

Indicadores de desempeño año 2027

LEY DE PRESUPUESTOS 2026

La información contenida en el actual reporte contempla los indicadores de desempeño planteados por los servicios públicos, con el carácter de primera versión.

Ministerio	MINISTERIO DE SALUD	Partida	16
Servicio	SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA	Capítulo	09

MATRIZ DE INDICADORES							
Objetivo Estratégico al que se Vincula	Variable de Medición Asociada al Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2025	Estimado 2026	Estimado 2027	Notas
Objetivo 3. Aumentar la cobertura de inmunización de la población a lo largo del ciclo vital, frente a enfermedades inmunoprevenibles, mediante la ampliación del acceso y disminución de brechas territoriales.	—	Eficacia/ Resultado Intermedio 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	78.77 %	84.00 %	85.00 %	1
Objetivo 5. Aumentar el acceso oportuno de la población a la atención de enfermedades no transmisibles y transmisibles en la población, mediante el desarrollo de estrategias de prevención, detección precoz, tratamiento y seguimiento continuo.	—	Eficacia/ Producto 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 %	100.00 %	100.00 %	2
Objetivo 1. Reducir la exposición de las personas a factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles en la población, mediante intervenciones de salud pública orientadas a la prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo vital	—	Eficacia/ Producto 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	8127.00 número	8888.00 número	9025.00 número	3
Objetivo 2. Aumentar el cumplimiento de la normativa sanitaria por parte de los sujetos regulados, mediante acciones de fiscalización orientadas a resguardar la salud de la población	—	Eficacia/ Producto* 4. Porcentaje de trámites con resolución en el año t	(N° de trámites con resolución en año t/ N° total de trámites ingresados en año t.)*100	91.43 %	98.49 %	98.49 %	4
Objetivo 4. Aumentar el acceso oportuno de la población a medicamentos esenciales de calidad, mediante políticas integradas de regulación, planificación y monitoreo que reduzcan las brechas territoriales en el acceso.	—	Eficacia/ Producto* 5. Porcentaje de componentes del modelo de gobernanza de los Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC) implementados al año t	(N° de componentes del modelo de gobernanza de los ARC implementados y formalizados al 31 de diciembre al año t/ N° total de componentes del modelo de gobernanza de los ARC comprometidos)*100	NM	67.00 %	100.00 %	5

Indicadores de desempeño 2027

Continuación

MATRIZ DE INDICADORES · CONTINUACIÓN

Objetivo Estratégico al que se Vincula	Variable de Medición Asociada al Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2025	Estimado 2026	Estimado 2027	Notas
Objetivo 6. Aumentar el acceso a la atención oportuna de las personas con cáncer cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la continuidad del seguimiento en la red asistencial pública.	—	Eficacia/ Producto* 6. Diseño de los 12 problemas de salud oncológicos que se planifica incorporar al GES	(N° de nuevos problemas de salud oncológicos con el diseño de sus canastas para la evaluación de incorporación a Decreto GES/12 nuevos problemas de salud oncológicos con el diseño de sus canastas para la evaluación de incorporación a Decreto GES)*100	NM	NM	100.00 %	6
Objetivo 3. Aumentar la cobertura de inmunización de la población a lo largo del ciclo vital, frente a enfermedades inmunoprevenibles, mediante la ampliación del acceso y disminución de brechas territoriales.	—	Eficiencia/ Resultado Final* 7. Costo unitario de la vacuna contra Virus Papiloma Humano (VPH)	Gasto anual ejecutado de la vacuna VPH en el período t/N° de vacunas de VPH adquiridas y distribuidas en el período t	NM	\$ 20766.00	\$ 18006.00	7
Objetivo 5. Aumentar el acceso oportuno de la población a la atención de enfermedades no transmisibles y transmisibles en la población, mediante el desarrollo de estrategias de prevención, detección precoz, tratamiento y seguimiento continuo.	—	Eficiencia/ Producto* 8. Costo unitario de las certificaciones de discapacidad emitidas por COMPIN	Gasto anual ejecutado del componente Certificación de Discapacidad en M\$ del período t/N° de certificaciones de discapacidad emitidas por COMPIN en el período t	28.83 M\$	26.44 M\$	24.83 M\$	8
Objetivo 7. Aumentar la capacidad de preparación y vigilancia sanitaria frente a riesgos, emergencias y desastres de origen biológico, antrópico o natural, mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la detección oportuna de eventos de riesgo y la planificación territorial, contribuyendo a los sistemas de alerta temprana e inteligencia epidémica.	—	Eficacia/ Producto* 9. 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	(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	100.00 %	100.00 %	100.00 %	9

