



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

# ANEXOS TÉCNICOS

## POLITICA NACIONAL DE SALUD

2023-2033

PLAN DE ACCIÓN  
2024-2028





# ANEXOS TÉCNICOS

POLITICA  
NACIONAL  
DE SALUD

2023-2033

PLAN DE ACCIÓN  
2024-2028

**320.6.362.1**

Ministerio de Salud.  
Política de Salud 2023-2033 y su Plan de Acción  
San José, Costa Rica.

300 p.; 6 MB

**ISBN 978-9977-62-275-0**

- Política Nacional de Salud 2023-2033. 2. Política Pública. 3. Plan de acción. 4. Gestión para resultados. 5. Sector Salud. 6. Costa Rica.

# CRÉDITOS

Mary Munive Angermüller: Vicepresidenta de la República y Ministra de Salud.  
Mario Urcuyo Solórzano, Viceministro de Salud.  
Allan Mora Vargas, Viceministro de Salud.  
Mariela Marín Mena. Dirección General de Salud.  
Andrea Garita Castro, Directora, Dirección de Planificación.  
Mónica Gamboa Calderón, Jefe, Unidad de Planificación Sectorial.

## **Equipo Técnico Coordinador, Unidad de Planificación Sectorial.**

Mónica Gamboa Calderón.  
Henry Gutiérrez Fariñas.  
Gisele María Rojas Sánchez.  
Adriana Bolaños Cruz  
José Luis Cambroneró Miranda.  
Ingrid Mejía Discua.  
Flor Murillo Rodríguez.

## **Equipo técnico colaborador.**

José Pablo Montoya Calvo.  
Maricruz Pérez Retana.  
Tannia Rivas Chaves.  
Edda Quirós Rodríguez.  
Karol Madriz Morales.  
Arelys Araya Jiménez.  
María Elena Rojas Cruz.  
Alejandra Acevedo Matamoros.  
Nancy Vargas Guevara.  
Romano González Arce.  
Rosalyn Aguilar Hernández.  
Melissa Orozco Flores.  
Luis Walker Morera.  
Hannia Fonseca Zamora.  
Gerardo Ortega Navarrete.  
María José Vega Sanabria.  
Karla Fernández Espinoza.  
Andrea Robles Loría.

## **Equipo técnico de MIDEPLAN.**

Geovanna Cerdas Ellis.  
José Hernaldo Araya Gutiérrez.  
Roberto Morales Sáenz.

## **Organización Panamericana de la Salud.**

Alfonso Tenorio Gnneco, Representante país.  
Gustavo Mery, Asesor de sistemas y servicios de salud.  
Jorge E., Victoria R., Asesor prevención y control de enfermedades.  
Gabriela Rey Vega, Oficial técnica.

## **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).**

Raquel Barrientos Cordero, Oficial de monitoreo y evaluación para la Infancia.

# CONTENIDO

CRÉDITOS	5
FICHAS DE INDICADORES POLÍTICA NACIONAL DE SALUD	7
Eje 1. Calidad, acceso y cobertura Universal en Salud	8
Eje 2 Investigación y gestión el conocimiento	29
Eje 3 Vigilancia de la salud	33
Eje 4. Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias	45
Eje 5 Salud ambiental	55
Eje 6 Promoción de la Salud	66
FICHAS DE INDICADORES PLAN DE ACCIÓN	96
Eje 1: Calidad, acceso y cobertura universal en salud	97
Eje 2: Investigación y gestión del conocimiento	160
Eje 3: Vigilancia de la Salud	171
Eje 4: Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias	217
Eje 5 Salud Ambiental	240
Eje 6 Promoción de la Salud	262

**FICHAS TÉCNICAS  
DE POLÍTICA  
NACIONAL DE  
SALUD  
2023-2033**

## FICHAS DE INDICADORES POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

### Eje 1. Calidad, acceso y cobertura Universal en Salud.

Indicador 1.1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Razón de mortalidad materna nacional por cada 10 000 nacimientos.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Mortalidad materna:</b> es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales por 10 000 nacimientos.</p> <p><b>Defunción:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Por tanto, esta definición excluye defunciones fetales.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{Dm}{Tn} \times 10\,000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Dm: total de defunciones maternas. Tn: total de nacimientos.	
<b>Unidad de medida</b>	Razón por 10 000 nacimientos.	
<b>Interpretación</b>	Razón de mortalidad materna, el cual se obtiene al dividir el número de muertes de mujeres cuya causa básica de defunción está asociada al estado de embarazo, parto o posparto, ocurridas durante un periodo determinado, generalmente un año, entre el total de nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Mortalidad, género
<b>Línea base</b>	2022: 1,5 muertes por cada 10 000 nacimientos a nivel nacional.	
<b>Meta</b>	2033: 1,5 muertes maternas por 10 000 nacimientos.	
<b>Periodicidad</b>	Trienal.	
<b>Fuente de información</b>	INEC, Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	



<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.1.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D40
<b>Comentarios generales</b>	-

Indicador 1.2																	
Elemento	Descripción																
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad infantil a nivel nacional y por provincia por cada 1000 nacidos vivos.																
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Mortalidad infantil:</b> niños nacidos que mueren antes de cumplir la edad de 1 año, expresada por 1 000 nacidos vivos.</p> <p><b>Defunción:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Por tanto, esta definición excluye defunciones fetales.</p>																
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{Dnm}{Tn} \times 1\,000$																
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Dmn: número de muertes de niños menores de 1 año. Tn: total de nacimientos.																
<b>Unidad de medida</b>	Tasa																
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad infantil refleja que por cada mil nacimientos se dieron X fallecimientos de menores de un año.																
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincial.															
	<b>Temática</b>	Grupo etario, mortalidad															
<b>Línea base</b>	<p><b>2022:</b></p> <table> <tr> <td>Costa Rica</td> <td>9,5</td> </tr> <tr> <td>San José</td> <td>9,8</td> </tr> <tr> <td>Alajuela</td> <td>9,5</td> </tr> <tr> <td>Cartago</td> <td>11,0</td> </tr> <tr> <td>Heredia</td> <td>8,3</td> </tr> <tr> <td>Guanacaste</td> <td>6,2</td> </tr> <tr> <td>Puntarenas</td> <td>10,2</td> </tr> <tr> <td>Limón</td> <td>10,1</td> </tr> </table>	Costa Rica	9,5	San José	9,8	Alajuela	9,5	Cartago	11,0	Heredia	8,3	Guanacaste	6,2	Puntarenas	10,2	Limón	10,1
Costa Rica	9,5																
San José	9,8																
Alajuela	9,5																
Cartago	11,0																
Heredia	8,3																
Guanacaste	6,2																
Puntarenas	10,2																
Limón	10,1																

<b>Meta</b>	<b>2033</b> Costa Rica 9,0 San José 9,0 Alajuela 9,0 Cartago 9,9 Heredia 8,3 Guanacaste 6,2 Puntarenas 9,9 Limón 9,9
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	INEC Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D40
<b>Comentarios generales</b>	-

<b>Indicador 1.3</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Índice de cobertura a servicios esenciales.
<b>Definición conceptual</b>	La cobertura de los servicios esenciales de salud, definida como la cobertura promedio de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Media geométrica de 14 indicadores trazadores de cobertura de servicios de salud. $\bar{x} = \sqrt[n]{\prod_{i=1}^n x_i} = \sqrt[n]{x_1 \cdot x_2 \dots x_n}$ <p>Donde n= 14 y xi son los resultados individuales cada uno da un indicador trazador.</p> <p>Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados por cuatro componentes de cobertura de servicios:</p>

<p><b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha con métodos modernos en mujeres de 15 a 49 años, casadas o en pareja (%).</li> <li>• Cobertura de atención prenatal, más de cuatro visitas (%).</li> <li>• Cobertura de inmunización DTP3 en niños de 1 año (%).</li> <li>• Búsqueda de atención para niños menores de cinco años con síntomas de infección respiratoria aguda (%).</li> </ul> </li> <li>2. Enfermedades infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de tratamiento contra la tuberculosis (%).</li> <li>• Cobertura de TAR contra el VIH (%).</li> <li>• Uso de MTI en personas que viven en zonas en las que el paludismo es endémico (%).</li> <li>• Población que dispone al menos de instalaciones de saneamiento básico (%).</li> </ul> </li> <li>3. Enfermedades no transmisibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión entre adultos de 30 a 79 años con hipertensión (%).</li> <li>• Media de glucemia en ayunas en adultos mayores de 18 años (mmol/l) Indicador transformado.</li> <li>• Consumo actual de tabaco entre adultos mayores de 15 años (%) Indicador transformado.</li> </ul> </li> <li>4. Capacidad de servicio y acceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de personal sanitario.</li> <li>• Índice de capacidades requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional.</li> </ul> </li> </ol>				
<p><b>Unidad de medida</b></p>	<p>Índice reportado en una escala sin unidad de 0 a 100.</p>				
<p><b>Interpretación</b></p>	<p>Las cifras que aumentan con el tiempo que demuestran el progreso en los sistemas nacionales de salud.</p>				
<p><b>Desagregación</b></p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="458 1648 667 1688"><b>Geográfica</b></td> <td data-bbox="676 1648 1353 1688">Nacional.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="458 1700 667 1733"><b>Temática</b></td> <td data-bbox="676 1700 1353 1733">Género, grupo etario.</td> </tr> </table>	<b>Geográfica</b>	Nacional.	<b>Temática</b>	Género, grupo etario.
<b>Geográfica</b>	Nacional.				
<b>Temática</b>	Género, grupo etario.				
<p><b>Línea base</b></p>	<p>2021: 81</p>				
<p><b>Meta</b></p>	<p>2033: 90</p>				
<p><b>Periodicidad</b></p>	<p>Bienal.</p>				
<p><b>Fuente de información</b></p>	<p>OMS. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.</p>				

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Media geométrica a partir de un registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	El indicador es calculado por la OMS y reportado al país.

<b>Indicador 1.4</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Razón de densidad de recursos humanos en salud.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se refiere al número de personal de la salud (médicos y enfermeras) activos por cada 10.000 habitantes. Permite determinar la relación entre la cantidad de la población de un país y el número de recursos humanos en salud, con el fin de identificar los posibles déficits o excedente de estos recursos.</p> <p>Los Recursos humanos en salud incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos graduados en universidades.</li> <li>• Enfermeras con formación universitaria; se excluyen en esta definición auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión y sin educación formal.</li> </ul> <p>Para todos los casos deberán incluirse los profesionales que se encuentran trabajando en el país a largo plazo, o inmigrantes que se encuentran integrados al sistema como profesionales activos.</p> <p>Se entiende por profesionales activos todos aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el colegio profesional correspondiente que cumplan con los requisitos establecidos para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. Incluye profesionales generales y especializados</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$mt+et \times 10\,000 / pt$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>m: número de médicos</p> <p>e : número de enfermeras</p> <p>t : año en que se recogen los datos</p> <p>p : población Nacional</p>

		Número de médicos en el año + Número de enfermeras en el año x 10 000 hab / total de la población nacional en el año.
<b>Unidad de medida</b>		Razón
<b>Interpretación</b>		Se refiere al número de personal de la salud (médicos y enfermeras) activos que en un determinado año laboran a tiempo completo en establecimientos públicos y privados de salud, expresado en una tasa por cada 10.000 habitantes.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Recursos Humanos en Salud.
<b>Línea base</b>		2022: 86 profesionales (médicos y enfermeras) por 10 000 habitantes.
<b>Meta</b>		2033: 90 profesionales (médicos y enfermeras) por 10 000 habitantes.
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Recursos Humanos en Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3. 3c1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		G 78
<b>Comentarios generales</b>		<p>El indicador no incluye únicamente a los profesionales que brindan servicios de atención directa a las personas (clínica), ya que, toma en consideración a los profesionales en medicina que trabajan en labores administrativas, de salud pública, investigación o cualquier otra labor que no implique la atención directa a personas, así como aquellos que se encuentran desempleados, o que trabajan fuera del país a pesar de estar inscritos, autorizados y activos.</p> <p>La meta planteada corresponde a mantener la razón de densidad en 86 profesionales o en su defecto a no pasar de los 90 profesionales por 10.000 habitantes, ya que, la meta regional es de 25 profesionales por 10.000 habitantes y en términos de oferta se expresan una sobreoferta de profesionales sanitarios a nivel nacional.</p>

