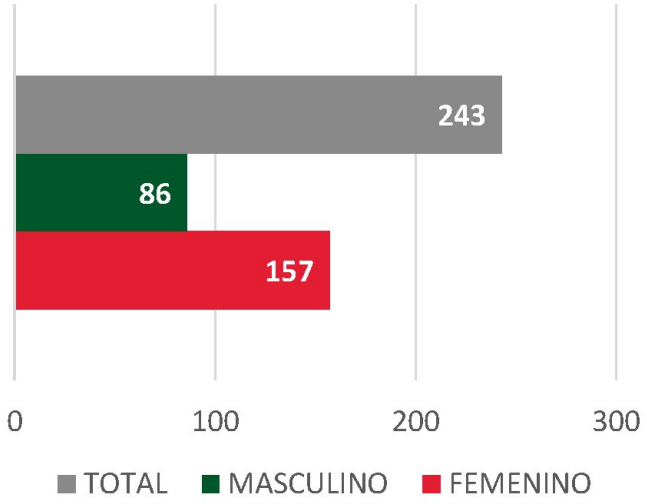
PRINCIPALES PATOLOGÍAS TRATADAS

NOVIEMBRE 2019 - OCTUBRE 2020



PACIENTES TRATADOS

NOVIEMBRE 2019 – OCTUBRE 2020



B. Indicadores de Gestión

LABORATORIO CLÍNICO

El Laboratorio Clínico del INCART tiene como finalidad ofrecer pruebas bio-clínicas de ayuda diagnóstica bajo los estándares de bioseguridad y en cumplimiento con las normas nacionales e internacionales para la calidad de los laboratorios clínicos de salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad establecido en el Laboratorio Clínico obtuvo la certificación internacional ISO 9001:2015, demostrando así cumplimiento con los requisitos de dicha Norma, los requisitos legales y reglamentarios.

Otros logros son:

- Creación de una nueva unidad de toma de muestra ambulatoria.
- Adecuación de la bioseguridad Nivel BSL II con la introducción de lavador de ojos y separación del área de desechos y limpieza.
- Inicio del uso del programa Unity de Biorad para control de calidad.
- Introducción nuevo servicio: Prueba COVID-19 IgM/IgG por Inmunocromatografía.
- Introducción de upgrade en el área de Pruebas Especiales (equipo Liaison).

Producción:

PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL
Ambulatorios	21,462
Hospitalizados y sus Dependencias	23,828
TOTAL	45,290

Fuente: *Base de datos de Laboratorio Clínico INCART*

B. Indicadores de Gestión

HEMATOLOGÍA

Producción:

SERVICIOS HEMATOLOGIA	Cantidad
Consultas Subsecuentes	5,095
Consultas Primera Vez	326
Ingresos Hospitalización	398
Egresos Hospitalización	117
Total Ingresos Quimioterapia	1,848
Quimio a Mujeres	913
Quimio a Hombres	794
Aplicaciones Quimioterapia	1,251
ABMO / IQH	183
ABMO Mujeres	137
ABMO Hombres	126
Total	11,188

B. Indicadores de Gestión

EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia Epidemiológica:

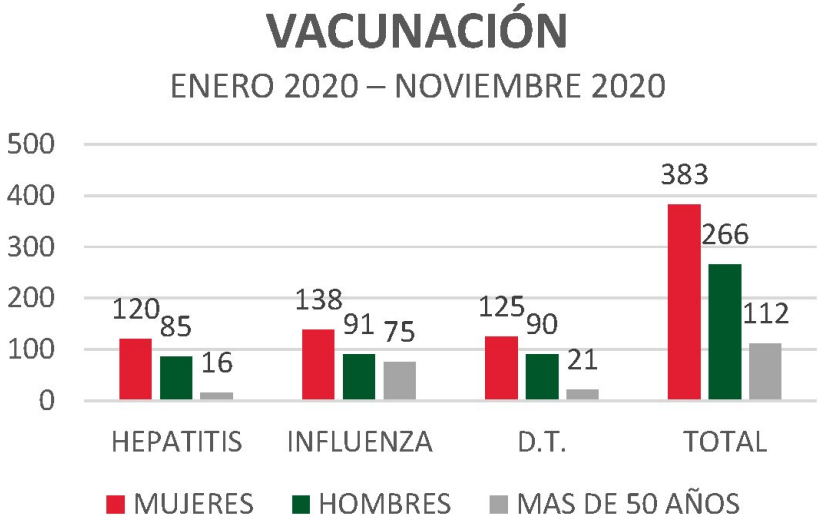
Registro a tiempo de enfermedades infecto contagiosas de Alerta Temprana y de Casos de otras enfermedades especiales y No transmisibles a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

Vacunación:

Se vacunó todo el personal del instituto, basada en biológicos identificados como preventivos de enfermedades de alta prevalencia en trabajadores sanitarios.

Actualmente están disponibles las vacunas siguientes: *Hepatitis B, Influenza y Difteria y Tétanos (DT).*

El informe del año se resume en la siguiente tabla-gráfico:



Fuente: *Base de datos de Epidemiología INCART*

B. Indicadores de Gestión

EPIDEMIOLOGÍA

Supervisión:

Se realizan supervisiones generales para verificar el cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos de bioseguridad y manejo de desechos, de acuerdo al Manual correspondiente y el Reglamento 129-06 que regula la gestión de desechos hospitalarios.

Para cada supervisión se han utilizado los formularios IPER (Identificación de Peligro y evaluación de Riesgos) mediante observación directa en cada una de las áreas del instituto.

Específicamente para la verificación del cumplimiento del Reglamento 129-06 sobre Gestión de los Desechos, se ha utilizado la Ficha de Evaluación remitida por la Dirección de la Región Sanitaria Metropolitana.

En el mes de febrero se llenó la ficha para este año y se comprobó que el INCART cumple con todas las medidas recomendadas por el reglamento: Materiales e insumos para el manejo de desechos, carros para el transporte, depósitos temporales y provisionales, ruta de transporte (mapa) y personal capacitado para el cumplimiento de las diversas actividades.

En el cumplimiento del reglamento hemos alcanzado un **95/100**.

Capacitación:

Las actividades de capacitación dirigidas a todo el personal responsable de la supervisión y el manejo de los desechos contaminantes se interrumpieron por la epidemia del Coronavirus Covid-19, pero se han continuado bajo la modalidad del contacto personal y mediante un video de un Taller de Manejo de Desechos que puede remitirse por cualquiera de los formatos online.

Una acción puntual fue la presentación de una charla sobre Prevención de COVID-19.

B. Indicadores de Gestión

BANCO DE SANGRE

El Banco de Sangre se estableció con la finalidad de proveer hemocomponentes seguros así como también dar respuesta oportuna ante las necesidades presentadas en el centro. Conociendo que en un hospital oncológico es una prioridad disponer de este recurso.

Durante el último cuatrimestre del 2019 se logró inclusión de la prueba Core Total para completar el tamizaje a las unidades así como también enviar a laboratorio externo la prueba Core M a aquellas unidades de sangre que resultaron positivas para Core Total y así disminuir el descarte de unidades por esa prueba positiva.

En el 2020, se inició el proceso de conformación del comité de Medicina Transfusional y Hemovigilancia.

Se logra incrementar a 70% la capacidad de respuesta al requerimiento de hemocomponentes en pacientes hospitalizados.

En conjunto con Mercadeo, se impartieron charlas en vivo tipo LIVE por Instagram de orientación a la población sobre el tema donación voluntaria de sangre y se realizó una campaña por redes para motivar la donación de sangre.

