

FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2005

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUBSECRETARIA DE SALUD	CAPÍTULO	01

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2001	Efectivo 2002	Efectivo 2003	Efectivo a Junio 2004	Estimación 2012	Meta 2005	Ponderación	Medios de Verificación	Su-pues-tos	No-tas
<ul style="list-style-type: none"> ● Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria - Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente 	<u>Eficacia/Producto</u> 1 Cobertura de vacunación antiinfluenza población de adultos mayores de 65 años Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Adultos mayores de 65 años vacunados/Tot al habitantes adultos mayores de 65 años)*100	99 % (0/0)*100	95 % (1072164/1128780)*100	88 % (1044399/1186431)*100	97 % (1129623/170145)*100	97 % (1129623/170145)*100	95 % (1185979/1248399)*100	4%	Formularios/Fichas Resumen Estadístico Mensual	1	1
<ul style="list-style-type: none"> ● Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria - Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente 	<u>Eficacia/Resultado Final</u> 2 Tasa de incidencia de Poliomeilitis Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° casos nuevos de Poliomeilitis/Población en riesgo de contraer Poliomeilitis en un período de tiempo y lugar definido)*100.000 habitantes	0 (0/0)*0	0 (0/4315498)*100000	0 (0/4309303)*100000	N.M.	0 (0/4303180)*100000	0 (0/4297112)*100000	5%	Formularios/Fichas Sistema Vigilancia de la Erradicación de la Poliomeilitis, Anexo 1 y 2 Dpto. Epidemiología MINSAL	2	2
<ul style="list-style-type: none"> ● Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria - Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente 	<u>Eficacia/Resultado Final</u> 3 Tasa de incidencia de Rubéola Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° casos nuevos de Rubéola/Población en riesgo de contraer Rubéola en un período de tiempo y lugar definido)*100.000 habitantes	3 (0/0)*0	2 (287/15589147)*100000	0 (69/15773504)*100000	N.M.	0 (60/15955631)*100000	0 (50/16136137)*100000	6%	Formularios/Fichas Informe Semanal Transmisibles, Base de Datos RMC14 Dpto. de Estadística e Información en Salud. MINSAL. Base Datos	3	3

										Epivigil Dpto. de Epidemiología. MINSAL		
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>4 Tasa de incidencia de Sarampión</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° casos nuevos de Sarampión/Población en riesgo de contraer Sarampión en un período de tiempo y lugar definido)*100.000 habitantes</p>	<p>0.00 (0.00/0.00)*0.00</p>	<p>0.00 (0.00/15589147.00)*100000.00</p>	<p>0.01 (1.00/15773504.00)*100000.00</p>	N.M.	<p>0.00 (0.00/15955631.00)*100000.00</p>	<p>0.00 (0.00/16136137.00)*100000.00</p>	5%	<p>Formularios/Fichas Notificación caso Sospechoso de Sarampión. Dpto. Epidemiología. MINSAL</p>	4	4
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>5 Tasa de desnutrición de los niños menores de 6 años beneficiarios del programa bajo control</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Total de niños menores de 6 años desnutridos/Total niños menores de 6 años bajo control)*1.000 niños</p>	<p>5.0 (0.0/0.0)*0.0</p>	<p>5.3 (5427.0/1022409.0)*1000.0</p>	<p>5.4 (5534.0/1017428.0)*1000.0</p>	N.M.	<p>5.3 (5400.0/1022000.0)*1000.0</p>	<p>5.3 (5395.0/1018000.0)*1000.0</p>	5%	<p>Formularios/Fichas Resúmenes de Estadística Mensual (REM) - Información sobre Estado Nutricional de la Población Infantil se recolecta en Formulario RMC 01 - Información sobre el PNAC se recolecta en formulario RMC 06</p>	5	5
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>6 Porcentaje de niños menores de 6 años en riesgo de desnutrir bajo control</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Total de niños menores de 6 años en riesgo de desnutrir/Total niños menores de 6 años bajo control)*100</p>	<p>3.0 % (0.0/0.0)*100</p>	<p>3.1 % (31950.0/1022409.0)*100</p>	<p>3.2 % (32513.0/1017428.0)*100</p>	N.M.	<p>3.1 % (31500.0/1022000.0)*100</p>	<p>3.2 % (32576.0/1018000.0)*100</p>	4%	<p>Formularios/Fichas Resúmenes de Estadística Mensual (REM) - Información sobre Estado Nutricional de la Población Infantil se recolecta en Formulario</p>	6	6