Indicador 1.5	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	<p>Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud referente al porcentaje del Producto Interno Bruto.</p>
<b>Definición conceptual</b>	<p>Las Cuentas de Salud (SHA2011) son un instrumento que provee información sobre el financiamiento y gasto del sistema de salud pertinente para el análisis y la toma de decisiones de política pública. Los datos obtenidos permiten analizar temas clave, como la eficiencia asignativa de los recursos y la sostenibilidad financiera del sistema de salud costarricense, el cual, enfrenta retos significativos en su financiamiento y desempeño. Este análisis permite, además, velar por que el gasto público en salud contribuya al logro de las metas del Plan Nacional de Salud, la Estrategia de Cobertura Universal de Salud y, consiguientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>El “Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud referente al Porcentaje del Producto Interno Bruto” es un indicador económico y de salud que proporciona información sobre la proporción del gasto total en servicios de salud que la población asume directamente de su propio bolsillo en relación con el tamaño de la economía, medido por el Producto Interno Bruto (PIB). Este indicador se expresa como un porcentaje y se calcula dividiendo el gasto de bolsillo en salud entre el PIB y multiplicando el resultado por 100.</p> <p>En términos simples, este indicador destaca la carga financiera que los individuos deben soportar directamente para acceder a servicios de salud en comparación con la capacidad económica global del país, representada por su PIB. Un aumento en el porcentaje de gasto de bolsillo en salud con respecto al PIB puede indicar una mayor presión financiera sobre los individuos para cubrir sus necesidades de salud, lo que podría tener implicaciones para la accesibilidad y equidad en el sistema de salud.</p> <p>Por otro lado, una disminución en este porcentaje podría sugerir una mayor cobertura y apoyo financiero del sistema de salud público o privado. Este indicador es valioso para evaluar la asequibilidad y la distribución de los costos de atención médica en una población.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%GBS = \frac{GBS}{PIB} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%GBS: porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud GBS: gasto de Bolsillo en Salud PIB: producto interno bruto (valor total de bienes y servicios producidos por un país en un periodo de tiempo específico)	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El “Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud referente al Porcentaje del Producto Interno Bruto” es un indicador económico y de salud que proporciona información sobre la proporción del gasto total en servicios de salud que la población asume directamente de su propio bolsillo en relación con el tamaño de la economía, medido por el Producto Interno Bruto (PIB). Este indicador se expresa como un porcentaje y se calcula dividiendo el gasto de bolsillo en salud entre el PIB y multiplicando el resultado por 100.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Financiamiento y Gasto Nacional de Salud.
<b>Línea base</b>	2021: 1,6% de gasto de bolsillo en salud referente al porcentaje del producto interno bruto. (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, INEC 2021 y Cuentas Nacionales en Salud 2021).	
<b>Meta</b>	2033: No superar el 1.9% de gasto de bolsillo en salud referente al porcentaje del producto interno bruto.	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, INEC. Cuentas Nacionales en Salud, Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Economía de la Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo institucional, análisis de datos de gasto nacional anual.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D.43 D.46	

## Comentarios generales

Esta es una meta retadora nacional que ameritará la articulación de todos los actores del sistema nacional de salud costarricense para lograr detener las proyecciones al alza de este indicador; ya que, el indicador “Porcentaje de Gasto de Bolsillo referente al Porcentaje del PIB” evidencia una línea base actual del 1.6%, con proyecciones al alza.

Se realizó una modelización con la proyección de varios escenarios nacionales múltiples variables: como las variables de macroeconómicas nacional, la posibilidad del copago en la CCSS, la posible entrada en vigor del formulario de medicamentos de la CCSS y la implementación del Plan Maestro Director del Ministerio de Salud.

Esta perspectiva nos reta como país a mantener este indicador tan sensible en lo más bajo posible a fin de evitar gastos empobrecedores y catastróficos en la población, dimensiones cruciales capturadas por este indicador. El peor escenario tras los diferentes escenarios sería aumentar este indicador hasta 2.8% lo que repercutiría en disminución del acceso a los servicios de salud públicos, aumento de costos y generación e pobreza a la población.

La consecución de este objetivo está intrínsecamente vinculada a políticas públicas y acciones gubernamentales decididas.

La negativa al copago por parte de la CCSS se erige como una medida inmediata para mitigar el gasto de bolsillo.

Adicionalmente, la planificación estratégica de la Dirección de Salud y Servicios (DSS), materializada a través de la aplicación y medición del plan maestro entre 2024 y 2033, se perfila como una táctica vital para reducir este indicador. Este enfoque no solo sería un alivio financiero, sino que también señala mejoras sustanciales en el acceso a servicios de salud oportunos.

Las variables analizadas para generar este indicador fueron esenciales para reflejar con precisión las dinámicas cambiantes en el sector de la salud, específicamente ante políticas que impactarán el gasto de los ciudadanos. Se ha llevado a cabo con diligencia y garantizando la coherencia en la representación precisa de las condiciones actuales y futuras del indicador.



Indicador 1.6	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix (C53), mama (C50), estómago (C16), colon (C18) y recto (C20).
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Tasa:</b> medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años. (OPS,2021)</p> <p><b>Cáncer de cérvix:</b> cáncer que se origina en las células del cuello del útero. El cuello uterino es la porción final, inferior y estrecha del útero (matriz) que conecta el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo (NIH, s.f.). La causa primaria de las lesiones precancerosas y cancerosas en el cuello del útero es la infección por un tipo de virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo u oncogénico (OMS, 2020).</p> <p><b>Cáncer de mama:</b> enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo (Martínez, 2007).</p> <p><b>Cáncer de estómago:</b> enfermedad maligna que se produce por el crecimiento descontrolado de una de sus células de la capa interna creando de forma progresiva una masa o ulceración. Desde el punto de vista anatómico, el carcinoma gástrico (CG) puede localizarse en la unión esofagogástrica, en el fondo, en el cuerpo o en el antro gástrico (De la Torre et al., 2010).</p>

		<b>Cáncer de colon:</b> tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto. El cáncer de colon no incluye los tumores en los tejidos del ano o del intestino delgado (IMSS, 2010).
<b>Fórmula de cálculo</b>		$TMPc = \frac{DC}{PE} \times 100.000$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>TMPc= tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix, mama, estómago y colon en personas de 30 a 69 años por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DC= número de defunciones por cáncer de cérvix, mama, estómago y colon en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Tasa.
<b>Interpretación</b>		La tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix, mama, estómago, colon en Costa Rica es de "X" muertes por cada 100.000 personas entre los 30 a 69 años.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Mortalidad prematura.
<b>Línea base</b>		2018-2022: 38,38 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2022).
<b>Meta</b>		2028-2032: 37,66 por cada 100.000 habitantes.
<b>Periodicidad</b>		Quinquenal (2023-2027) Quinquenal (2028-2032)
<b>Fuente de información</b>		INEC Dirección de Vigilancia de la Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		C26

### Comentarios generales

En el 2017 la CCSS priorizó estos cuatro cánceres para establecer la meta vinculada a los ODS (Objetivo. 3, indicador 3,4: Tasa de mortalidad prematura por cáncer). Para el cálculo de la meta se realizó una proyección de regresión lineal con los datos de la tasa de mortalidad prematura (30 a 69 años) del quinquenio 2018-2022 tomando en cuenta un escenario de no implementación de intervenciones en cáncer. Una vez obtenido esta proyección de tasa que va al aumento, se decide pactar al menos un porcentaje de disminución de 1,86%. Este valor se obtuvo entre la diferencia de la tasa quinquenal proyectada a 2028-2032 respecto del período de línea base (2018-2022). Hay que señalar que, la mortalidad a medir en 2033 comprende los períodos 2028 a 2032, inclusive, ya que INEC reporta datos a finales de noviembre del año anterior.

Indicador 1.7	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares I60-I69.
Definición conceptual	<p><b>Tasa:</b> medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años (OPS, 2021).</p> <p><b>Enfermedades cerebrovasculares:</b> grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos. Incluye, también las condiciones en las cuales el proceso primario es de naturaleza hemorrágica (Muñoz-Collazos, 2020).</p>
Fórmula de cálculo	$TMPEC = \frac{DEC}{PE} \times 100.000$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TMPEC= tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DEC= número de defunciones por enfermedades cerebrovasculares en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares en Costa Rica es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30 a 69 años.
<b>Desagregación</b>	<p><b>Geográfica</b> Nacional.</p> <p><b>Temática</b> Mortalidad prematura</p>
<b>Línea base</b>	2017-2019: 14.59 por cada 100.000 habitantes (INEC; Ministerio de Salud, 2020).
<b>Meta</b>	2030: 14,59 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años.
<b>Periodicidad</b>	Bienal.
<b>Fuente de información</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26
<b>Comentarios generales</b>	<p>Al 2025 se realizará un seguimiento del indicador dispuesto en el Plan de Acción de la Estrategia de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles y Obesidad 2022-2025.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los</p>

esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.

Indicador 1.8	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus E10-E14.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Tasa:</b> medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> Indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años (OPS, 2021).</p> <p><b>Diabetes Mellitus (DM):</b> Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la DM no controlada es la hiperglicemia, que trae consecuencias de salud muy graves (CCSS,2020).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TMPDM = \frac{DDM}{PE} \times 100.000$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TMPDM= tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DDM= número de defunciones por diabetes mellitus en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus en Costa Rica es de "X" muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30 a 69 años.

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Mortalidad prematura.
<b>Línea base</b>		2017-2019: 21,62 por cada 100.000 habitantes (INEC; Ministerio de Salud, 2020).
<b>Meta</b>		2030: 21,62 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años.
<b>Periodicidad</b>		Bienal
<b>Fuente de información</b>		Reporte de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, a partir de datos de INEC.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		C26
<b>Comentarios generales</b>		<p>Al 2025 se realizará un seguimiento del indicador dispuesto en el Plan de Acción de la Estrategia de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles y Obesidad 2022-2025.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>

Indicador 1.9	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas J40-J47
<b>Definición conceptual</b>	<b>Tasa:</b> medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico.

	<p>El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años (OPS, 2021).</p> <p><b>Enfermedades respiratorias crónicas:</b> enfermedades crónicas de las vías aéreas y otras estructuras del pulmón. (OPS/OMS,2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TMPRC = \frac{DRC}{PE} \times 100.000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TMPRC= tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DRC= número de defunciones por enfermedades respiratorias crónicas en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas en Costa Rica es de "X" muertes por cada 100.000 habitantes.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Mortalidad prematura.
<b>Línea base</b>	2017-2019: 4,94 por cada 100.000 habitantes (INEC; Ministerio de Salud, 2020).	
<b>Meta</b>	2030: 4,94 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años.	
<b>Periodicidad</b>	Bienal	
<b>Fuente de información</b>	Reporte de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, a partir de datos de INEC.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26	

<b>Comentarios generales</b>	<p>Al 2025 se realizará un seguimiento del indicador dispuesto en el Plan de Acción de la Estrategia de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles y Obesidad 2022-2025.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>
------------------------------	--

Indicador 1.10	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica N18, U50.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Tasa:</b> medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años (OPS, 2021).</p> <p><b>Enfermedad Renal Crónica tradicional:</b> también conocida como insuficiencia renal crónica, implica la pérdida progresiva de la función renal en meses o en años, cuya principal repercusión es la retención de líquidos y productos secundarios tóxicos derivados del metabolismo normal, asociado a serios trastornos electrolíticos. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga, debilidad, problemas de sueño, cambios en la producción de orina, entre otros.</p>



	<p>En una etapa inicial, la enfermedad no presenta síntomas y puede ser tratada, pero en etapas donde la enfermedad esté más avanzada, la persona puede necesitar diálisis y hasta un trasplante de riñón (OPS/OMS, 2017).</p> <p><b>Enfermedad Renal Crónica No tradicional:</b> se caracteriza por una pérdida progresiva de la función renal en personas entre los 10 a 60 años sin la presencia de antecedente de diagnóstico de enfermedad con reconocida asociación con la presencia de Enfermedad Renal Crónica (diabetes, hipertensión arterial, lupus, nefropatía hereditaria, enfermedad autoinmune, uropatía obstructiva, cardiopatía hipertensiva, nefropatía crónica hipertensiva, cardiopatía y nefropatía crónica hipertensiva, malformaciones congénitas, poliquistosis renal, anemia drepanocítica, vasculitis y mieloma), ni presencia de lesión renal aguda o enfermedad renal aguda, demostrada al momento del diagnóstico (Decreto Ejecutivo N.º 41628-S,2019).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TMPER = \frac{DER}{PE} \times 100.000$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TMPER= tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica cada 100.000 habitantes.</p> <p>DER= número de defunciones por enfermedad renal crónica (tradicional y no tradicional) en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica (tradicional y no tradicional) en Costa Rica es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes.
<b>Desagregación</b>	<p><b>Geográfica</b> Nacional.</p> <p><b>Temática</b> Mortalidad prematura.</p>
<b>Línea base</b>	2017-2019: 8,86 por cada 100.000 habitantes (INEC; Ministerio de Salud, 2020).
<b>Meta</b>	2030: 8,86 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años.
<b>Periodicidad</b>	Bienal.
<b>Fuente de información</b>	Reporte de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, a partir de datos de INEC.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26
<b>Comentarios generales</b>	<p>Se establecieron como línea base los datos existentes al 2019, los cuales no contemplaban el reporte diferenciado de la ERCnT, ya que hasta el 2019 se oficializa el Protocolo de Vigilancia de la Salud para el reporte de dicha enfermedad. No obstante, para el seguimiento y evaluación del presente plan, se considerará el dato tanto de la ERC tradicional como la no tradicional. En este sentido en el 2025 se realizará un seguimiento del indicador de impacto, en tanto la meta propuesta corresponde al 2030.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>

<b>Indicador 1.11</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica I20-I25.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Tasa:</b> Medida que expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El numerador corresponde al número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un periodo específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).

