

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
2024**

Este plan puede ser reproducido, pararse o ser usado de otro modo, por cualquier persona, en cualquier formato, siempre que se cite la fuente y que sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que

La documentación
Portal de Transpa

INFORME DE EVALUACION

1° Trimestre de 2024

altarse en el

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBB

06 de Mayo 2024

Elaborado por: Equipo Técnico Unidad de Planificación

Autoridades

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Dr. Werner Heriberto Rosales López
Sub Director

Dr. Pablo Ricardo González
Jefe de División Quirúrgica

Dr. David Ernesto Castillo Bustamante
Jefe de División Médica

Dra. Iliana María Hernández
Jefe de División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo

Licda. Cándida Arely Montano
Jefe de la División Administrativa

Licda. Claudia Carpio
Jefe de la División de Enfermería

PRESENTACIÓN

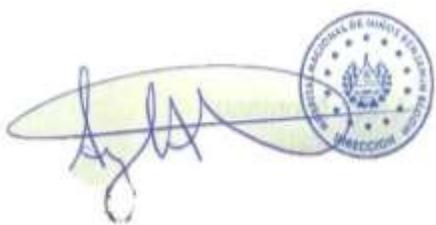
La Dirección del Hospital de Niños Benjamín Bloom, fiel al compromiso con la transparencia y de cara al personal y a la población en general, presenta el Informe de monitoreo de la Planificación Institucional correspondiente al período de enero a marzo de 2024

El objetivo principal del monitoreo del POI 2024, es el de verificar y medir el cumplimiento de las metas propuestas, determinando el alcance de efectividad logrado, lo cual permite realizar acciones para alcanzar las metas institucionales establecidas para este año, y las cuales han estado en concordancia con lo establecido en las leyes y normativas vigentes.

Es importante mencionar que el cumplimiento de la Programación de actividades 2024, representa un desafío constante, considerando que existen factores internos y externos que pueden afectar su ejecución, por lo que para lograr los mejores resultados es indispensable el seguimiento oportuno y la evaluación periódica. Es por tal razón que este informe, se considera como una respuesta al lineamiento establecido por este normativo y se ha realizado bajo los mecanismos de control establecidos, los cuales son ejecutados por los responsables de las actividades, quienes con grandes esfuerzos de comunicación, buenas prácticas sanitarias y vigilancia permanente, realizan las actividades definidas y generan la evidencia que permite obtener la calificación de los resultados de la Programación de Actividades.

Por lo tanto, el presente informe muestra el resultado de enero a marzo de 2024 del cumplimiento de la programación de actividades, en la cual se incluye el monitoreo del cumplimiento de las Metas de Producción y el esfuerzo del Hospital para responder al proceso de seguimiento de la gestión operativa, con la finalidad de alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

San Salvador, 08 de marzo de 2024

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official seal. The seal features a central emblem with a sun and stars, surrounded by the text 'HOSPITAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM' and 'DIRECCIÓN'. The signature is fluid and overlaps the seal.

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBBB

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica, que además de cumplir con su función asistencial realiza una gestión administrativa enfocada a dar respuesta a la demanda de los usuarios internos y externos, y cumplir con los requerimientos ministeriales.

Para cumplir con su función el Hospital anualmente y conforme a los lineamientos ministeriales, elabora mediante un proceso coordinado y en equipo, su Plan Operativo Anual Institucional 2024 (POAI-2024); el cual constituye un instrumento guía para evaluar su funcionamiento y comprende el establecimiento de objetivos estratégicos, resultados esperados, la programación de actividades productivas y las actividades o acciones de gestión que garanticen el cumplimiento de la misión.

Para verificar los avances de lo programado, el Hospital para el año 2024 realizará un proceso de evaluación y seguimiento periódico según corresponda, elaborando un informe de los avances. Este proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en principio en coordinación con los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, y su revisión a través de reuniones estratégicas, de Sala Situacional y Entrega de Turnos; por lo que para la realización de la evaluación es indispensable la verificación del cumplimiento de las actividades, en base al indicador definido y en caso de no haberse logrado, se debe establecer o definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado.