										RMC 01 - Información sobre el PNAC se recolecta en formulario RMC 06		
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud de carácter individual con alto impacto colectivo individual</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>7 Porcentaje de niños obesos menores de 6 años beneficiarios del programa bajo control</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Total de niños menores de 6 años obesos/Total niños menores de 6 años bajo control)*100</p>	<p>7.0 % (0.0/0.0)*100</p>	<p>7.4 % (75564.0/1022409.0)*100</p>	<p>7.4 % (75274.0/1017428.0)*100</p>	N.M.	<p>7.4 % (76000.0/1022000.0)*100</p>	<p>7.4 % (75332.0/1018000.0)*100</p>	5%	<p>Formularios/Fichas Resúmenes de Estadística Mensual (REM) - Información sobre Estado Nutricional de la Población Infantil se recolecta en Formulario RMC 01 - Información sobre el PNAC se recolecta en formulario RMC 06</p>	7	7
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud de carácter individual con alto impacto colectivo individual</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>8 Porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar Bk+</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° de casos de Tuberculosis Pulmonar Bk+ Curados/N° total de casos de Tuberculosis Pulmonar Bk en tratamiento)*100</p>	<p>84 % (0/0)*100</p>	<p>85 % (1087/1279)*100</p>	<p>85 % (1084/1276)*100</p>	N.M.	<p>85 % (1122/1320)*100</p>	<p>85 % (880/1035)*100</p>	5%	<p>Formularios/Fichas Estadística Mensual de Tuberculosis</p> <p>Reportes/Informes Estudios de corte</p> <p>Formularios/Fichas Tarjetón de tratamiento</p> <p>Formularios/Fichas Fichas Clínicas</p>	8	8

<p>●Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>9 Porcentaje de Servicios de Salud cuyo Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) cumple con el plan de trabajo anual comprometido</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Número de Servicios de Salud cuyo Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) cumple con el plan de trabajo anual comprometido/ Número de Servicios de Salud)*100</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>0 %</p>	<p>100 % (28/28)*100</p>	<p>2%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe de Servicios de Salud</p>	<p>9</p>	<p>9</p>
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p> <p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud de carácter individual con alto impacto colectivo individual</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>10 Cobertura de tratamientos antiretrovirales en adultos</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Personas con VIH/SIDA beneficiadas con tratamiento de acuerdo a protocolo tratamiento antiretroviral establecido/Personas con VIH/SIDA beneficiadas que requieren tratamiento según protocolo tratamiento antiretroviral establecido)*100</p>	<p>80 % (0/0)*100</p>	<p>80 % (3100/3875)*100</p>	<p>100 % (4253/4253)*100</p>	<p>N.M.</p>	<p>100 % (5538/5538)*100</p>	<p>100 % (6710/6710)*100</p>	<p>4%</p>	<p><u>Formularios/Fichas</u> Ficha de ingreso a tratamiento antiretroviral, Base de Datos Nacional con Información de Pacientes en Control</p>	<p>10</p>	<p>10</p>
<p>●Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>11 Porcentaje de Servicios de Salud con estimación de brechas entre oferta y demanda elaborados a partir de los sistemas de programación en red</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Número de Servicios de Salud con estimación de brechas entre oferta y demanda elaborados a partir de los sistemas de programación en red/Número de Servicios de</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>N.C.</p>	<p>0 %</p>	<p>100 % (28/28)*100</p>	<p>3%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informes de los Servicios de Salud</p>	<p>11</p>	<p>11</p>

		Salud con sistemas de programación en red instalados)*100										
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p> <p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud de carácter individual con alto impacto colectivo individual</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>12 Mortalidad anual por SIDA</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Muertes por SIDA en el año t/Total de población nacional en el año t)*100.000 personas	1.0 (0.0/0.0)*0.0	2.0 (316.0/15589147.0)*100000.0	22.1 (3480.0/15773504.0)*100000.0	N.M.	22.4 (3570.0/15955631.0)*100000.0	23.9 (3850.0/16136137.0)*100000.0	5%	Formularios/Fichas Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA y Certificados de Defunción	12	12
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>13 Porcentaje de licencias médicas fiscalizadas con peritaje con relación al total de licencias tramitadas en COMPIN</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(N° licencias médicas fiscalizadas con peritaje/N° total de licencias tramitadas en COMPIN)*100	N.C.	11 % (165761/1531883)*100	12 % (202208/1685071)*100	N.M.	12 % (204230/1701922)*100	12 % (209949/1750000)*100	2%	Reportes/Informes Informe de SEREMI (Autoridad Sanitaria Regional).	13	13
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>14 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que presentan conocimientos correctos sobre las formas de transmisión y medidas de prevención del VIH/SIDA y las ETS</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	(N° jóvenes de 15 a 24 años encuestados que responden en forma correcta mecanismos transmisión y prevención VIH/SIDA y ETS/Total de jóvenes de 15 a 24 años	N.M.	N.M.	N.M.	N.M.	90 % (118909/132121)*100	N.M.	0%	Formularios/Fichas Información Encuesta Poblacional		14