	<p><b>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP):</b> Indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren antes del tiempo esperable con respecto a la expectativa de vida. Este indicador se calcula para el rango de edad entre los 30 y 69 años (Ministerio de Salud, s.f.).</p> <p><b>Enfermedad isquémica</b> Condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis, que implica una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos (OPS/OMS, 2022)</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TMPEI = \frac{DEI}{PE} \times 100.000$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TMPEI= tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DEI= número de defunciones por enfermedad isquémica en personas de 30 a 69 años.</p> <p>PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa
<b>Interpretación</b>	La tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica en Costa Rica es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes.
<b>Desagregación</b>	<p><b>Geográfica</b> Nacional</p> <p><b>Temática</b> Mortalidad Prematura</p>
<b>Línea base</b>	36,97 por cada 100.000 habitantes para los años 2017-2019 (INEC; Ministerio de Salud, 2020).
<b>Meta</b>	36,97 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030.
<b>Periodicidad</b>	Bienal (2023-2025)
<b>Fuente de información</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26

<b>Comentarios generales</b>	<p>Al 2025 se realizará un seguimiento del indicador de impacto, en tanto la meta propuesta corresponde al 2030.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>
------------------------------	--

Indicador 1.12		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de Mortalidad de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) CIE-10 B20.0-B24. X.	
<b>Definición conceptual</b>	Es el número de defunciones por el VIH del año Z, por cada 100.000 habitantes, en la población estimada a mitad de año Z.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Mz = (Dz / N1/7/z) * 100.000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Mz = tasa bruta de mortalidad. Dz = defunciones ocurridas en el año z. N1/7/z = población estimada a mitad del año z.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de defunciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por cada 100.000 habitantes en el año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia, cantón, distrito, región.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo de edad, nacionalidad.
<b>Línea base</b>	2018-2022: 3.5 defunciones por 100.000 habitantes en los códigos de CIE-10 B20.0-B24. X.	
<b>Meta</b>	2023-2033: 3.4 defunciones por 100.000 habitantes en los códigos de CIE-10 B20.0-B24. X.	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	INEC. Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Tasa.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3: 3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	26
<b>Comentarios generales</b>	La relevancia del evento VIH-Sida está en eliminación, la OPS requiere anualmente información al país, que incluye este indicador para el informe mundial y regional.

## Eje 2 Investigación y gestión el conocimiento.

Indicador 2.1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de variación interanual de personas que participaron en investigaciones biomédicas.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Personas que participaron en investigaciones biomédicas:</b> son la cantidad de personas participantes propuestas para una investigación biomédica, según el protocolo de investigación, lo que puede hacerse extensivo al uso de esos datos (expediente clínico).</p> <p><b>Variación Interanual:</b> es la diferencia en la cantidad de personas que participan en investigaciones biomédicas con seres humanos en materia de salud; entre del año de inicio de la evaluación y los años subsecuentes.</p> <p><b>Investigaciones biomédicas:</b> un tipo de actividad diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable en materia de salud en seres humanos. Puede ser observacional, epidemiológica, o no intervencional o experimental, clínica o intervencional. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación se entenderá como investigación biomédica con seres humanos en materia de salud.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Participantes año actual} - \text{Participantes año 2023}}{\text{Participantes del año 2023}} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Participantes del año actual: total de participantes del año en curso en todas las investigaciones biomédicas inscritas ante el CONIS.</p> <p>Participantes del año 2023: total de participantes del año 2023 en todas las investigaciones biomédicas inscritas ante el CONIS.</p>

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	La variación interanual de personas que participaron en investigaciones biomédicas registradas ante el CONIS es de un 2 %.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Investigaciones biomédicas.
<b>Línea base</b>	2022-2023: 5%.	
<b>Meta</b>	2023-2024: 7% 2024-2025: 9% 2025-2026: 11% 2026-2027: 13% 2027-2028: 15% 2028-2029: 17% 2029-2030: 19% 2030-2031: 21% 2031-2032: 23% 2032-2033: 25%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Registros Administrativos del Consejo Nacional de Investigación en Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros Administrativos del Consejo Nacional de Investigación en Salud. Ministerio de Salud.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	No existe.	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	No existe.	
<b>Comentarios generales</b>	<p>Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.</p> <p><b>Investigación biomédica observacional, epidemiológica o no intervencional:</b> investigación en la cual no se realiza intervención diagnóstica o terapéutica alguna con fines experimentales, ni se</p>	

<b>Comentarios generales</b>	<p>somete a los individuos participantes a condiciones controladas por el investigador. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación observacional se entenderá como investigación biomédica observacional, epidemiológica o no intervencional en seres humanos en materia de salud.</p> <p><b>Investigación biomédica experimental, clínica o intervencional:</b> cualquier investigación científica en el área de la salud en la que se aplique una intervención preventiva, diagnóstica o terapéutica a seres humanos, con el fin de descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos o farmacodinámicos de un producto experimental, un dispositivo médico o de un procedimiento clínico o quirúrgico; o que intente identificar cualquier reacción adversa de un producto, dispositivo o procedimiento experimental; o estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un producto experimental, con el objeto de valorar su seguridad y eficacia o valorar el desenlace ante una intervención psicológica no probada. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación clínica se entenderá como investigación biomédica experimental, clínica o intervencional en seres humanos en materia de salud.</p>
------------------------------	---

<b>Indicador 2.2</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo de las Agendas Nacionales de Prioridades de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Tecnologías en Salud:</b> documento donde se acuerdan las prioridades y se prioriza la incorporación de las necesidades de las poblaciones vulnerables, con participación multidisciplinaria e intersectorial, para garantizar su implementación, seguimiento y evaluación.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\%AP}{\%T} * 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%AP: porcentaje programado. %T: porcentaje total.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.
<b>Interpretación</b>	Avance de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Tecnologías en Salud.

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Investigación, innovación y desarrollo tecnológico en salud.
<b>Línea base</b>		2005-2010. Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.
<b>Meta</b>		2023-2033= 2 Agendas  2023: 25% (diagnóstico 15% y metodología 10%) 2024: 20% (elaboración- Validación) 2025: 5% (oficialización-socialización) 2026: 5% (implementación) 2027: 5% (implementación) 2028: 10% (implementación) 2029: 20% (evaluación de la implementación) 2030: 10% (elaboración- Validación) Nueva agenda 2031: 20% (oficialización-socialización) 2032: 10% (implementación) 2033: 5% (implementación)
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		Ministerio de Salud, Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.



### Eje 3 Vigilancia de la salud

Indicador 3.1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de letalidad por dengue.	
<b>Definición conceptual</b>	La tasa de letalidad es la proporción de personas que contraen la enfermedad por dengue y mueren a causa de esta durante un período determinado.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TL = (ned) / (NfD) \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	TL: tasa de letalidad. Ned: número de enfermos por dengue. Nfd: número de fallecidos por dengue.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	La tasa de letalidad por dengue en Costa Rica para el periodo x es del x %.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Enfermedad vectorial.
<b>Línea base</b>	Promedio 2017-2020: 0%.	
<b>Meta</b>	2033: menos del 1 %.	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Base de datos VE01 notificación obligatoria de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud para el número de personas enfermas. Para los fallecidos debe utilizarse registro de mortalidad oficial dado por el INEC.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros de enfermedad por dengue deben utilizarse las clasificaciones de caso, según el protocolo nacional de vigilancia de dengue, es decir los casos descartados no deberán incluirse en la sumatoria de los enfermos. Estos registros corresponden a la base de datos de VE01 de la Dirección de Vigilancia de la Salud. El registro de mortalidad oficial es el del INEC por lo que deben utilizarse como la fuente para el cálculo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	

<b>Comentarios generales</b>	Es importante diferenciar la mortalidad de la letalidad, para no cometer un error de cálculo. La tasa de letalidad es un porcentaje, aunque formalmente se llama tasa de letalidad, es una proporción y por tal se expresa en porcentaje.
------------------------------	---

<b>Indicador 3.2</b>					
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>				
<b>Nombre del indicador</b>	Número de casos de malaria de transmisión autóctona en el territorio nacional.				
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Caso autóctono:</b> caso confirmado adquirido localmente. Es decir, una persona que contrae malaria a partir de un mosquito portador del parásito propio de la zona. En caso de carecer de evidencia suficiente para demostrar que un caso es importado o introducido, debe clasificarse como “autóctono”. En los focos activos con un número elevado de casos, tiene escaso valor determinar si son introducidos o autóctonos, por lo que será mejor clasificarlos como autóctonos.</p> <p>En algunas circunstancias es difícil diferenciar los casos introducidos de los casos autóctonos, por lo que es de vital importancia la calidad y coherencia de la información recolectada en la investigación epidemiológica de campo consignada tanto en la Ficha de Investigación de caso de Malaria (Anexo 2 del protocolo nacional de vigilancia) como la Ficha de Seguimiento y Cierre de caso de malaria (Anexo 3 del protocolo nacional de vigilancia).</p>				
<b>Fórmula de cálculo</b>	$N: \frac{NCA}{TCM}$				
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	N: número de casos. NCA: número de casos autóctonos de Malaria. TCM: total de casos confirmados de Malaria por cualquier clasificación.				
<b>Unidad de medida</b>	Número.				
<b>Interpretación</b>	N personas se han contagiado de malaria localmente en el territorio nacional.				
<b>Desagregación</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Geográfica</b></td> <td>Nacional.</td> </tr> <tr> <td><b>Temática</b></td> <td>Enfermedades trasmisibles.</td> </tr> </table>	<b>Geográfica</b>	Nacional.	<b>Temática</b>	Enfermedades trasmisibles.
<b>Geográfica</b>	Nacional.				
<b>Temática</b>	Enfermedades trasmisibles.				
<b>Línea base</b>	Promedio 2019-2022: 193 casos.				
<b>Meta</b>	0 casos de transmisión autóctona al año 2033.				
<b>Periodicidad</b>	Anual.				
<b>Fuente de información</b>	Base de datos nacional de Malaria de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.				

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

Indicador 3.3		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de incidencia de tuberculosis.	
<b>Definición conceptual</b>	Es el número de casos de tuberculosis (TB) por cada 100 000 habitantes en la población total que han sido notificados al sistema de vigilancia en el año.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = (CNT/PT) \times 100.000$ .	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X: tasa de incidencia de tuberculosis. CNT: casos nuevos de tuberculosis. PT: población total.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	Casos nuevos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes en el año en el período.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia, cantón, distrito, región.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo de edad, nacionalidad.
<b>Línea base</b>	2015: 8,8	
<b>Meta</b>	2033: 5.	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral.	
<b>Fuente de información</b>	Libro de registro de casos de tuberculosis CCSS- Ministerio de Salud se encuentra en la Norma para la vigilancia y el control de la tuberculosis <a href="https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/otros-eventos">https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/otros-eventos</a> . Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos de la CCSS	

<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C 26.
<b>Comentarios generales</b>	Es importante mencionar que la TB es una enfermedad en eliminación.

Indicador 3.4		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa anual de casos sospechosos sarampión-rubéola por cada 100 000 habitantes	
<b>Definición conceptual</b>	Es el número anual de casos sospechosos por cada 100 000 habitantes del país reportados al sistema de vigilancia de salud. El sarampión y la rubéola son enfermedades en eliminación, es decir, son aquellas enfermedades en las que no se confirman casos en el país, en los últimos 12 meses o en varios años. La OMS y la OPS evalúan al país tomando en consideración este indicador y determinan que se realiza una vigilancia óptima al alcanzar anualmente una tasa de 2 o más casos por cada 100 000 habitantes.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = (CSSRN / PT) \times 100\,000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= Tasa anual de casos sospechosos sarampión-rubéola por cada 100 000 habitantes. CSSRN= casos sospechosos de sarampión rubéola notificados durante un año. PT= población total de país según el año del estudio.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 000 habitantes en un año.	
<b>Interpretación</b>	En Costa Rica se notificó al sistema de vigilancia de la salud, 2 casos sospechosos de sarampión rubéola por cada 100 000 habitantes del año del cálculo o estudio.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Provincia, cantón, distrito.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupos de edad.
<b>Línea base</b>	Promedio de los años 2018-2022: 1,5 casos sospechosos de sarampión rubéola por cada 100 000 habitantes.	
<b>Meta</b>	2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes al 2033. (enfermedad en eliminación, se debe mantener o aumentar esta tasa anualmente).	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	

<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C 26.
<b>Comentarios generales</b>	La Línea base incluye los datos epidemiológicos de los años pandémicos por COVID-19 en donde la notificación de casos sospechosos se redujo por las estrategias asociadas con las medidas de lavado de manos, aislamiento social entre otras medidas. La enfermedad del sarampión y la rubéola son enfermedades en eliminación, el último caso importado de sarampión se registró en el año 2019. La rubéola registró el último caso en el año 2001. El compromiso país con la OPS es la de detectar 2 casos sospechosos de reporte anual a través de la Vigilancia Epidemiológica activa y efectiva de una enfermedad que se encuentra en vías de eliminación.