* Indicador nuevo a partir de 2027

Indicadores de desempeño 2027

Continuación

NOTAS METODOLÓGICAS	
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 ejecutor 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 anual define con mayor precisión los grupos a vacunar, quedando de la siguiente forma: 1.- Niños/as entre 6 meses a 5 años. 2.- Escolares de 6 a 10 años. 3.- Embarazadas (desde el inicio de la gestación). 4.- Personas de 60 años y más 5.- Enfermos crónicos de 11 a 59 años. 6.- Capullo para prematuros. 7.- Funcionarios de Salud, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado. 8.- Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 8° año básico, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado 9.- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo y ganaderos. 10.- Trabajadores de ELEAM y cuidadores de adultos mayores. 11.- Otras prioridades, de acuerdo al lineamiento técnico-operativo de la estrategia. 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 fuente de exposición a la enfermedad. La presentación de un brote ETA da cuenta de la pérdida de inocuidad de los alimentos en algún punto de la cadena, entre la elaboración y el consumo, razón por la cual deben ser investigados (D.S. 7/19 MINSAL) cumpliendo dos objetivos esenciales: 1) identificar la fuente, el agente causal, determinar los factores de riesgo así como los grupo 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 la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud, para ser ingresados a los Sistemas de Información institucionales disponibles para estos efectos, para luego registrar en estos 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 donde el lugar de exposición notificado se encuentra fuera del territorio nacional (Exposición otro país), brotes duplicados o registrados en blanco, sin información o marcados con un texto "No Válido" u otra forma, en la misma notificación ingresada por el referente de Epidemiología de la Seremi de Salud. La temporalidad corresponde a año calendario.
3	"El acceso al examen VIH ha sido incluido entre los objetivos sanitarios nacionales para la década 2021-2030, planteándose como un resultado esperado ? Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población?. Desde 2018, el plan de trabajo ha definido como uno de sus ejes y el tratamiento oportuno, señalando la importancia de promover la realización del examen de detección e incorporando tecnologías innovadoras como es el uso del test rápido de lectura visual para facilitar el acceso por parte de la población. Es así, que desde ese año se ha gestionado la disponibilidad de recursos para la adquisición de estos test, se ha capacitado en forma sostenida a la red de atención, a distintas organizaciones e intersecciones para su aplicación. El test rápido se encuentra disponible para uso en Atención Primaria, iniciativas de testeo comunitarias y territoriales llevadas a cabo por las Seremis de Salud y en gran medida ejecutadas por organizaciones sociales. El test rápido de lectura visual complementa las técnicas instrumentales usadas desde inicios del Programa VIH referida, fundamentalmente a técnica ELISA. La mayor innovación en el campo del testeo VIH, comenzó a desarrollarse en 2022, cuando se decidió la inclusión del autotest para promover y facilitar el examen de VIH desde la autonomía de las personas, ello es especialmente relevante para aquellas personas que por diversas razones no acuden a las redes sanitarias, actualmente está implementado a nivel nacional. El examen de detección de VIH está disponible en todos los niveles de las redes asistenciales de los sectores público y privado de salud y la información sobre exámenes de VIH realizados se obtiene de la plataforma informática http://examenesvih.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 y en las iniciativas comunitarias. Esto es relevante, pues el Indicador H, considera los exámenes realizados por cualquiera de las técnicas habilitadas, autorizadas y disponibles para ser utilizadas en Chile. Por lo anterior, el indicador ?Tasa de exámenes de VIH realizados en el año t? es de significativa utilidad para monitorear y evaluar el impacto de las políticas públicas que promueven el testeo de VIH facilitando así, el diagnóstico precoz de la infección por VIH. El numerador del indicador es el número de exámenes de VIH realizados mediante las técnicas de testeo disponibles en el país y el denominador se refiere a la población del país proyectada por el INE para cada año calendario, basada en el Censo de Población y Vivienda 2017 (últimas proyecciones disponibles en la actualidad)."