Una vez realizada la evaluación, la calificación y resultado obtenido es presentado en los Informes de Evaluación, el cual es producto del esfuerzo de todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual ha sido dirigido por la Dirección del Hospital a través de la Sub Dirección y coordinado por la Unidad de Planificación con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia presentada por ellos mismos y la cual es construida y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades programadas y que hace posible el proceso de evaluación y calificación del resultado en el período evaluado.

Cabe mencionar que uno de los aspectos que afecta el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo es la oportunidad y calidad en la entrega de la información necesaria para validar el cumplimiento, sin embargo, es se valora el esfuerzo y participación de los que hacen posible la presentación de este informe y sobre todo la calificación obtenida.

Es importante destacar el rol de todos los involucrados en el proceso, a quienes se les agradece el apoyo y la presentación de la evidencia, la cual hace posible la presentación de los resultados contenidos en este informe.

OBJETIVOS DEL INFORME

1. Objetivo General

Presentar y evidenciar los resultados de la gestión del Hospital, a través de un proceso de seguimiento y evaluación de las actividades y/o acciones contenidas en el Plan Anual Operativo Institucional.

2. Objetivos Específicos

- a.** Contribuir a la construcción de evidencia documental para que se establezcan mecanismos de coordinación y comunicación en los diferentes niveles jerárquicos de tal manera que se facilite la realización de las acciones programadas.
- b.** Fomentar el trabajo en equipo a través del establecimiento de responsabilidades compartidas en la realización del proceso de elaboración del Plan así como su evaluación y elaboración del informe de monitoreo y seguimiento del mismo.
- c.** Contar con herramientas que permitan evidenciar y documentar el proceso de desarrollo de la gestión institucional.
- d.** Establecer mecanismos de medición que permitan la construcción de una base documental, que permitan la creación de proyectos de mejora y desarrollo institucional.

CONSIDERACIONES EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

A efecto de realizar el Proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo 2023, se ha considerado lo siguiente:

- Que para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período a evaluar, las cuales se revisan y califican en función del indicador definido y las consideraciones del equipo evaluador. La calificación final es el resultado del promedio de las calificaciones de las actividades programadas.
- La evaluación del cumplimiento de los resultados esperado se analiza considerando las la calificación de las actividades que comprende dicho resultado esperado, a fin de definir las acciones, estrategias o planes de mejora a realizar para cumplir el plan según la meta establecida.
- La Evaluación de las cumplimiento de Metas de Producción se realizará conforme a los resultados registrados en los Sistemas Oficiales

LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Que las Metas definidas no respondan a la operatividad en función de los recursos, y que se realicen sin mayor incidencia en las demandas de la población
- Que los resultados esperado no respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Que no exista o sea limitada la participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- La frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2023
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE GESTION
De enero de marzo de 2024

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario							
1	Realizar el Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Jefes de Servicio de Hospitalización	80%	90%	113%	
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	División de Enfermería a través de los Comités locales de IASS	80%	78%	97%	
3	Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	Informe de Monitoreo de Resultados del Plan	División Medica	NP	NP	NP	
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	Depto. de Nefrología	1	1	100%	
5	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	Jefes de Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	100%	80%	80%	El resultado del mes de Febrero y marzo se ha establecido con datos preliminares, hace falta registrar información. En febrero se inició el proceso de implementación del SIS

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
6	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	Jefes de Departamento de los Servicios de Hospitalización	100%	58%	58%	El resultado del mes de Febrero y marzo se ha establecido con datos preliminares, hace falta registrar información, aún en proceso de implementación SIS
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento	95%	94%	98%	
8	Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos	% de Cumplimiento de los Indicadores del Plan	División Médica a través del Equipo PROA	80%	RP	RP	La Evaluación se programará porque se esta a la espera de los Lineamientos Ministeriales
9	Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria	Informes de Resultados	Unidad de Planificación con el apoyo de UEEIS y responsables de los Indicadores	3	2	67%	Los informes elaborados son noviembre, diciembre. De enero no se recibio informes
		Informe planes o acciones de Mejora	Jefes de División Médica y Quirúrgica, con el apoyo de Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
10	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados	Unidad de Calidad con el apoyo dependencias involucradas	3	3	100%	El Informe refleja que en enero y febrero se obtuvo un 42% de cumplimiento y en marzo el 34%
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	Jefes de División con el apoyo de UOC	1	1	100%	
Objetivo: Impulsar un modelo de gestión que permitan mejorar la gestión asistencial institucional, considerando el enfoque de derecho de los pacientes y sus familias y en búsqueda de obtener efectos positivos en el curso de vida de pacientes atendidos.							
11	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, (En función del resultado del 2023)	Tiempo de Espera en Días menor o igual a 30 días	Jefes de División Médica y Quirúrgica	30%	0%	0%	Los tiempos de Espera subieron