<b>Indicador 3.5</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa anual de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Parálisis Flácida Aguda (PFA):</b> es el número de casos por cada 100 000 habitantes en la población de menores de 15 años reportados al sistema de vigilancia de salud anualmente se caracteriza por una parálisis flácida aguda asimétrica en una o varias extremidades. Este indicador se utiliza para la vigilancia y detección oportuna de casos sospechosos de poliomielitis, esta enfermedad fue eliminada desde el año 1973 en Costa Rica. La OMS y la OPS evalúan al país tomando en consideración este indicador y determinan que se realiza una vigilancia óptima al alcanzar anualmente una tasa de 1 o más casos por cada 100000 habitantes en menores de 15 años.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = (CPFAMQA / PTMQA) \times 100.000$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa anual PFA por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años. CPFAMQA= casos de PFA en menores de 15 años. PTMQA= población total de menores de 15 años en el país.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 000 habitantes menores de 15 años en un año.	
<b>Interpretación</b>	En Costa Rica se notificó al sistema de vigilancia de la salud, 2 casos sospechosos de sarampión rubéola por cada 100 000 habitantes del año del cálculo o estudio.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Provincia, cantón, distrito.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupos de edad.
<b>Línea base</b>	Promedio 2018-2022: 1 caso de parálisis flácida aguda por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años.	
<b>Meta</b>	2033: 1 caso por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años.	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C 26.	
<b>Comentarios generales</b>	La enfermedad de la poliomielitis se considera eliminada desde 1973, año del último caso en Costa Rica. La vigilancia de la poliomielitis es por las parálisis flácidas agudas en menores de 15 años y se realiza debido a que en otros países existen casos de poliomielitis. El compromiso país, consiste en mantener la vigilancia epidemiológica activa de casos sospechosos por dicha patología.	

<b>Indicador 3.6</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra Hepatitis B.
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra Hepatitis B en un año determinado (es una tasa).

<b>Fórmula de cálculo</b>	NNM1AVCTDHB/NNM1A*100	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	NNM1AVCTDHB= número de niños menores de 1 año vacunados con tres dosis de Hepatitis B. NNM1A= número de niños menores de 1 año.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	El número de niños menores de 1 año vacunados con tres dosis contra Hepatitis B, por cada 100 niños menores de 1 año en el año “x”.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2022: 95%	
<b>Meta</b>	95%, al año 2033	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.4	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 3.7	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra PCV-13.
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra Vacuna antineumocócica (PCV-13) en un año determinado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = \text{NNM1AVCDDPCV13} / \text{NNM1A} * 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de cobertura de vacunación contra PCV-13. NNM1AVCDDPCV13= número de niños menores de 1 año vacunados con dos dosis de PCV13. NNM1A= número de niños menores de 1 año.
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.

<b>Interpretación</b>	El número de niños menores de 1 año vacunados con dos dosis contra PCV13, por cada 100 niños menores de 1 año en el año "x".	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2022: 95%	
<b>Meta</b>	2033: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.b.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 3.8		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra sarampión, rubéola y paperas.	
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra sarampión, rubéola y paperas (SRP) en un año determinado.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = \frac{NN4AVCDDSRP}{NN4A} * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de cobertura de vacunación contra sarampión, rubéola y paperas. NN4AVCDDSRP= número de niños con 4 años vacunados con dos dosis de sarampión, rubéola y paperas. NN4A= número de niños con 4 años.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	El número de niños con 4 años vacunados con dos dosis contra SRP, por cada 100 niños con 4 años en el año "x".	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.



<b>Línea base</b>	2022: 75%.
<b>Meta</b>	2033: 95%
<b>Periodicidad</b>	Anual.
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.b.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

Indicador 3.9		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG)	
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niños vacunados con una dosis contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG) en un año determinado.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = \frac{NNRNBCG}{NNRN} * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de cobertura de vacunación contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG). NNRNBCG= número de niños recién nacidos con una dosis de BCG. NNRR= número de niños recién nacidos.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	El número de niños recién nacidos vacunados con una dosis de BCG, por cada 100 niños con recién nacidos en el año "x".	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2022: 82%	
<b>Meta</b>	2033: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.b.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

Indicador 3.10		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra Varicela.	
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niños vacunados con una dosis contra Varicela en un año determinado.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = \frac{NN15MVCUDV}{NN15M} * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de cobertura de vacunación contra Varicela. NN15MVCUDV= número de niños con 15 meses vacunados con una dosis de Varicela. NN15M= número de niños con 15 meses.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	El número de niños con 15 meses vacunados con una dosis contra varicela, por cada 100 niños con 15 meses en el año "x".	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2022: 92%	
<b>Meta</b>	2033: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.b.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 3.11		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra Virus del Papiloma Humano.	
<b>Definición conceptual</b>	Es la proporción de niñas vacunados con segunda dosis contra Virus de Papiloma Humano (VPH) en un año determinado.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = \text{NN10AVDDVPH} / \text{NN10A} * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de cobertura de vacunación contra VPH. NN10AVDDVPH= número de niñas con 10 años vacunadas con dos dosis de VPH. NN10A= número de niñas con 10 años.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa.	
<b>Interpretación</b>	El número de niñas con 10 años vacunadas con dos dosis contra VPH, por cada 100 niñas con 10 años en el año "x".	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, provincia y cantón.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2022: 70%	
<b>Meta</b>	2033: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.b.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 3.12		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Promedio de las capacidades del Reglamento Sanitario Internacional.	
<b>Definición conceptual</b>	Nota anual obtenida de la evaluación de las 15 capacidades mediante el uso de la herramienta para elaboración del informe anual de autoevaluación de los Estados Parte del RSI (SPAR por sus siglas en inglés).	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Capacidad\ anual = \sum_{i=1}^{15} capacidad\ según\ RSI_i / 15$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Las 15 capacidades: C1. Instrumentos políticos, jurídicos y normativos para la aplicación del RSI, C2. Coordinación del RSI, funciones del centro nacional de enlace para el RSI y promoción, C3. Financiación, C4. Laboratorio, C5. Vigilancia, C6. Recursos humanos, C7. Gestión de emergencias sanitarias, C8. Prestación de servicios de salud, C9. Prevención y control de las infecciones (PCI), C10. Comunicación de riesgos y participación de la comunidad (CRPC), C11. Punto de entrada (PE) y salud transfronteriza, C12. Enfermedades zoonóticas, C13. Inocuidad de los alimentos, C14. Eventos químicos y C15. Emergencias por radiación.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	El país cumple en x% con las capacidades dispuestas por RSI.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Emergencias, prevención, control.
<b>Línea base</b>	2022: 65% obtenido en la evaluación del periodo.	
<b>Meta</b>	2033: 90%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Centro Nacional de Enlace, Unidad de Relaciones Internacionales y web oficial del e-SPAR de la OMS.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta e-SPAR de la OMS.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.d.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

#### Eje 4. Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias

Indicador 4.1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de la población con acceso a teleconsulta.	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Acceso a teleconsulta:</b> utilización de tecnologías de información y comunicación para prestación de servicios de salud en los ámbitos público y privado. <b>Población:</b> población con acceso a teleconsulta.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = (PATC / PT) * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\%$ = porcentaje de la población con acceso a servicios de teleconsulta. PATC= población con acceso a teleconsulta. PT= población total del país del año al que se hace el cálculo.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	"X" % de la población cuenta con acceso a servicios de teleconsulta.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Salud digital.
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	40% de la población nacional al 2033.	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Transformación y Salud Digital del Ministerio de Salud, Unidad de Innovación y transformación digital.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Los registros administrativos corresponden a la información con la que cuentan los sistemas de los proveedores de servicios de salud públicos y privados que cuentan con sistemas digitales, como por ejemplo los sistemas de la CCSS, INS, Cámara Costarricense de la Salud. Los anteriores son solo referencias, podrían incluirse otros a criterio del comité técnico de salud digital en el proceso de implementación de la hoja de ruta de salud digital.	

La selección de la meta del 40% de la población con acceso a teleconsulta se basa en la disponibilidad de recursos de los sectores público, mixto y privado según lo analizado desde el Comité Técnico de Salud Digital, se está desarrollando una propuesta de decreto de teleconsulta que busca ampliar la oferta del servicio a nivel nacional, sin embargo, la falta de recursos económicos y humanos dificulta ampliar este porcentaje.

Indicador 4.2		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de la población con acceso a Expediente Clínico Electrónico Interoperable.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Acceso a expediente clínico electrónico interoperable:</b> Utilización de tecnologías de información y comunicación para la mejora en la prestación de servicios clínicos públicos y privados por medio de la implementación de registro clínico electrónico en el ámbito público y privado interoperable, de tal manera que el usuario pueda acceder al conjunto mínimo de datos clínicos referentes a su salud, independientemente del establecimiento de salud de donde se genere la información.</p> <p><b>Población:</b> población con acceso a expediente clínico electrónico interoperable.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = (\text{PAECEI} / \text{PT}) * 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p><math>\%</math> = porcentaje de la población con acceso a expediente clínico electrónico interoperable.</p> <p>PAECEI = población con acceso a expediente clínico electrónico interoperable.</p> <p>PT = población total del país del año al que se hace el cálculo.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	“X” % de la población cuenta con acceso a expediente clínico electrónico interoperable.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Salud digital, grupo etario, género.
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	40% de la población nacional al 2033.	
<b>Periodicidad</b>	Anual	

<b>Fuente de información</b>	Dirección de Transformación y Salud Digital del Ministerio de Salud, Unidad de Innovación y transformación digital.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros Administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>Los registros administrativos corresponden a la información con la que cuentan los sistemas de los proveedores de servicios de salud públicos y privados que cuentan con sistemas digitales, como por ejemplo los sistemas de la Caja Costarricense de seguro social, Instituto Nacional de Seguros, Cámara Costarricense de la Salud.</p> <p>En este momento no se cuenta con expedientes clínicos electrónicos interoperables entre sí, se define un 40% de la población nacional como meta debido a que es necesario generar capacitaciones, infraestructura tecnológica, recursos económicos y humanos para la implementación de los estándares necesarios para poder interoperar con las guías creadas por el Ministerio de Salud.</p>

<b>Indicador 4.3</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de los módulos de la GBT (Global Benchmarking Tool) de la OMS para alcanzar el nivel 3 de madurez de la autoridad reguladora Nacional.
<b>Definición conceptual</b>	La creación de un sistema de calificación coordinado por la OPS, cuyo propósito es facilitar el establecimiento de mecanismos de cooperación y el reconocimiento interinstitucional de las autoridades regulatorias nacionales (ARN). El programa de evaluación de la OPS fue crítico para la creación de una herramienta mundial y metodología única, conocida como GBT por sus siglas en inglés, que fue adoptada por los Estados Miembros de la OMS en el 2014 (WHA67.20). La GBT, permite identificar las fortalezas y debilidades de los sistemas regulatorios nacionales de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y la creación de planes institucionales de desarrollo.

		Asimismo, la herramienta incorpora el concepto de “nivel de madurez” (adaptado de la ISO 9004), lo que permite a la OMS y a las autoridades regulatorias evaluar la “madurez” general del sistema regulatorio según una escala de uno (hay algunos elementos del sistema regulatorio) al cuatro (sistema regulatorio que funciona a un nivel avanzado de rendimiento).
<b>Fórmula de cálculo</b>		RARN: $\Sigma(x+x+x+...)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		RARN: requerimiento de Autoridad Reguladora Nacional. x: número de etapas concluidas.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje.
<b>Interpretación</b>		Expresa la sumatoria de porcentaje de las etapas concluidas para alcanzar el nivel 3 de la herramienta de la GBT.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Autoridad Reguladora Nacional para alcanzar el nivel 3 según la GBT de la OMS.
<b>Línea base</b>		0
<b>Meta</b>		2024: 20% de cumplimiento de subindicadores de niveles de madurez 1 y 2 de la Herramienta GBT 2025: 40% de cumplimiento de subindicadores de niveles de madurez 1 y 2 de la Herramienta GBT 2026: 60% de cumplimiento de subindicadores de niveles de madurez 1 y 2 de la Herramienta GBT 2027: 80% de cumplimiento de subindicadores de niveles de madurez 1 y 2 de la Herramienta GBT 2028: 100% de cumplimiento de subindicadores de niveles de madurez 1 y 2 de la Herramienta GBT 2029: 20% de cumplimiento de subindicadores de nivel 3 de madurez de la Herramienta GBT 2030: 40% de cumplimiento de subindicadores de nivel 3 de madurez de la Herramienta GBT 2031: 60% de cumplimiento de subindicadores de nivel 3 de madurez de la Herramienta GBT 2032: 80% de cumplimiento de subindicadores de nivel 3 de madurez de la Herramienta GBT 2033: 100% de cumplimiento de subindicadores de nivel 3 de madurez de la Herramienta GBT.
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		Ministerio de Salud, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.



<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.

<b>Indicador 4.4</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento del plan de control de productos de interés sanitario.
<b>Definición conceptual</b>	La elaboración de un plan de control es un instrumento del Ministerio de Salud para verificación del cumplimiento de la aplicación de la normativa y las regulaciones específicas vigentes, aplicables a los productos de interés sanitario, con el fin de estos, cumplan con los requisitos indispensables de inocuidad, calidad, seguridad y eficacia para proteger la salud de la población. Los componentes del plan corresponden a los diferentes apartados del plan para cada producto de interés sanitario que va a ser controlado
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PC: \frac{PCP}{TC} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PC: porcentaje de cumplimiento del plan de control de productos de interés sanitario. PCP: sumatoria del promedio de cumplimiento de todos los componentes del plan de control de productos de interés sanitario. TC: total de componentes del plan de control.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.
<b>Interpretación</b>	Expresa el porcentaje de cumplimiento del plan de control de productos de interés sanitario construido a partir del cálculo de cumplimiento para cada uno de los diferentes apartados que componen dicho plan.