4	Los trámites de Autoridad Sanitaria corresponden a solicitudes realizadas por personas naturales o jurídicas ante las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, en el marco de las atribuciones de regulación y fiscalización sanitaria establecidas en la normativa vigente. Estos trámites permiten a los sujetos regulados y a la ciudadanía acceder a autorizaciones, certificados, resoluciones u otras actuaciones administrativas requeridas para el cumplimiento de las disposiciones sanitarias aplicables. La gestión de estas solicitudes contempla su ingreso, revisión de antecedentes, evaluación por parte de la autoridad sanitaria y la emisión del acto administrativo o documento que corresponda, de acuerdo con la naturaleza de cada trámite. El indicador mide el grado de cumplimiento en la resolución de las solicitudes de trámites ingresadas durante el año t, considerando aquellas que son resueltas dentro del mismo año calendario. El numerador corresponde al número de trámites ingresados durante el año t que cuentan con resolución registrada durante ese mismo período. El denominador corresponde al número total de trámites válidamente ingresados durante el año t. Para efectos de la medición, se considerarán como trámites resueltos aquellos que cuenten con el registro de término correspondiente en el sistema institucional habilitado para su seguimiento. Se excluirán del cálculo los registros duplicados, anulados o que no correspondan a solicitudes válidamente ingresadas y pagadas, de acuerdo con los criterios definidos para el registro de los trámites. Las solicitudes que permanezcan pendientes de resolución al cierre del año t serán consideradas en el denominador, pero no en el numerador. La información será obtenida de los sistemas institucionales de registro y seguimiento de trámites de Autoridad Sanitaria, permitiendo su validación y trazabilidad. La temporalidad corresponde a año calendario.
5	"Los Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC) son un mecanismo innovador de adquisición de tecnologías sanitarias que permite distribuir el riesgo financiero y de resultados clínicos asociado a nuevos tratamientos, equilibrando el acceso a terapias avanzadas con la sostenibilidad financiera del sistema de salud (Res. Ex. N°410 de abril de 2025, que aprueba los lineamientos técnicos para la implementación de la estrategia ARC). Dicha resolución estructura la estrategia en cuatro pilares ?regulatorio-legal, institucional-organizacional, de procesos y técnico? y en junio de 2025 la Res. Ex. N°693 creó la Oficina de Coordinación de ARC en el Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud de DIPLAS, asignándole las funciones de coordinar el desarrollo de la normativa necesaria, diseñar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de los acuerdos y dirigir el desarrollo de la plataforma informática de los ARC. El indicador mide el avance en la instalación del modelo de gobernanza de los ARC, entendido como el conjunto de instrumentos institucionales, procedimentales y tecnológicos que permiten decidir, ejecutar y controlar estos acuerdos. Numerador: número de componentes implementados y formalizados al 31 de diciembre del año t, medido en forma acumulada. Denominador: tres componentes comprometidos. Definición de cada componente y su criterio de cumplimiento: 1. Resolución orgánica de funcionamiento de los ARC. Se considera implementado cuando se encuentra totalmente tramitada la resolución ministerial que formaliza la estructura orgánica de la estrategia ?Grupo de Trabajo ARC y Equipo de Diálogo con Proveedores (EDP)? definiendo integrantes, funciones, coordinación y reglas de probidad, conflictos de interés y confidencialidad. La propuesta fue elaborada por el Grupo de Trabajo ARC y la Oficina de Coordinación ARC y cuenta con aprobación de la Subsecretaría de Salud Pública, quedando pendiente su visación y firma. 2. Manual de procedimientos para la implementación de los ARC. Se considera implementado cuando el manual se encuentra aprobado por acto administrativo y difundido a las unidades participantes. Establece la hoja de ruta para la evaluación y priorización de tecnologías candidatas, el proceso de diálogo con proveedores y el seguimiento de los acuerdos. Durante 2025 fue revisado y consolidado técnicamente por el Grupo de Trabajo ARC, sin acto aprobatorio. 3. Plataforma informática de registro, monitoreo y evaluación de los ARC. Se considera implementada cuando se encuentra en operación con sus cinco módulos integrados (protocolos, pacientes, tecnología en salud, seguimiento clínico, y seguimiento contractual e informes) y los mantenedores transversales con control de acceso diferenciado. El proyecto cuenta con ALVATIC aprobado (identificador 2026.16.001609.20) visado por el Ministerio de Hacienda, por un monto total de \$110.000.000 y un plazo de ejecución de 18 meses, entre el primer trimestre de 2026 y el cuarto trimestre de 2027. Cada componente se contabiliza una sola vez y de manera acumulativa; los avances parciales (propuestas en trámite, versiones preliminares, módulos en desarrollo o en marcha blanca) no se contabilizan hasta contar con el acto administrativo o la puesta en operación correspondiente. La temporalidad corresponde a año calendario."
6	El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Ley N°19.966; Decreto N°29 de 2026 vigente) incluye 15 problemas de salud oncológicos con garantía de oportunidad para las etapas de sospecha, confirmación diagnóstica, etapificación y tratamiento, con plazos máximos definidos por patología en el decreto. Actualmente un 25% de la población oncológica de país no tiene garantías de oportunidad GES. Se establecerá la planificación de la incorporación de 12 problemas de salud GES con la creación de canastas respectivas Numerador: Diseño de los 12 problemas de salud oncológicos nuevos con sus garantías de oportunidad GES. Denominador: 12 problemas de salud diseñados para ser incorporados en GES en la actualización de la LEY GES 2028-2031. El verificables es la entrega de los 12 problemas de salud con sus estructuras de canastas, listas para evaluación de incorporación al GES