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
12	Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización)	Tiempo de Espera en Días menor o igual a 60 días	Jefe de División Quirúrgica	60	26	100%	
13	Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario	Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas	Jefe de Emergencia con el apoyo de Jefe de División Médica	5	6.13	0%	El tiempo de Espera subió en relación a lo esperado
14	Realizar el Monitoreo del Programa para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	% de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan	Depto. de Pediatría Social	85%	100%	118%	
Objetivo: Mejorar la capacidad de respuesta con calidad y oportunidad a través de la modernización y automatización de procesos y fortalecimiento de la plataforma documental del Hospital.							
15	Seguimiento y Evaluación de la implementación de los Manuales de Procesos estandarizados por el Ministerio de Salud	N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL	UOC y Equipo de Designado	NP	NP	NP	
16	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
17	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	% de Sistemas y/o módulos Elaborados	Depto. de Informática	NP	NP	NP	
		% de Dependencia en SIS	Jefes de División	NP	NP	NP	
18	Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Unidad de EEIS a través de Estadística	100%	29%	29%	El resultado se ha visto afectado ya que se esta en proceso de Implementación del SIS
Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad							

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
19	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2024 aprobada	Unidad de EEIS y Dirección	100%	100%	100%	
		% de cumplimiento de la Programación	Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación	100%	100%	100%	
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	Designadas en los acuerdo y UEEIF	100%	78%	78%	
		Documento de Programación 2024 aprobada	Unidad de EEIS y Dirección	NP	NP	NP	
20	Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2025	Documento Aprobado y divulgado	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
21	Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional	Informe de actividades de Control realizadas	Jefaturas y Auditoría Interna	NP	NP	NP	
22	Formulación del POAI 2025	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
		Plan Anual Operativo Institucional Aprobado y Divulgado	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
23	Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2023 y del uno al tercer trimestre 2024)	% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión programadas	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	85%	73%	86%	El resultado es del Informe del 4° Trimestre de 2023
24	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	UOC con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión	NP	NP	NP	

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
25	Evaluar el funcionamiento de los Comites de Apoyo a la Gestión Institucional	% de Cumplimiento de los Planes Operativos	Unidad Organizativa de Calidad	85%	60%	71%	
26	Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC (De las evaluaciones la primera será de los resultados del 2023 y la 2° Evaluación del resultado 2024)	% de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema	Recursos Humanos, Estadística, División Administrativa, Unidad Financiera y Planificación	100%	100%	100%	
		N° de Evaluaciones	C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional	NP	NP	NP	
27	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2024 actualizado y aprobado	Equipo de Supervisión y Dirección	100%	RP	RP	Se reprograma para el 2° Trimestre
		% de Cumplimiento del Plan 2025	Equipo de Supervisión	100%	RP	RP	Se reprograma para el 2° Trimestre
		Documento 2025 actualizado y aprobado	Equipo de Supervisión	NP	NP	NP	
Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.							
28	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2024 aprobado	Departamento de Capacitación y Dirección	1	1	100%	
		% de Cumplimiento de Plan 2024	Departamento de Capacitación	100%	70%	70%	
		% de Capacitaciones realizadas a demanda adicionales del Plan de Capacitación	Departamento de Capacitación	58.00%	58.33%	101%	En base al Informe de Monitoreo se incorpora esta nuevo indicador de medición de la actividad
		Documento 2025 aprobado	Departamento de Capacitación y Dirección	NP	NP	NP	

