

# **Informe Metas Sanitarias**

## **Ley 18.834**

### **EVALUACIÓN CORTE DE JUNIO**

**Elaborado por: Verónica Lizama Fuentes.**

**Revisado por: Francisco Rivera Gutiérrez.**

## EVALUACIÓN PARCIAL JUNIO 2022 - METAS SANITARIAS LEY 18.834

El Ministerio de Salud establece las Metas Sanitarias Nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios del Servicio de Salud para el presente año, difundido mediante Resolución Exenta N°735 del 29.09.2021.

El cumplimiento de estas Metas Sanitarias y los objetivos de mejoramiento a la atención, se encuentran asociados al pago de un componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, y de la asignación de acreditación individual del personal de las plantas auxiliares, administrativas y profesionales de los servicios regidos por la Ley N°18.834.

Para el año 2022 se mantienen los indicadores y las metas que fueron acordadas en conjunto con el Consejo Técnico Consultivo y aprobadas por medio de Resolución Exenta N° 6166 del 30/11/2021 del Servicio de Salud Ñuble.

### Total, ponderación parcial de los establecimientos, corte de junio 2022.

FUNCIONARIOS LEY 18.834	
ESTABLECIMIENTO	AÑO 2022
	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
Dirección de servicio	68%
Hospital Clínico Herminda Martín	93%
Hospital San Carlos	93%
Hospital Bulnes	97%
Hospital Yungay	93%
Hospital Quirihue	98%
Hospital Coelemu	99%
Hospital El Carmen	98%
CESFAM Violeta Parra	69%

Tramos, de acuerdo de cumplimiento global durante el año evaluado:

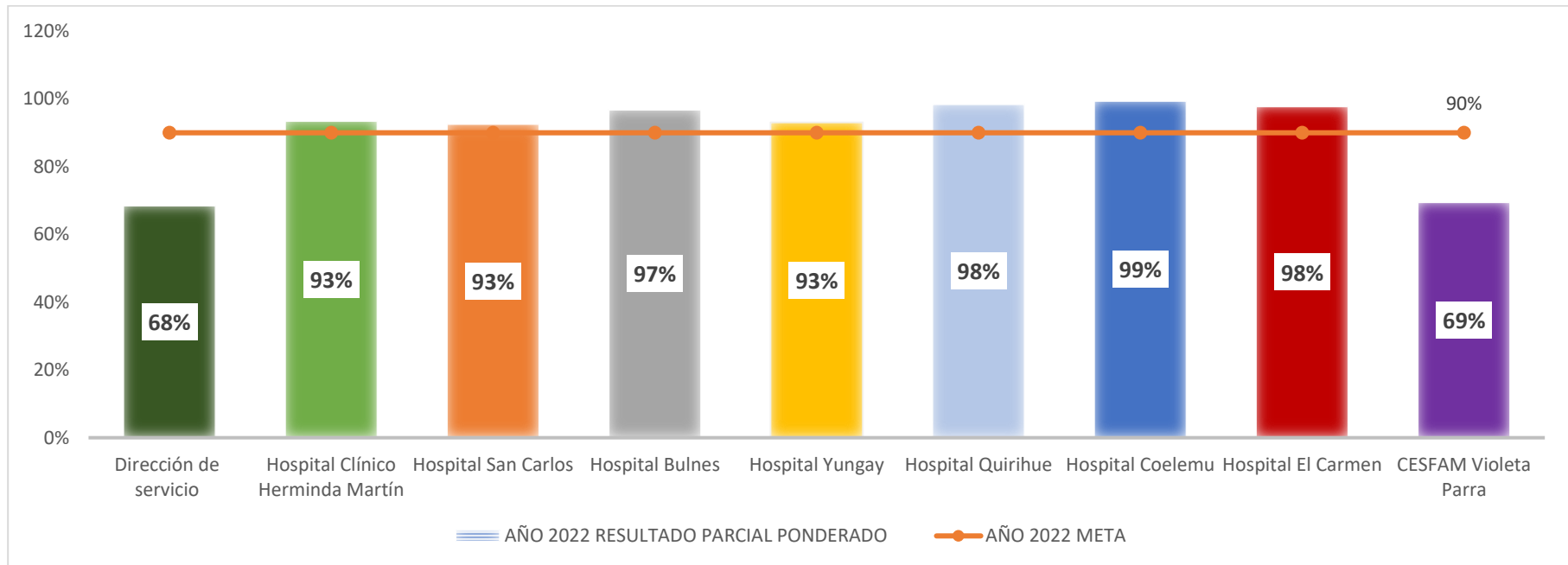
Tramo 1	Cumplimiento global del establecimiento de, 90% y más
Tramo 2	Cumplimiento global del establecimiento, entre el 75% y menos del 90%
Tramo 3	Cumplimiento global del establecimiento, menos del 75%

Todos los establecimientos se encuentran bajo el 75% de cumplimiento, situándose en el Tramo 3 provisoriamente, esto debido a que existen metas que avanzan progresivamente conforme avanza el término acordado para su cumplimiento, como, por ejemplo, el Indicador de 3.1. Capacitación de funcionarios, el cual actualmente no aporta ponderación al conjunto de indicadores en ninguno de los establecimientos analizados.