Indicadores de desempeño 2027

Continuación

NOTAS METODOLÓGICAS · CONTINUACIÓN

7	Este producto será adquirido a través de un proceso de importación, por lo tanto, el costo final del indicador es estimado y esta sujeto a la variación del dólar y los gastos de internación correspondientes. El dólar utilizado actualmente es el informado por DIPRES en el proceso de formulación presupuestaria (\$910). El indicador es descendente y mide la mejora de las condiciones en la adquisición de la vacuna VPH. Esta vacuna llegará a Chile entre marzo y abril de 2027. Su distribución esta considerada para el mes de junio 2027 y el pago de la totalidad de los recursos (a OPS y CENABAST) se estimada que estará materializado a fines de agosto 2027.
8	1. El indicador corresponde a un costo unitario de producción y se calcula como: gasto anual del componente ?Certificación de Discapacidad?, excluido el gasto administrativo, dividido por el número de certificaciones de discapacidad emitidas en el mismo año. Para años efectivos se utilizará gasto ejecutado; para años estimados, gasto proyectado. Los reportes de Monitoreo han informado históricamente el gasto unitario del componente separadamente del gasto administrativo. No debe confundirse este indicador con el ?gasto por beneficiario?, que en otros reportes anteriores consideró gasto de componentes más gasto administrativo. 2. La unidad de producción es la certificación de discapacidad como acto, no la persona única beneficiaria ni la inscripción posterior en el Registro Nacional de la Discapacidad. Para el conteo de producción se considera la fecha de certificación emitida por COMPIN; la certificación COMPIN y el ingreso al RND corresponden a eventos distintos. 3. La exclusión del gasto administrativo no implica que éste no sea necesario para la operación del programa, sino que queda fuera del perímetro definido para este indicador. Cualquier modificación futura en la imputación de gastos entre componente y administración deberá documentarse antes de efectuar comparaciones interanuales. 4. Para comparar valores históricos, los gastos de distintos ejercicios deberán expresarse en una misma base monetaria, utilizando los inflatores oficiales empleados en los procesos de monitoreo de la oferta pública. Este tratamiento es consistente con los reportes históricos, que reexpresan presupuesto y gasto en pesos constantes de un mismo año para permitir la comparación temporal. 5. Para fines de estimación se aplicó un reajuste de 3,4% sobre el gasto base del componente del año inmediatamente anterior: el gasto 2026 se estima aplicando dicho factor al gasto base 2025 y el gasto 2027 aplicándolo sobre el gasto 2026 proyectado. El 3,4% se utiliza como supuesto técnico asociado al reajuste general de remuneraciones del sector público. Para 2026 existe respaldo en la Ley N.º 21.806, que estableció un reajuste de 2,0% desde el 1 de diciembre de 2025 y otro de 1,4% desde el 1 de junio de 2026. Para 2027, la aplicación del 3,4% constituye un supuesto técnico de continuidad y no un reajuste oficial, por lo que deberá sustituirse por el factor oficial cuando éste se encuentre definido. 