

INDICADORES ESTRATÉGICOS DE DESEMPEÑO
AÑO 2024
VERSIÓN LEY DE PRESUPUESTOS 2024

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA	CAPÍTULO	09

Objetivo Estratégico al que se Vincula	Variable de Medición Asociada al Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2021	Efectivo 2022	Estimado 2023	Estimado 2024	Notas
Evaluar, formular y rediseñar las políticas públicas orientadas hacia una cultura de bienestar y calidad de vida, que propicien la equidad de género, impulsar la promoción de estilos y hábitos de vida saludables mediante medidas estructurales que provean mayor acceso y disponibilidad a alimentos seguros y sanos, actividad física; disminuyan el consumo de alcohol, tabaco, drogas y alimentos perjudiciales; provean mayor	Nº de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza.	<i>Eficacia/Resultado Intermedio</i> 1. Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.	(Nº de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza durante el año t /Nº de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t)*100	75.94 % (6464090.00 / 8512292.00)*100	91.67 % (7396731.00 / 8069277.00)*100	85.00 % (7391348.00 / 8695703.00)*100	85.00 % (7399434.00 / 8705216.00)*100	1

cobertura de inmunizaciones; que reconozcan los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y permitan el acceso adecuado y uso racional de medicamentos.								
Formular e implementar estrategias, procesos e iniciativas para reducir y gestionar los riesgos sanitarios, las emergencias sanitarias y catástrofes de origen natural o humano, incluyendo la vigilancia sanitaria, la sistematización y maduración de los mecanismos de respuesta levantados durante la pandemia.	Nº de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud	<u>Eficacia/Productos</u> 2. Porcentajes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.	(Nº de brotes de ETA, investigados por las SEREMIS de Salud, durante el año t/Nº total de brotes de ETA, notificados a las SEREMIS de Salud desde la Red Asistencial en el año t)*100	100.00 % (688.00 / 688.00)*100	100.00 % (734.00 / 734.00)*100	100.00 % (730.00 / 730.00)*100	100.00 % (1094.00 / 1094.00)*100	2
Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y mejora del nivel de la salud mental.	Nº de exámenes de VIH realizados	<u>Eficacia/Productos</u> 3. Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t	(Nº de exámenes de VIH realizados en el año t/Población total en el año t)*100.000	7533.76 número (1482520.00 / 19678363.00)*100000.00	0.00 número (1596677.00 / 19828563.00)*0.00	7940.00 número (1584865.00 / 19960889.00)*100000.00	8679.00 número (1743351.00 / 20086377.00)*100000.00	3

<p>considerando acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar y la calidad de vida de las personas en cada fase de la enfermedad, con enfoque intercultural, enfatizando medidas estructurales que habiliten entornos saludables y permitan una distribución equitativa de resultados de salud en la población, propiciando con cada accionar la equidad de género.</p>								
<p>Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y mejora del nivel de la salud mental, considerando acciones e</p>	<p>Nº de casos de enfermedad meningocócica con contactos tratados oportunamente.</p>	<p><u>Calidad/Producto</u> 4. 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>(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</p>	<p>96.20 % (25.00 / 26.00)*100</p>	<p>100.00 % (33.00 / 33.00)*100</p>	<p>97.70 % (84.00 / 86.00)*100</p>	<p>97.70 % (84.00 / 86.00)*100</p>	<p>4</p>

intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar y la calidad de vida de las personas en cada fase de la enfermedad, con enfoque intercultural, enfatizando medidas estructurales que habiliten entornos saludables y permitan una distribución equitativa de resultados de salud en la población, propiciando con cada accionar la equidad de género.			casos de enfermedad meningocócica con contactos, durante el año t)*100					
Profundizar y mejorar el acceso a los Programas Sociales de Salud tendientes a fortalecer y potenciar el programa de gobierno y la realización de acciones sanitarias hacia poblaciones priorizadas en la agenda social y desarrollar acciones sistemáticas	Número de días de tramitación de licencias médicas de pago directo	<u>Calidad/Productos</u> 5. Tiempo promedio de tramitación licencias de pago directo	(Sumatoria de días de tramitación de licencias médicas de pago directo, liquidadas en el año t/N° total de licencias de pago directo liquidadas en el año t)	17.20 días (14954729.00 / 871827.00)	21.00 días (20869028.00 / 991754.00)	22.00 días (24419054.00 / 1109957.00)	14.60 días (11312734.00 / 772399.00)	5

orientadas a reforzar el manejo integral de la personas bajo el cuidado del Estado (ELEAM, Residencias de Protección, personas privadas de libertad), personas en situación de calle, personas de las disidencias sexuales, y de las personas con discapacidad, evaluando el acceso a las condiciones de salud laboral y el acceso oportuno a los subsidios o beneficios relacionados.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notas:

1

Esta estrategia de vacunación se dirige a grupos definidos anualmente por situación epidemiológica nacional, condiciones de riesgo y susceptibilidad de enfermar severamente y busca cubrir al mayor porcentaje de personas incluidas en los grupos de riesgo, utilizando los vacunatorios públicos y privados en convenio como brazo ejecutorio principal. Se desarrollan también, estrategias de acercamiento de los vacunatorios a sitios de mayor concentración de personas pertenecientes a los grupos prioritarios (vacunación extramural).

