

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo a Junio 2014	Estimado 2014	Meta 2015	Ponderación ¹	Medios de Verificación	Notas
•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) en establecimientos de alimentos, investigados por las SEREMIS de Salud Aplica Desagregación por Sexo: NO	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de brotes de ETA en establecimientos de alimentos, investigados por las Seremis de Salud, durante el año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de brotes de ETA en establecimientos de alimentos, comunicados a las Seremi por la Red Asistencial de salud, durante el año t}} \right) * 100$	97.63 %	100.00 %	100.00 %	96.60 %	99.06 %	99.06 %	20%	<u>Formularios/Fichas</u> Registro por parte de las SEREMIS al sistema de oficial de ETAs. <u>Base de Datos/Software</u> Notificación por parte de las SEREMIS al sistema notificación de brotes o eventos de salud pública (FileMaker)	2
•Programas en Salud Pública – Programa Nacional de Prevención y Control de VIH e ITS	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t. Aplica Desagregación por Sexo: SI	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza durante el año t}}{\text{N}^\circ \text{ de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t}} \right) * 100$	88.99 %	93.36 %	94.21 %	94.71 %	90.00 %	90.00 %	10%	<u>Formularios/Fichas</u> Reportes del Sistema de Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) sobre vacunación contra la influenza, por región y grupo objetivo.	3
		Mujeres:	0.00%	0.00%	103.19%	0.00%	90.00%	90.00%			
		Hombres:	0.00%	0.00%	83.66%	0.00%	90.00%	90.00%			

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo a Junio 2014	Estimado 2014	Meta 2015	Ponderación ¹	Medios de Verificación	Notas
•Políticas Públicas, Promoción y Prevención de la Salud	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de Prevalencia de niños/niñas obesos menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI</p>	<p>((Nº niños/niñas obesos menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t/Total niños/niñas menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t)*100)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	<p>s.i.</p> <p>s.i.</p> <p>s.i.</p>	<p>10.08 %</p> <p>0.00%</p> <p>0.00%</p>	<p>10.23 %</p> <p>9.87%</p> <p>10.58%</p>	<p>n.m.</p> <p>n.m.</p> <p>n.m.</p>	<p>10.20 %</p> <p>9.88%</p> <p>10.51%</p>	<p>10.20 %</p> <p>9.88%</p> <p>10.51%</p>	<p>5%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe semestral(REM del DEIS), corte en junio y en diciembre.</p>	<p>4</p>
•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje anual de fiscalizaciones por Ley de Tabaco en restaurantes código CIU 552010 (con autorización sanitaria de alimentos) durante el año t, respecto al catastro de restaurantes código CIU 552010 realizado el año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Nº de fiscalizaciones anuales en Tabaco (inspecciones por Ley de Tabaco) en instalaciones de alimentos (restaurantes) con autorización sanitaria de alimentos /Nº total de instalaciones de alimentos (restaurantes) con autorización de alimentos, catastrados por las Seremis a Diciembre año t-1)*100)</p>	<p>s.i.</p>	<p>12.11 %</p>	<p>22.62 %</p>	<p>12.23 %</p>	<p>19.98 %</p>	<p>19.98 %</p>	<p>10%</p>	<p><u>Base de Datos/Software</u> Reporte mensual de fiscalizaciones en restaurantes código CIU 552010 desde RAKIN.</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Planilla consolidada con los datos de todas las SEREMIs.</p>	<p>5</p>

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo a Junio 2014	Estimado 2014	Meta 2015	Ponderación ¹	Medios de Verificación	No-tas
<p>•Información estadística en salud y su marco normativo</p> <p>– Fijación de estándares y gestión para la captura, traslado, almacenamiento, procesamiento, control de calidad y difusión de información en Salud (DEIS)</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de solicitudes del ámbito de ambientes realizadas a través de Autoridad Sanitaria Digital (ASD) relativas a 4 prestaciones, sobre el total de solicitudes del ámbito de ambientes realizadas relativas a 4 prestaciones, durante el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de solicitudes del ámbito de ambientes realizadas a través del Sistema Trámite en Línea (relativas a 4 prestaciones)/N° total de solicitudes del ámbito de ambientes realizadas (relativas a 4 prestaciones), durante el año t)*100)</p>	n.m.	0.00 %	92.96 %	97.48 %	92.00 %	92.00 %	5%	<p>Reportes/Informes Informe de SEREMI (Autoridad Sanitaria Regional) reportando el n° de trámites en formato papel.</p> <p>Base de Datos/Software Base de Datos de Sistema Trámite en Línea reportando el n° de trámites en formato digital.</p>	6
<p>•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>– Monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) de la década</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Índice de pesquisa de Tuberculosis, durante el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de baciloscopías diagnósticas pulmonares procesadas, durante el año t/N° de consultas de morbilidad en mayores de 15 años, durante el año t)*1000)</p>	17.66 personas	19.75 personas	0.00 personas	19.44 personas	20.00 personas	22.00 personas	10%	<p>Formularios/Fichas REM: consultas de morbilidad</p> <p>Reportes/Informes Acciones bacteriológicas del programa de tuberculosis</p>	7
<p>•Pronunciamientos técnico-administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores</p> <p>– Gestión de los trámites de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez</p>	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en menos de 25 días</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en = ó < de 25 días/Número total de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas)*100)</p>	0.0 %	n.m.	65.4 %	73.5 %	n.m.	90.0 %	5%	<p>Base de Datos/Software Sistema Informático de licencias médicas - FONASA (DWH)</p>	8

