

## VERSIÓN LEY AÑO 2019

<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 2015	Efectivo 2016	Efectivo 2017	Efectivo a Junio 2018	Meta 2019	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 t / Número de casos de enfermedad meningocócica, durante el año t) * 100</p>	<p>98.3 % (118.0/120.0)*100</p> <p>H: 95.7 (45.0/47.0)*100</p> <p>M: 100.0 (73.0/73.0)*100</p>	<p>100.0 % (107.0/107.0)*100</p> <p>H: 100.0 (49.0/49.0)*100</p> <p>M: 100.0 (58.0/58.0)*100</p>	<p>98.8 % (81.0/82.0)*100</p> <p>H: 97.2 (35.0/36.0)*100</p> <p>M: 100.0 (46.0/46.0)*100</p>	<p>100.0 % (36.0/36.0)*100</p> <p>H: 100.0 (22.0/22.0)*100</p> <p>M: 100.0 (14.0/14.0)*100</p>	<p>98.3 % (118.0/120.0)*100</p> <p>H: 98.3 (57.0/58.0)*100</p> <p>M: 98.4 (61.0/62.0)*100</p>	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas Públicas, Promoción y Prevención en Salud</li> </ul>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>2 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 Aplica Gestión Territorial: 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>10.35 % (102061.00/986544.00)*100</p> <p>H: 10.70 (53719.00/501863.00)*100</p> <p>M: 9.97 (48342.00/484681.00)*100</p>	<p>11.40 % (105920.00/929170.00)*100</p> <p>H: 11.74 (55538.00/473177.00)*100</p> <p>M: 11.05 (50382.00/455993.00)*100</p>	<p>11.67 % (107426.00/920667.00)*100</p> <p>H: 11.96 (55985.00/467994.00)*100</p> <p>M: 11.36 (51441.00/452673.00)*100</p>	N.M.	<p>12.32 % (110969.00/900897.00)*100</p> <p>H: 11.94 (52955.00/443665.00)*100</p> <p>M: 11.95 (52955.00/443065.00)*100</p>	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas e Iniciativas en Salud Pública</li> </ul>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p>	<p>(Nº de personas de grupos de riesgos</p>	<p>85.66 % (3916042.00</p>	<p>85.22 % (4065183.00</p>	<p>88.14 % (4375378.00</p>	<p>85.49 % (4859865.00</p>	<p>84.00 % (5014826.00</p>	3

	3 Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.  Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI	vacunadas contra la influenza durante el año t /N° de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t)*100	/4571775.00 )*100  H: 86.44 (1620169.00 /1874428.00 )*100  M: 85.12 (2295873.00 /2697347.00 )*100	/4770434.00 )*100  H: 85.80 (1678234.00 /1955879.00 )*100  M: 84.81 (2386949.00 /2814555.00 )*100	/4964196.00 )*100  H: 87.97 (1790564.00 /2035318.00 )*100  M: 88.25 (2584814.00 /2928878.00 )*100	/5684412.00 )*100  H: 83.53 (1946837.00 /2330609.00 )*100  M: 86.86 (2913028.00 /3353803.00 )*100	/5970032.00 )*100  H: 84.00 (2056079.00 /2447713.00 )*100  M: 84.00 (2958747.00 /3522319.00 )*100	
•Pronunciamientos técnicos administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores	<u>Eficacia/Productos</u>  4 Porcentaje de licencias médicas fiscalizadas en 5 componentes relevantes, respecto del total de las licencias médicas tramitadas.  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	(Número de licencias médicas fiscalizadas, por Vínculo Laboral (VL) o Visita domiciliaria (VD) o Evaluación Médica (EM); o Solicitud de Antecedentes (SA) o Citaciones (C) por la ley 20.585 en el año t./Número de licencias médicas tramitadas tipos 1,4,5,6 y 7. (Se excluyen L.M. tipo 2 y 3) en el año t.)*100	4.92 % (202142.00/4110073.00 )*100	6.35 % (254326.00/4005160.00 )*100	7.07 % (322162.00/4554225.00 )*100	7.49 % (180319.00/2406145.00 )*100	6.80 % (323300.00/4751000.00 )*100	4
•Políticas Públicas, Promoción y Prevención en Salud	<u>Eficacia/Productos</u>  5 Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	(N° de exámenes de VIH realizados en el año t/Población total en el año t)*100.000	6194.23 número (1115359.00 /18006407.00 )*100000.00	6313.80 número (1148600.00 /18191884.00 )*100000.00	6444.99 número (1184197.00 /18373917.00 )*100000.00	3240.75 número (601231.00/18552218.00 )*100000.00	10782.54 número (2019197.00 /18726548.00 )*100000.00	5
•Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.	<u>Eficacia/Productos</u>  6 Porcentajes de brotes de enfermedades	(N° de brotes de ETA, investigados por las SEREMIS de Salud, durante el año t/N° total	88.58 % (892.00/1007.00)*100	96.61 % (1025.00/1061.00)*100	92.55 % (956.00/1033.00)*100	89.38 % (522.00/584.00)*100	92.80 % (1108.00/1194.00)*100	6

	transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	de brotes de ETA, notificados a las SEREMIS de Salud desde la Red Asistencial en el año t)*100						
•Pronunciamientos técnicos administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores	<u>Eficacia/Proceso</u>  7 Porcentaje de licencias médicas de pago directo y reembolso recepcionadas y confirmadas para pago en plazo igual o menor a 30 días en el año t  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	( N° Licencias médicas de pago directo y reembolso recepcionadas y confirmadas para pago en plazo igual o menor a 30 días en el año t/Total Licencias médicas de pago directo y reembolso recepcionadas y confirmadas para pago , en el año t)*100	71.24 % (572563.00/ 803725.00)* 100	76.38 % (665421.00/ 871168.00)* 100	81.08 % (738305.00/ 910573.00)* 100	83.07 % (393788.00/ 474018.00)* 100	77.00 % (577058.00/ 749433.00)* 100	7

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.

2 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.

3 Esta estrategia de vacunación se dirige a grupos definidos anualmente por condiciones de riesgo y susceptibilidad de enfermar severamente, y no a toda la población en general. 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 6 meses a 5 años de edad (ambas poblaciones estimadas a partir de datos censales).

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 o condiciones de riesgo social) 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 como brazo ejecutor privilegiado. Se desarrollan también estrategias de acercamiento de los vacunatorios a sitios de mayor concentración de personas pertenecientes a los grupos prioritarios.

El número de vacunas administradas y la identificación de las personas inmunizadas se conocen con precisión desde el año 2010, gracias a la instalación de un Registro Nacional de Inmunizaciones en línea, en el que se deben registrar las dosis administradas por todos los vacunatorios. En lo que respecta al denominador, la campaña 2015 precisó algunas de las poblaciones previas y amplió el rango de edades infantiles a vacunar, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los cambios más relevantes fueron:

1. Estimación de la población de mayores de 65 años, incluyendo a la población de mayores de 80. Este último grupo se omitía históricamente ya que se trataba de una población relativamente pequeña cuya estimación a partir del censo de 2002 era poco estable en las unidades administrativas más pequeñas. Dado que actualmente esta población representa el 20% de los adultos mayores, se decidió incluirla en el denominador nacional y regional calculado a partir del censo de 2012.

2. Ampliación de la población infantil, incluyendo a los niños cuyas edades van entre los 24 meses y los 5 años 11 meses y 29 días.

3. Cálculo más preciso de la población de embarazadas a partir del registro de nacidos vivos, proyectando el número a aquellas embarazadas con más de 13 semanas de embarazo durante los meses de campaña.

4 El numerador estará compuesto por los siguientes componentes de fiscalización: visita domiciliaria o vínculo laboral o evaluación médica; solicitud de antecedentes o citación ley 20.585

El denominador, por su parte, estará compuesto por el total de LM tramitadas por enfermedad o accidente común (tipo 1), enfermedad grave de niño menor de un año (tipo 4), accidente del trabajo o trayecto (tipo 5), enfermedad profesional (tipo 6) y patología del embarazo (tipo 7), exceptuando a las LM que no se les realiza fiscalización (tipo 2; prórroga medicina preventiva y tipo 3; maternal pre y post natal).

5 El Plan de Acción de VIH 2018-2019 ampliará y masificará el acceso al examen de VIH, a través de la incorporación de pruebas rápidas en la Red Asistencial y espacios comunitarios, las cuales se sumaran a las pruebas instrumentales disponibles.

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

6 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 (DS 158/04), 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 por epidemiología de la SEREMI de Salud en el Sistema Filemaker y posteriormente registrar en el Sistema Oficial de Vigilancia de ETA, los resultados de la investigación y su informe final. La investigación de los brotes de ETA permite adoptar medidas de control en forma específica, además del 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. Se excluyen del indicador los siguientes casos: Brotes investigados en donde se descarte alimentos o 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.

7 La medición incluye las licencias médicas con y sin peritajes y los reembolso, entendidos como "las licencias médicas de los funcionarios del sector público afiliados al Fondo Nacional de Salud, que son rembolsadas a las instituciones públicas?".

El procedimiento para el caso de los ?reembolsos? se divide en 2 etapas: 1) Solicitud de visación de la licencia médica por la Contraloría Médica de COMPIN (estado N°1 de LM), luego la Unidad de Subsidio confirma el pago (estado N°2 de LM), 2) La Institución Pública debe solicitar el reembolso de la licencia médica a través de la ?carta de cobranza?, el plazo para el envío de ésta es de 6 meses a contar de la fecha de vencimiento de la licencia médica. De acuerdo al DFL N°1 del 2006, MINSAL, art. 155, es de responsabilidad de la Institución Pública, solicitar el reembolso correspondiente. Dado esto, para efectos de la medición, este indicador incluye sólo la etapa 1, es decir hasta la confirmación del pago.

Es importante señalar que las COMPIN pueden aumentar el tiempo de pronunciamiento hasta en 60 días en aquellas licencias médicas que requieren peritajes o algún otro tipo de fiscalización.

Finalmente, el indicador no incluye:

- Licencias médicas pagadas por cajas de compensación.
- Licencias médicas aprobadas sin derecho a subsidio.
- Licencias médicas rechazadas fuera de área