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Aplicación a nivel nacional.
	<b>Temática</b>	Evaluación, productos de interés sanitario.
<b>Línea base</b>		2022: 90%
<b>Meta</b>		2023: 91% 2024: 91% 2025: 92% 2026: 92% 2027: 93% 2028: 93% 2029: 94% 2030: 94% 2031: 95% 2032: 95% 2033: 96%
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		Ministerio de Salud, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		<p>El plan de control de producto de interés sanitario es un instrumento que se utiliza para que el Ministerio de Salud pueda realizar la verificación del cumplimiento de la aplicación de la normativa y las regulaciones específicas vigentes, aplicables a los productos de interés sanitario.</p> <p>Los productos de interés sanitario son aquellos productos que por su composición, utilización o función pueden afectar la salud de las personas. Incluyen los alimentos, medicamentos, suplementos a la dieta, cosméticos, equipos y materiales médicos, plaguicidas, productos naturales, de higiene y químicos peligrosos.</p> <p>Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población.</p>

El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.

Indicador 4.5	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Promedio trimestral de días hábiles para la resolución de las solicitudes de la inscripción de medicamentos.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La inscripción es la autorización de parte del Ministerio de Salud sobre los productos de interés sanitario, que hayan sido verificados con el cumplimiento de los requisitos establecidos en el marco legal correspondiente.</p> <p>La resolución de solicitudes de inscripción de medicamentos se refiere al resultado final de evaluación del trámite, ya sea aprobado o rechazado por parte del Ministerio de Salud. La obtención del promedio de los tiempos para la resolución de la muestra de los trámites aprobado y rechazado se inicia con la fecha inicial de ingreso al Sistema hasta la fecha donde el trámite fue aprobado o rechazado por jefatura, restando los tiempos en prevención y donde estuviera fuera del sistema (que no esté del lado del Ministerio de Salud), fines de semana y feriados de ley para obtener como resultado un tiempo efectivo de proceso.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\sum (FIS - FAR - TM)}{n}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Tiempo proceso de la resolución de las solicitudes evaluadas: Tiempo de ciclo de la evaluación del trámite (fecha ingreso sistema – fecha aprobación y/o rechazo – tiempos muertos).</p> <p>Fecha ingreso sistema: (FIS): fecha en que el administrado ingresa al sistema Regístrelo la solicitud de inscripción para el registro de medicamentos.</p> <p>Fecha aprobación y/o rechazo (FAR): fecha en donde se da la resolución por parte del Ministerio de Salud del trámite ingresado.</p>

		Tiempos muertos (TM): son los tiempos donde el trámite no está en el sistema (prevención), días feriados y fines de semana. n: cantidad de solicitudes evaluadas.
<b>Unidad de medida</b>		Promedio.
<b>Interpretación</b>		Tiempo de espera para la emisión de la resolución final de la solicitud de inscripción de medicamentos por trimestre.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Evaluación, tramitación.
<b>Línea base</b>		2022: 190 (I semestre 2022)
<b>Meta</b>		2023-2030: 120
		2023: 170
		2024: 150
		2025: 130
		2026-2030: 120
<b>Periodicidad</b>		Trimestral
<b>Fuente de información</b>		Plataforma digital "Regístrelo" Ministerio de Salud y Base de datos Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		Para que un medicamento pueda ser comercializado en el país, debe contar con el registro sanitario según lo establece la Ley General de Salud 5395, además de requisitos establecidos en normativa centroamericana y nacional. El decreto número 39252- S, define el tiempo de atención de los trámites para la inscripción de medicamentos ante el Ministerio de Salud los cuales deben ser resueltos en un plazo de hasta 99 días hábiles, ya sea rechazado o aprobado.
		La línea base para los indicadores de reducción de tiempo en inscripción y renovación de medicamentos se calcula con el dato del I semestre del 2022. No se considera viable la del cierre del año 2021 porque, el cálculo se realiza trimestral y semestral para poder tener datos que reflejen el estado de situación de los registros de medicamentos dado que puede ser muy variable en el tiempo.

Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.

Los productos de interés sanitario son aquellos productos que por su composición, utilización o función pueden afectar la salud de las personas. Incluyen los alimentos, medicamentos, suplementos a la dieta, cosméticos, equipos y materiales médicos, plaguicidas, productos naturales, de higiene y químicos peligrosos.

Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.

Indicador 4.6	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Promedio trimestral de días hábiles para la resolución de las solicitudes de la renovación de medicamentos con declaración jurada.
<b>Definición conceptual</b>	La renovación es el restablecimiento en el plazo del registro sanitario de un medicamento. La resolución de solicitudes de renovación de medicamentos con declaración jurada se refiere al resultado final de evaluación del trámite, ya sea aprobado o rechazado por parte del Ministerio de Salud. La obtención del promedio de los tiempos para la resolución de la muestra de los trámites aprobado y rechazado se inicia con la fecha inicial de ingreso al Sistema hasta la fecha donde el trámite fue aprobado o rechazado por jefatura,

		restando los tiempos en prevención y donde estuviera fuera del sistema (que no esté del lado del Ministerio de Salud), fines de semana y feriados de ley para obtener como resultado un tiempo efectivo de proceso.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{\sum (FIS - FAR - TM)}{n}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>Tiempo proceso de la resolución de las solicitudes evaluadas: tiempo de ciclo de la evaluación del trámite (Fecha ingreso sistema – Fecha aprobación y/o rechazo – tiempos muertos).</p> <p>Fecha ingreso sistema (FIS): fecha en que el administrado ingresa al sistema Regístrelo la solicitud de inscripción para el registro de medicamentos.</p> <p>Fecha aprobación y/o rechazo (FAR): fecha en donde se da la resolución por parte del Ministerio de Salud del trámite ingresado.</p> <p>Tiempos muertos (TM): son los tiempos donde el trámite no está en el sistema (prevención), días feriados y fines de semana.</p> <p>n: cantidad de solicitudes evaluadas.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Promedio
<b>Interpretación</b>		Tiempo de espera para la emisión de la resolución final de la solicitud de renovación de la inscripción de medicamentos con declaración jurada por trimestre.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Inscripción de medicamentos.
<b>Línea base</b>		2022: 65 (I semestre 2022).
<b>Meta</b>		2023-2030: 20 2023: 50 2024: 40 2025: 30 2026-2030: 20
<b>Periodicidad</b>		Trimestral
<b>Fuente de información</b>		Plataforma Digital: regístrelo y Base de datos Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>El registro sanitario tiene una vigencia de 5 años a partir de su inscripción y debe ser renovado para continuar su comercialización. Dicha renovación puede ser hacerse mediante una declaración jurada del comercializador del producto. De acuerdo con el Decreto 39252- S este trámite debe ser atendido en un plazo de hasta 15 días hábiles.</p> <p>La línea base para los indicadores de reducción de tiempo en inscripción y renovación de medicamentos se calcula con el dato del I semestre del 2022. No se considera viable la del cierre del año 2021 porque, el cálculo se realiza trimestral y semestral para poder tener datos que reflejen el estado de situación de los registros de medicamentos dado que puede ser muy variable en el tiempo.</p> <p>Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.</p>

## Eje 5 Salud ambiental

<b>Indicador 5.1</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura.
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por un operador oficial, que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.

<b>Fórmula de cálculo</b>	<p>Los datos de cobertura con control de calidad del agua para uso y consumo humano (AUCH) en viviendas se obtienen de los programas de vigilancia y control de calidad del agua, desarrollados anualmente por el Laboratorio Nacional de Aguas.</p> $PP(\%) = \frac{PAACP}{PTA} \times 100$ <p>De igual manera se procede con la información para definir el porcentaje de población abastecida con agua sometida a control de calidad y a tratamiento/desinfección.</p> $PPAGFS(\%) = \frac{PASTD}{PTACH} \times 100$ <p>A los datos del suministro de AUCH se les aplica la “Escalera de Agua Potable”, específicamente en el abastecimiento en las viviendas. Además, se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (30) INEC publicada en el mes de julio del 2022, para completar las estimaciones de población con agua con o sin cañería.</p>				
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PP: porcentaje de potabilización.  PAACP: población abastecida con agua de calidad potable.  PTA: población total abastecida.  PPAGFS: porcentaje de población con agua potable gestionada en forma segura.  PASTD: población con agua sometida a tratamiento y/o desinfección.  PTACH: población total que recibe agua para consumo humano.</p>				
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje				
<b>Interpretación</b>	Cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por un operador oficial, que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del Agua Potable.				
<b>Desagregación</b>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="478 1653 671 1711"><b>Geográfica</b></td> <td data-bbox="671 1653 1353 1711">Nacional.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="478 1711 671 1753"><b>Temática</b></td> <td data-bbox="671 1711 1353 1753">Calidad de agua potable.</td> </tr> </table>	<b>Geográfica</b>	Nacional.	<b>Temática</b>	Calidad de agua potable.
<b>Geográfica</b>	Nacional.				
<b>Temática</b>	Calidad de agua potable.				
<b>Línea base</b>	2022: 89.9%				
<b>Meta</b>	2030: 99%				
<b>Periodicidad</b>	Anual				
<b>Fuente de información</b>	Laboratorio Nacional de Aguas, Acueductos y Alcantarillados.				
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.				



<b>Tipo de operación estadística</b>	Porcentaje												
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6.1.1												
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta												
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	La medida es población establecida con agua de calidad potable en Costa Rica. Medida implementada del Laboratorio Nacional de Aguas.												
<b>Comentarios generales</b>	Escalera del Agua												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel de Servicio</th> <th>Definición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestionando de forma segura</td> <td>Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.</td> </tr> <tr> <td>Básico</td> <td>Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.</td> </tr> <tr> <td>Limitado</td> <td>Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.</td> </tr> <tr> <td>No mejorado</td> <td>Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.</td> </tr> <tr> <td>Sin servicio</td> <td>Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.</td> </tr> </tbody> </table>	Nivel de Servicio	Definición	Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.	Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.	Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.	No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.	Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.
	Nivel de Servicio	Definición											
	Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.											
	Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.											
	Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.											
	No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.											
Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.												
Fuente: OMS/UNICEF, adaptada por el LNA.													

Indicador 5.2	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de tratamiento de aguas residuales en plantas de tratamiento de aguas residuales.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Agua residual:</b> Agua que ha recibido un uso y cuya calidad ha sido modificada por la incorporación de agentes contaminantes.</p> <p><b>Agua residual tratada:</b> volumen de agua residual que es transportada por el alcantarillado sanitario hasta la Planta de Tratamiento de Agua Residual (PTAR), donde pasa por procesos unitarios físicos para mejorar su calidad previa al vertido.</p>

		<b>Agua residual tratada PTARs:</b> volumen de agua residual que es transportada por el alcantarillado sanitario hasta un sistema de tratamiento de aguas residuales, donde pasa por procesos unitarios fisicoquímicos, cuya calidad posterior, cumple la norma de vertido vigente, establecida mediante los límites máximos permisibles en el Reglamento de Vertido y Reúso.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\% = \text{VARTPTAR} / \text{VTARG} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		% = porcentaje de tratamiento de aguas residuales en plantas de tratamiento de aguas residuales. VARTPTAR= volumen de agua residual tratada en plantas de tratamiento de aguas residuales. VTARG = volumen total de agua residual generada.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Se refiere a la proporción del total de aguas residuales ordinarias generadas en el país, que son tratadas mediante planta de tratamiento de aguas residuales.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Tratamiento de aguas residuales.
<b>Línea base</b>		2021: 15%
<b>Meta</b>		2030: 17.1%
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		Registro administrativo.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Muestreo y análisis de laboratorio, así como la medición directa del caudal en cada sistema de tratamiento y la estimación correspondiente a los sistemas de recolección que cuentan con un sistema de tratamiento de aguas residuales correspondiente.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		6.3.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		No aplica.
<b>Comentarios generales</b>		Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población.

El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.

