

INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2026
LEY DE PRESUPUESTOS 2026

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 2024	Estimado 2025	Estimado 2026	Notas
Objetivo 2. Formular y rediseñar políticas públicas que fomenten una cultura de bienestar y calidad de vida con enfoque de equidad de género, promoviendo estilos de vida saludables a través de acciones que aseguren el acceso a alimentos seguros y nutritivos, incentiven la actividad física, reduzcan el consumo de alcohol, tabaco, drogas y alimentos nocivos, amplíen la cobertura de inmunizaciones, reconozcan los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y garanticen el acceso adecuado y uso racional de medicamentos.	N.º de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza.	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 1. Porcentaje de personas de grupos de riesgo vacunadas contra la influenza durante el año t.	(Nº de personas de grupos de riesgos vacunadas contra la influenza durante el año t /Nº de personas definidas dentro del grupo de riesgo, año t)*100	85.47 %	80.05 %	84.00 %	1
	Nº de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud	<u>Eficacia/Producto</u> 2. Porcentajes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA), investigados por la SEREMIS de Salud en el año t.	(Nº de brotes de ETA, investigados por las SEREMIS de Salud, durante el año t/Nº 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 3. Robustecer el abordaje integral de las enfermedades no	Nº de casos de enfermedad meningocócica con contactos tratados oportunamente	<u>Calidad/Producto</u>	(Número de casos de enfermedad meningocócica con	100.00 %	97.70 %	98.80 %	3

transmisibles y transmisibles a través del ciclo vital, considerando acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, propiciando bienestar y mejoría en la calidad de vida de las personas.		3. 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	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				
	N° de exámenes de VIH realizados.	<u>Eficacia/Producto</u> 4. 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	8296.00 número	8679.00 número	10380.00 número	4
Objetivo 10. Incrementar las capacidades del sistema de salud para garantizar el acceso oportuno, frente a necesidades en salud mental y cáncer, mediante el desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento continuo, con enfoque de género, equidad y derechos.	Número de días de tramitación de licencias médicas de pago directo	<u>Calidad/Producto</u> 5. Tiempo promedio de tramitación licencias de pago directo	(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)	12.90 días	14.60 días	14.60 días	5

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 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 prescolar hasta 8° año básico, que se desempeñan tanto en el sector público, como en el privado
 - 9.- Trabajadores de avícolas, 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 notificados donde el lugar de exposición establecido está fuera del territorio nacional (Exposición otro país), brotes duplicados o registrados, en blanco sin información o marcados como "No Válido" en la misma notificación ingresada por el referente de Epidemiología de la Seremi de Salud.

- 3 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-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.

- 4 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, incrementando el diagnóstico 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 intersectores 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://exameneshiv.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 la 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).

- 5 Este indicador contempla el reporte Licencias Médicas (LM) de FONASA por pago directo finalizadas por trimestre, en las cuales el empleador del cotizante no está inscrito en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F).

Las LM que se procesan corresponden a la entidad pagador A, y los estados de tramitación en SIF 4 y 5. La sumatoria de días corresponde a días corridos desde la fecha de recepción, según lo establecido en Artículo 69.- El plazo que dispone el empleador y el trabajador independiente para completar y tramitar la licencia médica electrónica, así como el que dispone la entidad competente para pronunciarse sobre ella, se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la licencia haya quedado a su disposición en forma electrónica. En este caso hasta la licencia médica en COMPIN-FONASA, hasta la fecha de liquidación de la LM (Cálculo del subsidio considerando la Fecha Proceso [último evento de COMPIN]), ya que el proceso termina en esta instancia para COMPIN, corresponden a LM con Derecho a Subsidio (A, B), ya que sin derecho a subsidio no se calcula el monto.

Finalmente se excluyen LM con más de 365 días desde la fecha de recepción de la licencia ya que si existe alguna modificación o se realizan reprocesos de licencias de años anteriores esto no afectaría el indicador. Además, se excluyen licencias que hayan estado pendiente (peritaje médico, informe médico, visita domiciliaria, visita del empleador, antecedentes de subsidio como contrato de trabajo etc.) y que no exista un proceso de apelación posterior (recurso de reposición).