

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo 2015	Efectivo a Junio 2016	Estimado 2016	Meta 2017	Ponderación	Medios de Verificación	No-tas
•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) en establecimientos de alimentos, investigados por las SEREMIS de Salud</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de brotes de ETA en establecimientos de alimentos, investigados por las Seremis de Salud, durante el año t /N° total de brotes de ETA en establecimientos de alimentos, comunicados a las Seremi por la Red Asistencial de salud, durante el año t)*100)</p>	100.00 %	100.00 %	100.00 %	92.27 %	100.00 %	100.00 %	20%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Registro por parte de las SEREMIS al sistema de oficial de ETAs.</p> <p><u>Base de Datos/Software</u> Notificación por parte de las SEREMIS al sistema notificación de brotes o eventos de salud pública (FileMaker)</p>	2
<p>•Programas en Salud Pública</p> <p>– Programa Nacional de Prevención y Control de VIH e ITS</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: 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>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	94.21 %	95.95 %	85.66 %	88.16 %	85.00 %	78.00 %	10%	<p><u>Reportes/Informes</u> % de Cobertura alcanzada de vacunación contra la influenza, según información del Sistema de Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) y el N° de personas por grupo de riesgo definido por el Dpto. de Estadísticas e Información de Salud del MINSAL.</p>	3

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo 2015	Efectivo a Junio 2016	Estimado 2016	Meta 2017	Ponderación	Medios de Verificación	No-tas
•Políticas Públicas, Promoción y Prevención de la Salud	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de Prevalencia de niños/niñas obesos menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI</p>	<p>((N° niños/niñas obesos menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t/Total niños/niñas menor de 6 años beneficiarios del programa bajo control, año t)*100)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	10.23 %	10.34 %	10.35 %	0.00 %	10.20 %	10.20 %	5%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Informe semestral(REM del DEIS), corte en junio y en diciembre.</p>	4
•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje anual de fiscalizaciones por Ley de Tabaco en restaurantes código CIU 552010 (con autorización sanitaria de alimentos) durante el año t, respecto al catastro de restaurantes código CIU 552010 realizado el año t.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de fiscalizaciones anuales en Tabaco (inspecciones por Ley de Tabaco) en instalaciones de alimentos (restaurantes) con autorización sanitaria de alimentos /N° total de instalaciones de alimentos (restaurantes) con autorización de alimentos, catastrados por las Seremis a Diciembre año t-1)*100)</p>	22.62 %	22.98 %	21.22 %	9.80 %	19.98 %	22.00 %	10%	<p><u>Base de Datos/Software</u></p> <p>Reporte mensual de fiscalizaciones en restaurantes código CIU 552010 desde RAKIN.</p> <p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Planilla consolidada con los datos de todas las SEREMIS.</p>	5

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo 2015	Efectivo a Junio 2016	Estimado 2016	Meta 2017	Ponderación	Medios de Verificación	No-tas
<p>•Acciones de Monitoreo, Rectoría y Regulación Sanitaria</p> <p>– Monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) de la década</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Índice de pesquisa de Tuberculosis, durante el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Nº de baciloscopías diagnósticas pulmonares procesadas, durante el año t/Nº de consultas de morbilidad en mayores de 15 años, durante el año t)*1000)</p>	0.00 personas	21.09 personas	21.64 personas	23.18 personas	22.00 personas	21.98 personas	10%	<p>Formularios/Fichas REM: consultas de morbilidad</p> <p>Reportes/Informes Acciones bacteriológicas del programa de tuberculosis</p>	6
<p>•Pronunciamentos técnico-administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores</p> <p>– Gestión de los trámites de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez</p>	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en menos de 25 días</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en = ó < de 25 días/Número total de licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas)*100)</p>	65.4 %	0.0 %	84.7 %	79.9 %	80.0 %	80.0 %	10%	<p>Base de Datos/Software Sistema Informático de licencias médicas - FONASA (DWH)</p>	7
<p>•Pronunciamentos técnico-administrativos para constatar/evaluar/declarar/certificar el estado de salud de los trabajadores</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de licencias médicas fiscalizadas en 5 componentes relevantes, respecto del total de las licencias médicas tramitadas.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	5.63 %	5.48 %	4.92 %	0.00 %	6.11 %	6.39 %	15%	<p>Base de Datos/Software Planilla excell consolidada por el Depto. de la Coordinación Nacional de las COMPIN, con información enviada por cada COMPIN/Subcomisión del país o del data ware house (base de datos de LM FONASA).</p>	8