	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	Primer Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
29	Implementar el Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral	% de dependencias capacitadas en el uso del Sistema	Departamento de RRHH con el apoyo de la Dirección	NP	NP	NP	
		Informe de Resultados de la Implementación y funcionamiento del Sistema	Departamento de Recursos Humanos	NP	NP	NP	
Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental							
30	Realizar la vigilancia, monitoreo y control del manejo de los desechos bio-infecciosos y comunes. Plan de Reciclaje y la Calidad del Agua	Informe Mensual de Resultados de la Vigilancia de Desechos Bio-infecciosos	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	
		Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	
		Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	
31	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	UOC a través del Comité de Seguridad	1	0	0%	
32	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Resultado del Simulacro realizado	UOC a través del Comité de Emergencia	1	1	100%	Realizado el 21 de marzo de 2024 en el Anexo del HNNBB
Resultado Promedio del Cumplimiento de PAO de Actividades de Gestión del Primer Trimestre						80%	

Nota: Para efectos de calificación promedio se ha considerado el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades

COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS Plan Anual Operativo 2024

Período evaluado: De enero a marzo de 2024

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	Mejorar la Coordinación y funcionamiento del Hospital para contribuir a la reducción de la Morbimortalidad prematura infantil con el apoyo recíproco de la RISS	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	89%	Hace falta de Información para realizar adecuadamente el proceso de evaluación	Se realizará las coordinaciones necesarias para revisar los procesos	Junio de 2024	Jefaturas
2	Mantener la Capacidad de Respuesta ante las necesidades requeridas por el Sistema de Salud	11,12,13,14	50%	Limitación de Recurso Humano	Gestión interna y externa	Junio de 2025	Jefaturas con el apoyo de la Dirección
3	Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos	15,18,19,24,25,27	75%	Hace falta de Información para realizar adecuadamente el proceso de evaluación	Se realizará las coordinaciones necesarias para revisar los procesos	Junio de 2024	Jefaturas
4	Fomentar el Cuido y Protección del medio ambiente realizando acciones que permitan el manejo adecuado de los desechos sólidos, comunes y bio-infecciosos así como la prevención y mitigación de riesgos institucionales	30,31	75%	Hace falta de Información para realizar adecuadamente el proceso de evaluación	Se realizará las coordinaciones necesarias para revisar los procesos	Junio de 2024	Jefaturas
5	Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional	16,20,21,22,23,26	93%				
6	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la	28,29	90%				

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
	carrera sanitaria						
7	Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas	17		Actividad no Programada			
8	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	32	100%				
Promedio de Resultados Esperados			82%				
Promedio de Resultados de Actividades Programadas			80%				

CONSIDERACIONES DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De enero a marzo de 2024

1. Que para lograr el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados, el proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, debe realizarse de manera participativa y con los apoyos y coordinaciones necesarias para su cumplimiento oportuno.
2. La evaluación del Plan Anual operativo debe realizarse periódicamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso realicen el seguimiento de lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia que permita evaluar el cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que el resultado de la evaluación y el análisis de los mismos es un compromiso de todos a fin de proporcionar a las autoridades los insumos de información necesarios para el establecimiento de planes y acciones de mejorar y para el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones.
4. Que el Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, es necesario fortalecer las áreas de atención de mayor demanda con recursos calificados y especializados.
5. Que de las actividades programadas en el POAI a realizarse en el período de enero a marzo de 2024, el resultado promedio obtenido de la evaluación es del 80% en las actividades de gestión y el 82% de los Resultados Esperados.
6. Que en relación al cumplimiento de Metas de Producción, la evaluación no se ha podido realizar con el 100% de los datos, entre otras razones porque el Hospital está en proceso de implementación del SIS, por lo que se tiene sub registro y además por limitación de recursos humanos. Con los datos procesados al mes de abril, se ha alcanzado un cumplimiento de la meta de Consulta Externa de un 80% y en hospitalización del 58%.
7. Que la Evaluación del primer trimestre del POAI 2024, no se ha podido realizar con la oportunidad esperada, entre otras razones por falta de recurso humano en áreas de generación y procesamiento de datos, así como por cambios en los sistemas de información y las actividades emergentes suscitadas por el funcionamiento normal del Hospital.
8. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
9. Las dependencias responsables de las actividades programadas deberán efectuar la revisión y análisis de los resultados obtenidos, para poder establecer acciones de

mejora o reajuste de las metas, así como el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- 10.** Se deberá procurar que toda la información estratégica sea revisada y discutida a fin de establecer medidas que permitan el logro de metas y objetivos, así como reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas, a fin de mejorar la calidad de atención, así como el registro adecuado de las atenciones, para la oportuna identificación de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.