### Resultado por indicador del total de los establecimientos, corte junio 2022.

CONSOLIDADO ESTABLECIMIENTO DEPENDIENTES DEL SSÑ Y DIRECCIÓN DEL SSÑ, LEY 18.834			
INDICADORES	META NACIONAL	IND. JUNIO	DESCRIPCIÓN
1.1. Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	≥45%	41%	
1.2. Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	≥90%	85%	
1.3. Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	≥68%	57%	
1.4. % de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.	≥93%	88%	
1.5. % de cumplimiento de Prog. de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	≥95%	129%	Este indicador presenta un cumplimiento global del 129%, dado que el HCHM obtiene un sobre cumplimiento 131% y HSC 126%, según las consultas programadas a junio.
1.6. % de categorización de urgencia a través de ESI en las UEH.	≥90%	94%	
1.7. % de pacientes categorizados con CUDYR (categ. usuaria por dependencia y riesgo).	≥95%	94%	
1.8. % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	≥99,5%	97%	
1.9. % de pacientes con indicación de hosp. desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	≥80%	62%	
3.1. Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	≥50%	46%	La meta aplica a todos los establecimientos. Este indicador no se cumple en el CESFAM Violeta Parra y tampoco en la Dirección del SSÑ. Para que un indicador pondere se requiere al menos un 60% de cumplimiento, no obstante, se debe tener presente que con el transcurso del tiempo el indicador mejore, atendida la naturaleza de cumplimiento progresivo de este.

### Resultado por establecimientos, Ley 18.834, corte junio 2022.



DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD ÑUBLE						
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	42%	3.369	8.230	41%	10%	10%
1.4 % de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.	93%	1.084	1.238	88%	10%	9%
1.5 % de cumplimiento de prog. De consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	95%	128.929	99.640	129%	10%	10%
1.6 % de categorización de urgencia a través de ESI en las UEH.	90%	76.928	81.609	94%	20%	20%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	48.454	50.203	97%	20%	19%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	54	429	13%	30%	0%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>68%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.4 % de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.	93%	834	946	88%	15%	14%
1.5 % de cumplimiento de prog. De consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	95%	88.492	67.464	131%	10%	10%
1.6 % de categorización de urgencia a través de ESI en las UEH.	90%	43.883	48.564	90%	15%	15%
1.7 % de pacientes categorizados con CUDYR (categ.usuaria por dependencia y riesgo)	95%	57.639	61.841	93%	10%	10%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	33.649	35.098	96%	10%	10%
1.9 % de pacientes con indicación de hosp. Desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	80%	2.453	4.350	56%	10%	7%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	910	1.967	46%	30%	28%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>93%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL SAN CARLOS				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.4 % de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.	93%	250	292	86%	15%	14%
1.5 % de cumplimiento de prog. de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	95%	40.437	32.176	126%	10%	10%
1.6 % de categorización de urgencia a través de ESI en las UEH.	90%	33.045	33.045	100%	15%	15%
1.7 % de pacientes categorizados con CUDYR (categ.usuaria por dependencia y riesgo)	95%	16.790	17.092	98%	10%	10%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	5.542	5.758	96%	10%	10%
1.9 % de pacientes con indicación de hosp. desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	80%	1.470	1.966	75%	10%	9%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	243	589	41%	30%	25%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>93%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL BULNES				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	44%	375	878	43%	10%	10%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	81%	782	878	89%	20%	20%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	56%	988	1.783	55%	10%	10%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	2.118	2.119	100%	30%	30%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	87	192	45%	30%	27%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>97%</b>

ESTABLECIMIENTO			HOSPITAL YUNGAY			
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	41%	328	1.096	30%	10%	7%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	87%	889	1.096	81%	20%	19%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	48%	981	1.890	52%	15%	15%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	835	847	99%	25%	25%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	74	162	46%	30%	27%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>93%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL QUIRIHUE				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	44%	400	941	43%	15%	14%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	58%	915	941	97%	10%	10%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	62%	1.012	1.732	58%	15%	14%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	930	930	100%	30%	30%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	75	145	52%	30%	30%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>98%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL COELEMU				RESULTADO PARCIAL PONDERADO
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	39%	395	1.089	36%	10%	9%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	67%	836	1.089	77%	15%	15%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	52%	1.085	1.950	56%	15%	15%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	1.211	1.211	100%	30%	30%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	107	152	70%	30%	30%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>99%</b>

ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL EL CARMEN				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	48%	240	592	41%	15%	13%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	91%	544	592	92%	20%	20%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	66%	801	1.157	69%	15%	15%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	964	964	100%	20%	20%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	71	128	55%	30%	30%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>98%</b>

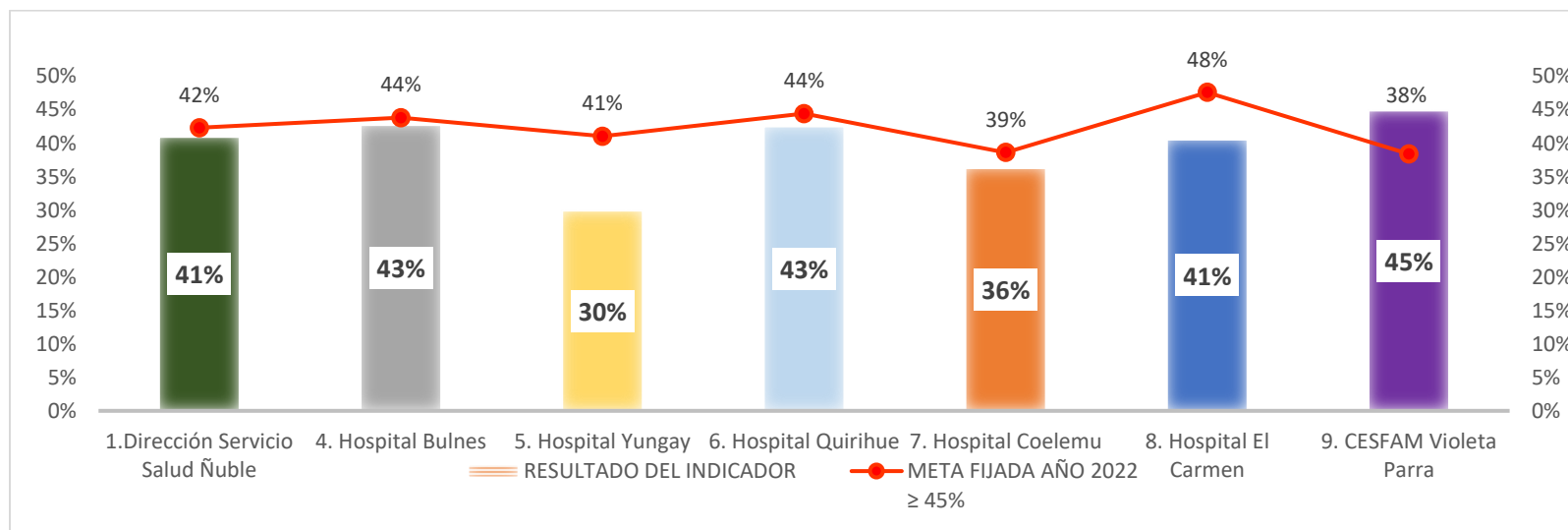
ESTABLECIMIENTO		CESFAM VIOLETA PARRA				
INDICADOR	META 2022	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	PONDERACION	RESULTADO PARCIAL PONDERADO
1.1 Personas diabéticas compensadas en el grupo 15 años y más.	38%	1.631	3.634	45%	10%	10%
1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años, con diabetes bajo control.	77%	3.070	3.634	84%	20%	20%
1.3 Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 años y más.	53%	3.557	6.337	56%	10%	10%
1.8 % de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.	100%	3.205	3.276	98%	30%	29%
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el estatuto administrativo.	50%	57	221	26%	30%	0%
<b>TOTAL</b>					<b>100%</b>	<b>69%</b>

