

## INDICADORES DE DESEMPEÑO VERSIÓN PROYECTO DE LEY AÑO 2021

<b>MINISTERIO</b>	MINISTERIO DE SALUD	<b>PARTIDA</b>	16
<b>SERVICIO</b>	SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA	<b>CAPÍTULO</b>	09

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2017	Efectivo 2018	Efectivo 2019	Efectivo a Junio 2020	Meta 2021	Notas
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.</li> </ul>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>1 Porcentaje de casos con contactos de enfermedad meningocócica tratados oportunamente(Primeras 24 Horas) desde la notificación del establecimiento de salud a la SEREMI, durante el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI</p>	<p>(Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos tratados oportunamente (primeras 24 horas a partir de la notificación desde el establecimiento de salud a la SEREMI), durante el año /Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos, durante el año t)*100</p>	<p>100.0 % (81.0/81.0)* 100</p> <p>H: 100.0 (35.0/35.0)* 100</p> <p>M: 100.0 (46.0/46.0)* 100</p>	<p>100.0 % (75.0/75.0)* 100</p> <p>H: 100.0 (48.0/48.0)* 100</p> <p>M: 100.0 (27.0/27.0)* 100</p>	<p>100.0 % (68.0/68.0)* 100</p> <p>H: 100.0 (36.0/36.0)* 100</p> <p>M: 100.0 (32.0/32.0)* 100</p>	<p>100.0 % (3.0/3.0)*10 0</p> <p>H: 100.0 (2.0/2.0)*10 0</p> <p>M: 100.0 (1.0/1.0)*10 0</p>	<p>97.6 % (83.0/85.0)* 100</p> <p>H: 97.6 (41.0/42.0)* 100</p> <p>M: 97.7 (42.0/43.0)* 100</p>	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Programas e Iniciativas en Salud Pública</li> </ul>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>2 Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI</p>	<p>(N° de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza durante el año t /N° de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t)*100</p>	<p>88.14 % (4375378.00 /4964196.00 )*100</p> <p>H: 87.97 (1790564.00 /2035318.00 )*100</p> <p>M: 88.25 (2584814.00 /2928878.00 )*100</p>	<p>86.29 % (4905024.00 /5684412.00 )*100</p> <p>H: 84.34 (1965747.00 /2330609.00 )*100</p> <p>M: 87.64 (2939277.00 /3353803.00 )*100</p>	<p>88.98 % (5328796.00 /5988904.00 )*100</p> <p>H: 87.63 (2151738.00 /2455451.00 )*100</p> <p>M: 89.91 (3177058.00 /3533453.00 )*100</p>	<p>98.47 % (7488788.00 /7605529.00 )*100</p> <p>H: 104.29 (3252080.00 /3118267.00 )*100</p> <p>M: 94.42 (4236708.00 /4487262.00 )*100</p>	<p>90.00 % (7636055.00 /8484505.00 )*100</p> <p>H: 90.00 (3130783.00 /3478647.00 )*100</p> <p>M: 90.00 (4505272.00 /5005858.00 )*100</p>	2

<p>•Pronunciamientos técnicos administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores</p>	<p><u>Calidad/Productos</u></p> <p>3 Tiempo promedio de tramitación licencias de pago directo</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	<p>(Sumatoria de días de licencias liquidadas en el año t/Número total de licencias liquidadas en el año t)</p>	<p>34.2 días (11981675.0 /350534.0)</p>	<p>33.3 días (13685839.0 /410418.0)</p>	<p>17.1 días (8146202.0/ 477143.0)</p>	<p>15.5 días (4366265.0/ 282396.0)</p>	<p>22.0 días (14049332.0 /638606.0)</p>	<p>3</p>
<p>•Programas e Iniciativas en Salud Pública -Programa Nacional de Prevención y Control de VIH e ITS</p>	<p><u>Eficacia/Productos</u></p> <p>4 Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI</p>	<p>(N° de exámenes de VIH realizados en el año t/Población total en el año t)*100.000</p>	<p>6444.99 número (1184197.00 /18373917.00)*100000.00</p>	<p>8233.33 número (1527465.00 /18552218.00)*100000.00</p>	<p>8508.50 número (1593348.00 /18726548.00)*100000.00</p>	<p>3126.11 número (590732.00/ 18896684.00)*100000.00</p>	<p>6656.07 número (1309805.00 /19678363.00)*100000.00</p>	<p>4</p>
<p>•Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.</p>	<p><u>Eficacia/Productos</u></p> <p>5 Porcentajes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI</p>	<p>(N° de brotes de ETA, investigados por las SEREMIS de Salud, durante el año t/N° total de brotes de ETA, notificados a las SEREMIS de Salud desde la Red Asistencial en el año t)*100</p>	<p>92.55 % (956.00/1033.00)*100</p>	<p>92.44 % (1051.00/1137.00)*100</p>	<p>100.00 % (1051.00/1051.00)*100</p>	<p>78.17 % (376.00/481.00)*100</p>	<p>93.97 % (1044.00/1111.00)*100</p>	<p>5</p>

