

## INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2020

<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 2016	Efectivo 2017	Efectivo 2018	Efectivo a Junio 2019	Meta 2020	Notas
•Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.	<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>	(Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos tratados oportunamente (primeras 24 horas a partir de la notificación desde el establecimiento de salud a la SEREMI), durante el año /Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos, durante el año t)*100	<p>100.0 % (107.0/107.0)*100</p> <p>H: 100.0 (48.0/48.0)*100</p> <p>M: 100.0 (59.0/59.0)*100</p>	<p>100.0 % (81.0/81.0)*100</p> <p>H: 100.0 (35.0/35.0)*100</p> <p>M: 100.0 (46.0/46.0)*100</p>	<p>100.0 % (75.0/75.0)*100</p> <p>H: 100.0 (48.0/48.0)*100</p> <p>M: 100.0 (27.0/27.0)*100</p>	<p>100.0 % (23.0/23.0)*100</p> <p>H: 100.0 (11.0/11.0)*100</p> <p>M: 100.0 (12.0/12.0)*100</p>	<p>98.7 % (77.0/78.0)*100</p> <p>H: 97.4 (38.0/39.0)*100</p> <p>M: 100.0 (39.0/39.0)*100</p>	1
•Programas e Iniciativas en Salud Pública	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>2 Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t. /N° de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t)*100</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI</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>85.22 % (4065183.00 /4770434.00)*100</p> <p>H: 85.80 (1678234.00 /1955879.00)*100</p> <p>M: 84.81 (2386949.00 /2814555.00)*100</p>	<p>88.14 % (4375378.00 /4964196.00)*100</p> <p>H: 87.97 (1790564.00 /2035318.00)*100</p> <p>M: 88.25 (2584814.00 /2928878.00)*100</p>	<p>86.29 % (4905024.00 /5684412.00)*100</p> <p>H: 84.34 (1965747.00 /2330609.00)*100</p> <p>M: 87.64 (2939277.00 /3353803.00)*100</p>	<p>88.01 % (5270984.00 /5988904.00)*100</p> <p>H: 67.66 (2127202.00 /3143782.00)*100</p> <p>M: 88.97 (3143782.00 /3533453.00)*100</p>	<p>80.00 % (6171271.00 /7714088.00)*100</p> <p>H: 80.00 (2530221.00 /3162776.00)*100</p> <p>M: 80.00 (3641050.00 /4551312.00)*100</p>	2
•Políticas Públicas,	<u>Eficacia/Producto</u>	(N° de exámenes de	6313.80 nú	6444.99 nú	8233.33 nú	4247.33 nú	10054.67	3

Promoción y Prevención en Salud	3 Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	VIH realizados en el año t/Población total en el año t)*100.000	mero (1148600.00 /18191884.0 0)*100000.0 0	mero (1184197.00 /18373917.0 0)*100000.0 0	mero (1527465.00 /18552218.0 0)*100000.0 0	mero (795379.00/ 18726548.0 0)*100000.0 0	número (1900000.00 /18896684.0 0)*100000.0 0	
•Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.	<u>Eficacia/Productos</u>  4 Porcentajes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: SI	(N° de brotes de ETA, investigados por las SEREMIS de Salud, durante el año t/N° total de brotes de ETA, notificados a las SEREMIS de Salud desde la Red Asistencial en el año t)*100	96.61 % (1025.00/1061.00)*100	92.55 % (956.00/1033.00)*100	92.44 % (1051.00/1137.00)*100	98.56 % (547.00/555.00)*100	93.97 % (1044.00/1111.00)*100	4

Notas:

1 Los contactos de enfermedad meningocócica corresponden a: Persona de cualquier edad, cuya asociación con un individuo enfermo haya sido íntima (contacto estrecho) como para contraer el agente, tales como personas que duermen bajo un mismo techo en casas, salas-cunas, internados y similares. Se agregan los pasajeros de viajes de 5 horas o más en buses u otro medio de transporte. Entrada al proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: notificación desde el establecimiento de salud de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica. Cierre del proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: clasificación del caso como enfermedad meningocócica y serogrupo. Para efecto del indicador H de enfermedad meningocócica, quimioprofilaxis a contactos antes de 24 horas, la apertura del proceso es la misma, es decir, la notificación de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica y el cierre es la entrega de medicamentos de bloqueo a los contactos y posterior registro.

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

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

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

2

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 en convenio 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 (vacunación extramural). 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. A partir del año 2020, se realizará la ampliación de los grupos de vacunación infantil, incluyendo a los niños de 6 a 10 años (1.286.136 personas según proyección de población INE Censo 2017). Esta vacunación se realizará principalmente en los colegios, en los niveles 1° a 5° básico (vacunación extramural).

3 El Plan de Acción de VIH 2018-2019 ha posibilitado la inclusión, valoración y uso del test rápido/visual como método de tamizaje de la infección por VIH, permitiendo su incorporación en la Red Asistencial y en espacios comunitarios, asimismo y complementariamente, continua el uso de pruebas de detección instrumentales, disponibles en todos los niveles del sector público y privado de salud. Durante 2020 se continuará ampliando el acceso al examen de VIH, al diagnóstico precoz de la infección y al tratamiento si corresponde, lo que implica incrementar la disponibilidad de pruebas rápidas y la diversificación de los canales de acceso al examen por parte de la población. 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.

4 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 a epidemiología de la SEREMI de Salud, a través del o los Sistemas de Información institucionales disponibles para estos efectos, 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.