6. Los valores proyectados de gasto, producción y costo unitario para 2026 y 2027 tienen carácter de estimación para formulación y seguimiento, y no constituyen ejecución efectiva. Una vez disponible el cierre anual, el indicador deberá recalcularse utilizando gasto ejecutado oficialmente conciliado y producción efectiva del mismo período. La estimación no reemplaza la información financiera oficial final. 7. La proyección 2026 y 2027 supone continuidad razonable de las condiciones de producción. Las decisiones de gestión administrativa y productividad pueden modificar el gasto, la producción o ambos y, por tanto, alterar el costo unitario. Entre ellas se consideran especialmente: destinación o redistribución de personal; vacancias y refuerzos; continuidad, reducción o ampliación de servicios profesionales; modificaciones en la organización territorial o distribución de cargas; cambios de criterios de gestión; y variaciones en la productividad efectiva. Si estas decisiones producen una modificación material del modelo operativo, podría generar un eventual quiebre de comparabilidad. 8. Las modificaciones del proceso de calificación y certificación, automatizaciones, cambios o migraciones de sistemas informáticos, modificaciones de reglas de registro o conteo y cambios normativos pueden afectar tanto la cantidad de certificaciones registrada como los recursos requeridos para producirlas. Estos efectos deberán ser evaluados y documentados cuando ocurran. Los antecedentes históricos del mismo programa muestran que cambios de canal y digitalización han modificado previamente su forma de operación, por lo que la continuidad metodológica no debe presumirse automáticamente. 9. La producción deberá obtenerse del registro administrativo oficial de COMPIN correspondiente a certificaciones emitidas, aplicando una definición estable de conteo. El gasto deberá provenir de información oficial de ejecución presupuestaria de la Subsecretaría de Salud Pública, conciliada con SIGFE o fuente financiera equivalente. BIPS y los reportes de Monitoreo de la Oferta Pública constituyen antecedentes históricos para verificar la definición del componente, su producción, el tratamiento del gasto y la continuidad de la serie, pero no sustituyen la fuente financiera oficial del ejercicio que se informa.
9	Los contactos de enfermedad meningocócica corresponden a: Persona de cualquier edad, cuya asociación con un individuo enfermo haya sido estrecha para contraer el agente (contacto), tales como personas que duermen bajo un mismo techo en casas, salas-cuna, 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.
Nota 1	La información contenida en el presente reporte corresponde a una primera versión de los indicadores de desempeño propuestos por los servicios públicos, los cuales se encuentran sujetos a evaluación y retroalimentación por parte de DIPRES. En una versión posterior, se espera contar con indicadores de desempeño que cumplan con los requerimientos metodológicos establecidos por DIPRES, de manera que puedan ser reportados con información correspondiente al año 2026, durante enero de 2027.