

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	FONDO NACIONAL DE SALUD	Capítulo	02

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 7. Aumentar la disponibilidad de prestaciones de salud para las personas beneficiarias de Fonasa, mediante una compra estratégica sanitaria en prestadores públicos y privados, acorde a sus necesidades.	—	Eficacia/ Producto 1. Porcentaje de Resolución Integral a través de GRD en establecimientos Privados en Convenio con FONASA	(N° de Egresos con Resolución integral a través de GRD en establecimientos privados en convenio con Fonasa/ N° total de Egresos a través de GRD en establecimientos privados en convenio con Fonasa)*100	91.00 %	91.00 %	90.00 %	1
Objetivo 5. Mejorar la satisfacción de las personas beneficiarias de Fonasa, mediante la entrega de servicios que consideren sus necesidades, impulsados por la experiencia usuaria, la innovación y la participación ciudadana.	—	Calidad/ Producto 2. Porcentaje de satisfacción neta con los servicios recibidos de la Institución	(Porcentaje de usuarios encuestados en el año t que se declaran satisfechos con el servicio recibido por la institución (% de respuestas 6 y 7 en escala de 1 a 7)/Porcentaje de usuarios encuestados en el año t que se declaran insatisfechos con el servicio recibido por la institución (% de respuestas entre 1 y 4 en escala de 1 a 7))*100	400.00 %	682.00 %	682.00 %	2
Objetivo 1. Aumentar el acceso a las prestaciones de salud de las personas beneficiarias de Fonasa, utilizando un sistema transparente de priorización de prestaciones para el fortalecimiento del Régimen General de Salud, en concordancia con los objetivos sanitarios y con enfoque territorial.	—	Eficacia/ Producto* 3. Porcentaje de prestaciones actualizadas de los aranceles del Régimen General de Prestaciones de Salud.	(Número de prestaciones con actualización concluida de los aranceles del Régimen General de Prestaciones de Salud para el año t+1/Número total de prestaciones que componen los aranceles del Régimen General de Prestaciones de Salud vigentes al año 1)*100	NM	15.00 %	15.00 %	3
Objetivo 2. Mejorar la oportunidad de la atención de salud de las personas beneficiarias de Fonasa, mediante la gestión de redes interoperables de prestadores públicos y/o privados con pertinencia territorial, según perfil epidemiológico, con asignación eficiente y equitativa de los recursos públicos.	—	Eficacia/ Producto* 4. Porcentaje de casos GES oncológico con garantía de oportunidad retrasadas y solicitud de segundo prestador, derivado dentro de 30 días hábiles siguientes a su fecha de vencimiento.	(Número de casos GES oncológica con garantía de oportunidad retrasadas que cuentan con asignación de segundo prestador dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento de la garantía, durante el período de medición//Número total de casos GES oncológica con garantía de oportunidad retrasada que cuentan con asignación de segundo prestador durante el período de medición)*100	39.00 %	60.00 %	60.00 %	4