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo a Junio 2014	Estimado 2014	Meta 2015	Ponderación ¹	Medios de Verificación	No-tas
•Pronunciamentos técnico-administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de licencias médicas fiscalizadas en relación al total de licencias médicas tramitadas en la Comisión Médica Preventiva y de Invalidez (COMPIN) durante el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ licencias médicas fiscalizadas con peritaje, durante el año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de licencias tramitadas en la Comisión Médica Preventiva y de Invalidez (COMPIN), durante el año t}} \right) * 100$	27 %	26 %	28 %	28 %	26 %	26 %	15%	<u>Reportes/Informes</u> Informes de las COMPIN de todas las SEREMIs, consolidada por el Depto. de Coordinación Nacional de COMPIN.	9

Notas:

1.-Los contactos de enfermedad meningocócica corresponden a: Persona de cualquier edad, cuya asociación con un individuo enfermo haya sido íntima (contacto estrecho) como para contraer el agente, tales como personas que duermen bajo un mismo techo en casas, salas-cunas, internados y similares. Se agregan los pasajeros de viajes de 5 horas o más en buses u otro medio de transporte. Dependiendo de la situación, se evalúa si otras personas han estado expuestas al riesgo de enfermarse. El tratamiento consiste en aplicar a la brevedad (dentro de las 24 horas de notificados) un tratamiento preventivo (quimioprofiláctico), según esquema establecido, a fin de evitar casos secundarios. El antibiótico de elección es la Rifampicina (niños), ciprofloxacino en adultos y la ceftriaxona en embarazadas y recién nacidos. Se considera tratado oportunamente todo caso detectado al que se le realiza visita domiciliaria por parte del epidemiólogo o el equipo de salud local y se registra en la ficha epidemiológica del caso la fecha del inicio de tratamiento, el número y edades de los contactos tratados. El número de contactos por cada caso de EM es variable, depende del grupo familiar y personas expuestas al enfermo. Por tanto, el indicador se mide en relación al número de casos de EM con contactos tratados en forma oportuna, es decir, dentro de las 24 hrs. de notificado a la SEREMI de Salud. Uno de los mayores riesgos para el cumplimiento del indicador es el desabastecimiento de medicamentos, que podría darse por un retraso en la compra o por un gasto excesivo de medicamentos dependiendo de una situación en particular y que no necesariamente se ajusta a la normativa establecida.

2.-Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) constituyen síndromes, generalmente agudos, que pueden caracterizarse por un cuadro digestivo, cutáneo o neurológico originado por la ingestión de alimentos y/o agua que contengan agentes etiológicos en cantidad tal que afecten la salud de la población (2 ó más personas), y donde la evidencia epidemiológica o de laboratorio implica al alimento y/o agua como vehículo de la enfermedad. La presentación de un brote de ETA da cuenta de la pérdida de inocuidad de los alimentos en algún punto de la cadena, razón por la cual deben ser investigados (DS 158/04), para determinar los factores contribuyentes y adoptar las medidas necesarias para su control y prevención de eventos futuros. Todos los brotes o eventos de importancia en Salud Pública deben ser notificados por epidemiología de la SEREMI de Salud en el sistema FileMaker y posteriormente registrar en el Sistema oficial de Vigilancia ETA, los resultados de la investigación y su informe final. La investigación de los brotes de ETA permite adoptar las medidas de control en forma específica, además el análisis de la información permite orientar de forma más adecuada los programas de vigilancia de alimentos, las estrategias de promoción de la salud y, en caso de ser necesario, la comunicación de los riesgos a la población.