Estadística:

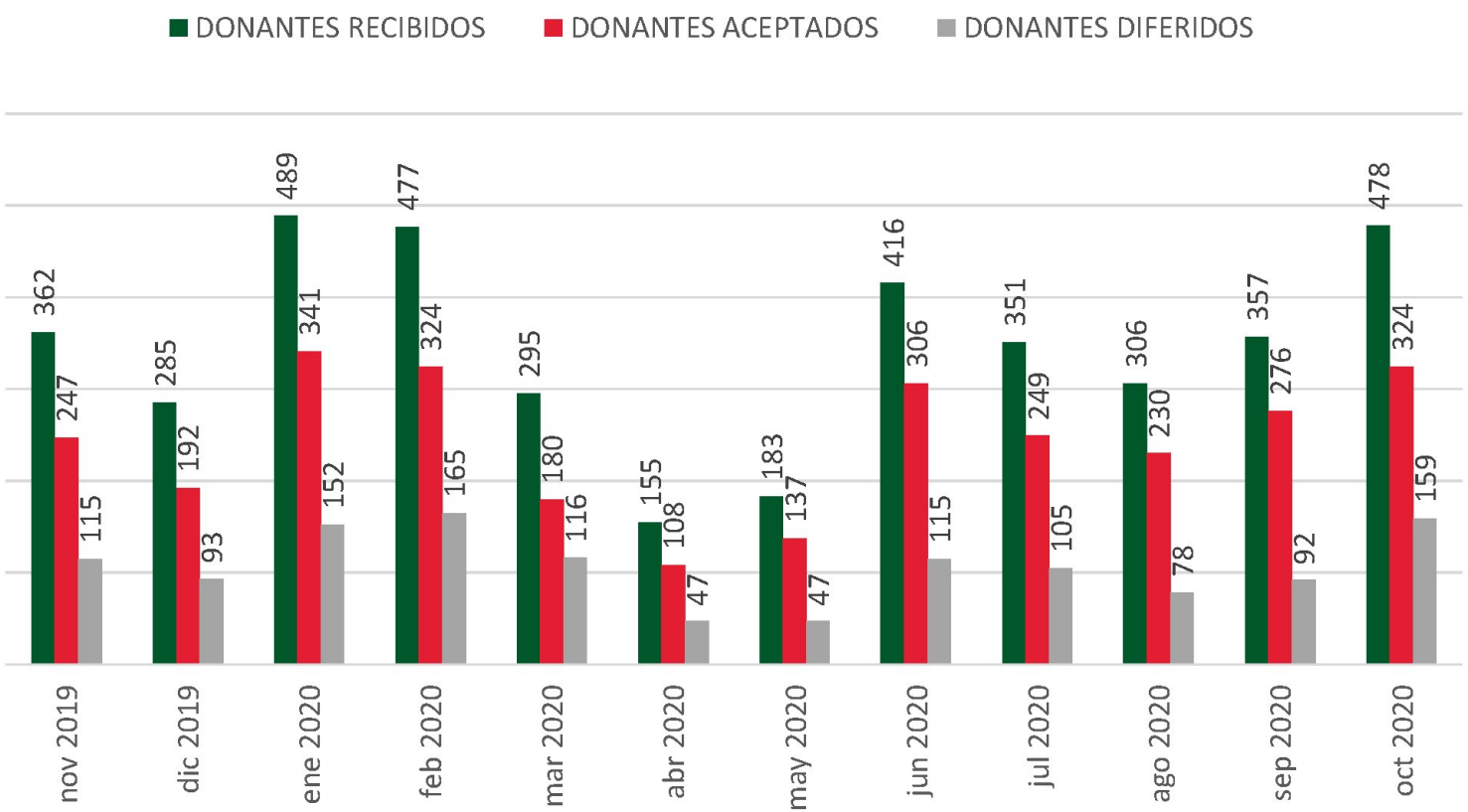
TOTAL DE DONANTES		
RECIBIDOS	ACEPTADOS	DIFERIDOS
4,154	2,914	1,284

B. Indicadores de Gestión

BANCO DE SANGRE

DONANTES

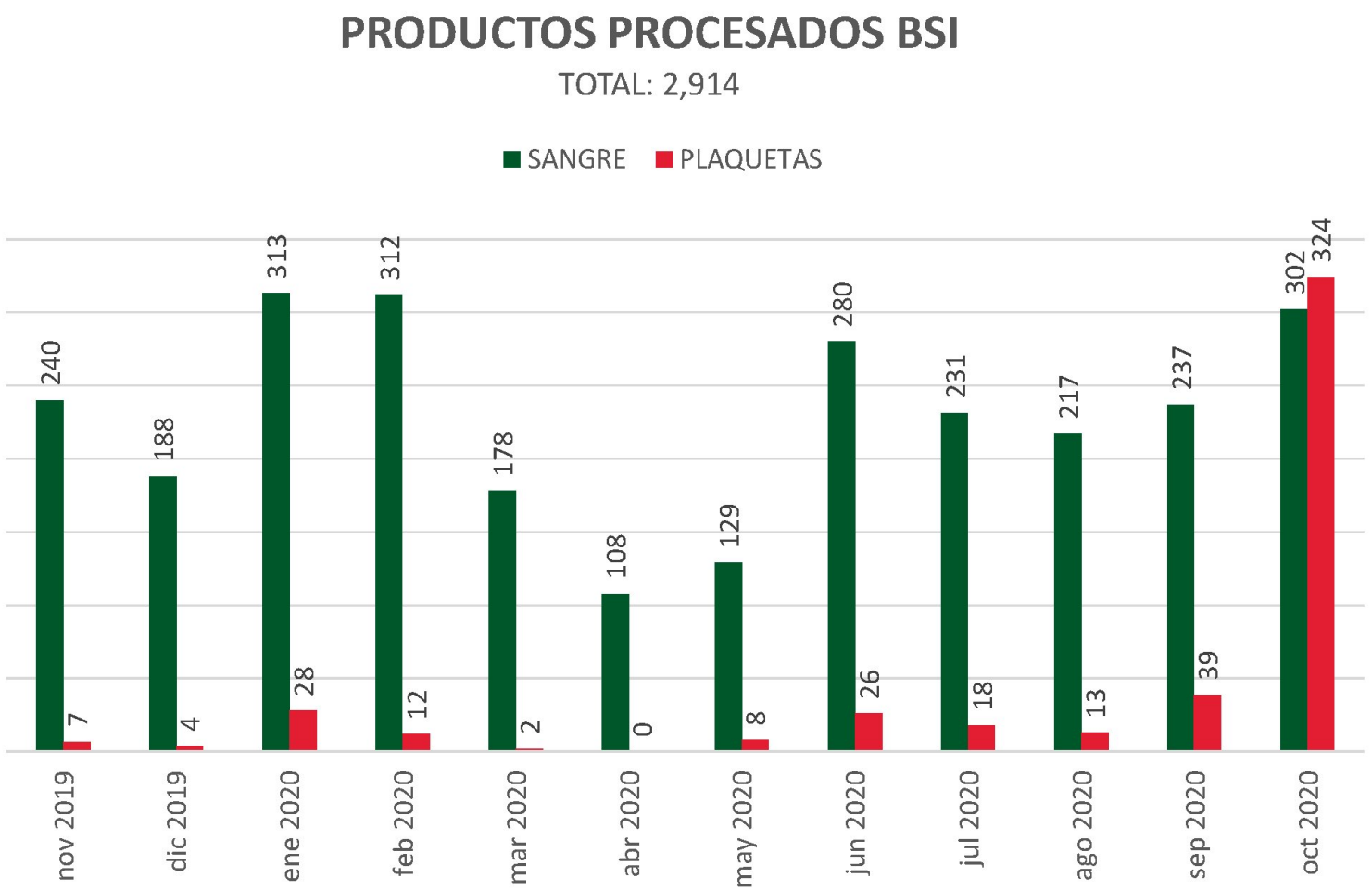
NOVIEMBRE 2019 – OCTUBRE 2020



B.