	Aplica Gestión Territorial: --	encuestados)* 100											
<p>•Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Final</u></p> <p>15 Porcentaje de la población con consumo de agua potable de mala calidad bacteriológica durante uno o más meses en el año</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Población con consumo de agua potable de mala calidad durante uno o más meses en el año/Población total con consumo de agua potable)*100</p>	N.C.	N.C.	N.C.	N.M.	1.5 % (224000.0/ 14800000.0) *100	1.5 % (230000.0 /1500000 0.0)*100	2%	Reportes/Infor mes Informes de las SEREMIS	14	15	
<p>•Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>16 N° actividades de fiscalización sanitaria por población jurisdiccional por 1.000 habitantes</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° total de actividades de inspección sanitaria/Total de la población jurisdiccional)* 1000 habitantes</p>	N.C.	N.C.	N.C.	N.M.	69 (1100250/1 5955631)* 1000	69 (1112600/ 16136137) *1000	2%	Reportes/Infor mes Informe de SEREMI (Autoridad Sanitaria Regional).	15	16	
<p>•Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>17 Porcentaje de empresas con factores de alto riesgo ocupacional fiscalizadas</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° de empresas con factores de alto riesgo ocupacional fiscalizadas/N° de empresas con factores de alto riesgo ocupacional registradas)*1 00</p>	N.C.	N.C.	N.C.	N.M.	8 % (1216/1520 0)*100	8 % (1216/152 00)*100	2%	Reportes/Infor mes Informe de SEREMI (Autoridad Sanitaria Regional).	16	17	
<p>•Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>18 Porcentaje de establecimientos de la Red Asistencial con OIRS que cuentan con un sistema de gestión de reclamos y sugerencias</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>(Número de establecimientos de la red asistencial con OIRS funcionando que cuentan con un sistema de gestión de reclamos y sugerencias/N</p>	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	0 %	81 % (522/643) *100	3%	Formularios/Fi chas Formularios.	17	18	

	Aplica Gestión Territorial: --	úmero total de establecimientos de la red con OIRS funcionando)*100										
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Proceso</u></p> <p>19 Número de preservativos importados por Población entre 15 a 49 años</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	Número de preservativos importados/Población entre 15 a 49 años	1.0 11109000 .0/812223 5.0	1.7 14236100 .0/821782 1.0	2.6 21437670 .0/831195 6.0	N.M.	3.1 25714285.0 /8404950.0	3.6 30857142 .0/849711 4.0	5%	Formularios/Fichas Informe Importaciones del Banco Central	18	19
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>20 Porcentaje de fábricas de cecinas con buenas prácticas de manufacturas, control físico-químico y bacteriológico efectivo</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Número de fábricas de cecinas con buenas prácticas de manufacturas, control físico-químico y bacteriológico efectivo/Número total de fábricas de cecinas)*100	N.C.	N.C.	0 % (0/0)*100	N.M.	50 % (25/50)*100	60 % (30/50)*100	4%	Formularios/Fichas Informe de Servicios de salud	19	20
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>21 Porcentaje de accidentes laborales fatales investigados</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Número de Accidentes Laborales Fatales investigados por los Servicios de Salud en el año/Número total de accidentes laborales fatales ocurridos en el año)*100	N.C.	N.C.	93 % (285/306)*100	N.M.	90 % (270/300)*100	90 % (270/300)*100	4%	Formularios/Fichas Informe de las SEREMI	20	21
<p>●Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>-Acciones de salud</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>22 Porcentaje de contactos</p>	(Número de contactos de enfermedad meningocócica	N.C.	N.C.	98 % (292/297)*100	N.M.	92 % (276/300)*100	90 % (271/300)*100	5%	Formularios/Fichas Registro	21	22

colectivas sobre las personas y el medio ambiente	de enfermedad meningocócica tratados oportunamente (Primeras 48 Horas) Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	tratados oportunamente (Primeras 48 Horas)/Número de contactos de enfermedad meningocócica tratados)*100								Estadístico Mensual.Información de ejecución de programa 01 de los servicios.		
•Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente	<u>Calidad/Productos</u> 23 Porcentaje de casos de hanta virus que se hospitalizan oportunamente (primeras 24 horas) Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Número de casos de hanta virus que se hospitalizan oportunamente (primeras 24 horas)/Número de casos de hanta virus que se hospitalizan)*100	N.C.	N.C.	73 % (44/60)*100	N.M.	66 % (43/65)*100	70 % (44/63)*100	5%	<u>Formularios/Fichas</u> Registro Estadístico Mensual.Información de ejecución de programa 01 de los servicios.	22	23
•Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes	<u>Eficacia/Productos</u> 24 Porcentaje de establecimientos que cuentan con un sistema de gestión de listas de espera Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Número de establecimientos que cuentan con un sistema de gestión de listas de espera/Número de establecimientos de los Servicios de Salud)*100	N.C.	N.C.	N.C.	N.M.	90 % (578/643)*100	98 % (630/643)*100	3%	<u>Formularios/Fichas</u> Formularios	23	24
•Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes -Programa de apoyo a la Gestión de los Servicios de Salud y la APS	<u>Eficacia/Productos</u> 25 Porcentaje de consultorios de Atención Primaria APS con más de 10.000 inscritos, con población sectorizada Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Número de consultorios de Atención Primaria APS con más de 10.000 inscritos, con población sectorizada/Número de consultorios de Atención Primaria APS)*100	N.C.	N.C.	100 % (150/150)*100	98 % (285/291)*100	100 % (291/291)*100	96 % (300/312)*100	3%	<u>Formularios/Fichas</u> Formularios	24	25
•Instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en	<u>Eficacia/Productos</u>	(Número de establecimientos que	N.C.	N.C.	52 % (96/183)*100	N.M.	77 % (141/183)*100	85 % (155/183)*100	3%	<u>Formularios/Fichas</u>	25	26