# **RESULTADO POR INDICADOR**

**Ley 18.834, corte junio 2022.**

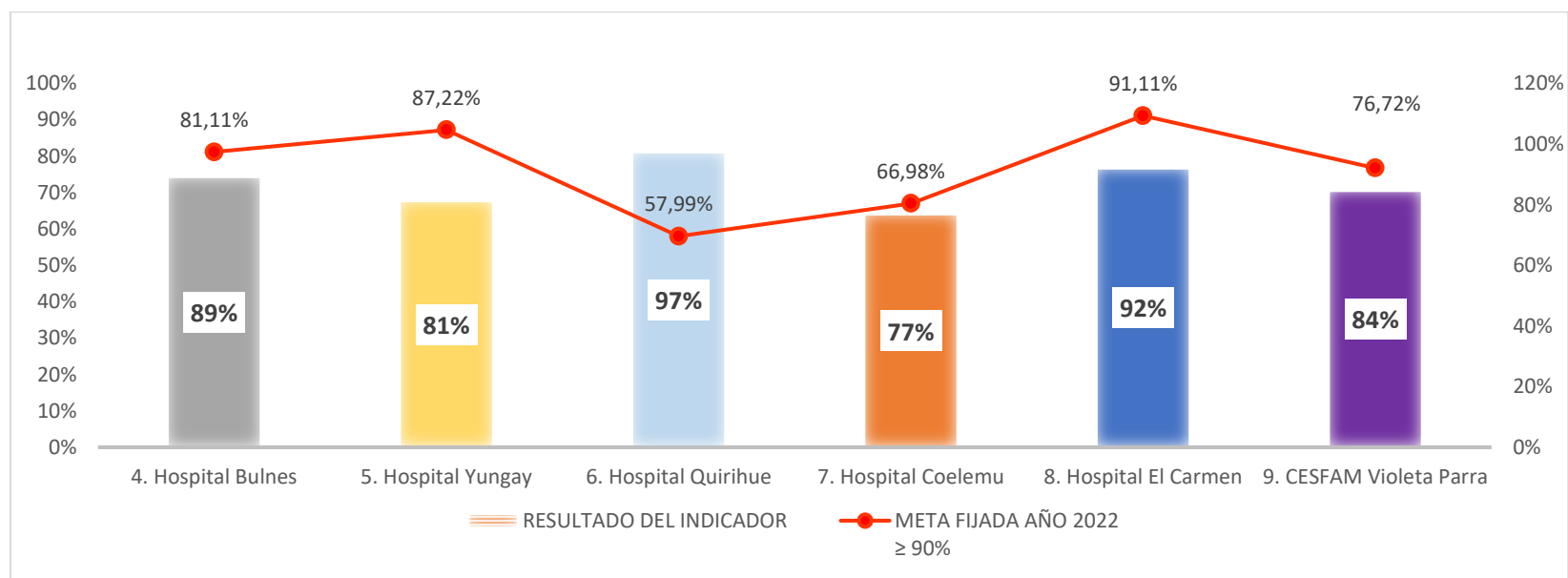
META 1.1 PERSONAS DIABÉTICAS COMPENSADAS EN EL GRUPO 15 AÑOS Y MÁS								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 $\geq 45\%$	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	42%	10%	3.369	8.230	41%	97%	PONDERA	10%
4. Hospital Bulnes	44%	10%	375	878	43%	98%	PONDERA	10%
5. Hospital Yungay	41%	10%	328	1.096	30%	73%	PONDERA	7%
6. Hospital Quirihue	44%	15%	400	941	43%	96%	PONDERA	14%
7. Hospital Coelemu	39%	10%	395	1.089	36%	94%	PONDERA	9%
8. Hospital El Carmen	48%	15%	240	592	41%	85%	PONDERA	13%
9. CESFAM Violeta Parra	38%	10%	1.631	3.634	45%	117%	CUMPLE	10%

\*El dato del CESFAM Violeta Parra, incorpora en su producción al CECOF Padre Hurtado.



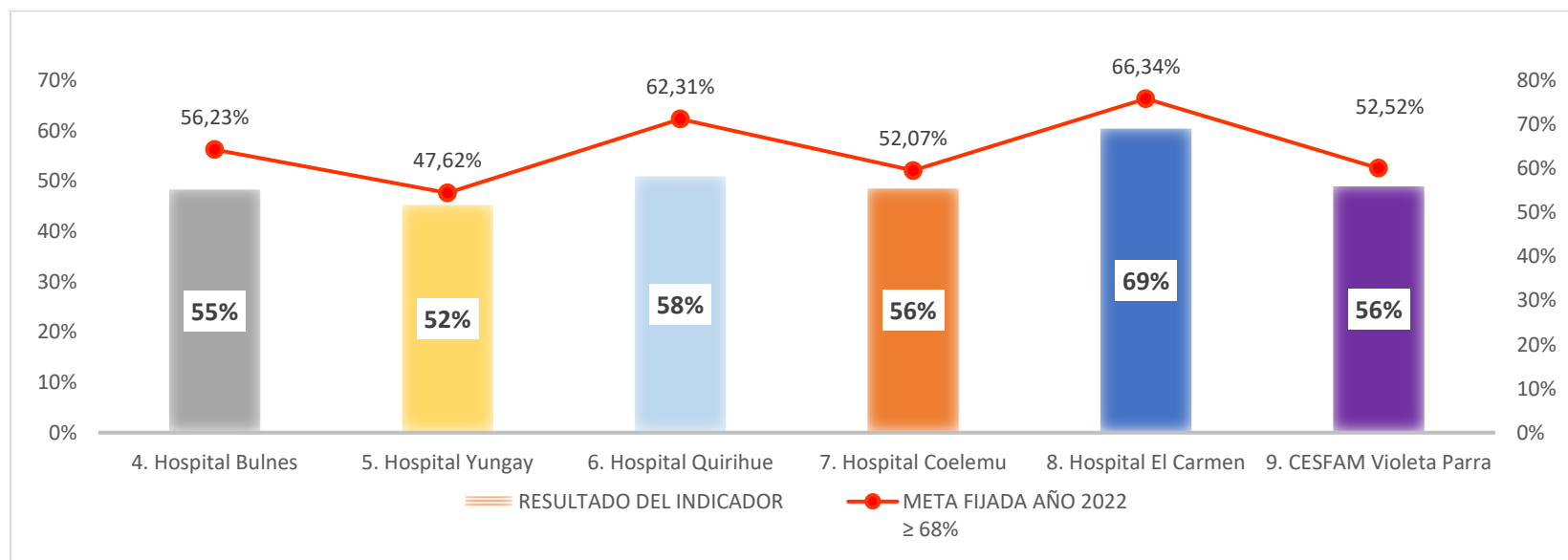
META 1.2 EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS, CON DIABETES BAJO CONTROL								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 90%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
4. Hospital Bulnes	81,11%	20%	782	878	89%	110%	CUMPLE	20%
5. Hospital Yungay	87,22%	20%	889	1096	81%	93%	PONDERA	19%
6. Hospital Quirihue	57,99%	10%	915	941	97%	168%	CUMPLE	10%
7. Hospital Coelemu	66,98%	15%	836	1.089	77%	115%	CUMPLE	15%
8. Hospital El Carmen	91,11%	20%	544	592	92%	101%	CUMPLE	20%
9. CESFAM Violeta Parra	76,72%	20%	3070	3634	84%	110%	CUMPLE	20%