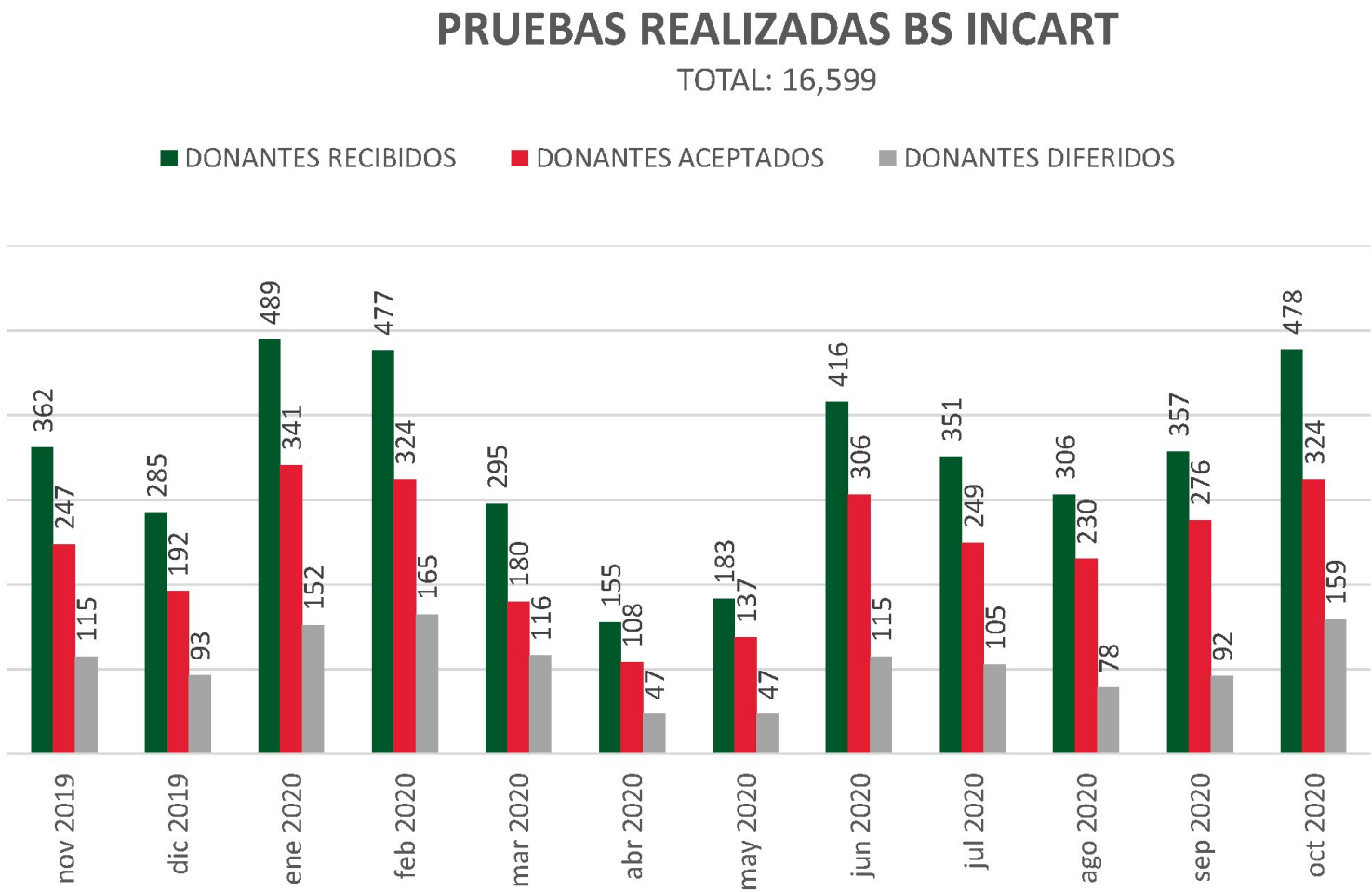
Indicadores de Gestión

BANCO DE SANGRE



B. Indicadores de Gestión

BANCO DE SANGRE



B. Indicadores de Gestión

CENTRO DE IMÁGENES

El Centro de Imágenes es el área dedicada a la realización, procesamiento e interpretación de los estudios realizados por métodos de radiación y/o ultrasonido, organizada y dirigida de manera apropiada para garantizar la calidad de los servicios de diagnóstico oncológico por imágenes, interno y externo.

Logros del año 2019-2020:

- Certificación ISO 9001: 2015.
- Apertura de Biopsia de Mama por Estereotaxia.

ESTUDIO	CANTIDAD
Sonografía	6,479
Rayos x	5,286
Tomografía	5,098
Intervencionismo	1,329
Mamografía	2,319
RM	697
PET	96
TOTAL	21,383

Fuente: *Base de datos del Centro de Imágenes INCART*

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Durante el año 2020, el Centro de Anatomía Patológica (CAP) del INCART ha procesado aproximadamente tres mil muestras de biopsias, similar número de citologías ginecológicas y gestionado alrededor de mil estudios de inmunohistoquímica y pruebas moleculares, a pesar del impacto de la pandemia sobre la afluencias de muestras en el centro, lo cual representó una disminución entre el 30 y el 40% de los estudios. Es de importancia notar que a partir del mes de octubre se empieza a notar una recuperación paulatina en los volúmenes de muestras recibidas en el centro, observándose que el mes de noviembre presenta un volumen comparable a igual periodo del año anterior.

El CAP desempeñó un papel importante en los servicios de la morgue y el manejo de los cadáveres durante el período de pandemia y el pico de infecciones y mortalidad por COVID19, participando en reuniones organizativas de los comités de bioseguridad, garantizando la seguridad en los traslados de los cadáveres y disminuyendo la exposición del personal y los familiares durante el proceso de la entrega y salida del cadáver de la institución.

B. Indicadores de Gestión

ANATOMÍA PATOLÓGICA

En el ámbito del aseguramiento de la calidad, a principios de año se logró la certificación del Sistema de Gestión de Calidad, según la normativa ISO 9001:2015, que cuenta con el desarrollo de políticas, procedimientos, instructivos y formularios para las operaciones del CAP, con la intención de optimizar los servicios que brinda el centro desde el punto de vista diagnóstico, así como del manejo de la morgue hospitalaria. En el pasado mes de octubre, se desarrolló una auditoría interna, en la cual no se detectaron no conformidades ni observaciones para el sistema implementado.

Respecto a los servicios contratados, se solicitó por las vías institucionales correspondientes la renovación del convenio con MP Pathology para la realización de estudios especiales de Inmunohistoquímica y pruebas diagnósticas especializadas para nuestros usuarios, así como el contrato de servicios de mensajería internacional.

TIPO ESTUDIO	CANTIDAD DE ESTUDIOS	CANTIDAD DE MUESTRAS
Biopsias	2,393	3,508
Biopsias Intraoperatorias	4	4
Citologias	108	113
Punciones	394	457
Citologia Ginec (Pap)	3,706	3,706
Especial – Molecular	63	63
Inmunohistoquim	887	902
Revision De Laminas	205	205
TOTALES	7,760	8,958

Fuente: *Base de datos del Centro de Anatomía Patológica INCART (Datos extraídos del sistema Patwin)*

B. Indicadores de Gestión

GESTIÓN DE CALIDAD

En el mes de marzo del 2020 El INCART obtuvo la certificación en la norma ISO 9001:2015, en la cual se ha implementado un Sistema de Gestión de la Calidad que abarca las áreas diagnósticas del Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica. Dicha certificación fue lograda con excelentes resultados ya que no se observaron No Conformidades durante la auditoría.

Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2015, el INCART demuestra un compromiso en cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios, así como, estandarizar y promover las buenas prácticas para la mejora de los procesos.

Con miras al fortalecimiento de la gestión de Calidad en la institución, se inició el proceso de implementación del modelo CAF (Marco Común de Evaluación). El Marco Común de Evaluación (CAF) es una Metodología de Evaluación para el mejoramiento de la calidad en las Administraciones públicas.

Se realizaron 2 talleres en la institución conducidos por una analista del Ministerio de Administración Pública (MAP) con el fin de introducir al equipo del INCART en el modelo CAF.

Actualmente el INCART está en proceso de completar la guía autodiagnóstico para luego ser evaluado por los delegados del MAP.

Por otra parte, se realizaron 5 sesiones/conferencias con el Ministerio de Administración Pública (MAP) para introducir a la institución en la Elaboración de la Carta Compromiso al Ciudadano. En dichas sesiones se determinaron los servicios principales y los atributos de Calidad que se estarían midiendo como parte de los compromisos hacia los ciudadanos. La Carta Compromiso al Ciudadano es un documento que tiene un enfoque en el ciudadano con el propósito de informar sobre los servicios que brinda la institución y sus requisitos, cómo acceder a ellos, así como de informar los compromisos de Calidad durante la prestación de los servicios.

B. Indicadores de Gestión

GESTIÓN DE CALIDAD

En el mes de julio 2020 se realizó el proceso de encuestas de satisfacción obteniendo sobre el 90% de satisfacción en las áreas encuestadas.

Resultados encuestas:

PERÍODO	ÁREA ENCUESTADA	RESULTADO
Julio 2020	Consultas	90.30%
	Laboratorio Clínico	97.96%
	Centro de Imágenes	95.02%
	Centro de Anatomía Patológica	95.32%

Para contribuir a la mejora continua de los procesos y a la mejora de la calidad se realizaron las siguientes actividades:

- Talleres impartidos al personal administrativo y asistencial en Toma de Conciencia (Calidad, Misión, Visión, Valores, Política de la Calidad, etc.)
- Realización de Encuestas de Satisfacción y el seguimiento adecuado a los planes de acción.
- Seguimiento oportuno a las quejas y sugerencias de los buzones.
- Estandarización de los procesos y levantamiento de procedimientos en áreas administrativas y asistenciales.
- Gestión de Riesgos y Oportunidades.
- Realización de Auditorías Internas al SGC.
- Reuniones de seguimiento del Equipo de Calidad.
- Reuniones de seguimiento del Comité de Garantía de la Calidad y Seguridad del paciente.
- Establecimiento y seguimiento de indicadores.

B. Indicadores de Gestión

SALUD OCUPACIONAL

Nuestra institución, cumpliendo con las leyes laborales de trabajo acogidas en el reglamento 522-06 de salud, higiene y medio ambiente, inicia la organización del Departamento de Salud Ocupacional, para la protección, promoción y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de nuestros colaboradores, promoviendo, además, la adaptación del trabajo al hombre y del hombre al trabajo.

Se evaluaron las condiciones físicas y medioambientales que pudieran afectar a los colaboradores en su salud y se realizó un levantamiento para completar los procesos de habilitación y acreditación, dispuestos por el Ministerio de Trabajo.

Los servicios ofertados por la Gerencia Ocupacional hasta ahora son:

1. Consulta de enfermedades comunes.
2. Evaluaciones de accidente, incidente laboral.
3. Validaciones de licencias.
4. Evaluaciones pre-empleos.