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. Entrada al proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: notificación desde el establecimiento de salud de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica. Cierre del proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: clasificación del caso como enfermedad meningocócica y serogrupo. Para efecto del indicador H de enfermedad meningocócica, quimioprofilaxis a contactos antes de 24 horas, la apertura del proceso es la misma, es decir, la notificación de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica y el cierre es la entrega de medicamentos de bloqueo a los contactos y posterior registro.

Es importante mencionar que, el caso que ingresa a la vigilancia por otro diagnóstico (ejemplo: meningitis bacteriana, no meningocócica) y en el resultado del laboratorio se detecta el agente *Neisseria meningitidis*, se debe considerar como fecha de notificación, a la fecha de detección del agente.

Adicionalmente, existen casos en que se los Servicios de Salud realizan el tratamiento a los contactos, sin notificación previa a la SEREMI. Por lo tanto, la fecha de la quimioprofilaxis es anterior a la notificación.

Se excluyen de la medición, los casos de notificación tardía, es decir, aquellos que son notificados por los Servicios de Salud con fecha posterior a 10 días corridos desde el inicio de los primeros síntomas del enfermo. Pasada esta fecha, la quimioprofilaxis no tiene efecto en los contactos.

Esta estrategia de vacunación se dirige a grupos definidos anualmente por situación epidemiológica nacional, condiciones de riesgo y susceptibilidad de enfermar severamente. Las coberturas se miden sobre totales poblacionales y no por sexo puesto que no es posible determinar la población objetivo en los diferentes criterios de elegibilidad, con excepción de los mayores de 65 años y lactantes de 6 meses hasta alumnos que cursan 5° año básico (poblaciones estimadas a partir de datos censales del Instituto Nacional de Estadísticas e información de matriculados entregada por el Ministerio de Educación). En el caso de aquellos grupos definidos por otras variables de riesgo (como el personal de salud, los enfermos crónicos y otras prioridades determinadas por contingencias, condiciones de riesgo social o por actividad que desempeñan en la sociedad) los denominadores varían cada año, por lo que se usa como población objetivo la vacunada el año anterior o la que es factible de estimar a partir de estadísticas de otro tipo (embarazadas, trabajadores de salud, trabajadores de empresas avícolas o de faena de cerdos, población en condiciones de hacinamiento, albergues, hogares de menores, personas en situación de calle, oficios de mayor riesgo, etc.). La estrategia de vacunación busca cubrir al mayor porcentaje de personas incluidas en los grupos de riesgo, utilizando los vacunatorios públicos y privados en convenio como brazo ejecutor principal. Se desarrollan también estrategias de acercamiento de los vacunatorios a sitios de mayor concentración de personas pertenecientes a los grupos prioritarios (vacunación extramural). El número de vacunas administradas y la identificación de las personas inmunizadas se conocen con precisión desde el año 2010, gracias al uso del sistema en línea Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), en el que se deben registrar las dosis administradas por todos los vacunatorios públicos y privados en convenio. En lo que respecta al denominador, la campaña 2020 definió con mayor precisión algunas de las poblaciones previas y amplió el rango de edades infantiles a vacunar, de acuerdo a las recomendaciones internacionales y la situación epidemiológica del país. Los cambios más relevantes fueron:

1. Ampliación de la población infantil, a fin de incluir a los niños en etapa escolar que cursan desde 1° básico hasta 5° año básico.

2. Ampliación de la población de embarazada, vacunación a este grupo de riesgo desde el inicio de la gestación. El cálculo se obtiene a partir del registro de nacidos vivos, proyectando el número a aquellas embarazadas durante el periodo de campaña.

3. Debido al contexto epidemiológico nacional, la Autoridad Sanitaria determinó medidas excepcionales para el control del COVID-19, priorizando otros grupos de la población, que, por su función en la sociedad o criticidad de las labores que desempeñan para mantener la continuidad de la seguridad, abastecimiento de productos, resguardo de las medidas sanitarias y prestación de servicios básicos, era fundamental estuvieran inmunizados contra la Influenza. Dentro del concepto "Otras Prioridades", se incluyó a: Fuerzas Armadas y de Orden, bomberos, transportistas, recolectores de basuras transportistas, y también a grupos de personas que por el hacinamiento en que viven de manera regular, constituyen un potencial foco de expansión de la influenza, como es el caso de las personas privadas de libertad y respectivo personal de custodia.