\*El dato del CESFAM Violeta Parra, incorpora en su producción al CECOF Padre Hurtado

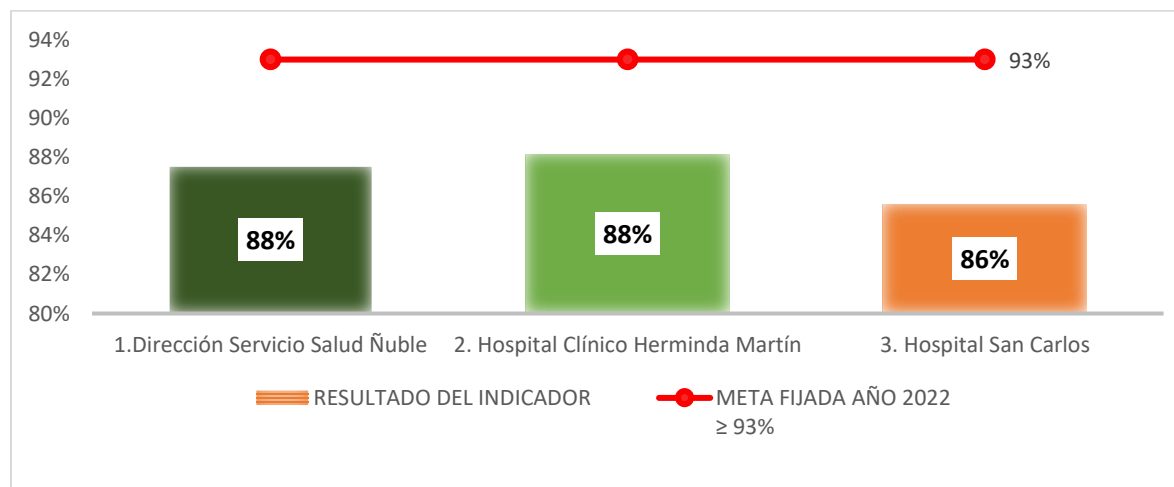


META 1.3		PERSONAS HIPERTENSAS COMPENSADAS BAJO CONTROL EN EL GRUPO DE 15 AÑOS Y MÁS						
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 68%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
4. Hospital Bulnes	56,23%	10%	988	1.783	55%	99%	PONDERA	10%
5. Hospital Yungay	47,62%	15%	981	1.890	52%	109%	CUMPLE	15%
6. Hospital Quirihue	62,31%	15%	1.012	1.732	58%	94%	PONDERA	14%
7. Hospital Coelemu	52,07%	15%	1.085	1.950	56%	107%	CUMPLE	15%
8. Hospital El Carmen	66,34%	15%	801	1.157	69%	104%	CUMPLE	15%
9. CESFAM Violeta Parra	52,52%	10%	3.557	6.337	56%	107%	CUMPLE	10%