redes	26 Porcentaje de establecimientos que implementan proyectos de intervención educativa con metodología de educación permanente en salud Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	implementan proyectos de intervención educativa con metodología de educación permanente en salud/Número de establecimientos)*100								Formularios		
•Implementación de acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria -Acciones de salud de carácter individual con alto impacto colectivo individual »Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor	<i>Eficacia/Proceso</i> 27 Porcentaje de Adultos Mayores inscritos en el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor PACAM Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(1-(Número de Adultos Mayores inscritos en el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor PACAM/Número de Adultos Mayores))*100	N.C.	N.C.	50 % (1-(192000/380945))*100	N.M.	52 % (1-(192000/40235))*100	52 % (1-(192000/400000))*100	4%	Formularios/Finchas Registro Estadístico Mensual.	26	27

Notas:

1 El total de habitantes de 65 años y más se obtiene en el Censo de Población y Vivienda del INE. El N° total de vacunados se obtiene del número de personas de 65 años y más vacunados en cada uno de los 28 Servicios de Salud, durante la campaña de Influenza.

2 Incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad que se producen en una localidad o país determinado en un período de tiempo también determinado o definido. Los nuevos casos de poliomelitis se obtienen de las notificaciones de esta enfermedad que hacen los servicios de Salud. Como es una enfermedad que está erradicada, no se han producido casos, por ello se mantiene una vigilancia estricta sobre cualquier caso en que se sospeche pueda ser poliomelitis. La población en riesgo corresponde a niños y niñas de 0 a 15 años de edad y se obtienen del Censo de Población que realiza el INE. Periodo de tiempo y lugar definido corresponde por ejemplo a un año que se define y localidad o país que se define para el indicador: Ejemplo: El indicador se construirá para el año 2002 y para el País Chile, o se construirá para el año 2004 y para el Servicio de salud Concepción.

3 Los nuevos casos de rubéola se obtienen de las notificaciones de esta enfermedad que hacen los servicios de Salud. Para calcular el riesgo de contraer Rubéola se calcula una tasa que está compuesta por el número de casos de Rubéola que se producen en un año, dividido por la población para ese año y multiplicado por una potencia de 10. Ejemplo: 1234 casos de Rubéola notificados en un año determinado se dividen por la población de ese año determinado y se amplifican por una potencia de 10 para facilitar su comprensión.: $1234/15000000*100000= 8.2$ El riesgo de enfermar de Rubéola es de 8.2 personas por cada 100.000.

4 Los nuevos casos de sarampión se obtienen de las notificaciones de esta enfermedad que hacen los servicios de Salud. Para calcular el riesgo de contraer sarampión se calcula una tasa que está compuesta por el número de casos de sarampión que se producen en un año, dividido por la población para ese año y multiplicado por una potencia de 10: ejemplo: 1234 casos de sarampión notificados en un año determinado se dividen por la población de ese año determinado y se amplifican por una potencia de 10 para facilitar su comprensión.: $1234/15000000*100000= 8.2$ El riesgo de enfermar de sarampión es de 8.2 personas por cada 100.000.

5 Los beneficiarios menores de 6 años que retiran alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) corresponde al 78.9% de la población bajo control menor de 6 años en los establecimientos de Atención Primaria información que se obtiene del registro de todos los menores que se controlan en el establecimiento y cada 6 meses se realiza un censo. La

prevalencia de desnutrición se calcula en base al control de salud de cada menor en el que se avalúa su estado nutricional en base a los indicadores: peso para talla; peso para la edad y talla para la edad; diagnosticándolos como desnutridos en el caso de menos dos desviaciones estándar .

6 Para diagnosticar como Riesgo de Desnutrir a un menor se consideran los tres indicadores peso para talla, peso para edad y talla para edad, antes mencionados y otros antecedentes como patologías agudas recientes, peso de nacimiento contextura de los padres y curva pondo-estatural entre otros.