Estadísticas Consultas realizadas al personal

MES	FEM.	MASC.	TOTAL
ENERO	38	19	57
FEBRERO	41	15	56
MARZO	43	17	60
ABRIL	19	7	26
MAYO	14	0	14
JUNIO	20	27	47
JULIO	52	10	62
AGOSTO	62	21	83
SEPTIEMBRE	34	9	44
OCTUBRE	45	14	59
NOVIEMBRE	30	17	50
TOTAL	398	156	554

@INCARTRD

B. Indicadores de Gestión

INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Con el objetivo de promover y desarrollar la investigación, clínica y traslacional, se fortaleció el Comité de Bioética de la Investigación a los fines de poder externalizar sus servicios; se logró la Certificación CITI de nuevos miembros de Comité de Bioética de la Investigación (CBI); se sometieron 5 propuestas de investigación al Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT), de las cuales resultó ganadora Predicción y Validación de Firma Molecular de 27 genes asociados a la respuesta al tratamiento quimio radioterapéutico concomitante en cáncer Cervico-uterino localmente avanzado, en colaboración con el Instituto de Cancerología Nacional México INCAN y la Univesidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Se aprobaron varios proyectos para ser realizados en República Dominicana, entre ellos LEUCART. Recibimos y evaluamos bajo lo más altos estándares trabajos de investigación y proyecto de tesis universitarios que sirven como fuente primaria de datos en manejo, control y prevención del cáncer a nivel nacional.

- Determinación del patrón histopatológico más frecuente en tumores de ovario de pacientes atendidas en un hospital de tercer nivel de Santo Domingo, República Dominicana.- Oct. 2020.
- Estado nutricional en pacientes con Cáncer de Colon atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Oct. 2020.
- Correlación diagnóstica entre mamografía y resultados histopatológicos en el el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, D.N., R.D.- Oct. 2020.
- Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en pacientes oncológicos de 20 a 60 años en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Oct. 2020.
- Actores exógenos y endógenos desencadenantes de brotes en Esclerosis múltiple de 20 a 60 años.- Julio 2020.

B. Indicadores de Gestión

INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Atención de enfermería en pacientes de 10-16 años con linfomas el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Mayo 2020.

- Frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer de mama en el el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Marzo 2020.

- Análisis de estrategias psicosociales de afrontamiento en pacientes con cánceres ginecológicos, perspectiva de la epidemiología cultural.- Febrero 2020.

- Supervivencia global en cáncer de mama her2 positivo el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Febrero 2020.

- Incidencia de los principales tipos histológicos de Cáncer de Pulmón en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Dic. 2019.

- Factores asociados al desarrollo de la enfermedad hepática grasa no alcohólica en pacientes oncológicos inducido por quimioterapéuticos en el Instituto Nacional de Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.- Nov. 2019.

A nivel institucional en el área de estadísticas se preparó el material de apoyo para diversos seminarios nacionales e internacionales y se realizó la entrega continua de información durante todo el año 2019 y 2020 hasta la actualidad, como también se estableció el proceso para la elaboración de reportes estadísticos periódicos y la automatización de procesos en la base de datos de registro de Cáncer.

La educación continua es responsabilidad de cada profesional y organización para renovarse, innovar y actualizar los conocimientos y capacidades de sus recursos humanos. Con el objetivo de satisfacer esta necesidad, el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART), a través de la Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento ha realizado el fortalecimiento de su programa académico.

B. Indicadores de Gestión

INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

En ese sentido, se capacitó a los principales directores y gerentes del INCART en Gestión y Planificación de Centros y Servicios Sanitarios Grupo a través del diplomado CTO-INCART y se realizó entrenamiento al personal de salud y administrativo acerca de la humanización de los servicios con el taller el Arte de Atender al paciente, en el marco del fortalecimiento de lazos internacionales se realizó una conferencia en conjunto con el Dr. Paz Polak del Hospital Mount Sinaí de New York.

La institución ha formalizado convenios con instituciones académicas y hospitalarias a nivel nacional con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) e internacionalmente mantiene convenios con el Instituto Nacional del Cáncer de México. El Comité de Investigación da apoyo científico al Congreso INCART – LACORT.

A mediados del 2020 hemos dado paso a la posibilidad de apertura para la primera maestría para físicos médicos en tecnologías aplicadas a la Salud.

En la búsqueda de mejorar la atención en la salud para la prevención y control del cáncer en la población dominicana, se le dio apertura a los programas de Pasantía de Post Grado en Ginecología Oncológica, Pasantía de Grado en la Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento, Radioterapia, Nutrición en Oncología y en el área de Trabajo Social, también de rotación en Oncología Clínica con médicos extranjeros desde la Universidad Buenos Amigos, en Moscú Rusia, además se realizaron varias conferencias virtuales en constante capacitación y actualización de la enfermedad por COVID-19.

A nivel institucional, en cooperación con el Hospital Materno San Lorenzo de Los Mina y con el objetivo de eficientizar el programa de Farmacovigilancia se establecieron procedimientos para el Comité de Farmacoterapéutica institucional.

B. Indicadores de Gestión

INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Con respecto al programa académico de la dirección, en el año se han realizado cinco grandes capacitaciones de conceptos y generalidades de la Farmacovigilancia, incluyendo el Curso de Productos Biotecnológicos en colaboración de Fedefarma, así como también los talleres de correcto llenado de formulario de sospecha de Reacción Adversa a medicamentos (RAM). Aproximadamente 700 personas fueron capacitadas, dentro de las cuales se incluyen: médicos, enfermeras, celadores, estudiantes e invitados interinstitucionales.

En el periodo 2019-2020 se realizaron 32 notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM). Se estableció una base de datos estandarizada con un sistema de Codificación Internacional: CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición) y ATC (Sistema de clasificación anatómica, terapéutica y química), y acceso institucional al sistema MEDRA (Diccionario Médico para actividades reguladoras).

En cuanto al Registro de Cáncer, se creó el procedimiento para registro de cáncer, se actualizaron las bases de datos de los años 2014-2019 y migraron e incluyeron los registros 2019-2020. Se establecieron relaciones y posibles convenios para estandarizar la base de datos de Registro de Cáncer a nivel nacional, así como también la cooperación directa para la creación de la Oficina de Registro de Cáncer Poblacional.

En el Departamento de Archivo Clínico, se digitalizaron los expedientes clínicos correspondientes a los fallecidos.

B. Indicadores de Gestión

MANTENIMIENTO EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

La Dirección de Operaciones tuvo grandes desafíos técnicos simultáneos con impacto en los sistemas de climatización, suministro eléctrico y de infraestructura, los cuales afortunadamente fueron mitigados con acciones correctivas a pesar de las múltiples limitaciones de los procesos propios del impacto de la pandemia por Covid-19.

- Adquisición de un nuevo Equipo Chiller de 540 Toneladas como solución a la salida de funcionamiento por avería total de los CHILLERS existentes.
- Renovación de los cuatro (4) Bancos de UPS, parte esencial del Sistema de Soporte Eléctrico General.
- Sustitución de dispositivos eléctricos especiales que generan la entrada automática de las Plantas Eléctricas (Breaker de 4000 amperes) por vida útil agotada.
- Mejoras del área física de la Central de Esterilización en cumplimiento de las pautas señaladas por auditores externos del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.
- Reingeniería en el Sistema de Ductería para mejora de la climatización de diversas áreas: Laboratorio Clínico, Estar de Médicos-4to piso, Salón de Conferencias-2do nivel y Oficinas Departamento Jurídico-2do nivel.
- Reingeniería del Sistema Osmosis Inversa en las áreas de Laboratorio Clínico, Cirugía Mayor, Esterilización y Unidad de Diálisis.
- Instalación de Sistema de Extracción en el área de Urgencias.
- Instalación de Sistema de Bandejas Protectoras en 8 cuartos técnicos eléctricos como medida de prevención ante ubicación sensible a humedades.

B. Indicadores de Gestión

MANTENIMIENTO EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

- Reingeniería en Sistema de Suministro de Agua Helada del segundo piso, bloque de consultorios-B, en repuesta a enfriamiento deficiente del diseño de climatización original.

- Automatización del Sistema de Suministro de Agua Helada del equipo de Resonancia Magnética (MRI) del Centro de Imágenes, superando el manejo manual recibido del constructor en el equipamiento original.

- Reactivación de los trabajos detenidos relacionados a Reparación de Muro de Urgencias agrietado por vicios de construcción de la obra original (llevado a cabo por OISOE), y construcción del área de Cura y Acceso de Ambulancias independiente.

- Construcción de facilidades que mejoran la accesibilidad para pacientes discapacitados y peatones, con aumento del número de rampas de piso en pasarela exterior.

- Realización de Simulacro de Mesa y 1er Simulacro presencial (Práctico) para Eventualidad ante Terremotos en cumplimiento de la agenda del Plan de Emergencias y Desastres de la Institución.