3 Este indicador contempla licencias de pago directo finalizadas (Entidad pagadora A, estados finales (4,5,9)) la sumatoria de días corresponde a días corridos desde la fecha de recepción de la licencia médica en COMPIN, hasta la fecha de liquidación de la licencia (cálculo del subsidio), ya que el proceso termina en esta instancia para COMPIN.

Esto corresponde a Licencias Médicas con Derecho a Subsidio (A,B), ya que sin derecho a subsidio no se calcula el monto. Finalmente se excluyen licencias con hasta 180 días desde la fecha de recepción de la licencias ya que si existe alguna modificación o se realizan reprocesos de licencias de años anteriores esto no afectaría el indicador.

Las Licencias médicas que son catalogadas como pago directo corresponden a las licencias entregadas a trabajadores que su empleador no están inscrito en alguna caja de compensación, lo que implica que el dinero se le entrega directamente al trabajador.

La recepción de la licencia médica por parte de la COMPIN no guarda relación con un estado, sino que se guarda como un hito, que se almacena en el campo de Fecha de Recepción de la base de datos.

4 El Plan de Acción de VIH 2018-2019 y su agenda 2020 posibilitaron la inclusión, valoración y uso del test rápido/visual como método de tamizaje de la infección por VIH, permitiendo su incorporación en la Red Asistencial y en espacios comunitarios. Es así que en el año 2019 esta estrategia, se encontraba implementada en el 100% de los centros de APS del país (591), alcanzando una cobertura comunal de un 99% (341/345 comunas). Además y de manera complementaria, se ha continuado el uso de pruebas de detección instrumentales, disponibles en todos los niveles del sector público y privado de salud. Para 2020, se proyectó la ampliación de esta estrategia, sin embargo, considerando el contexto COVID el acceso al examen se ha visto disminuido por las restricciones que implica el manejo de la Pandemia, lo que ha puesto el desafío de desarrollar iniciativas que permita la realización del examen, en al menos las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo. Durante 2021 se retomará y fortalecerá la estrategia poniendo especial énfasis en la diversificación de los canales de acceso al examen por parte de la población. Lo anterior considerando que la evidencia científica actual señala sólidamente, que el Tratamiento Antirretroviral-TARV iniciado en etapas tempranas de la infección por VIH y mantenido en el tiempo, permite una carga viral suprimida en personas bajo TARV, evitando así la transmisión a otras personas (el tratamiento es hoy una estrategia de prevención). Por ello, el acceso al examen para el diagnóstico y el tratamiento precoz, son hoy uno de los ejes centrales en el control de la epidemia por VIH.

El examen de detección de VIH está disponible en el sector público, en los distintos niveles de atención y en el sector privado en clínicas, laboratorios clínicos, hospitales, entre otros. Finalmente, la información sobre exámenes de VIH realizados se obtiene de una plataforma informática de exámenes para diagnóstico de infección por VIH (<http://exámenes.vih.redsalud.gob.cl>) en uso desde el año 2012, a la que tributan todos los laboratorios públicos y privados del país y donde se ha instruido que se registre la información.

5 Los Brotes de enfermedades transmitidas por 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 contenga agentes etiológicos en cantidad tal que afecten la salud de la población (2 o 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 ETA da cuenta de la pérdida de inocuidad de los alimentos en un punto de la cadena, razón por la cual deben ser investigados (D.S. 7/19), para determinar los factores contribuyentes y adoptar las medidas necesarias para su control y prevención en eventos futuros. Todos los brotes o eventos de importancia en salud pública deben ser notificados desde la red de atención de salud a epidemiología de la SEREMI de Salud, a través del o los Sistemas de Información institucionales disponibles para estos efectos, para luego registrar en los mismos, los resultados de la investigación y conclusión final. La investigación de los brotes de ETA permite adoptar medidas de control en forma específica. Además, el análisis de la información facilita la adecuada orientación de 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.

Se excluyen del indicador los siguientes casos: brotes investigados en donde se descarten los alimentos o el agua como vehículo de transmisión (brotes descartados); brotes ocurridos en donde se determine que el lugar de exposición es una instalación de fuerzas armadas y de orden público; brotes notificados donde el lugar de exposición está fuera del territorio nacional, ya que la investigación está fuera de la jurisdicción de esta Subsecretaría; brotes duplicados y registrados con información en blanco.