7 Se diagnostican como obesos en el caso de más dos desviaciones estándar, en los indicadores peso para talla, peso para edad y talla para edad.

8 La tuberculosis BK+ es el caso que se diagnostica por la presencia de bacilos en las secreciones (por ejemplo la tos) o en los tejidos. En el caso de localización pulmonar se considera que es contagiante. Esto se determina por la Baciloscopia que resulta positiva (presencia de Bacilos Acido Alcohol Resistente), también denominada directo positivo. Los tratamientos en general se realizan en los consultorios de atención primaria, en hospitales y servicios de urgencia públicos, en forma gratuita. Se considera que está en tratamiento cuando se le administra medicamentos, abriendo un tarjetón de terapia y recibiendo los fármacos apropiados. Se considera curados cuando los síntomas desaparecen al igual que las lesiones orgánicas se reducen y se cumple con la totalidad de la terapia indicada en esquema según norma. La información se obtiene del nivel intermedio del programa en cada servicio, el cual dispone de base de datos de APS, laboratorios y evaluaciones de cohortes.

9 El Consejo Integrador de la Red Asistencial CIRA (antes Consejo Coordinador de la Red Asistencial) es de carácter asesor y consultivo, debe estar constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio y es presidido por el Director del Servicio de Salud. Al CIRA le corresponde asesorar al Director del Servicio y proponer las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean estos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios. Se considera que el CIRA está en pleno funcionamiento cuando: están definidos sus integrantes permanentes, la calendarización de actividades anuales y el plan de trabajo está referido a sus funciones como tal: monitoreo, verificación, seguimiento, etc., y no a las acciones ejecutoras de la red.

10 El protocolo es el documento rector y normativo establecido por el Ministerio de Salud en conjunto con el Comité Científico Asesor (médicos especialistas en infección por VIH/SIDA) en el cual se señala, el tratamiento antiretroviral y los diferentes esquemas terapéuticos. Las personas que requieren tratamiento se establecen de acuerdo al protocolo mencionado más arriba, que considera la condición clínica de las personas, los niveles de CD4 en sangre y la Carga Viral (nivel de virus en sangre). El médico tratante es quien decide el inicio del tratamiento y los cambios de esquemas (de acuerdo a este protocolo). El tratamiento es solicitado al nivel central, quien solicita al Comité Científico Asesor su aprobación.

El indicador sobre acceso a tratamiento antiretroviral para el año 2004 se estimó inicialmente en 6.200 personas en terapia. De acuerdo a la velocidad de crecimiento de la epidemia y la corrección de las muertes esperadas se estima que a diciembre 2004, un total 5538 personas estarán en TARV. El número estimado para el año 2005 se logra aplicando la corrección por el número de muertes esperadas y el ingresos mensual a tratamiento observado (116).

11 La programación en red corresponde a una herramienta que vincula la programación de actividades hospitalarias, con la demanda de acciones de salud generada por el nivel primario de atención, a fin de mejorar el grado de satisfacción de esta demanda. Para una adecuada programación de actividades en Red, es necesario que los Servicios de Salud constituyan Grupos de Programación, en los cuales estén representados todos los componentes de la Red Asistencial, de modo que puedan “oponer intereses” en beneficio de los usuarios de la red.

12 El número de muertes por SIDA se conoce a medida que dichas muertes se van produciendo, lo cual es notificado a CONASIDA por los equipos de atención de los Servicios de Salud del país. Esta cifra varía en la medida que se van notificando a lo largo del año y dicha notificación presenta un período de latencia desde que ocurre la muerte hasta que es conocida en el nivel central. Pasado un período de 18 meses post término de un año calendario, se estima que no se recibirán más defunciones correspondientes a ese año y por tanto se considera como cifra definitiva en ese momento. El total de la población corresponde a la proyectada por el INE con datos del Censo 1992.

La cifra del año 2001 es la última cifra definitiva, la correspondiente al año 2004 se considera preliminar debido a latencia de la notificación de las defunciones. Las cifras de los años 2003 y 2004 son estimadas por CONASIDA. Este indicador depende de la oportunidad, cobertura y calidad del tratamiento antiretroviral. El aumento de la mortalidad observada en 2001 es probablemente un efecto acumulado de la baja cobertura de tratamiento antiretroviral que tenía el país hasta antes de ese año. La ampliación de la cobertura comienza en 2001, por lo que el impacto en la mortalidad se evidenciará a partir de 2003-2004. La estimación de la mortalidad para los años 2003 y 2004 se basa en la mortalidad observada en el año 2000 en la que se alcanza una cifra de 1.7 por 100.000 atribuible al efecto transitorio de la biterapia disponible en ese momento en Chile. Esta cifra sería el valor mínimo esperable.