Indicador 5.3		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de generación de residuos valorizables por habitante.	
<b>Definición conceptual</b>	La generación per cápita de residuos sólidos se mide en términos de la cantidad de kilogramos que genera una persona por día en un país.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$X = (TRGP/TH) / 365$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X= tasa de generación de residuos valorizables por habitante. TRGP= total de residuos generados en el país (kilogramos). THP= total de habitantes en el país.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	La tasa de generación de residuos en Costa Rica para el año X es de N kg/habitante/día.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Salud ambiental.
<b>Línea base</b>	2021: 0,86 kg/habitante/día.	
<b>Meta</b>	2033: 1,3 kg/habitante/día.	
<b>Periodicidad</b>	Decenal, al final de la política.	
<b>Fuente de información</b>	Información recibida por parte de las municipalidades INEC	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos del Ministerio de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud. Ambiental, Unidad de Salud Ambiental. Proyecciones de población del INEC para el año de referencia.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	11.6.1 y 12.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A1, A2, A3.A4.A5.A6; B7, C31, C32:E47, E48.E50.E62, G77; G78; G79, G80; G81	

<b>Comentarios generales</b>	<p>Se registra una tendencia de crecimiento anual de 0,06% en la tasa de generación de residuos, lo que proyecta linealmente al 2033 1,63 kg/habitante/día. Por ello se plantea como meta que se alcance una tasa menor a la proyectada para 2033 debido a las acciones de educación y sensibilización de la población.</p> <p>La meta es el porcentaje de contribución de este eje en 10 años. A la sumatoria de contribución de los cuatro ejes se le suma la línea base al 2022, para alcanzar el 25% planificado.</p> <p>Para los reportes de los ODS Para el 2021, los valores reportados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 11.6.1: 89 % (1 437 988 toneladas) de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada</li> <li>• Indicador 12.5.1: a) 155 931 862 kg de residuos ordinarios fueron valorizados y b) 89 % de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada.</li> </ul>
------------------------------	--

Indicador 5.4	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cobertura de recolección de residuos en país.
<b>Definición conceptual</b>	Corresponde al porcentaje de unidades residenciales y comerciales que reciben el servicio de recolección de residuos ordinarios por parte de las municipalidades en el país. Unidad residencial y comercial se define como el espacio para vivienda individual o colectiva, ocupada o desocupada, y/o espacio comercial para el desarrollo de una actividad económica, según censo del INEC o los registros internos del gobierno local. Unidades Residencial y Comercial atendidas se define como el número de unidades residenciales y comerciales que reciben el servicio de recolección de residuos en determinada área.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \text{NURCSRRO} / \text{TURCP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p><math>\%</math> = porcentaje de cobertura de recolección de residuos en país.</p> <p>NURCSRRO = número de unidades residenciales y comerciales atendidas con el servicio de recolección de residuos ordinarios.</p> <p>TURCP = total de unidades residenciales y comerciales del país.</p>

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	La cobertura de recolección de residuos ordinarios en Costa Rica es de “N %” en el año X.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Salud ambiental.
<b>Línea base</b>	2021: 88% de cobertura.	
<b>Meta</b>	2033: 92% de cobertura de recolección de residuos.	
<b>Periodicidad</b>	Decenal, al final de la política.	
<b>Fuente de información</b>	Información recibida por el Ministerio de Salud por parte de las municipalidades. Informes de la Contraloría General de la República sobre el índice de gestión municipal.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos del Ministerio de Salud. Informe de la Contraloría General de la República.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	11.6.1 y 12.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A1, A2, A3.A4.A5.A6; B7, C31, C32:E47, E48, E50, E62, G76, G77; G78; G79, G80; G81	
<b>Comentarios generales</b>	<p>La meta es el porcentaje de contribución de este eje en 10 años. A la sumatoria de contribución de los 4 ejes se le suma la línea base al 2022, para alcanzar el 25% planificado.</p> <p>Para el 2021, el Ministerio de Salud reporta el cumplimiento de los indicadores los valores reportados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 11.6.1: 89 % (1 437 988 toneladas) de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada.</li> <li>Indicador 12.5.1: a) 155 931 862 kg de residuos ordinarios fueron valorizados y b) 89 % de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada.</li> </ul> <p>Este indicador es de producto, dado que a pesar de las múltiples discusiones técnicas se determinó que son procesos que generan productos de aprovechamiento que el usuario final es la población. El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política.</p>	

Indicador 5.5		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de viviendas a nivel nacional con prácticas inadecuadas de disposición final de residuos.	
<b>Definición conceptual</b>	Se entiende por prácticas inadecuadas de disposición final de residuos que las viviendas depositen los residuos en río, quebrada o mar, lotes baldíos huecos, quemar o disponer en hueco o enterrar. Se entiende por disposición final la última etapa del proceso del manejo de los residuos sólidos en la cual son dispuestos en forma definitiva y sanitaria.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \text{TVPIDFR} / \text{TVNN} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%: porcentaje de viviendas a nivel nacional con prácticas inadecuadas de disposición final de residuos. TVPIDFR: total de viviendas con prácticas inadecuadas de disposición final de residuos. TVNN: Total de viviendas a nivel nacional.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	En el país N % de las viviendas tiene prácticas inadecuadas de disposición final de residuos.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Salud Ambiental.
<b>Línea base</b>	2022: 8,4%	
<b>Meta</b>	2033: 6% de viviendas a nivel nacional con prácticas inadecuadas de disposición final de residuos.	
<b>Periodicidad</b>	Decenal, al final de la política.	
<b>Fuente de información</b>	Información recibida por parte de las municipalidades, INEC Ministerio de Salud. Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Unidad de Salud Ambiental.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos del Ministerio de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Encuesta Nacional de Hogares del INEC para el año de referencia.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	11.6.1 y 12.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A1, A2, A3.A4.A5.A6; B7, C31, C32:E47, E48, E50, E62, G76, G77; G78; G79, G80; G81.
<b>Comentarios generales</b>	<p>Para el 2021, el Ministerio de Salud reporta el cumplimiento de los indicadores los valores reportados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 11.6.1: 89 % (1 437 988 toneladas) de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada.</li> <li>Indicador 12.5.1: a) 155 931 862 kg de residuos ordinarios fueron valorizados y b) 89 % de los residuos ordinarios recolectados a nivel nacional con descarga final adecuada.</li> </ul>

<b>Indicador 5.6</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de variación quinquenal de intoxicaciones relacionadas con plaguicidas en los trabajadores expuestos durante las aplicaciones agrícolas (ocupacional).
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Intoxicación por plaguicida:</b> es aquella persona con antecedentes de exposición a plaguicidas con signos y síntomas de intoxicación y/o con alteraciones laboratoriales con historia de exposición a plaguicidas. La intoxicación aguda se define como la generada por exposición en un período no mayor a 24 horas. La intoxicación crónica está definida como la exposición repetida a plaguicidas por períodos prolongados de tiempo. Tomado del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el Manejo de las Intoxicaciones causadas por Plaguicidas.</p> <p>El término <b>“agroquímico”</b> se refiere a sustancias químicas utilizadas en la agricultura para diversos fines, incluyendo la protección de cultivos, la fertilización del suelo y el control de plagas. Los agroquímicos abarcan un espectro más amplio de productos químicos agrícolas, que incluyen fertilizantes, herbicidas, insecticidas, fungicidas, entre otros. Su uso puede estar destinado a mejorar la producción agrícola y proteger los cultivos de enfermedades, plagas y malas hierbas. Un <b>“plaguicida”</b> es un tipo específico de agroquímico diseñado principalmente para prevenir, controlar o eliminar plagas, que pueden ser insectos, ácaros, roedores, hongos, bacterias, malezas u otros organismos que causan daño a los cultivos. Los plaguicidas incluyen insecticidas, herbicidas, fungicidas, rodenticidas, etc.</p>

	<p>Su función principal es proteger los cultivos de los agentes perjudiciales que podrían afectar negativamente su rendimiento y calidad.</p> <p><b>Los trabajadores expuestos:</b> están definidos como aquella persona en contacto con plaguicidas por su actividad laboral; pueden ser importadores, formuladores, personal de transporte, almacenaje, preparación y uso final a través de aplicaciones aéreas o agrícolas.</p> <p><b>Los trabajadores expuestos:</b> están definidos como aquella persona en contacto con plaguicidas por su actividad laboral; pueden ser importadores, formuladores, personal de transporte, almacenaje, preparación y uso final a través de aplicaciones aéreas o agrícolas.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%V = (IQA - IQR) / IQA \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>%V: porcentaje de variación.  IQR: intoxicaciones por agroquímicos de trabajadores agrícolas del quinquenio en revisión.  IQA: intoxicaciones por agroquímicos de trabajadores agrícolas del quinquenio anterior.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de variación quinquenal de intoxicaciones ocupacionales por plaguicidas en un 10% cada 5 años, mediante la implementación de prácticas seguras y la formación adecuada de los aplicadores.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Trabajadores agrícolas
<b>Línea base</b>	N/A	
<b>Meta</b>	Reducir en un 10% de manera quinquenal la cantidad de personas intoxicadas por aplicaciones terrestres de carácter ocupacional, en un proceso acumulativo hasta el 2033	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. basados en datos reportados por INS.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3 – 3.9.3 / 9 – 8.8.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	



<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>Este indicador se construirá por primera vez cuando sea publicada la política de gestión de plaguicidas agrícolas para el año 2024, iniciando en el 2025; los datos se gestionarán a través del INS.</p> <p>Se necesita fortalecer el sistema de vigilancia del Ministerio de Salud en torno a los indicadores de plaguicidas para determinar datos exactos, ya que existe un subregistro.</p> <p>La meta fue definida mediante un proceso técnico y colaborativo, en el marco de una mesa técnica encargada del diseño de la política de gestión de plaguicidas agrícolas. El proceso de definición de la meta se basó en un análisis de la problemática de intoxicaciones ocupacionales relacionadas con el uso de plaguicidas en el país.</p> <p>Se realizó una revisión de datos existentes, aunque se reconoció la necesidad de mejorar el registro y desagregación de estos datos con un compromiso de mejora para el 2024. Se tuvo en cuenta la evidencia actual sobre la efectividad de las buenas prácticas agrícolas y las campañas de concientización en la reducción de casos de intoxicaciones. La meta específica de reducir en un 10% la cantidad de personas intoxicadas por aplicaciones terrestres de carácter ocupacional cada cinco años, en un proceso acumulativo hasta el 2033, fue establecida tras un proceso de consenso, este objetivo se consideró alcanzable y significativo, dada la situación actual y los recursos disponibles.</p> <p>Se proyectó que la implementación efectiva de programas de buenas prácticas agrícolas y campañas de concientización tendría un impacto esperado de 10% en la reducción de los casos de intoxicación a nivel quinquenal. Además, se estableció una meta a largo plazo de una reducción del 20% en los casos de intoxicación para el décimo año, como un objetivo ambicioso pero realista.</p> <p>El estado de los datos de estos procesos que desarrollan diferentes actores del sistema nacional de salud, que actualmente se encuentran en construcción no permite tener indicadores de efecto, sin embargo, el efecto sobre la salud de la población se mide desde otros indicadores que están inmersos dentro de la política</p>

## Eje 6 Promoción de la Salud.

Indicador 6.1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Promedio de ingesta diaria de sodio por parte de la población.	
<b>Definición conceptual</b>	Representa el promedio de la ingesta del consumo de sodio por persona por día ajustado a 2000 Kcal. Consiste en comparar porcentualmente la línea basal del consumo promedio de sodio/persona/día ajustado a 2000 Kcal (3,84 en el 2018), respecto al consumo promedio de sodio/persona/día ajustado a 2000 Kcal en la fecha de evaluación.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PICS = \frac{CPS(3.84) - CPSx}{100}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PICS: promedio de ingesta de consumo de sodio. CPS: consumo promedio de sodio del año base 2018, que es de 3.84 promedio de sodio/persona/día, ajustado a 2000 Kcal de la línea basal (2018). CPS X: consumo promedio de sodio/persona/día, ajustado a 2000 Kcal del año que se evalúa que será la X.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	En Costa Rica en la fecha de evaluación el consumo promedio de sodio/persona/día ajustado a 2000 kcal fue de X gramos, lo que representa X% (disminución o aumento) respecto al consumo promedio de sodio/persona/día, ajustado a 2000 kcal de la línea basal (3,84 en el 2018).	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Población, de ambos sexos, sin distingo de nivel socioeconómico.
<b>Línea base</b>	2018-2019: 3,84 g de sodio/persona/día, ajustado a 2000 Kcal. Información obtenida a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (INEC 2018).	
<b>Meta</b>	2033: 3,72 g de sodio/persona/día, ajustado a 2000 Kcal. Esto es equivalente a una disminución de 3% del consumo promedio de sodio/p/d ajustado a 2000 kcal, respecto a la línea basal.	

<b>Periodicidad</b>	La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (INEC) se realiza cada 4 a 5 años. Se deberá tomar para los cálculos la ENIGH más próxima a la fecha de evaluación.
<b>Fuente de información</b>	Fuente de la línea basal del 2018: Roselló-Araya, M.; Madriz-Morales, K.; Vega-Solano, J.; Blanco-Metzler, A.; Núñez-Rivas, H.; Benavides-Aguilar, K.; Claro, R. Estimation of Sodium Availability and Food Sources from 2018 to 2019 and Its Trends during the 2004–2019 Period in Costa Rica. <i>Nutrients</i> 2022, 14, 3200. <a href="https://doi.org/10.3390/nu14153200">https://doi.org/10.3390/nu14153200</a> Para la obtención de esta línea base se utilizó el método indirecto de consumo basado en Encuesta de Presupuesto Familiar según: Sarno, F.; Moreira, R.; Bertazzi, R.; Henrique, D.; Gouvea, S.; Monteiro, C.A. Estimated sodium intake by the Brazilian population, 2002–2003. <i>Rev. Saúde Pública</i> 2009, 43, 219–225.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (INEC); tablas y bases de datos actualizadas de composición de alimentos nacionales (valor NUT y datos composición de alimentos generados en INCIENSA) y de EUA (USDA).
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C. 26.
<b>Comentarios generales</b>	Se destaca la necesidad de utilizar el consumo promedio de sodio por persona por día ajustado a 2000kcal para realizar comparaciones de consumo entre fechas diferentes para tener una misma base. No se recomienda utilizar el consumo promedio de sodio por persona sin ajustar a 2000kcal ya la ingesta energética (kcal) de la población podría variar ocasionando sesgos en la estimación del indicador.

Indicador 6.2	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de la población que realiza actividad física de intensidad moderada según sexo
<b>Definición conceptual</b>	<b>Población:</b> es toda la población a nivel nacional (desde la niñez hasta adulto mayor) que durante todo el curso de vida participa en los programas y proyectos de actividad física de intensidad moderada ofrecidos por el ICODER.