En lo que respecta a la población objetivo (denominador), la campaña 2022 define con mayor precisión los grupos a vacunar, quedando de la siguiente forma:

- 1.- Niños/as entre 6 meses y 5° año básico.
- 2.- Embarazadas (desde el inicio de la gestación).
- 3.- Personas de 65 años y más
- 4.- Enfermos crónicos de 11 a 64 años.
- 5.- Capullo para prematuros.
- 6.- Funcionarios de Salud, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado.
- 7.- Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 5° año básico, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado
- 8.- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.
9. Otras prioridades, que incluye 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, etc.

Otro punto a considerar en el denominador es que la distribución por sexo se calcula en base a la población objetivo global y no por criterio de elegibilidad.

Es relevante mencionar que, dadas las condiciones de alerta sanitaria, la población objetivo podría modificarse a requerimiento de la autoridad.

Finalmente, el número de vacunas administradas y la identificación de las personas inmunizadas es extraído del sistema “ Registro Nacional de Inmunizaciones” (RNI), en el que se registran las dosis administradas por todos los vacunatorios públicos y privados en convenio.

2 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 fuente de exposición a la enfermedad. La presentación de un brote ETA da cuenta de la pérdida de inocuidad de los alimentos en algún punto de la cadena, desde la elaboración hasta el consumo, razón por la cual deben ser investigados (D.S. 7/19) cumpliendo dos objetivos esenciales: 1) identificar la fuente, el agente causal, determinar los factores de riesgo así como los grupos de la población que han sido expuestos y afectados, contribuyendo a controlar el evento específico y previniendo la aparición de nuevos enfermos y 2) desarrollar e implementar políticas planes y programas que fortalezcan un enfoque preventivo de futuros eventos. Todos los brotes de importancia en salud pública deben ser notificados desde la red de atención de salud a la Unidad de 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 la 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 peligros en 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 en donde se determine que el lugar de exposición es una instalación de las 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 o registrados, en blanco sin información o señalados como no válidos en la misma notificación por el referente de Epidemiología de la Seremi de Salud.

3 El acceso al examen VIH ha sido incluido entre los objetivos sanitarios nacionales para la década 2021-2030, planteándose como un resultado esperado “ Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población” . Desde 2018, el plan de trabajo ha definido como uno de sus ejes y el tratamiento oportuno, señalando la importancia de promover la realización del examen de detección, incrementando el diagnóstico e incorporando tecnologías innovadoras como es el uso del test rápido de lectura visual para facilitar el acceso por parte de la población. Es así, que desde ese año se ha gestionado la disponibilidad de recursos para la adquisición de estos test, se ha capacitado en forma sostenida a la red de atención, a distintas organizaciones e intersectores para su aplicación. El test rápido se encuentra disponible en el 100% de los CESFAM del país, sumándose a la técnica usada desde inicios del Programa VIH referida a test instrumentales, fundamentalmente basados en técnica ELISA. La mayor innovación en el campo del testeo VIH, comenzó a desarrollarse en 2022, cuando se decidió la inclusión del autotest para promover y facilitar el examen de VIH desde la autonomía de las personas, ello es especialmente relevante para aquellas personas que por diversas razones no acuden a las redes sanitarias, avanzando actualmente en realización de iniciativas piloto en 4 regiones, para implementar a nivel nacional hacia el último trimestre del año.

El examen de detección de VIH está disponible en todos los niveles de las redes asistenciales de los sectores público y privado de salud y la información sobre exámenes de VIH realizados se obtiene de la plataforma informática <http://exameneshiv.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. Además, en el sector público se encuentra implementada la plataforma SURVIH, en la cual se registran los exámenes VIH realizados a través de test rápido, en los establecimientos de la red y en las iniciativas comunitarias. Esto es relevante, pues el Indicador H, considera los exámenes realizados por cualquiera de las técnicas habilitadas, autorizadas y disponibles para ser utilizadas en Chile.

4 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.

5 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 (día hábil subsiguiente a la recepción sistémica de acuerdo al Decreto Supremo N°3 artículo 69) 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 más de 365 días desde la fecha de recepción de la licencia ya que si existe alguna modificación o se realizan reprocesos de licencias de años anteriores esto no afectaría el indicador. Además, se excluyen licencias que hayan estado pendiente (peritaje médico, informe médico, visita domiciliaria, visita empleador, antecedentes de subsidio como contrato de trabajo etc.) y que no exista un proceso de apelación posterior (recurso de reposición).

Las Licencias médicas que son catalogadas como pago directo corresponden a las licencias entregadas a trabajadores que su empleador no está 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.