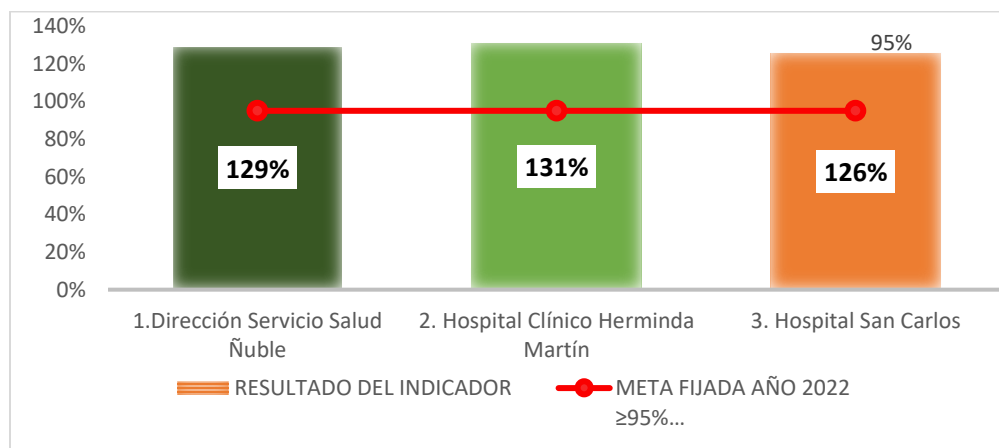
\*El dato del CESFAM Violeta Parra, incorpora en su producción al CECOF Padre Hurtado.



META 1.4		PORCENTAJE DE EGRESOS DE MATERNIDAD CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 93%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	93%	10%	1.084	1.238	88%	94%	PONDERA	9%
2. Hospital Clínico Herminda Martín	93%	15%	834	946	88%	95%	PONDERA	14 %
3. Hospital San Carlos	93%	15%	250	292	86%	92%	PONDERA	14%

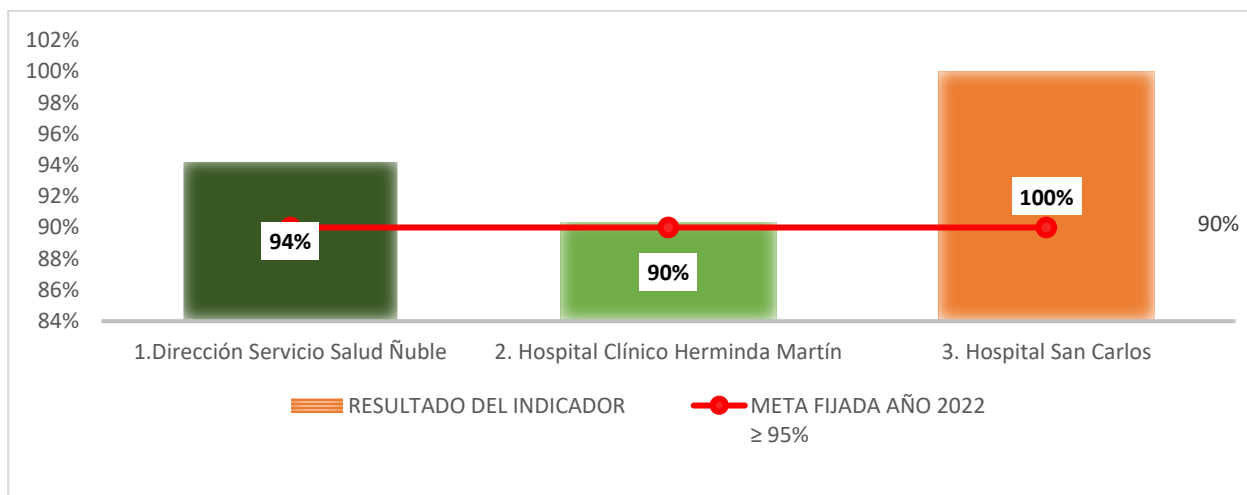


META 1.5 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MÉDICOS DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥95%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR (al corte)	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	95%	10%	128.929	99.640	129%	136%	CUMPLE	10%
2. Hospital Clínico Herminda Martín	95%	10%	88.492	67.464	131%	138%	CUMPLE	10%
3. Hospital San Carlos	95%	10%	40.437	32.176	126%	132%	CUMPLE	10%