	<p><b>Actividad física:</b> se puede realizar actividad física de muchas maneras diferentes: caminando, montando en bicicleta y practicando deportes y actividades recreativas activas (como danza, yoga o taichí). También puede realizarse actividad física en el trabajo y en el hogar. En todas sus formas, la actividad física proporciona beneficios para la salud si se realiza con regularidad y con suficiente duración e intensidad. (OPS, 2019).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = AF/H$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P= porcentaje de la población que realiza actividad física de intensidad moderada según sexo.  AF= total de personas que realizan actividad física de intensidad moderada según sexo.  H= total de personas habitantes del país según sexo.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.
<b>Interpretación</b>	<p>Según la Organización Mundial de Salud (<a href="https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity">https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity</a>), se recomienda:</p> <p><b>En las 24 horas de un día, los niños de 1 a 2 años:</b> deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, incluidas actividades físicas moderadas.</p> <p><b>En las 24 horas de un día, los niños de 3 a 4 años:</b> deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, de los que al menos 60 minutos se dedicarán a actividades físicas moderadas a intensas, repartidas a lo largo del día; cuantas más, mejor.</p> <p><b>Los niños y adolescentes de 5 a 17 años:</b> deberían dedicar al menos un promedio de 60 minutos al día a actividades físicas moderadas a intensas, principalmente aeróbicas, a lo largo de la semana.</p> <p><b>Los adultos de 18 a 64 años:</b> deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas, durante al menos 150 a 300 minutos, a lo largo de la semana.</p> <p><b>Los adultos de 65 o más años:</b> se aplican las mismas recomendaciones que para los adultos.</p> <p><b>Las mujeres durante el embarazo y el puerperio:</b> todas las mujeres que no tengan contraindicaciones durante el embarazo y el puerperio deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas, durante al menos 150 minutos, a lo largo de la semana.</p>

		<p><b>Las personas con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes de tipo 2, VIH y quienes han sobrevivido al cáncer)</b> deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos a lo largo de la semana.</p> <p><b>Los niños y adolescentes con discapacidad:</b> deberían dedicar al menos un promedio de 60 minutos al día a actividades físicas moderadas a lo largo de la semana.</p> <p><b>Los adultos con discapacidad:</b> deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos a lo largo de la semana.</p>						
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.						
	<b>Temática</b>	Sexo.						
<b>Línea base</b>		<p>2018: 30, 1%</p> <p>Según sexo:</p> <p>2018: 32.2% mujeres.</p> <p>2018: 28, 1% hombres.</p>						
<b>Meta</b>		<p>36,1% al 2030</p> <p>Según sexo:</p> <table border="0"> <tr> <td>Mujeres</td> <td>Hombres</td> </tr> <tr> <td>2026: 36,2%</td> <td>2026: 32,1 %</td> </tr> <tr> <td>2030: 38,2%</td> <td>2030: 34,1%</td> </tr> </table>	Mujeres	Hombres	2026: 36,2%	2026: 32,1 %	2030: 38,2%	2030: 34,1%
Mujeres	Hombres							
2026: 36,2%	2026: 32,1 %							
2030: 38,2%	2030: 34,1%							
<b>Periodicidad</b>		Cada cuatro años.						
<b>Fuente de información</b>		Dpto. Deporte y Recreación, ICODER.						
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.						
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos del Dpto. Deporte y Recreación, ICODER.						
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1						
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta						
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		A 2						
<b>Comentarios generales</b>		La forma para recopilar información sobre el indicador será mediante los registros en las bases de datos que lleva el Departamento de Deporte y Recreación desde la unidad encargada de gestionar los programas y proyectos que incorporan acciones de actividad física de intensidad moderada.						

Indicador 6.3		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de población de 12 a 70 años que redujo el consumo activo de productos de tabaco.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Consumidores activos de tabaco:</b> personas de 12 a 70 años que han fumado activamente (en anteriores 30 días) productos derivados del tabaco. Los usuarios actuales incluyen tanto los diarios como no diarios de humo o tabaco sin humo.</p> <p>Las estimaciones han sido normalizadas según la pirámide de población internacional del año 2001 para avenirse a comparaciones internacionales. La estimación se genera a partir de la encuesta en hogares sobre consumo de drogas que realiza el IAFA cada 5 años.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Consumidores activos de tabaco, de 12 a 70 años}}{\text{Total de población de 12 a 70 años}} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Total de usuarios actuales de tabaco de 12 a 70 años. Población de 12 a 70 años.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Para la Encuesta del 2022, un 11,30% de personas entre los 12 y 70 años (lo que equivale a aproximadamente 460 288 personas en el nivel nacional) reportaron haber consumido de manera activa algún producto derivado del tabaco (cigarrillos y otros productos).	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, Regional, Provincial.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupos etarios, edad.
<b>Línea base</b>	2022: 11,30%	
<b>Meta</b>	2033: 8,80%	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal.	
<b>Fuente de información</b>	IAFA	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.a.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 6.4		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas con consumo problemático de alcohol necesitadas de tratamiento que reciben atención en los servicios ambulatorios del IAFA.	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Personas con consumo problemático:</b> patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Personas de 12 a 70 años necesitadas de tratamiento por consumo de alcohol}}{\text{Personas de 12 a 70 años atendidas en el IAFA}} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Personas de 12 a 70 años necesitadas de tratamiento por consumo de alcohol. Personas de 12 a 70 años atendidas en los servicios de tratamiento del IAFA	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Para la encuesta del 2022, se registró un total de 11,80% personas entre 12 y 70 años necesitadas de tratamiento por consumo de alcohol, lo que equivale a aproximadamente 482.000 en el nivel nacional. Para este mismo año, se atendieron 28.200 personas en los diversos servicios del IAFA, lo que equivale a una cobertura del 5,86% del total de personas con necesidades de tratamiento por consumo de alcohol, lo que se espera es un 10% de aumento relativo al 2033.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, regional, provincial.
	<b>Temática</b>	Sexo, grupos etarios, edad.
<b>Línea base</b>	2022: 5,86%	
<b>Meta</b>	2033: 6,45%	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Registros clínicos de los servicios de atención del IAFA.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1.	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 6.5		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad en accidentes de tránsito por cada cien mil habitantes.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Número de fallecimientos, por causas relacionadas con accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes, en un período determinado.</p> <p>Los fallecimientos, se obtienen a partir de la clasificación por causa de muerte - CIE-10 con actualizaciones vigentes según INEC.</p> <p>Los habitantes, se obtienen de las proyecciones nacionales realizadas para Costa Rica para un año calendario.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TDATAC/THPMAC \times 100.000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TDATAC: total de defunciones por accidentes de tránsito en un año calendario.</p> <p>THPMAC: total de habitantes proyectados en el mismo año calendario.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	En Costa Rica durante el año X fallecieron XX personas por cada 100.000 habitantes en accidentes de tránsito.	
<b>Interpretación</b>	Nacional.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Sexo y grupos de edad.
	<b>Temática</b>	2019: 15,95
<b>Línea base</b>	2027: 14,91	
<b>Meta</b>	Anual.	
<b>Periodicidad</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Área de Investigación de Estadística de la Dirección de Proyectos del COSEVI, datos suministrados por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo (defunciones) Censo y Encuesta (población)	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.6.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	



<b>Comentarios generales</b>	<p>El tipo de relación con el indicador de ODS es indirecto debido a la forma de registro del INEC ya que no se puede delimitar el plazo de 30 días desde la ocurrencia del accidente hasta el fallecimiento.</p> <p>La tasa de mortalidad debe ser de intervención interinstitucional e intersectorial, porque responde a un problema de salud pública nacional de grandes repercusiones en los diferentes ámbitos del país y que debe ser intervenida en acciones de diferentes instituciones públicas o privadas que tienen vinculación directa o indirectamente con este problema de salud pública, siendo el Sector Salud uno de los de mayor cobertura en la atención de un post accidente de tránsito.</p> <p>Se toma como línea base la tasa final del año 2019, debido a que el año 2020-2021 presentaron cambios en el comportamiento de la movilidad de los habitantes, por las medidas de restricción sanitaria y vehicular producto de la emergencia del COVID-19, aunado a un fortalecimiento del teletrabajo como un medio de evitar contagios y que por ende impactó en la movilidad vehicular.</p>
------------------------------	---

Indicador 6.6	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de sobrepeso en la población de 0 a 5 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Sobrepeso (S):</b> es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla.</p> <p><b>Peso para la Talla:</b> eso para la talla: indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PS: prevalencia de sobrepeso en la población de 0 a 5 años. NS: número de personas encuestadas de 0 a 5 años con sobrepeso. P: población total de 0 a 5 años durante el periodo de estudio.	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 0 a 5 años con sobrepeso entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Sobrepeso.
<b>Línea base</b>	2018: 7% (Ministerio de Salud).	
<b>Meta</b>	2033: 7%.	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal (2028).	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia año 2018.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuestas.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.	

Indicador 6.7		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de obesidad en la población de 0 a 5 años.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Obesidad:</b> peso para Talla mayor o igual a 3 desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p><b>Peso para la Talla:</b> peso para la talla: indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de obesidad en la población de 0 a 5 años.</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 0 a 5 años con obesidad.</p> <p>P: población total de 0 a 5 años durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 0 a 5 años con obesidad entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Edad.
<b>Línea base</b>	2018: 2% (Ministerio de Salud).	
<b>Meta</b>	2030: 2%.	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal (2028).	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia año 2018.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	

<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.

<b>Indicador 6.8</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de sobrepeso en la población de 13 a 18 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Sobrepeso (S):</b> persona con un índice de Masa Corporal (IMC) entre 25,0 a 29,9 (OPS, 2021).</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de sobrepeso en la población de 13 a 18 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 13 a 18 años con sobrepeso.</p> <p>P: población total matriculada de 13 a 18 años durante el periodo de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.

<b>Interpretación</b>	Número de adolescentes de 13 a 18 años con s entre el número total de la población matriculada de ese grupo de edad por 100. (“X%”).	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Edad.
<b>Línea base</b>	2018: 21,1% (Ministerio de Salud).	
<b>Meta</b>	2030: 21,1%	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal (2028).	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física, 2018.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.	

Indicador 6.9	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de obesidad en la población de 13 a 18 años.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Prevalencia:</b> Proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).

	<p><b>Obesidad: Obesidad (O):</b> persona con un índice de Masa Corporal (IMC) superior o igual a 30,0 (OPS, 2021).</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de obesidad en la población de 13 a 18 años.</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 13 a 18 años con obesidad.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.	
<b>Interpretación</b>	Número de adolescentes de 13 a 18 años con obesidad entre el número total de la población matriculada de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Edad.
<b>Línea base</b>	2018: 9,8 % (Ministerio de Salud).	
<b>Meta</b>	2030: 9,8 %	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal (2028).	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. Encuesta colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física, 2018.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas	

bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.

Indicador 6.10		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños de 6 a 12 años.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Sobrepeso (S):</b> es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla calculado por medio del Índice de Masa Corporal para la Edad en un rango entre menos de 2 y mayor o igual a una Desviación estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS. Norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de 0-19 años.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_{SN} = \frac{NSN}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PSN: prevalencia de sobrepeso en niñas y niños de 6 a 12 años.</p> <p>NSN: número de niñas y niños de 6 a 12 años con sobrepeso.</p> <p>P: población total de niñas y niños de 6 a 12 años en el escenario educativo durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 6 a 12 años con sobrepeso entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Sobrepeso, grupo etario.

<b>Línea base</b>	2016: 20% (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública).
<b>Meta</b>	2030: 20%
<b>Periodicidad</b>	Decenal.
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia, Unidad de Epidemiología. Censo Escolar peso/talla, 2026.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Censo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.

Indicador 6.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de obesidad en niñas y niños de 6 a 12 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Obesidad:</b> índice de Masa Corporal mayor a dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de 0-19 años.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>



<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_{ON} = \frac{NON}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PON: prevalencia de obesidad en niñas y niños de 6 a 12 años.</p> <p>NON: número de niñas y niños de 6 a 12 años con obesidad.</p> <p>P: población total de niñas y niños de 6 a 12 años en el escenario educativo durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia.	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 6 a 12 años con obesidad entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Obesidad, grupo etario.
<b>Línea base</b>	2016: 14% (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública).	
<b>Meta</b>	2030: 14%.	
<b>Periodicidad</b>	Decenal.	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. Censo Escolar Peso/ Talla 2026.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Censo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

Indicador 6.12	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de nacimientos en personas adolescentes menores de 20 años.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Nacimientos:</b> se refiere nacidos vivos.
	<b>Personas adolescentes:</b> población de mujeres en un rango etario de 10 a 19 años, 11 meses y 30 días.

