

INDICADORES ESTRATÉGICOS DE DESEMPEÑO
AÑO 2023
VERSIÓN LEY DE PRESUPUESTOS 2023

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

Objetivo Estratégico al que se Vincula	Variable de Medición Asociada al Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2020	Efectivo 2021	Estimado 2022	Estimado 2023	Notas
Evaluar, formular y rediseñar las políticas públicas orientadas hacia una cultura de bienestar y calidad de vida, que propicien la equidad de género, impulsar la promoción de estilos y hábitos de vida saludables mediante medidas estructurales que provean mayor acceso y disponibilidad a alimentos seguros y sanos, actividad física; disminuyan el consumo de alcohol, tabaco, drogas y alimentos perjudiciales;	Población de riesgo vacunada contra la influenza	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 1. Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.	(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	100.94 % (7677361.00 / 7605529.00)*100	75.94 % (6464090.00 / 8512292.00)*100	85.00 % (6556426.00 / 7713442.00)*100	85.00 % (7391348.00 / 8695703.00)*100	1

provean mayor cobertura de inmunizaciones; que reconozcan los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y permitan el acceso adecuado y uso racional de medicamentos.								
Formular e implementar estrategias, procesos e iniciativas para reducir y gestionar los riesgos sanitarios, las emergencias sanitarias y catástrofes de origen natural o humano, incluyendo la vigilancia sanitaria, la sistematización y maduración de los mecanismos de respuesta levantados durante la pandemia.	Brotos de enfermedades transmitidas por los alimentos investigados	<i>Eficacia/Productos</i> 2. Porcentajes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.	(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	100.00 % (766.00 / 766.00)*100	100.00 % (688.00 / 688.00)*100	100.00 % (800.00 / 800.00)*100	100.00 % (730.00 / 730.00)*100	2
Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y mejora del nivel de la salud	Exámenes de VIH realizados	<i>Eficacia/Productos</i> 3. Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t	(N° de exámenes de VIH realizados en el año t/Población total en el año t)*100.000	6676.46 número (1261630.00 / 18896684.00)*100000.00	7533.76 número (1482520.00 / 19678363.00)*100000.00	7266.00 número (1440784.00 / 19828563.00)*100000.00	7940.00 número (1584865.00 / 19960889.00)*100000.00	3

<p>mental, considerando acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar y la calidad de vida de las personas en cada fase de la enfermedad, con enfoque intercultural, enfatizando medidas estructurales que habiliten entornos saludables y permitan una distribución equitativa de resultados de salud en la población, propiciando con cada accionar la equidad de género.</p>								
<p>Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y mejora del nivel de la salud mental, considerando</p>	<p>Casos con contactos de enfermedad meningocócica tratados oportunamente</p>	<p><u>Calidad/Productos</u> 4. Porcentaje de casos con contactos de enfermedad meningocócica tratados oportunamente(Primeras 24 Horas) desde la notificación del establecimiento de salud a la SEREMI, durante el año t</p>	<p>(Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos tratados oportunamente (primeras 24 horas a partir de la notificación desde el establecimiento de salud a la SEREMI), durante el año</p>	<p>100.00 % (6.00 / 6.00)*100</p>	<p>96.20 % (25.00 / 26.00)*100</p>	<p>100.00 % (20.00 / 20.00)*100</p>	<p>97.70 % (84.00 / 86.00)*100</p>	<p>4</p>

<p>acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar y la calidad de vida de las personas en cada fase de la enfermedad, con enfoque intercultural, enfatizando medidas estructurales que habiliten entornos saludables y permitan una distribución equitativa de resultados de salud en la población, propiciando con cada accionar la equidad de género.</p>			<p>/Número de casos de enfermedad meningocócica con contactos, durante el año t)*100</p>					
<p>Profundizar y mejorar el acceso a los Programas Sociales de Salud tendientes a fortalecer y potenciar el programa de gobierno y la realización de acciones sanitarias hacia poblaciones priorizadas en la agenda social y desarrollar</p>	<p>Licencias médicas de pago directo tramitadas</p>	<p><u>Calidad/Producto</u> 5. Tiempo promedio de tramitación licencias de pago directo</p>	<p>(Sumatoria de días de tramitación de licencias médicas de pago directo, liquidadas en el año t/N° total de licencias de pago directo liquidadas en el año t)</p>	<p>15.90 días (10101411.00 / 634670.00)</p>	<p>17.20 días (14954729.00 / 871827.00)</p>	<p>22.00 días (21999142.00 / 999961.00)</p>	<p>22.00 días (24419054.00 / 1109957.00)</p>	<p>5</p>

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

Notas:

1

Esta estrategia de vacunación se dirige a grupos definidos anualmente por situación epidemiológica nacional, condiciones de riesgo y susceptibilidad de enfermar severamente y busca cubrir al mayor porcentaje de personas incluidas en los grupos de riesgo, utilizando los vacunatorios públicos y privados en convenio como brazo ejecutorio principal. Se desarrollan también, estrategias de acercamiento de los vacunatorios a sitios de mayor concentración de personas pertenecientes a los grupos prioritarios (vacunación extramural). En lo que respecta a la población objetivo (denominador), la campaña 2022 define con mayor precisión los grupos a vacunar, quedando de la siguiente forma:

- 1.- Niños/as entre 6 meses y 5° año básico.
 - 2.- Embarazadas (desde el inicio de la gestación).
 - 3.- Personas de 65 años y más
 - 4.- Enfermos crónicos de 11 a 64 años.
 - 5.- Capullo para prematuros.
 - 6.- Funcionarios de Salud, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado.
 - 7.- Trabajadores de la educación escolar y prescolar hasta 5° año básico, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado
 - 8.- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.
 9. Otras prioridades, que incluye a: Fuerzas Armadas y de Orden, bomberos, transportistas, recolectores de basuras trasportistas, y también a grupos de personas que por el hacinamiento en que viven de manera regular, constituyen un potencial foco de expansión de la influenza, como es el caso de las personas privadas de libertad y respectivo personal de custodia, etc.
- Otro punto a considerar en el denominador es que la distribución por sexo se calcula en base a la población objetivo global y no por criterio de elegibilidad.

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

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

- 2 Los Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) constituyen síndromes, generalmente agudos, que pueden caracterizarse por un cuadro digestivo, cutáneo o neurológico originado por la ingestión de alimentos y/o agua que contenga agentes etiológicos en cantidad tal que afecten la salud de la población (2 o más personas) y donde la evidencia epidemiológica o de laboratorio implica al alimento y/o agua como 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 (D.S. 7/19) cumpliendo dos objetivos esenciales: 1) identificar la fuente, el agente causal, determinar los factores de riesgo así como los grupos de la población que han sido expuestos y afectados, contribuyendo a controlar el evento específico y previniendo la aparición de nuevos enfermos y 2) desarrollar e implementar políticas planes y programas que fortalezcan un enfoque preventivo de futuros eventos. Todos los brotes de importancia en salud pública deben ser notificados desde la red de atención de salud a epidemiología de la SEREMI de Salud, a través del o los Sistemas de Información institucionales disponibles para estos efectos, para luego registrar en los mismos, los resultados de la investigación y la conclusión final. La investigación de los brotes de ETA permite adoptar medidas de control en forma específica. Además, el análisis de la información facilita la adecuada orientación de los programas de vigilancia de peligros en alimentos, las estrategias de promoción de la Salud, y en caso de ser necesario, la comunicación de los riesgos a la población.

Se excluyen del indicador los siguientes casos: brotes investigados en donde se descarten los alimentos o el agua como vehículo de transmisión (brotes descartados); brotes en donde se determine que el lugar de exposición es una instalación de las fuerzas armadas y de orden público; brotes notificados donde el lugar de exposición está fuera del territorio nacional, ya que la investigación está fuera de la jurisdicción de esta Subsecretaría; brotes duplicados o registrados en blanco sin información

- 3 El Plan de Acción de VIH 2018-2019, estableció la incorporación del test rápido/visual como método de tamizaje de la infección por VIH, permitiendo su incorporación en la Red Asistencial y en espacios comunitarios. Es así que en el año 2019 esta estrategia, se encontraba implementada en el 100% de los CESFAM del país (591), alcanzando una cobertura comunal de un 100%. Además y de manera complementaria, se continúa el uso de pruebas de detección instrumentales, disponibles en todos los niveles del sector público y privado de salud. Para 2020, a través de la agenda del plan bianual 2018-2019 se proyectó la ampliación de esta estrategia, sin embargo, considerando el contexto COVID el acceso al examen se ha visto disminuido por las restricciones que implica el manejo de la Pandemia, lo que ha puesto el desafío de desarrollar iniciativas que permita la realización del examen, en al menos las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo. Es así, que durante 2020 se logró realizar 1.261.630 exámenes de VIH, habilitando para ello, el acceso al examen VIH en el Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social de VIH/SIDA-CRIAPS, dependiente de la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, para facilitar el diagnóstico de VIH la población residente en esta región, que es la región que aporta con mayor número de exámenes que se realizan.