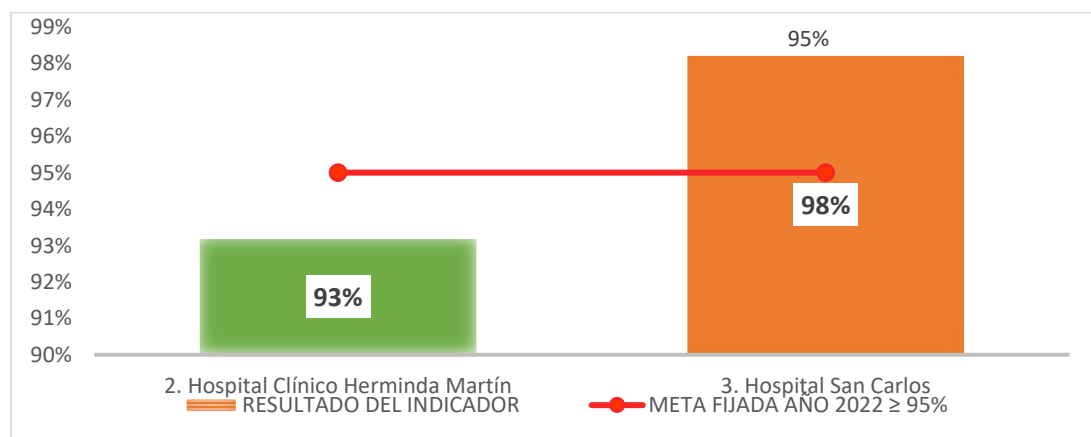
META 1.6 PORCENTAJE DE CATEGORIZACIÓN DE URGENCIA A TRAVÉS DE ESI EN LAS UEH								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 95%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	90%	20%	76.928	81.609	94%	105%	CUMPLE	20%
2. Hospital Clínico Herminda Martín	90%	15%	43.883	48.564	90%	100%	CUMPLE	15%
3. Hospital San Carlos	90%	15%	33.045	33.045	100%	111%	CUMPLE	15%

Respecto al Numerador del indicador: Número de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH, se deben agregar las categorizaciones de pacientes odontológicos, según Orientaciones de las metas sanitarias, lo cual debe ser incorporado en el registro REM.

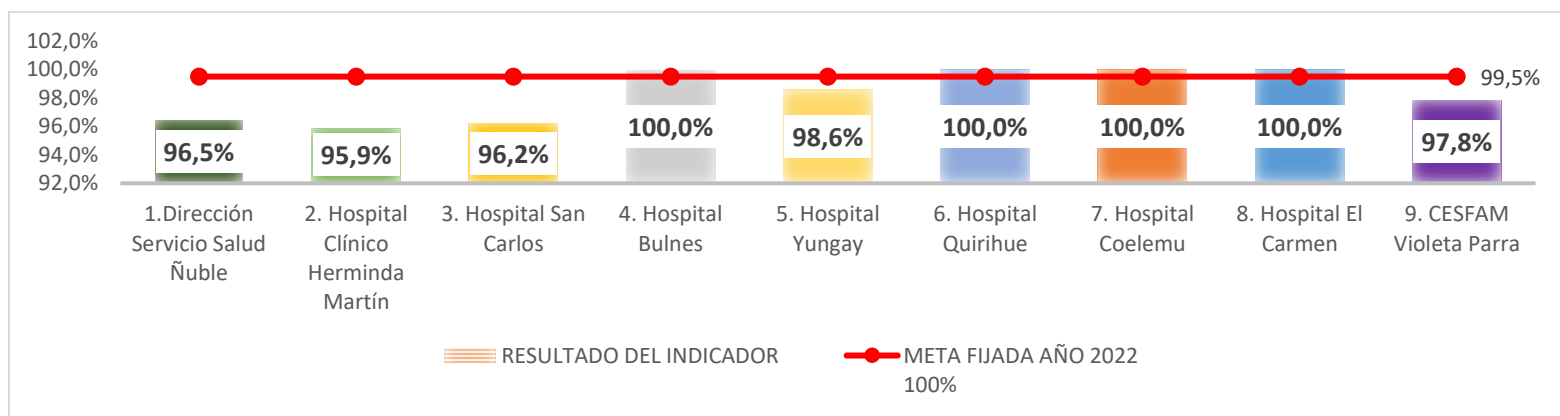


<b>META 1.7 PORCENTAJE DE PACIENTES CATEGORIZADOS CON CUDYR (CATEGORIZACIÓN USUARIA POR DEPENDENCIA Y RIESGO)</b>								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 95%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
2. Hospital Clínico Herminda Martín	95%	10%	57.639	61.841	93%	98%	PONDERA	9,8%
3. Hospital San Carlos	95%	10%	16.790	17.092	98%	103%	CUMPLE	10%