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

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

5.-El N° total de restaurantes (código CIU 552010) a fiscalizar, se basará en un catastro actualizado por cada SEREMI a finales del año 2013 contrastada con información entregada por SII en Marzo del 2014 y consolidada en Abril del 2014. La categorización de los establecimientos se realizará a través del código CIU que hace referencia a la Clasificación Internacional Industrial Uniforme 52010: Clasificación de restaurante. El sistema de registro de información y validación de datos se hará a través del sistema de soporte informático de la Subsecretaría de Salud

Pública denominado RAKIN ya que este es el medio oficial, de acuerdo a las instrucciones y circulares internas, en que se debe llevar el registro de acciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Para efectos de evaluar el cumplimiento del Indicador H de Tabaco, se utilizará la base de datos extraída del sistema en ACTIVIDADES E INSPECCIONES. El indicador se valida desde el campo ACTIVIDAD con Materia: ley de Tabaco, no siendo relevante la intervención a través de la cual se realiza el ingreso, esto pues la Inspección de Ley de tabaco se puede dar como secundaria a otra actividad realizada en cuanto a los deberes y obligaciones de la Autoridad Sanitaria. El principal medio de verificación se obtiene a través de la columna Dirección, para luego validar con otras columnas que permitan identificar la instalación con respecto al catastro. Esto, pues es posible que durante el mismo año, un establecimiento posea más de un Rut, Razón Social o Nombre de Fantasía. Una inspección contempla que se visite la instalación para verificar el cumplimiento de la normativa (Ley N° 19.419) 1. Verificar que el local se mantiene en funcionamiento y anotar las observaciones pertinentes de no ser así. 2. Verificar la correcta aplicación de la normativa de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual de Fiscalización. 3. En el caso de constatar una infracción, la Autoridad Sanitaria informará el hecho ante el Juez de Policía Local, según corresponda. (Art. N° 15 y 16 de la Ley N° 19.419)

6.-La Tuberculosis forma parte central de la Estrategia Nacional de Salud, es parte de los indicadores del Objetivo estratégico n°1 de enfermedades transmisibles. La meta al 2020 es eliminar a la tuberculosis como problema de salud pública. La baciloscopia es un examen de la expectoración que permite localizar de manera temprana los casos contagiosos de Tuberculosis presentes en la comunidad y se realiza de manera gratuita en todos los establecimientos de salud públicos del país (Centros de atención primaria y Hospitales de todas las complejidades). Los datos de la cantidad de baciloscopías procesadas serán enviados mensualmente desde los laboratorios de los Servicios de Salud al Nivel Central del Programa de Tuberculosis. Así el objeto de medición es el examen baciloscópico y la cantidad de estos que se realizan, no así las personas que son objeto de estudio.

7.-Este indicador permitirá medir el porcentaje de las licencias médicas de pago directo sin peritaje liquidadas en igual o menos de 25 días, no incluyendo las tramitadas por CCAF. El alcance del Indicador corresponderá desde la fecha de ingreso al sistema informático FONASA hasta la fecha de liquidación, es decir lista para el pago. Es necesario especificar que las licencias médicas electrónicas dependerán de la información oportuna y veraz que entreguen los Operadores ?Imed y Medipass? sobre los cambios de estados en el sistema informados en los paneles correspondientes, ya que uno de los problemas detectados actualmente es que existen estados no actualizados, informando atrasos en los procesos de la COMPIN que no corresponden.

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