B. Indicadores de Gestión

SERVICIOS AUXILIARES

Logros:

- Implementación de esterilización con dióxido de cloro.
- Implementación de Inventarios mensuales de la lencería.
- Contratación del servicio de mantenimiento preventivo de los equipos de Lavandería.
- Adquisición de telas para elaboración de sábanas.
- Distribución de más raciones de comida a los pacientes y acompañantes.
- Implementación de práctica promisoria en Pediatría: se otorga un juguete a los niños ingresados de Pediatría.

B.

Indicadores de Gestión

RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS

Se implementó junto al departamento de Calidad, la aplicación de encuestas de satisfacción de nuestros usuarios. A continuación desglosamos el porcentaje de satisfacción recibido mensualmente:

DEPTO.	ENERO	FEBRERO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Cocina	90.61	89.58	93.6	93.41	92.48	90.91	91.77
Lavandería	91.27	90.97	88.6	100	100	100	100
Limpieza	88.43	90.1	94.59	92.71	92.19	94.23	94

B. Indicadores de Gestión

CONSULTORÍA JURÍDICA

ESTADÍSTICAS DE PROCESOS AÑO 2020	TOTAL
Contratos Nuevo Ingreso	30
Contrato Tiempo definido	138
Adendas	434
Finiquitos legales	34
Reconocimiento de Deuda	8
Actas Comité de Compras	46
Contratos Remitidos a Compras	172
Devoluciones de Expedientes para Regularizar	100
Consultas Verbales	600
Consultas Escritas	45
Reuniones de Compras y Contrataciones	294
Reuniones RRHH	150
Reuniones Operaciones	30
Reuniones con Médicos	60
Registros Contratos	100
Certificaciones del TRE	94

Logros:

- Regularización y registros de procesos de compra con más de 6 meses de antigüedad.
- Actualización proceso de Certificación Hospitalaria de Defunción y creación formulario de solicitud y autorización del paciente.
- Creación reporte semanal acciones y tareas de la Consultoría Jurídica.
- Revisión y adecuación contenido Certificación Hospitalaria de Defunción.
- Cierre de dos (2) casos en proceso judicial.
- Creación modelo actos notariales para apertura de sobres de Ofertas Técnica y Económica.
- Capacitación Sistema de Registro de Contratos (TRE).

B. Indicadores de Gestión

B1. PERSPECTIVA ESTRATÉGICA

B1.1. Metas Presidenciales

B1.2. Índice de Uso de TIC e Implantación de Gobierno Digital

En este período el INCART continúa realizando sus aportes a fin de lograr cumplir con la meta Institucional y Nacional de implementación de Gobierno Electrónico, expresadas en el Plan de República Digital, mantienen actualizada en este sentido, el sistema Web de Software Libre GLPI (Mesa de Ayuda) la cual ha llevado la trazabilidad de cada incidencia o solicitud generada en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.

El Índice de Uso TIC es medido anualmente por la OPTIC y tiene un valor de 20 puntos, dividido en 3 grandes áreas: Infraestructura (7 puntos), Software y Herramientas (6 puntos), Gestión y Controles (7 puntos). Obtuvimos una puntuación de 12.90.

B. Indicadores de Gestión

B1. PERSPECTIVA ESTRATÉGICA

B1.2. Índice de Uso de TIC e Implantación de Gobierno Digital

Infraestructura (5.40), Software y Herramientas (1.50), Desarrollo de Software (1.00), Políticas de Software (0.50), Gestión y Controles TIC (6.00), Seguridad Física (2.00), Seguridad Lógica (1.60) y Controles TIC (2.40). Estamos trabajando en las oportunidades de mejora emanadas del informe de la auditoría.

B2. PERSPECTIVA OPERATIVA

B2.1. Índice de Transparencia

La Oficina de Libre Acceso a la Información Pública, ha dirigido sus esfuerzos a la mejora continua de las calificaciones recibidas acorde a lo establecido en la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública, logrando que nuestro Sub-Portal de Transparencia permanezca actualizado según los lineamientos de la Oficina Presidencial de Tecnologías y Comunicaciones (OPTIC) y del órgano rector en materia de transparencia, la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG).

No obstante a la Pandemia por COVID-19 hemos logrado un incremento en las calificaciones obtenidas en las evaluaciones realizadas por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental - DIGEIG mensualmente a los Portales de Transparencia institucionales, manteniendo la puntuación por encima de 80.

B.

Indicadores de Gestión

B2. PERSPECTIVA OPERATIVA

B2.1. Índice de Transparencia

Realizamos con éxito las elecciones de la Comisión de Ética Pública – CEP, juramentando la CEP 2019-2021, que actualmente se encuentra ejecutando las actividades establecidas dentro del Plan de Trabajo establecido por la DIGEIG.

Se realizaron capacitaciones relativas a transparencia y el derecho a saber a los colaboradores del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares – INCART.

Se hicieron las gestiones para la realización y publicación de las Declaraciones Juradas de todos los colaboradores obligados a presentarlas según lo establecido en la la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública, lo que incidió en un aumento en las calificaciones.

Se realizaron sensibilizaciones en materia de transparencia para el personal involucrado en la Matriz de Responsabilidad Informacional, en conjunto con la DIGEIG, y para el departamento de Compras y Contrataciones Públicas institucional.

Con la participación de los Colaboradores fue elegida la Comisión de Ética Pública (CEP) 2019 – 2021 el 28 de noviembre del 2019.

La CEP saliente logró elaboró, aprobó e imprimió el primer Código de Ética del Servidor Público del INCART, siguiendo los lineamientos estipulados por la DIGEIG y la Ley 41-08 de Función Pública del MAP, el mismo fue entregado a la CEP entrante para su distribución a los colaboradores de la Instituto.

@INCARTRD

B. Indicadores de Gestión

B2. PERSPECTIVA OPERATIVA

B2.1. Índice de Transparencia

Durante los primeros dos meses y medio del año 2020, participamos en las actividades convocadas por el órgano rector de transparencia, así como sostuvimos reunión con la OPTIC en la que se trataron temas relacionados a la mejora de las calificaciones de los indicadores de Tecnología (ITICGE) y el estatus de las certificaciones NORTIC A2 y NORTIC A3, que todavía se encuentran en proceso. Logramos la certificación NORTIC E1 –Norma para la gestión de las redes sociales en los organismos gubernamentales, el pasado mes de septiembre, 2020.

B2.2. Normas de Control Internos (NCI)

De cara al fortalecimiento de los controles internos y a pesar de no tener implementada la NOBACI en la Institución, contamos con controles internos sobre el efectivo de ingresos y egresos, los cuales por métodos alternos podemos satisfacer sustancialmente al momento de recibir un ingreso o al momento de emitir un pago. Se cuenta para esto con la Gerencia de Revisión y Control, la cual se encarga de realizar dichas revisiones de manera preventiva; permitiendo este mecanismo detectar oportunamente cualquier discrepancia de los ingresos, egresos y compromisos adquiridos por el INCART.

En adición tenemos habilitada una unidad de Auditoria de la Contraloría General de República funcionando dentro la Institución; la cual valida todos los documentos de desembolsos emitidos en la entidad.

B.

Indicadores de Gestión

B2. PERSPECTIVA OPERATIVA

B2.3. Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC)

PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES (PACC) ENERO - DICIEMBRE 2020	
DESCRIPCIÓN	TOTAL GENERAL
INSUMOS-EQUIPOS-MANTENIMIENTOS LAVANDERIA-LIMPIEZA	21,880,384.02
ALIMENTOS Y BEBIDAS	17,274,690.85
UTENSILIO DE COCINA	6,872,695.70
COCINA-EQUIPOS-INSUMOS	1,353,400.40
SOLUCIONES GENERALES	795,879.76
MEDICAMENTOS CONTROLADOS	14,928,098.16
MEDICAMENTOS ANESTESIOLOGIA	7,356,566.80
MEDICAMENTOS GENERALES	78,092,949.51
MEDICAMENTOS CITOSTATICOS	247,626,585.83
INSUMOS MEDICOS GENERALES-CIRUGIA-	52,890,372.66
LABORATORIO CLINICO -INSUMOS-EQUIPOS-REACTIVOS-MANTENIMIENTOS-REMODELACIONES	116,945,418.48
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	2,073,400.00
SEGURIDAD FISICA	7,032,360.00
LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA	2,142,500.00
GERENCIA DE MERCADEO Y COMUNICACIONES	143,200.00
DEPARTAMENTO DE JURIDICA	35,000.00
AUDITORIA MEDICA	665,000.00
BANCO DE SANGRE-INSUMOS GENERALES-CAPACITACIONES	4,709,163.44
CENTRO MEDICINA INTERNA-NECESIDADES GENERALES	931,500.00
CENTRO DE RADIONCOLOGIA-INSUMOS GENERALES-SERVICIOS-CAPACITACIONES	10,379,261.97
PREVENCION DE INFECCIONES NECESIDADES GENERALES	63,195.00
URGENCIAS	65,353.00

PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES (PACC) ENERO - DICIEMBRE 2020	
DESCRIPCIÓN	TOTAL GENERAL
URGENCIAS	65,353.00
DIRECCION DE INVESTIGACION DEL CONOCIMIENTO-PROYECTOS-EQUIPOS	14,985,832.00
CENTRO GASTROENTEROLOGIA	1,702,813.56
MATERIAL GASTABLE OFICINA	7,760,690.94
HEMATOLOGIA	23,000.00
HOSPITAL DEL DIA	98,270.00
PLANIFICACION Y DESARROLLO	110,000.00
DEPARTAMENTO DE COMPRAS	370,000.00
CUIDADOS PALEATIVOS	445,100.00
NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORAXICA	3,500,550.00
DIRECCION MEDICA	665,000.00
GERENCIA DE CALIDAD	406,800.00
GESTION HUMANA	2,379,000.00
GESTION AL USUARIO	236,000.00
HOSPITALIZACION	3,828,500.00
TECNOLOGIA DE LA INFORMACION-MANTENIMIENTO-EQUPOS-SOFTWARE	38,975,730.00
PEDIATRIA	1,635,711.00
MANTENIMIENTO-MANTENIMIENTO GENERAL-ELECTROMEDICINA-PLANTA FISICA-REMODELACIONES-EQUIPOS	212,012,099.91
CENTRO CICLOTRON-INSUMOS	767,040.00
TOTAL GENERAL PACC 2020	884,159,112.99

B. Indicadores de Gestión

B2. PERSPECTIVA OPERATIVA

B2.4. Auditoría y Declaraciones Juradas

Las declaraciones juradas de bienes, de los altos ejecutivos del INCART obligados según la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información, están disponibles en el Sub-Portal de Transparencia institucional.
Como resultado de las observaciones destacadas en la Auditoría realizada por la Cámara de Cuentas de los períodos 2015-2016, la Institución remitió su Plan de Acción Correctivo y su Matriz de información en cuanto al nivel de cumplimiento de las recomendaciones del Informe final de la Auditoría, la cual consideramos en un 80% su ejecución.

B.

Indicadores de Gestión

B3. PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

B3.1. Gestión de Usuarios

Nuestra entidad desde sus inicios mantiene como premisa brindar una atención de excelencia a los usuarios, basado en el compromiso con la humanización de los servicios y las alianzas con los grupos de interés.

En ese sentido, el INCART tiene implementado los Buzones de Quejas y Sugerencias, que cada mes nos permiten revisar, corregir o implementar mejoras en nuestros servicios, tomando como fuente la información expresadas por los usuarios.

En relación a las actividades de consejería para seguimiento a personas sospechosos de seropositividad a VIH se han remitido a los organismos rectores 10 informes (enero-octubre) y los casos positivos se han reportado a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

El departamento de Trabajo Social tiene un programa de Educación a los Usuarios, el cual debido a la pandemia, algunas de las actividades del programa fueron pospuestas y otras han sido adaptadas a la nueva modalidad en la cual vivimos y hemos hecho uso de las redes sociales del hospital para seguir brindando educación a nuestros usuarios, a sus familiares y a los cuidadores, contando siempre con la colaboración de nuestros médicos especialistas.

Se impartieron y se continúan impartiendo charlas a nuestros pacientes, acompañantes y colaboradores, conjuntamente con el departamento de Prevención y Control de Infecciones, sobre el COVID-19, higiene y distanciamiento, con el fin de prevenir brotes interinstitucional.

B. Indicadores de Gestión

B3. PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

B3.1. Gestión de Usuarios

A continuación un listado de las charlas impartidas a los usuarios:

CHARLAS	TOTAL
Charlas instructivas a familiares y cuidadores de usuarios hospitalizados	75
Charlas a usuarios oncológicos sobre el manejo de la enfermedad	191
Charlas preventivas	51
Charlas preventivas (Especialistas)	24
Distribución de material escrito	10
Charlas de orientación a los grupos focales	3
Charlas instructivas a familiares, cuidadores y pacientes pediátricos	10
Charlas de orientación a la Unidad Funcional de Cáncer de mama	7
Charlas de orientación a la Unidad Funcional de Cáncer de Pulmón	14

GESTIÓN INTERNA

4.1. Desempeño Financiero

4.2. Contrataciones y Adquisiciones

IV.

4.1. Desempeño Financiero

El buen manejo de los recursos financieros del INCART ha permitido mantener e incrementar la disponibilidad de servicios para el cumplimiento de su misión institucional como prestadora de Servicios de Salud Oncológica del Estado, en su calidad de tercer nivel de atención.

La entidad cuenta con un plan de pagos y flujo de caja, con el fin de controlar los ingresos de la institución y realizar un mejor manejo financiero. Apegados además a las normas, reglamentos y transparencia, cumpliendo con nuestros órganos rectores a través del envío oportuno de los reportes de ejecución.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Durante este periodo recibimos asignación presupuestaria por un monto de RD$254.5 millones, ejecutándose para cubrir gastos por servicios personales de personal médico y apoyo administrativo.

Recibimos un monto de RD$25 millones correspondiente al presupuesto adicional, aprobado para el proyecto Pet-ciclotrón.

Un monto de RD$58 millones fueron recibidos por el Servicio Nacional de salud como apoyo presupuestario por el impacto de la pandemia durante el periodo mayo/agosto.

4.1. Desempeño Financiero

INVERSIÓN EN ACTIVOS FIJOS

La institución realizó una importante inversión en activos fijos ascendente a RD$8.8 millones. El 35% corresponde a Equipos médicos y de laboratorio.

ADQUISICIÓN ACTIVOS FIJOS POR RUBRO NOVIEMBRE 2019 - 0CTUBRE 2020

DETALLE	COSTO	%
ELECTRODOMÉSTICOS	771,543	9%
EQUIPO DE COMUNICACIÓN, TELECOMUNICACIONES Y SEÑALAMIENTO	218,890	2%
EQUIPO DE GENERACIÓN ELÉCTRICA, APARATOS Y ACCESORIOS ELÉCTRICOS	40,356	0.5%
EQUIPO MÉDICO Y DE LABORATORIO	3,087,372	35%
EQUIPOS DE CÓMPUTO	86,775	1%
INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO	175,277	2%
MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS	29,500	0.3%
MUEBLES DE ALOJAMIENTO, EXCEPTO DE OFICINA Y ESTANTERÍA	1,732,956	20%
MUEBLES DE OFICINA Y ESTANTERÍA	320,750	4%
OBJETO DE VALOR	1,500	0%
OTROS EQUIPOS	948,055	11%
OTROS MOBILIARIOS Y EQUIPOS NO IDENTIFICADOS PRECEDEN TEMENTE	1,044,179	12%
SISTEMAS DE AIRE ACONDICIONADO, CALEFACCIÓN Y REFRIGERACIÓN INDUSTRIAL Y COMERCIAL	346,703	4%
TOTAL	8,803,857	100%

4.1. Desempeño Financiero

INVERSIÓN EN ACTIVOS FIJOS

Las adquisiciones más relevantes del periodo fueron la compra de un Equipo Generador electro quirúrgico para el área de urología y las tramerías metálicas para la adecuación del almacén general.

Dos inversiones trascendentales, cuya compra fue ordenada durante este periodo y que no se reflejan en lo antes expuesto, es la adquisición de una unidad de enfriamiento valorada en RD$15.9 millones, y una torre de endoscopia valorada en RD$16.6 millones.

ADQUISICIONES MAS RELEVANTES DEL PERÍODO

FECHA DE ADQUISICIÓN	DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTO	PERÍODO ADQUISICIÓN
08/11/2019	**MONITOR PARA SIGNOS VITALES**	URGENCIA	300,900
11/11/2019	**ELECTROCARDIÓGRAFO**	URGENCIA	97,999
11/11/2019	**EQUIPO ACCESO A PARQUEOS**	GERENCIA PLANTA FÍSICA	253,706
20/11/2019	**GENERADOR ELECTRO QUIRÚRGICO ESG400**	UROLOGÍA	1,093,909
20/11/2019	**RECEPTOSCOPIO (TELESCOPIO OES)**	UROLOGÍA	572,270
16/12/2019	**TRAMERIAS ENSAMBLADA EN ALMACENES**	GERENCIA LOGÍSTICA	1,379,073
31/01/2020	**MANEJADORA (A/C) 5 TONELADAS**	CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	295,649
26/02/2020	**ELECTROCARDIÓGRAFO**	CARDIOLOGÍA	97,999
18/03/2020	**CAMILLA DE EXAMEN PARA PACIENTES**	URGENCIA	340,725
29/05/2020	**COLCHÓN TERAPÉUTICO**	HOSPITALIZACIÓN	429,520
19/06/2020	**NEVERA PARA MEDICAMENTOS**	BANCO DE SANGRE	643,100
16/07/2020	**MÁQUINA DE ANESTESIA**	CENTRO QUIRÚRGICO	658,440
22/10/2020	**BOMBA SUMERGIBLE AGUAS NEGRAS**	GERENCIA MANTENIMIENTO	385,320
21/10/2020	**COLCHÓN P/CAMA HOSPITALARIA**	HOSPITALIZACIÓN	200,250
		TOTAL	**6,748,861**

4.1. Desempeño Financiero

INGRESOS POR CAPTACIÓN DIRECTA / INGRESOS POR OTROS CONCEPTOS

El 2020 presenta Ingresos Devengados por un monto de RD$513.8 millones, al comparar con igual periodo 2019 exhibe una baja de un 17%, principalmente por el impacto de la pandemia Covid-19.