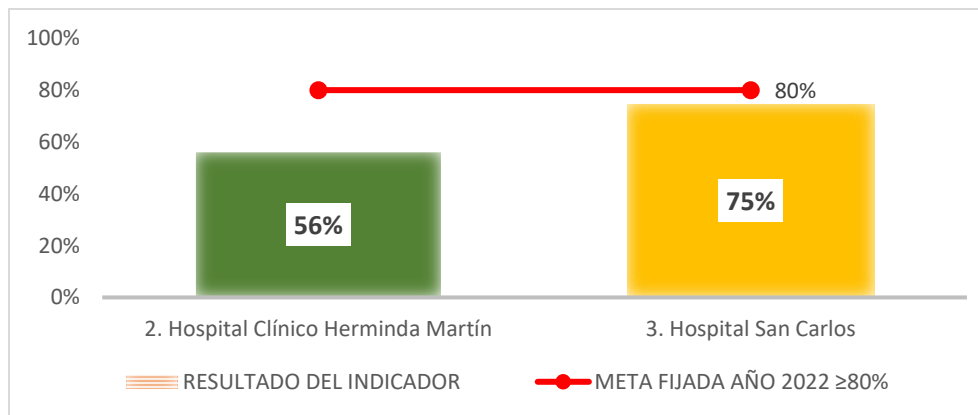
El HCHM, presento al término del segundo semestre un Plan de Mejora, según lo indicado en Orientación Técnica de la Meta Sanitaria, las actividades fueron focalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, dado que representa el mayor porcentaje de egresos del hospital. Estas actividades tienen relación con la revisión de del Sistema informático, pues se observa una baja categorización, además de realizar coordinaciones con estadístico de turno, cuando se produzca un traslado de pacientes dentro del CROG, estas actividades tienen termino de ejecución el 31 de agosto, por lo cual a partir de aquella fecha se espera un mayor impacto en su desempeño. Para mayor información se adjunta plan de mejora.



META 1.8 PORCENTAJE DE GESTIÓN EFECTIVA PARA EL CUMPLIMIENTO GES EN LA RED								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 100%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	99,5%	20%	48.454	50.203	96,5%	97%	PONDERA	19%
2. Hospital Clínico Herminda Martín	99,5%	10%	33649	35098	95,9%	96%	PONDERA	10%
3. Hospital San Carlos	99,5%	10%	5542	5758	96,2%	97%	PONDERA	10%
4. Hospital Bulnes	99,5%	30%	2.118	2.119	100,0%	100%	CUMPLE	30%
5. Hospital Yungay	99,5%	25%	835	847	98,6%	99%	PONDERA	25%
6. Hospital Quirihue	99,5%	30%	930	930	100,0%	101%	CUMPLE	30%
7. Hospital Coelemu	99,5%	30%	1.211	1.211	100,0%	101%	CUMPLE	30%
8. Hospital El Carmen	99,5%	20%	964	964	100,0%	101%	CUMPLE	20%
9. CESFAM Violeta Parra	99,5%	30%	3.205	3.276	97,8%	98%	PONDERA	29%



META 1.9 PORCENTAJE DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DESDE UEH, QUE ACCEDEN A CAMA DE DOTACIÓN EN MENOS DE 12 HORAS								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥80%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
2. Hospital Clínico Herminda Martín	80%	10%	2.453	4.350	56%	70%	PONDERA	7%
3. Hospital San Carlos	80%	10%	1.470	1.966	75%	93%	PONDERA	9%



**META 3.1 CAPACITACIÓN DE FUNCIONARIOS REGIDOS POR EL ESTATUTO ADMINISTRATIVO, CAPACITADOS DURANTE EL AÑO 2022, EN AL MENOS UNA ACTIVIDAD PERTINENTE DE LOS EJES ESTRATEGICOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	META FIJADA AÑO 2022 ≥ 50%	PONDERACIÓN Ley 18.834	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	GRADO CUMPLIMIENTO DE LA META	CONTROL % META	RESULTADO PARCIAL PONDERADO 18.834
1. Dirección Servicio Salud Ñuble	50%	30%	54	429	13%	25%	NO CUMPLE	0%
2. Hospital Clínico Herminda Martín	50%	30%	910	1.967	46%	93%	PONDERA	28%
3. Hospital San Carlos	50%	30%	243	589	41%	83%	PONDERA	25%
4. Hospital Bulnes	50%	30%	87	192	45%	91%	PONDERA	27%
5. Hospital Yungay	50%	30%	74	162	46%	91%	PONDERA	27%
6. Hospital Quirihue	50%	30%	75	145	52%	103%	CUMPLE	30%
7. Hospital Coelemu	50%	30%	107	152	70%	141%	CUMPLE	30%
8. Hospital El Carmen	50%	30%	71	128	55%	111%	CUMPLE	30%
9. CESFAM Violeta Parra	50%	30%	57	221	26%	52%	NO CUMPLE	0%

En el CESFAM Violeta Parra, solo se ejecutaron dos actividades de un total de siete programadas, impactando en el resultado. En el caso de la DSSÑ, el bajo resultado alcanzado, se debe a que la mayoría de las capacitaciones ejecutadas, fueron actividades que se relacionan con el PAC RED, que impacta y beneficia a los establecimientos HCSF. Por otra parte, este indicador en su mayoría está asociado a el cumplimiento del PAC CBC, que actualmente aún esta en proceso de compra de actividades para prontamente empezar la ejecución respectiva. (Referente: Naamán Sepúlveda Riquelme)