Objetivo 3. Otorgar prestaciones de salud que cumplan con estándares de calidad a las personas beneficiarias de Fonasa, mediante mecanismos de control a los prestadores de salud.	—	Eficacia/ Producto* 5. Porcentaje de Prestadores de Salud Público de alta y mediana complejidad, con financiamiento GRD, que cumplen con los estándares globales de calidad establecidos en los acuerdos de gestión.	(Número de Prestadores de Salud Público de alta y mediana complejidad, con financiamiento GRD, que cumplen con los estándares globales de calidad establecidos en los acuerdos de gestión para el año t/Número de prestadores de salud de alta y mediana complejidad que cuentan con el mecanismo de pago GRD para su financiamiento en el año t)*100	NM	60.00 %	75.00 %	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 4. Mejorar la protección financiera de las personas beneficiarias de Fonasa, que acceden al Régimen General de Prestaciones de Salud, mediante la utilización de mecanismos de pago eficientes orientados a reducir el gasto de bolsillo en salud.	—	Eficacia/ Producto* 6. Promedio de copago de Beneficiarios para resolución de problemas de salud en la MLE y SAP para el año t.	(Monto total de ahorro copago de Beneficiarios para resolución de problemas de salud en la MLE y SAP en el año t/Total de Beneficiarios que resuelven su problema de salud en la MLE y SAP año t)	\$ 3416993.00	\$ 3275734.00	\$ 3275734.00	6
Objetivo 6. Aumentar la confianza de las personas beneficiarias de Fonasa, mediante mecanismos efectivos de control que aseguren el financiamiento de las prestaciones de salud.	—	Eficacia/ Producto* 7. Porcentaje de Prestadores privados fiscalizados con sanción de multa y/o devolución de FAM sobre el total de fiscalizaciones en el año t	(Número de prestadores fiscalizados con sanción de multa y/o reintegro de FAM en el año t/Número Total de prestadores privados fiscalizados en el año t)*100	39.00 %	45.00 %	35.00 %	7
Objetivo 8. Mejorar la calidad de la atención a las personas beneficiarias de FONASA, mediante la generación de competencias orientadas a la atención usuaria en funcionarios y funcionarias.	—	Eficacia/ Resultado Intermedio* 8. Porcentaje de reclamos resueltos por concepto de Servicios FONASA respecto del total de reclamos recibidos por concepto de Servicios FONASA en el año t.	(Número total de reclamos resueltos por concepto de Servicios FONASA en el año t/Número total de reclamos recibidos por concepto de Servicios FONASA en el año t)*100	96.00 %	93.00 %	95.00 %	8
Objetivo 4. Mejorar la protección financiera de las personas beneficiarias de Fonasa, que acceden al Régimen General de Prestaciones de Salud, mediante la utilización de mecanismos de pago eficientes orientados a reducir el gasto de bolsillo en salud.	—	Eficiencia/ Producto* 9. Costo unitario por otorgamiento de Prestamos médicos aprobados en el año t	Monto Total de préstamos médicos otorgados en el año t/Número Total de préstamos médicos aprobados en el año t	\$ 2433429.00	\$ 2417336.00	\$ 2417336.00	9
Objetivo 4. Mejorar la protección financiera de las personas beneficiarias de Fonasa, que acceden al Régimen General de Prestaciones de Salud, mediante la utilización de mecanismos de pago eficientes orientados a reducir el gasto de bolsillo en salud.	—	Eficiencia/ Producto* 10. Costo unitario por atenciones post estabilización Ley de Urgencia	Monto Total de gasto por atenciones post estabilización Ley de Urgencia en el año t/N° total de casos atendidos por ley de urgencia en el año t	\$ 9839230.00	\$ 9839230.00	\$ 9839230.00	