Este 2020 el 89% de los Ingresos son Financiados por ARSs, la participación de SeNaSa en este porcentaje es de un 77%, disminuyendo la facturación a esta ARS en un 17% con relación al año anterior. El régimen Subsidiado participa en un 87%.

Los Ingresos Percibidos o recaudaciones, incluidos aquí recuperación de Cartera y otros ingresos, ascendieron a un monto de RD$523 millones, de esto, el 69% de la recaudación corresponden a SeNaSa, RD$272.3 millones al Régimen Subsidiado y RD$89.2 millones al régimen contributivo.

ADQUISICIONES MAS RELEVANTES DEL PERÍODO			VARIACIÓN	
DETALLE	2020	2019	RD$	%
CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	11,040,703	16,816,490	-5,775,787	-34%
CENTRO DE BANCO DE SANGRE	9,956,450	11,759,978	-1,803,528	-15%
CENTRO DE FARMACIA	283,001,034	338,048,060	-55,047,025	-16%
CENTRO DE HOSPITAL DE DÍA	10,994,638	13,619,058	-2,624,420	-19%
CENTRO DE HOSPITALIZACIÓN	41,740,592	48,962,532	-7,221,940	-15%
CENTRO DE IMAGEN	29,060,318	33,643,945	-4,583,626	-14%
CENTRO DE LABORATORIO CLÍNICO	21,338,304	30,957,689	-9,619,385	-31%
CENTRO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	14,870,362	25,192,569	-10,322,207	-41%
CENTRO DE ONCOLOGÍA MEDICA	7,881,943	8,705,047	-823,104	-09%
CENTRO DE RADIOONCOLOGÍA	62,598,153	66,415,330	-3,817,177	-06%
CENTRO DE URGENCIAS	1,489,394	2,679,878	-1,190,483	-44%
CENTRO QUIRÚRGICO	16,280,281	24,196,945	-7,916,664	-33%
CENTRO CICLOTRÓN	3,515,448	624,465	2,890,983	463%
TOTAL	513,767,620	621,621,985	-107,854,364	-17%

@INCARTRD

4.1. Desempeño Financiero

PASIVOS

Los pasivos acumulados al 31 de octubre suman RD$199 millones que incluye, deuda con suplidores por un monto ascendente a RD$150.2 y reserva para pagos de incentivos y regalía pascual por RD$40.6 millones.

El 66% de las cuentas por pagar a suplidores corresponde a insumos médicos, de laboratorio y medicamentos, el restante 34% a otros inventarios, mantenimientos y reparaciones.

COMPOSICIÓN CUENTAS POR PAGAR A OCTUBRE 2020

DETALLE	RD$	%
INSUMOS MÉDICOS, DE LABORATORIO Y MEDICAMENTOS	99,447,145.26	66%
ADQUISICIÓN DE MOBILIARIOS Y EQUIPOS	8,026,283.48	05%
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS	6,457,745.85	04%
ALIMENTOS Y ÚTILES DE COCINA	4,645,211.90	03%
GASOIL PLANTA	1,648,059.20	01%
GLP	1,058,515.32	01%
OXIGENO MEDICO Y GASES	5,524,184.62	04%
TELÉFONO, INTERNET	796,723.42	01%
SERVICIOS SANITARIOS MÉDICOS	4,456,200.23	03%
OTROS SERVICIOS TÉCNICOS PROFESIONALES	2,870,967.27	02%
MATERIAL PARA LIMPIEZA	2,468,873.89	02%
MATERIAL DE OFICINA	2,050,921.45	01%
RECOLECCIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS	670,456.04	0.4%
PRODUCTOS ELÉCTRICOS Y AFINES	5,505,116.86	04%
OTROS GASTOS	4,529,314.95	03%
TOTAL	150,155,719.74	

4.1.
Desempeño Financiero

EXONERACIONES A PACIENTES

Para este 2020 las Exoneraciones ascendieron a RD$4.3 millones, representan solo el 1% de los ingresos facturados; para el 2019 representaban el 3%.

Las cuentas por cobrar a usuarios se incrementaron un 527% pasando de un balance de RD$3.6 millones a RD$22,3 millones; están en proceso de depuración para la exoneración.

COMPARATIVO SERVICIOS EXONERADOS A PACIENTES			VARIACIÓN	
DETALLE	2020	2019	RD$	%
CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	78,010	714,670	-636,660	-89%
CENTRO DE BANCO DE SANGRE	207,855	934,073	-726,218	-78%
CENTRO DE FARMACIA	755,072	3,278,022	-2,522,950	-77%
CENTRO DE HOSPITAL DE DÍA	241,442	493,433	-251,991	-51%
CENTRO DE HOSPITALIZACIÓN	842,238	4,357,232	-3,514,994	-81%
CENTRO DE IMAGEN	586,011	1,428,396	-842,384	-59%
CENTRO DE LABORATORIO CLÍNICO	287,254	1,288,020	-1,000,766	-78%
CENTRO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	104,335	340,807	-236,472	-69%
CENTRO DE ONCOLOGÍA MEDICA	38,561	80,674	-42,113	-52%
CENTRO DE RADIOONCOLOGÍA	837,861	850,758	-12,898	-02%
CENTRO DE URGENCIAS	44,847	107,051	-62,204	-58%
CENTRO QUIRÚRGICO	272,916	697,612	-424,696	-61%
CENTRO CICLOTRÓN	47,582	624,465	47,582	100%
TOTAL	4,343,984	14,570,749	-10,226,765	-70%

4.1. Desempeño Financiero

INDICADORES FINANCIEROS RELEVANTES

De acuerdo a estándares internacionales (Byington) con enfoque al sector salud establece que el índice de razón corriente es de 1.43, siendo el de la institución de 1.62 para el período. Esto significa que la institución tiene capacidad para cumplir con sus obligaciones a corto plazo. Sin embargo, el Índice de Prueba Ácida cuyo estándar es 1.34, el resultado de la institución es de 1.10, ya que la institución cuenta con la venta de sus inventarios para cumplir con sus obligaciones.

El indicador Endeudamiento/Ingresos para este periodo es de 39.08, por debajo del estándar internacional que es 45.2, significa que la institución mantiene un nivel de deuda aceptable con relación a los ingresos que genera.

En promedio las cuentas por cobrar ARSs se recuperan en 85.7 días, las cuentas por cobrar SeNaSa se recuperan en promedio en 68 días. De acuerdo al estándar la media es de 138.69 días.

NIVEL DE GLOSAS EN FACTURACIÓN A ARSs

El nivel de glosas en facturación a ARSs es de un 1.3% en promedio, por debajo 5%, meta establecida por el Servicio Nacional de Salud. Este 2020 la recuperación de cartera por facturación a las ARSs sumaron RD$468.1 millones, siendo solo RD$6 millones el monto de las glosas.

La institución ha estado tomando las acciones de lugar a través del comité de infecciones y auditorias de concurrencias más efectivas para disminuir aún más este porcentaje.

4.1. Desempeño Financiero

LOGROS

- Mantener indicadores financieros liquidez y deuda sobre los parámetros normales.
- Cumplimiento con nuestros órganos rectores envío información con oportunidad.
- Desarrollo de procedimientos operativos para eficientizar los informes y/o reportes de los colaboradores de la dirección financiera.
- Mantener el compromiso de los colaboradores de la dirección financiera.
- Apoyar en la contratación del servicio Pet con programa alto costo, Ars Humano.

LIMITACIONES

- No contar con un sistema informático de facturación funcional, como mecanismo de reducción de costos y mejora de los servicios.
- No contar con un sistema informático financiero.

ACTIVIDADES POA

Para este 2020, estamos alineados a las actividades del POA del Servicio regional de Salud Metropolitano (SRSM); las actividades correspondientes a esta dirección financiera son:

- Análisis comportamiento pago
- Análisis de gestión de tesorería
- Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS
- Actualización trimestral del Inventario CEAS
- Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS

Todas estas actividades son evidenciadas mediante la elaboración de los informes correspondientes y el envío de esta información a nuestros órganos rectores, así como a la dirección de planificación y desarrollo del INCART.