13 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, o bien, disponer de algún peritaje. El peritaje corresponde a las acciones fiscalizadoras que pueden ser: visita domiciliaria para verificar cumplimiento de reposo, verificación de empleador, ordenar la concurrencia del trabajador para realizar

evaluación médica, solicitar informe complementario escrito o verbal del médico tratante, solicitar al paciente exámenes de laboratorio, imageneológicos, o de otra índole, solicitar otros antecedentes. Ambos datos del sistema informático del FONASA que funciona en línea a nivel nacional; 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.

De ser aprobada la Ley de Racionalización del Subsidio de Incapacidad Laboral y Licencias Médicas (actualmente en trámite legislativo en la Comisión de Hacienda del Senado de la República), las contralorías médicas pasarían al FONASA, una vez promulgada la ley, de tal manera que no corresponderá a las COMPIN el cumplimiento de estas metas y será actividad del FONASA el control del gasto y fiscalización de licencias médicas.

14 El “indicador de conocimiento correcto” corresponde a una metodología utilizada previamente. Aún está en definición el tamaño de la muestra de la población total de jóvenes de 15 a 24 años. Se está licitando la investigación en jóvenes que permitirá medir este indicador, con fondos provenientes del Fondo Global de Lucha Contra el SIDA. El estudio se realizará el primer semestre de 2004 y se realiza cada dos años.

15 El indicador 1 mide la población con exceso de recuento de bacterias coliformes presentes en 100ml de agua. (Nº máximo de muestras contaminadas en el mes). Respecto de la población total abastecida en un área poblacional con consumo de agua potable. La Norma Chilena 409 establece requisitos bacteriológicos para el agua potable mediante la evaluación mensual de la presencia de bacterias coliformes en muestras representativas de la población asociada a una red de distribución de un servicio de abastecimiento de agua potable; 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.

16 Las actividades de fiscalización sanitaria son actividades de control en terreno de acuerdo a los programas de prevención en los ámbitos de la formalización de actividades económicas, atención de denuncias y de aquellas ejecutadas según el potencial de peligro a la comunidad. Total población jurisdiccional es la población asignada al área de cobertura del servicio de salud. La Reforma Sanitaria se aplicará a contar del año 2005, determinando un periodo de transición de, a lo menos, un año. La Unidad de Análisis pasará del Servicio de Salud (29) a la Autoridad Sanitaria Regional (13). A futuro se informará en base a datos agrupados por Región.

17 Se considera empresa de alto riesgo aquella que tiene una tasa de siniestralidad total mayor o igual a 300, evaluada de acuerdo a lo dispuesto en el DS 67 de junio del año 2001 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. El caso de empresas nuevas se mide la clasificación de riesgo presunto con tasa de cotización adicional diferenciada mayor o igual a 2,55. La fiscalización es el acto por el cual los inspectores sanitarios visitan a una empresa y verifican el cumplimiento de normas sobre higiene y seguridad del lugar de trabajo conforme a lo establecido en el DS 594 del MINSAL. Una empresa se considera fiscalizada si ha sido visitada y se ha verificado el cumplimiento de las normas, en caso de que no fuera así se dejan las indicaciones correspondientes o se inicia un sumario sanitario. La información de las empresas de alto riesgo fiscalizada se obtiene de la base de datos que entregan las mutuales, la cotización adicional diferenciada del INP y de los registros de los Servicios de Salud cuando las empresas solicitan autorización para su funcionamiento. 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.

18 Para evaluar el grado o etapa de desarrollo de las OIRS, a partir del año 2002, se realiza una evaluación que considera los siguientes aspectos: infraestructura, dependencia, recurso humano, tiempo de atención a los usuarios, señalética, acceso, uso del manual operativo, sistemas de registros, gestión de las respuestas, satisfacción usuaria, entre otros.

El modelo de gestión de reclamos y sugerencias se encuentra en proceso de diseño y estará disponible para las OIRS durante el mes de diciembre de este año.

19 La información correspondiente a importaciones de preservativos se obtiene de los registros del Banco Central y la población de 15 a 49 años es la estimada por el INE, basada en el Censo de Población. El indicador sobrepasó la cifra estimada para 2003, muy probablemente como efecto de expansión del acceso a condones. Lo anterior permitió incrementar la educación en su uso y de las acciones preventivas que consideran entre sus estrategias la promoción del preservativo como una medida eficaz para la prevención. Existe una alta valoración social del condón, junto a un incremento en la percepción de riesgo de infección por parte de la población con conductas de riesgo. El indicador se focaliza en población de 15 a 49 años, por ser este grupo el que tiene mayor frecuencia de multipareja.