3.-Esta estrategia de vacunación se dirige a grupos definidos anualmente por condiciones de riesgo y personas altamente susceptibles de enfermarse y no a toda la población general, no considera desagregación por género, dado que no se hace diferencia con este criterio. Las estimaciones del número de personas a vacunar dependen de varios factores: la primera es por proyección INE para cada año, para aquellos grupos que se vacunan por corresponder a un grupo de edad específico. Existen grupos definidos por otras variables de riesgo, por ejemplo personal de salud, enfermos crónicos, embarazadas, otras prioridades que están dadas por contingencias o condiciones de riesgo social, por ejemplo, personas que no se encuentran en los grupos definidos anteriormente y no cuentan con estadísticas oficiales de estimación, como son población en condiciones de hacinamiento, albergues, hogares de menores, personas en situación de calle y todas aquellas solicitudes que se generan en cada región usando este criterio de población de riesgo asociado. Estas estrategias se ven plasmadas en los Planes de vacunación regionales, que se solicitan anualmente a las SEREMIs para que preparen su estrategia local para dichos grupos. Fue agregado en el 2012 y se ha mantenido para 2013 y 2014 el grupo "trabajadores en contacto con aves y cerdos", determinado por el Depto. de Epidemiología, dado el riesgo de recombinación viral de las cepas de influenza humana, porcina y aviar. Se debe considerar que no todas las personas a quienes les corresponden recibir vacuna, lo hacen, ya sea por condición de salud o simplemente la rechaza. La estrategia de vacunación busca cubrir al mayor porcentaje de personas en grupos de riesgo y susceptibles, no obstante existen factores externos, que quedan fuera del manejo del sector que dificultan la adherencia. También se debe considerar el porcentaje de pérdida del producto, dado que es un

producto lábil a las desviaciones térmicas, siempre debemos tener un margen de respaldo sugerido por la OPS, en Manual de Gerencia PAI (año 2006, módulo V), que explícita: "el factor de pérdida debe ser ajustado en cada país de acuerdo a su operativa y pueden ser diferentes en áreas urbanas y rurales y durante campañas". Lo anterior en consideración frente a cualquier eventual pérdida del rango en la cadena de frío y sobre todo en estrategias masivas, como un proceso de campaña, donde se implementan planes de acción en terreno que aumentan el riesgo de pérdidas.

4.-Chile pertenece a la Red de Cooperación Técnica en Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Red SISVAN), auspiciada por la Oficina Regional de la FAO para América Latina y El Caribe. Dentro del compromiso adquirido con la Red, se definieron mediciones en los períodos de junio y diciembre de cada año, cuyo informe se entrega a fines del mes siguiente para permitir comparar períodos iguales con el resto de los países de América Latina y El Caribe. El acuerdo con este organismo, Red SISVAN, no permitiría cambiar la fecha de registro de datos. Los centros de Atención Primaria de Salud (APS), tienen un calendario anual de actividades establecido por Ley, por lo que este indicador se mide semestralmente en junio y diciembre de cada año. Los centros de APS, realizan un censo el último día hábil de estos meses y los resultados de población según calificación nutricional, son entregados a fines del mes siguiente, lo que implica que los datos del censo de diciembre de 2014 serían entregados por el Depto. Estadístico de Información y Salud (DEIS) el 31 de enero de 2015. En Chile la prevalencia de obesidad tiene una tendencia creciente en todos los grupos de edad asociado con la rápida transición nutricional observada en el país y cuyas consecuencias se aprecian desde edades muy tempranas. La prevalencia de obesidad comienza de manera precoz (antes de los dos meses) con alrededor de un 3% de obesidad en los menores de dos meses, luego se incrementa de manera sostenida hasta el año de vida donde se produce un plateau que dura hasta los 24 meses, donde nuevamente se produce un nuevo pick en la tasa. A partir de los 48 meses de edad, se produce un incremento importante de la obesidad. No obstante, el cumplimiento de esta meta presenta dificultades por la complejidad de factores involucrados en su génesis, lo que condiciona que la solución no dependa sólo de factores individuales y familiares, sino que también influyen una serie de condicionantes sociales que inciden en la adquisición de hábitos de vida saludables. Considerando el impacto de la obesidad en la carga de enfermedad de la población, es preciso prevenir y tratar esta enfermedad desde muy tempranas edades, razón por la cual se considera necesario y pertinente mantener esta meta, con el indicador de medición y su estructura.