Durante 2021 se continuó con la priorización de esta estrategia, desarrollándose innovaciones como la que se planificó y ejecutó durante el segundo semestre de 2021 referida a la oportunidad de asociar la promoción y el testeo para VIH a las estrategias de vacunación COVID-19, lo que permitió el ofrecimiento del examen a las personas que acudían a recibir la vacuna. También se ejecutó la línea de testeo comunitario realizado por organizaciones sociales, quienes a través de proyectos adjudicados por cada una de las Seremis de Salud, realizan el examen de VIH a sus pares, a saber poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. Esta estrategia es financiada por el nivel central. El número de exámenes realizados ese año alcanzó a 1.482.520, lo que significó un incremento en comparación con 2020.

En 2022 el acceso al examen ha seguido estando entre las líneas de acción priorizadas del Programa, por lo cual se seguirá desarrollando la estrategia de testeo comunitario por organizaciones sociales y ONGs y la promoción del examen a través de la comunicación social en redes sociales y en la próxima Campaña de Comunicación Social, que insistirá en la importancia del diagnóstico de VIH. Además, como se inició el testeo en gestantes que llegan al parto sin examen de VIH realizado durante los controles de embarazo y en aquellas que habiendo sido testeadas durante la gestación, resultaron negativas, se estimó para 2022 un incremento en el número de exámenes que se realizarán, de al menos 10% de lo hecho en 2021.

La evidencia científica sigue demostrando que el Tratamiento Antirretroviral-TARV iniciado en etapas tempranas de la infección por VIH y mantenido en el tiempo, permite una carga viral suprimida en personas bajo TARV, evitando así la transmisión a otras personas (el tratamiento es hoy una estrategia de prevención). Por ello, el acceso al examen para el diagnóstico y el tratamiento precoz, sigue siendo uno de los ejes centrales en el control de la epidemia por VIH y en el plan nacional bianual 2021-2022, recientemente elaborado.

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. Además, en el sector público se encuentra implementada la plataforma SURVIH, en la cual se registran los exámenes VIH realizados a través de test rápido, en los establecimientos de la red de APS, y en las iniciativas comunitarias.

4 Los contactos de enfermedad meningocócica corresponden a: Persona de cualquier edad, cuya asociación con un individuo enfermo haya sido íntima (contacto estrecho) como para contraer el agente, tales como personas que duermen bajo un mismo techo en casas, salas-cunas, internados y similares. Se agregan los pasajeros de viajes de 5 horas o más en buses u otro medio de transporte. Entrada al proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: notificación desde el establecimiento de salud de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica. Cierre del proceso de gestión de casos en vigilancia epidemiológica de enfermedad meningocócica: clasificación del caso como enfermedad meningocócica y serogrupo. Para efecto del indicador H de enfermedad meningocócica, quimioprofilaxis a contactos antes de 24 horas, la apertura del proceso es la misma, es decir, la notificación de un caso sospechoso de enfermedad meningocócica y el cierre es la entrega de medicamentos de bloqueo a los contactos y posterior registro. Es importante mencionar que, el caso que ingresa a la vigilancia por otro diagnóstico (ejemplo: meningitis bacteriana, no meningocócica) y en el resultado del laboratorio se detecta el agente *Neisseria meningitidis*, se debe considerar como fecha de notificación, a la fecha de detección del agente. Adicionalmente, existen casos en que se los Servicios de Salud realizan el tratamiento a los contactos, sin notificación previa a la SEREMI. Por lo tanto, la fecha de la quimioprofilaxis es anterior a la notificación.

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

5 Este indicador contempla licencias de pago directo finalizadas (Entidad pagadora A, estados finales (4,5,9)) la sumatoria de días corresponde a días corridos desde la fecha de recepción (día hábil subsiguiente a la recepción sistémica de acuerdo al Decreto Supremo N°3 artículo 69) de la licencia médica en COMPIN, hasta la fecha de liquidación de la licencia (cálculo del subsidio), ya que el proceso termina en esta instancia para COMPIN.

Esto corresponde a Licencias Médicas con Derecho a Subsidio (A,B), ya que sin derecho a subsidio no se calcula el monto. Finalmente se excluyen licencias con hasta 365 desde la fecha de recepción de la licencias ya que si existe alguna modificación o se realizan reprocesos de licencias de años anteriores esto no afectaría el indicador. Además, licencias que nunca hayan estado pendiente (peritaje médico, informe médico, visita domiciliaria, visita empleador, antecedentes de subsidio como contrato de trabajo etc.) y que no exista un proceso de apelación posterior (recurso de reposición).

Las Licencias médicas que son catalogadas como pago directo corresponden a las licencias entregadas a trabajadores que su empleador no están inscrito en alguna caja de compensación, lo que implica que el dinero se le entrega directamente al trabajador.

La recepción de la licencia médica por parte de la COMPIN no guarda relación con un estado, sino que se guarda como un hito, que se almacena en el campo de Fecha de Recepción de la base de datos.