20 Las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) son un conjunto de acciones generales de prácticas de higiene y procedimientos de elaboración que incluyen recomendaciones sobre materia prima, producto, instalaciones, equipos y personal. Las buenas prácticas incluyen los procesos que controlan las condiciones operativas dentro de un establecimiento con el objeto de obtener alimentos inocuos. El número de fábricas que cumplen las BPM se obtiene realizando su fiscalización mediante la aplicación de pautas de chequeo. La evaluación se realiza en las visitas periódicas contempladas en los programas de fiscalización ejecutados por los Servicios de Salud. El número de fábricas de cecinas se obtiene de los registros de establecimientos autorizados, que mantienen los Servicios de Salud en sus respectivas jurisdicciones. Fábricas de Cecinas se consideran los establecimientos con una producción mayor a 100 Toneladas de productos mensuales. Estas fábricas representan aproximadamente el 90% de la producción nacional de cecinas.

21 Los accidentes fatales investigados corresponden aquellos ocurridos a un trabajador en ejercicio o con ocasión de su trabajo. Los inspectores de Servicios de Salud frente a un accidente con resultado de muerte deben concurrir a realizar una investigación de las causas que lo motivaron consignando en un formulario definido, todos los hechos determinantes, así como los antecedentes de

la empresa y del trabajador. En el mismo acto se toman acciones sobre la faena si persisten las causas de peligro inminente, tales como corrección inmediata o paralización de faena si corresponde. No se incorporan en este procedimiento los accidentes de trayecto, sin embargo si se reportan los antecedentes de empresa y trabajador. Para determinar el número de accidentes fatales investigados se utilizan los reportes que realizan los Servicios de Salud trimestralmente y que son enviado al Departamento de Salud Ocupacional del Minsal a través de los formularios estandarizados. El Número total de defunciones debida a accidentes del trabajo se obtiene a través de la información de los propios Servicios de Salud más la que reportan los Organismos Administradores de la Ley 16.744 al MINSAL. Ambas informaciones se cotejan y se realiza finalmente una verificación en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud chequeando las identidades y las causas de muerte reportadas en los certificados de defunción.

22 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 enfermar (escuelas, etc). El tratamiento consiste en aplicar a la brevedad (dentro de las 48 horas de hospitalizado el caso) un tratamiento preventivo (quimioprofiláctico) durante dos días, en 4 dosis. El antibiótico de elección es la Rifampicina para niños y 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 48 hrs. de hospitalizado el caso.

23 Para evaluar si un caso fue hospitalizado oportunamente se utiliza el registro existente en la ficha de notificación respecto a las fechas de primera consulta y de hospitalización. Esta información se obtiene de la revisión de la ficha clínica y se chequea en la entrevista e investigación epidemiológica realizada por el epidemiólogo o equipo local (delegado de epidemiología) según disponibilidad de recursos. Se registran los casos confirmados que se hospitalizan oportunamente (es decir, dentro de las 24 horas) y todos los casos de hantavirus que se confirman en el período estudiado. El número de casos de hanta virus se mide en relación a los casos confirmados. Dos veces a la semana el Instituto de Salud Pública (ISP) y laboratorio Regional de Valdivia (U. Austral), informa la totalidad de casos confirmados tanto públicos como privados, los que corresponden al total que debiera haberse hospitalizado.

24 Se considera que un establecimiento cuenta con un sistema de gestión de listas de espera si conoce la magnitud y antigüedad de la lista de espera en consultas medicas de especialidad, intervenciones quirúrgicas y procedimientos trazadoras (otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, cardiología, adenoma de próstata, colecistectomía, hernias, endoscopia digestiva oral y ecotomografía abdominal). y posee un sistema de gestión de lista de espera en las trazadoras comprometidas conforme a los criterios definidos en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA).

25 Una persona se inscribe en un consultorio con su carnet de identidad, si es jefe o jefa de hogar puede inscribir a todos los integrantes de su grupo familiar menores de edad y a quienes están a su cargo como carga familiar. Debe acreditar su tipo de previsión. La inscripción de la familia en el servicio de atención primaria de salud más cercano a su domicilio es muy importante, tanto para la familia como para la propia Municipalidad. En el caso de la familia, su inscripción le garantiza la atención de salud, y en el caso de la Municipalidad, recibe subvención (per cápita de salud) por cada una de las personas inscritas en los centros de atención primaria de su jurisdicción territorial.

La sectorización es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades más pequeñas que presentan características semejantes lo que facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.

Para determinar el número de consultorios con más de 10.000 inscritos se utiliza la población de inscritos validada por FONASA, emitida en Octubre con decreto en enero del año siguiente.

26 La educación permanente en salud (EPS) es una propuesta educativa de desarrollo de las personas, de los equipos de trabajo y de la organización. Se considera que la EPS está implementada en un establecimiento cuando formalmente se constituye un equipo clínico natural.