5.-El N° total de restaurantes (código CIU 552010) a fiscalizar, se basará en un catastro actualizado por cada SEREMI a finales del año 2013 contrastada con información entregada por SII en Marzo del 2014 y consolidada en Abril del 2014. La categorización de los establecimientos se realizará a través del código CIU que hace referencia a la Clasificación Internacional Industrial Uniforme 52010: Clasificación de restaurante. El sistema de registro de información y validación de datos se hará a través del sistema de soporte informático de la Subsecretaría de Salud Pública denominado RAKIN ya que este es el medio oficial, de acuerdo a las instrucciones y circulares internas, en que se debe llevar el registro de acciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Para efectos de evaluar el cumplimiento del Indicador H de Tabaco, se utilizará la base de datos extraída del sistema en ACTIVIDADES E INSPECCIONES. El indicador se valida desde el campo ACTIVIDAD con Materia: ley de Tabaco, no siendo relevante la intervención a través de la cual se realiza el ingreso, esto pues la Inspección de Ley de tabaco se puede dar como secundaria a otra actividad realizada en cuanto a los deberes y obligaciones de la Autoridad Sanitaria. El principal medio de verificación se obtiene a través de la columna Dirección, para luego validar con otras columnas que permitan identificar la instalación con respecto al catastro. Esto, pues es posible que durante el mismo año, un establecimiento posea más de un Rut, Razón Social o Nombre de Fantasía. Una inspección contempla que se visite la instalación para verificar el cumplimiento de la normativa (Ley N° 19.419) 1. Verificar que el local se mantiene en funcionamiento y anotar las observaciones pertinentes de no ser así. 2. Verificar la correcta aplicación de la normativa de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual de Fiscalización. 3. En el caso de constatar una infracción, la Autoridad Sanitaria informará el hecho ante el Juez de Policía Local, según corresponda. (Art. N° 15 y 16 de la Ley N° 19.419)

6.-El Sistema Trámite en Línea (STL), no es una marca específica, representa un concepto informático genérico asociado a una plataforma tecnológica dinámica de alcance nacional y cuyo objetivo es el registro, tramitación y gestión de solicitudes de prestaciones sanitario-ambientales en un ambiente digital. Esta plataforma tecnológica o ambiente digital, podrá ser actualizada, desarrollada, operada y administrada indistintamente a través de contratos con proveedores externos, recursos propios de la Autoridad Sanitaria o una combinación de ambos, según convenga a los intereses y estándares de seguridad y continuidad operacional que fije el MINSAL. En la actualidad, la plataforma tecnológica tiene por nombre "Autoridad Sanitaria Digital" (ASD). El sistema informático en el ámbito de ambientes incluye para el 2014, 4 tipos de prestaciones: Certificado de Desratización; Informes sanitarios; Certificado de Destinación Aduanera de Sustancias Químicas Peligrosas y Autorización de Internación de Sustancias Químicas Peligrosas.

7.-La Tuberculosis forma parte central de la Estrategia Nacional de Salud, es parte de los indicadores del Objetivo estratégico n°1 de enfermedades transmisibles. La meta al 2020 es eliminar a la tuberculosis como problema de salud pública. La baciloscopia es un examen de la expectoración que permite localizar de manera temprana los casos contagiosos de Tuberculosis presentes en la comunidad y se realiza de manera gratuita en todos los establecimientos de salud públicos del país (Centros de atención primaria y Hospitales de todas las complejidades). Los datos de la cantidad de baciloscopías procesadas serán enviados mensualmente desde los laboratorios de los Servicios de Salud al Nivel Central del Programa de Tuberculosis.

8.-Este indicador permitirá medir el porcentaje de las licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en menos de 25 días, no incluyendo las tramitadas por CCAF. El alcance del Indicador corresponderá desde la fecha de ingreso al sistema informático FONASA hasta la fecha de liquidación, es decir lista para el pago.

9.-La fiscalización de una licencia médica es el acto por el cual los médicos contralores de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) revisan las licencias, pudiendo modificarlas de acuerdo a la normativa vigente (DS N°3, 1984): Reglamento de Autorización de licencias médicas por los Servicios de Salud e ISAPRES. Los tipos de fiscalizaciones son: - citar al paciente a evaluación con médico contralor o con interconsultor- ordenar una visita domiciliaria para verificar cumplimiento del reposo- solicitar informe médico complementario- solicitar resultados de exámenes- verificar vínculo laboral Este indicador, a partir del año 2005 pasa a ser monitoreado por las SEREMIS (o autoridad sanitaria regional), quienes definirán el tipo de registro que se consignará conforme a los lineamientos de la autoridad.