4.1. Desempeño Financiero

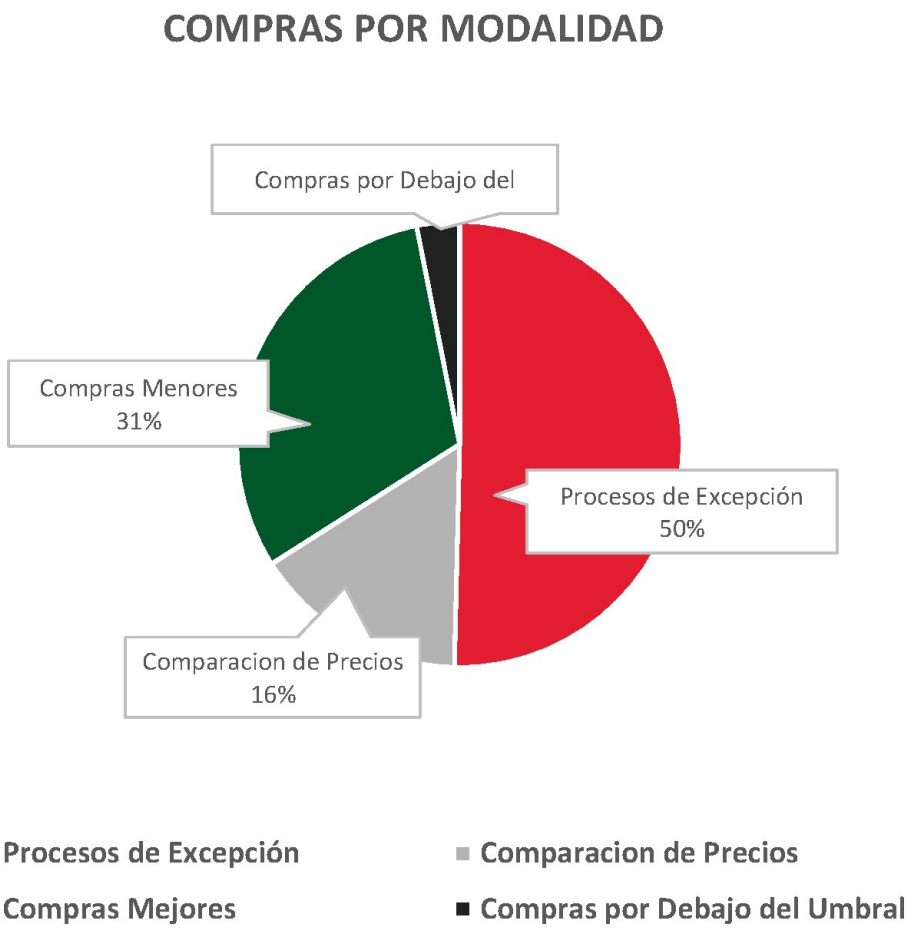
METAS FUTURAS / PROYECTOS

- Empujar la realización de los estudios de costos de todos los procedimientos médicos para robustecer la negociación con las ARSs, siempre y cuando la disponibilidad financiera lo permita.
- Contribuir en la contratación de servicios con las ARSs faltantes (Humano, futuro, monumental, etc).
- Contribuir en la Renegociación de las Tarifas con las ARSs contratadas.
- Empujar para la adquisición de un sistema informático administrativo/financiero principalmente por la facturación, reclamación y cuentas por cobrar, que permita la trazabilidad de las facturas por cobrar a las ARSs entre los diferentes departamentos que intervienen en el proceso con la finalidad de enviarlas a reclamar de manera oportuna y poder gestionar los pagos en los plazos establecidos.
- Lograr concluir con la implementación del Dynamic.
- Conformar el comité de reducción de gastos y establecer políticas de ahorro, involucrando cada director y/o gerente de área que nos permita racionalizar los gastos progresivamente.
- Gestionar los costos de los equipos entregados por Oficina de Ingenieros y Supervisores de Obras del Estado (OISOE) o gestionar autorización de las autoridades correspondientes para costear y así presentar la verdadera composición de los activos, cargos de la depreciación o costo de reposición a los centros y por consiguiente medir mejor la eficiencia operativa.

4.2.
Contrataciones y Adquisiciones

Los Procesos de Compras han sido manejados bajo la Ley No.340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y su correspondiente Reglamento de aplicación 543-12, las cuales ascendieron a un monto de RD$ 788,307,441.60

Dichos procesos reflejan la clasificación por modalidad de compra, donde podemos ver que los procesos de compras de excepción ocupan el más alto porcentaje, por la naturaleza del Instituto, donde los medicamentos para tratamientos de cáncer representan los costos más altos y son comercializados en el mercado local en su generalidad por representantes exclusivos o distribuidores únicos.



V.

ANEXOS

5.1.
CAPACITACIONES

1. Diplomado en Hacienda e Inversión Pública, impartido por el Centro de Capacitación en Política y Gestión Fiscal (CAPGEFI), del Ministerio de Hacienda.

2. Charla "El arte de atender al paciente“, para sensibilizar al personal de Salud.

3. Diplomado Facilitador de la Formación Profesional, impartido por INFOTEP y coordinado por la División de Capacitación y Desarrollo de nuestra institución.

4. Diplomado en Gestión y Planificación de Centros y Servicios Asistenciales CTO - INCART.

5. Jornada de concientización sobre el Coronavirus, dirigido a usuarios y al personal.

6. Conferencia “Genéticas y Epigéneticas del Cáncer de mama en el Caribe: Impactos y resultados"

5



2



6



3



4



1



5.2.
ACTIVIDADES

1. Almuerzo con pacientes, celebrando el día de Acción de Gracias.
2. Encendido del árbol de navidad 2019.
3. Cena de navidad 2019.
4. Comité de Emergencias y Desastres del INCART realiza jornada de concientización frente a terremotos repartiendo kits de emergencia.
5. Juramentación y bienvenida del nuevo Director General.
6. Visita de la Rectora de la UASD.
7. Conmemoración del Dia contra el Cáncer de Mama.
8. Premiación Empleado Meritorio


1


8


2


4


3


5


5


7

5.3.
AVANCES

1. El OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica) visita el INCART junto al Viceministerio de Energía Nuclear del Ministerio de Energía y Minas, confirmando nuestra tecnología de última generación.

2. Inauguración de la Unidad del Registro del Cáncer en Rep. Dom., instalado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD.

3. Apertura de la primera Unidad de Patología y Medicina Oral de la Red Pública.

4. Instalación de “Campanas por la Salud”.

5. Entrega del Código de Ética Pública, CEP INCART realizado por el Comité de Ética Pública 2018 – 2020.

6. Certificación en la norma ISO 9001:2015 en Gestion de Calidad con excelentes resultados.

7. Apertura de Área de Procedimientos del Centro de Oncología Pediatrica, COP INCART

8. Certificación NORTIC E1:2018, Norma para la Gestión de las RedesSociales en los organismos gubernamentales, de la OPTIC.

1





8



2






3




6




4




5



7





5.4.

CHARLAS DEPTO. TRABAJO SOCIAL

Programa Educación a los Usuarios

1. Charla "La realidad del cáncer de pulmón", en el mes de concientización del Cáncer de Pulmón

2. Conversatorio de "Los valores como base del desarrollo emocional de la familia", con motivo del Mes de la Familia.

3. Taller Comida Sana.

4. Programa Educ. a los Usuarios LIVE: Transmisión en vivo de las charlas del programa, a través de las redes sociales.

5. Charlas de orientación a los usuarios sobre el COVID-19 / Medidas de Prevención contra el COVID-19.

6. Otras

2


@incartrd


/incartrd



6







3




@incartrd



1




@incartrd

5







4


INCART
LIVE
PROGRAMA EDUCACION AL USUARIO
Dra. Carmen Bautista
Emergencióloga
VIERNES 22 ENE. 2021
HORA 11:00 AM
LIVE
Reconociendo
EMERGENCIAS COMUNES
en oncología

5.5.
COMITÉ DE ÉTICA PÚBLICA INCART

1. Elecciones del Comité de Ética Pública (CEP INCART) 2019 - 2021.
2. Juramentación nuevo Comité de Ética 2019 -2021.

1





2





INCART

MEMORIA INSTITUCIONAL

NOV. 2019 - OCT. 2020

Título original:
Memoria Institucional INCART Nov. 2019 – Oct. 2020

Cuarta edición

Diagramación:
Departamento de Mercadeo y Comunicaciones INCART
Impreso en República Dominicana, Febrero 2021

® **Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART)**
Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón esq. Calle Lic. Rafael Augusto Sánchez Ravelo
Santo Domingo, RD 10103 |Tel.: 809-289-2700 | www.incart.gob.do