Para el año 2003 son 96 establecimientos de 183 hospitales (tipo 1, 2, 3 y 4)

27 En cada establecimiento de Atención Primaria existen tarjeteros con la información de la población beneficiaria del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). El total de la población corresponde a la proyectada por el INE con datos del Censo 1992.

Supuesto Meta:

1 La proyección de adultos mayores se hace de acuerdo a la estimación del censo, se considera una meta de 95% por cuanto existen factores externos que no permiten llegar al 100%.

2 La población de contagio corresponde a los menores de 15 años, que corresponden a los casos prevenibles por vacuna.

- 3 Enfermedad prevenible por vacuna, el grupo potencial de contagio corresponde a toda la población.
- 4 Enfermedad prevenible por vacuna y en proceso de erradicación, por tanto sólo se esperan casos importados.
- 5 La población beneficiaria corresponde a todos los niños del país que tienen derecho a retirar leche y la población bajo control son aquellos beneficiarios del sistema público que están en programa de control sano de los consultorios de atención primaria. La tasa se mantiene dado que son cifras muy bajas y su disminución depende de una mejoría de las condiciones socioeconómicas.
- 6 La población beneficiaria corresponde a todos los niños del país que tienen derecho a retirar leche y la población bajo control son aquellos beneficiarios del sistema público que están en programa de control sano de los consultorios de atención primaria. La tasa se mantiene dado que son cifras muy bajas y su disminución depende de una mejoría de las condiciones socioeconómicas.
- 7 La tasa se mantiene dado que para la realidad alimentaria nacional es un logro mantener la tasa en el nivel que se encuentra.
- 8 El porcentaje de casos curados de un 85% es un valor estándar, por lo que su mantención es un logro.
- 9 Estimación de acuerdo a parámetros de gestión establecidos.
- 10 El número estimado para el año 2005 se logra aplicando la corrección por el número de muertes esperadas y el ingreso mensual a tratamiento observado (116)
- 11 Estimación de acuerdo a requerimientos de gestión de la Red Asistencial.
- 12 La estimación de la mortalidad para los años 2003 y 2004 se basa en la mortalidad observada en el año 2000 en la que se alcanza una cifra de 1.7 por 100.000 atribuible al efecto transitorio de la biterapia disponible en ese momento en Chile. Esta cifra sería el valor mínimo esperable.
- 13 Los porcentajes de eficacia alcanzados, que han aumentado en los años 2002 y 2003, con respecto al 2001, han logrado un estándar, de tal manera que hay que analizar la dificultad de aumentar la cifra porcentual de cumplimiento del indicador (las ISAPRE, pagan alrededor de un 16% del total de sus licencias y modifican alrededor de un 8%). Por esta razón se mantiene el porcentaje del indicador.
- 14 Estimación bajo el supuesto de un incremento de 1.9% anual en la cobertura de agua potable.
- 15 Se estima mantener el nivel de la fiscalización de acuerdo al incremento de la población.
- 16 Se estima mantener el nivel de la fiscalización de acuerdo al registro actual de empresas de alto riesgo ocupacional.
- 17 Estimado de acuerdo al grado de desarrollo de las OIRS de los establecimientos.
- 18 El indicador sobrepasó la cifra estimada para 2003, muy probablemente como efecto de expansión del acceso a condones otorgado por Hacienda. Lo anterior permitió incrementar la educación en su uso y de las acciones preventivas que consideran entre sus estrategias la promoción del precondomino como una medida eficaz para la prevención, existe una alta valoración social del condón, junto a un incremento en la percepción de riesgo de infección por parte de la población con conductas de riesgo.
- 19 Las fábricas de cecinas con una producción mayor a 100 toneladas mensuales corresponden a 50.
- 20 El número de accidentes fatales es variable año a año, se deben investigar los accidentes laborales fatales y los de trayecto. Este indicador busca medir las empresas que tienen mayor riesgo ocupacional.
- 21 El estándar es un 90%, por tanto un porcentaje mayor a éste es un logro.
- 22 El estándar en este caso es de un 70%, por tanto la meta es mantenerse en el estándar.
- 23 Es factible lograr una meta de un 98% por cuanto el 100% de los establecimientos se encontrará aplicando el sistema y porque se está ingresando información al SIS.

24 Para este año los consultorios de APS con más de 10.000 inscritos se incrementarán de 291 a 312, se espera sectorizar al 96%.

25 Este indicador muestra la gradualidad de la aplicación de los proyectos de intervención educativa considerando mantención y expansión del total: 155 establecimientos de 183 hospitales (tipo 1, 2, 3 y 4)

26 Las variaciones en este indicador están dadas por las variaciones en el número de la población de adultos mayores. El presupuesto asignado no permite aumentar la cobertura del programa, por tanto es esperable que este indicador vaya disminuyendo.