* Indicador nuevo a partir de 2027

Indicadores de desempeño 2027

Continuación

NOTAS METODOLÓGICAS

1	Se entenderá por Resolución integral a través de GRD (Grupo Relacionado por el Diagnóstico), a aquellos que cumplan cualquier condición de egreso a domicilio, excluidos los fallecidos. Se entenderá por total de Egresos a través de GRD, al total de egresos independiente de su condición o tipo de egreso, excluidos los fallecidos. Solo se consideran los egresos GRD en establecimientos privados en Convenio con Fonasa. La fuente de información es el sistema de información y análisis Alcor de SIGESA. Los Grupos Relacionados por Diagnóstico son un sistema de clasificación de pacientes. Este sistema se basa en que los egresos hospitalarios de una misma clase presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo de recursos similar. Cada paciente es clasificado dentro de un determinado grupo que a su vez lleva asociado un Peso Relativo (PR) como expresión del costo relativo que tiene un paciente promedio de ese grupo en relación a un episodio promedio en hospitalización. Los GRD permiten facilitar la estimación de los días promedio de hospitalización y recursos asociados al tratamiento de los pacientes, sirve para conocer la casuística y complejidad hospitalaria, sus productos y servicios finales, siendo de gran utilidad en la gestión sanitaria y financiera de un establecimiento. Para 2027, se proyecta una disminución del numerador y denominador respecto de períodos anteriores, asociada al límite de derivaciones establecido mediante Resolución Exenta 3G N.º 15.806/2025 de FONASA: 350 derivaciones mensuales entre octubre y abril y 400 entre mayo y septiembre, equivalente a un máximo anual teórico de 4.450 derivaciones. Por tanto, la disminución del N responde al ajuste programado del universo de pacientes derivados a prestadores privados en convenio y no a una disminución esperada del porcentaje de resolución integral.
2	Esta medición se realiza bajo la metodología establecida para la MESU, en el marco del PMG de Calidad de Servicio y Experiencia Usaria. Desde el año 2023, la aplicación de la encuesta consideran todas las interacciones de los usuarios/beneficiarios con todos los Servicios y trámites Institucionales. Se consideran los canales de atención telefónico (call center), presencial y web.
3	"1. Se entenderá por Prestación con actualización concluida a la prestación que: el resultado corresponda a la mantención de sus condiciones vigentes (cobertura de acceso y financiera) o a la modificación de alguno de sus atributos (código, descripción, valorización, requisitos u otros), para el arancel del año t+1 2. Aquellas modificaciones de prestaciones de la MLE con impacto presupuestario, estará condicionado a la disponibilidad de recursos y a la definición de acceso de las prestaciones. 3. Se excluye arancel MCC. Modalidad aún sin implementar. 4. El denominador se define con el total de prestaciones vigentes en los aranceles MAI, MLE y Ambulatorio, según resoluciones vigentes al año 1. 5. La actualización programada para cada año, se realizará en base al mecanismo de priorización definido."
4	La garantía de oportunidad GES se establece según el Decreto GES vigente N.º 29/2025. Los problemas de salud GES oncológicos son los siguientes: ALIVIO DEL DOLOR CÁNCER CERVICOUTERINO CÁNCER COLORECTAL CÁNCER DE MAMA CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL CÁNCER DE PRÓSTATA CÁNCER DE PULMÓN CÁNCER DE TESTÍCULO CÁNCER DE TIROIDES CÁNCER GÁSTRICO CÁNCER INFANTIL CÁNCER RENAL CÁNCER VESICAL LEUCEMIA ADULTO LINFOMA EN ADULTOS MIELOMA MÚLTIPLE OSTEOSARCOMA La garantía de oportunidad retrasada se considera desde el día hábil siguiente a la fecha de su vencimiento. Para el denominador se consideran los casos GES oncológico con garantía de oportunidad retrasada con derivación de segundo prestador durante el período de medición. La medición de los 30 días es hábil.
5	Se considera aplicar el mecanismo de control rediseñado en el indicador "Porcentaje de las actividades realizadas para el rediseño y puesta en marcha del Mecanismo de Control de Fonasa a Prestadores de salud Público y Privado". Los prestadores de salud público considerado en el numerador, corresponde a aquellos de alta y mediana complejidad que cumplen con los niveles de estándares de calidad de los indicadores establecidos por Fonasa en los acuerdos de gestión. El denominador lo constituye el total de prestadores de salud Público de alta y mediana complejidad, que cuenten con mecanismo de pago GRD para su financiamiento y cuentan con acuerdos de gestión firmados el año t-1
6	Se entenderá por MLE a la Modalidad de Libre Elección. Se entenderá por SAP al Sistema de Acceso Priorizado.
7	Se consideran fiscalizaciones del año t, aquellas que finalizan con formulación de cargos en el año t. Se consideran las fiscalizaciones a prestadores privados en contexto de la Modalidad de Libre Elección MLE. Se considera un porcentaje descendente en virtud de la incorporación del sistema de control ex ante. Se entenderá por FAM al Fondo de Asistencia Médica que financia Fonasa a los Prestadores Privados en convenio MLE.
8	Se entenderá por reclamos recibidos por concepto Servicios FONASA, todos los reclamos recibidos en el año t, por algún servicio otorgado directamente por FONASA, conforme a la siguiente clasificación de entrada del sistema informático: Acceso, Bonos, Calidad Atención, Cobertura, Cotizaciones, Damnificados incendio año 2026, Instalaciones e Infraestructura, Protección Financiera, SAP (Sistema de Acceso Priorizado). Se entenderá por reclamos resueltos por concepto Servicios FONASA, todos los reclamos recibidos de enero a diciembre del año 2027, según conceptos anteriores en estado cerrado. Para efectos del cálculo del indicador, se consideran todos los reclamos por concepto de Servicios FONASA ingresados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año t y los reclamos por concepto de Servicios FONASA pendientes de cierre de años anteriores.
9	El Préstamo Médico es una ayuda económica para financiar una parte o la totalidad de la cuenta asociada a un programa de atención de salud en la Modalidad de Libre Elección. La línea presupuestaria corresponde al subtítulo 32 ítem 05.

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.