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Nacimientos vivos en mujeres menores de 20 años}}{\text{Total de mujeres menores de 20 años}} \times 100$ Se excluyen del numerador y del denominador los casos en el grupo "99" que registra el INEC sin edad identificada.	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Nacimientos vivos en mujeres menores de 20 años: población mujeres que han tenido un nacimiento vivo en un rango etario de 10 a 19 años, 11 meses y 30 días. total de mujeres menores de 20 años: Población total de mujeres adolescentes en un rango etario de 10 a 19 años, 11 meses y 30 días.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Expresa el tanto por ciento, que significan las mujeres menores de 20 años, que han tenido un niño nacido vivo, con respecto al total de la población de mujeres adolescentes.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Nacimientos en mujeres adolescentes.
<b>Línea base</b>	2022:9.2% (dato preliminar).	
<b>Meta</b>	2023: 9.1% 2024: 9.0%. 2025: 8.7% 2026: 8.3% 2027: 8.0% 2028: 7.7% 2029: 7.4% 2030: 7.1% 2031: 7.0% 2032: 7.2% 2033: 7.3%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INEC. Estadísticas Vitales, Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	1,2, 3.7.1, 3.7.2, 4, 5.5.1, 5.6.2.	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7, D. 34, E. 49	

<b>Comentarios generales</b>	Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.
------------------------------	--

<b>Indicador 6.13</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de mortalidad por suicidios por 100 000 habitantes.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Tasa de mortalidad:</b> se define como la proporción de defunciones que se producen en un área concreta respecto a su población total a lo largo de un año. Normalmente se expresa en tanto por mil habitantes.</p> <p><b>Suicidio Consumado:</b> es el momento en que se logra concretar la autoeliminación, se habla del fallecimiento de una persona por una acción hacia sí misma, ejecutada precisamente con el fin de acabar con su vida tiene menú contextual.</p> <p><b>Tasa de mortalidad por suicidio:</b> se define como el número de muertes por suicidio en un año, dividida por la población total a lo largo de un año. Normalmente se expresa en tanto por mil habitantes</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$TMS = \left( \frac{DS_a}{PT_a} \right) \times 100.000$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	TMS: tasa mortalidad por suicidio en un año. DS_a: defunciones atribuidas a suicidio (códigos X60-X84 de la CIE-10) en el año. PTa: población total en un año.
<b>Unidad de medida</b>	Tasa anual por 100.000 habitantes.
<b>Interpretación</b>	Representa el número de muertes por suicidio por cada cien mil habitantes en Costa Rica por cada año.

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Suicidio.
<b>Línea base</b>		2022: 8,2
<b>Meta</b>		2023: 7,9
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Secretaría Técnica de Salud Mental.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B. 8, G. 79, H. 86, H.90.
<b>Comentarios generales</b>		-

Indicador 6.14	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de desnutrición moderada y severa en niñas y niños de 0 a 5 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Desnutrición:</b> resulta de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes. Se define como el estado patológico resultante de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una inadecuada asimilación de los alimentos.</p> <p>Norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de 0-19 años.</p> <p>Peso para la talla: indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Se utiliza de 0 menos de 5 años e indica el estado nutricional de las últimas semanas.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de desnutrición moderada y severa en la población de 0 a 5 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 0 a 5 años con desnutrición moderada y severa.</p> <p>P: población total de 0 a 5 años durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 0 a 5 años con desnutrición moderada más severa entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%")	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2018: 2% Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia	
<b>Meta</b>	2033: 2%	
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal.	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología / Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1, 2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Costa Rica tiene prevalencias muy bajas de desnutrición, por lo que la meta se pacta en línea con lo alcanzable considerando las características que presenta el país.	

Indicador 6.15	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de desnutrición moderada y severa en niñas y niños de 6 a 12 años.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).

	<p><b>Desnutrición:</b> resulta de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes. Se define como el estado patológico resultante de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una inadecuada asimilación de los alimentos. Norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de 0-19 años.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de desnutrición moderada y severa en la población de 6 a 12 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 6 a 12 años con desnutrición moderada y severa.</p> <p>P: población total de 6 a 12 años durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 6 a 12 años con desnutrición moderada más severa entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%")	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2016: 2% Censo Escolar Peso Talla 2016.	
<b>Meta</b>	2033: 2%	
<b>Periodicidad</b>	2026	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología / Censo Escolar Peso Talla	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	

<b>Comentarios generales</b>	Costa Rica tiene prevalencias bajas de desnutrición, por lo que la meta se pacta en línea con lo alcanzable considerando las características que presenta el país y el comportamiento del evento.
------------------------------	---

<b>Indicador 6.16</b>		
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de desnutrición moderada y severa en adolescentes de 13 a 18 años.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Desnutrición:</b> resulta de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes. Se define como el estado patológico resultante de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de 0-19 años.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de sobrepeso en la población de 13 a 18 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 13 a 18 años con desnutrición moderada y severa.</p> <p>P: población total de 13 a 18 años durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 13 a 18 años con desnutrición moderada más severa entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%")	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2018: 1,7%. Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física.	
<b>Meta</b>	2033: 1,7%	
<b>Periodicidad</b>	2028	

<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Costa Rica tiene prevalencias bajas de desnutrición, por lo que la meta se pacta en línea con lo alcanzable considerando las características que presenta el país y el comportamiento del evento.

Indicador 6.17	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de baja talla en niñas y niños de 0 a 5 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Baja talla o Retardo en talla:</b> una longitud o estatura menor al percentil 3 o menor a -2 desviaciones estándar (DE) para la edad y sexo, respecto a la media de la población de referencia y las gráficas antropométricas actuales del país. Indicador de desnutrición crónica que manifiesta una carencia en los nutrientes durante un tiempo prolongado.</p> <p><b>Talla o longitud para la edad:</b> indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de baja talla en la población de 0 a 5 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 0 a 5 años con baja talla.</p> <p>P: población total de 0 a 5 años durante el periodo de estudio.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia



<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 0 a 5 años con baja talla entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. (“X%”)	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2018: 9,9% Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia	
<b>Meta</b>	2033: 9,9%	
<b>Periodicidad</b>	Decenal (2028)	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. /Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Costa Rica tiene las prevalencias de baja talla más altas muy focalizadas principalmente en zonas indígenas, por lo que la meta se pacta en línea con lo alcanzable considerando las características que presenta el país y el comportamiento del evento.	

Indicador 6.18	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de baja talla en niñas y niños de 6 a 12 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Baja talla o Retardo en talla:</b> una longitud o estatura menor al percentil 3 o menor a -2 desviaciones estándar (DE) para la edad y sexo, respecto a la media de la población de referencia y las gráficas antropométricas actuales del país. Indicador de desnutrición crónica que manifiesta una carencia en los nutrientes durante un tiempo prolongado.</p> <p><b>Talla o longitud para la edad:</b> indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de baja talla en la población de 6 a 12 años</p> <p>NS: número de personas encuestadas de 6 a 12 años con baja talla.</p> <p>P: población total de 6 a 12 años durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de niñas y niños de 6 a 12 años con baja talla entre el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%")	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2016: 3,6% Censo escolar Peso Talla 2016.	
<b>Meta</b>	2033: 3,6%	
<b>Periodicidad</b>	Decenal (2026)	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. / Censo escolar Peso Talla.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Costa Rica tiene las prevalencias de baja talla más altas muy focalizadas principalmente en zonas indígenas, por lo que la meta se pacta en línea con lo alcanzable considerando las características que presenta el país y el comportamiento del evento.	

Indicador 6.19	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de inseguridad alimentaria en Costa Rica.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).

	<p><b>Inseguridad alimentaria (IA):</b> la disponibilidad o capacidad limitada o incierta de adquirir alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos</p> <p><b>Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES):</b> medición basada en la experiencia para determinar la gravedad de la inseguridad alimentaria, que se apoya en las respuestas directas de ocho preguntas sobre su acceso a alimentos adecuados incluidas en un módulo en la ENAHO para las personas de Costa Rica.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PS: prevalencia de los hogares de la muestra con inseguridad alimentaria en CR.</p> <p>NS: número de personas encuestadas en los hogares de la muestra con inseguridad alimentaria.</p> <p>P: población total de Costa Rica durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de hogares de la muestra con inseguridad alimentaria en CR entre el número total de la población de Costa Rica por 100. ("X%")	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Socioeconómica
<b>Línea base</b>	2020: 16,42% Encuesta Nacional de Hogares. Módulo de Escala de Inseguridad Alimentaria.	
<b>Meta</b>	2033: 16,42%	
<b>Periodicidad</b>	2027	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud- INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. /Encuesta Nacional de Hogares. Módulo de Escala de Inseguridad Alimentaria. 2020.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	

<b>Comentarios generales</b>	Los datos de la línea base del indicador planteado son datos que incluyen, parte del periodo de pandemia por COVID-19, por lo que la meta se mantiene ya que no se tiene certeza del comportamiento actual.
------------------------------	---

<b>Indicador 6.20</b>		
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de sobrepeso en la población de 20 y más años.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Sobrepeso (S):</b> persona con un índice de Masa Corporal (IMC) entre 25,0 a 29,9 (OPS, 2021).</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (OPS, 2021).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_S = \frac{NS}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>*PS: prevalencia de sobrepeso en la población de 20 a 64 años.</p> <p>NS: número de personas de 20 años a 64 años con sobrepeso en la población definidas según la encuesta.</p> <p>P: población total de 20 a 64 años proyectada durante el periodo de estudio.</p> <p>*Ajustado según la encuesta</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de personas de 20 a 64 años con IMC dentro de un rango de 25,0 a 29,9 y el número total, de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	37.3% para la población general de 20 a 39 años 39.4% para la población general de 40 a 64 años 48.7% para la población general de 65 y más años (CCSS, 2018 Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2018).	

<b>Meta</b>	37.3% para la población general de 20 a 39 años 39.4% para la población general de 40 a 64 años 48.7% para la población general de 65 y más años (CCSS, 2018 Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2018).
<b>Periodicidad</b>	Cuatrienal
<b>Fuente de información</b>	Encuesta Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular, 2024, CCSS.
<b>Fuente de verificación</b>	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Subárea de Vigilancia Epidemiológica.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>La línea base corresponde a las prevalencias obtenidas en la población de 20 a 39 años y de 40 a 64 años de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2018.</p> <p>Encuesta Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular a realizarse en el 2024 por la CCSS, se podrá monitorear el resultado de este indicador y si corresponde, reajustar la meta.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>

Indicador 6.21		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Prevalencia de obesidad en la población de 20 y más años.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Prevalencia:</b> Proporción de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p><b>Obesidad (O):</b> Persona con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior o igual a 30,0 (OPS, 2021).</p> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC):</b> Indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo .</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P_O = \frac{NO}{P} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PO: prevalencia de obesidad en la población de 20 a 64 años.</p> <p>NO: número de personas de 20 a 64 años con obesidad.</p> <p>P: población total encuestada de 20 a 64 años proyectada durante el periodo de estudio.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Prevalencia	
<b>Interpretación</b>	Número de personas de 20 a 64 años con IMC mayor a 30,0 y el número total de la población de ese grupo de edad por 100. ("X%").	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Edad
<b>Línea base</b>	2018 29.3% para la población general de 20 a 39 años. 35.2% para la población general de 40 a 64 años. 25.4% para la población general de 65 y más años. (CCSS, 2018 Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2018).	
<b>Meta</b>	2033 29.3% para la población general de 20 a 39 años. 35.2% para la población general de 40 a 64 años. 25.4% para la población general de 65 y más años.	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrienal	
<b>Fuente de información</b>	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Subárea de Vigilancia Epidemiológica	

<b>Fuente de verificación</b>	Encuesta Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular, 2024, CCSS.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Encuesta
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.1,2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>La línea base corresponde a las prevalencias obtenidas en la población de 20 a 39 años y de 40 a 64 años de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2018.</p> <p>Encuesta Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular a realizarse en el 2024 por la CCSS, se podrá monitorear el resultado de este indicador y si corresponde, reajustar la meta.</p> <p>Se determinó técnicamente que al ser enfermedades con determinantes multifactoriales, multicausales, considerando el comportamiento epidemiológico actual, así como también las consecuencias que la pandemia por la COVID 19, ha tenido sobre la salud integral de la población del país y la carencias de datos de línea base actualizadas, se consideró prudente mantener las metas igualmente a las líneas bases dado que los esfuerzo por parte de las instituciones del sistema nacional de salud en lograr que el comportamiento epidemiológico del evento no aumente, es el resultado de la efectividad de las intervenciones realizadas a corto, mediano y largo plazo.</p>

# **FICHAS TÉCNICAS INDICADORES PLAN DE ACCIÓN 2024-2028**



## FICHAS DE INDICADORES PLAN DE ACCIÓN

### Eje 1: Calidad, acceso y cobertura universal en salud.

O1.AE1.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de casos de mortalidad materna analizados a nivel nacional	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Mortalidad materna:</b> es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de determinar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{CA}{DM} \times 100N$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	CA: casos analizados DM: defunciones maternas. N: nacimientos	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Razón de casos de muerte analizados el cual se obtiene al dividir el número de, casos analizados entre el total de muertes materna	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Mortalidad materna
<b>Línea base</b>	2023:100% de los casos	
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 100% 2026:100% 2025: 100% 2028: 100%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.1.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa (X) Indirecta	

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D40
<b>Comentarios generales</b>	-

01.AE1.I2.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje del subregistro de muerte materna que ocurren en los establecimientos de atención en Caja Costarricense de Seguro Social.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se refiere a la proporción de defunciones maternas que fueron registradas con una causa básica no materna en relación con el total de registradas como maternas por 100 en la CCSS.</p> <p>Se define como subregistro aquellas muertes que no fueron registradas como maternas en su causa básica de defunción y por tanto, no se contabilizan en el dato oficial de muertes maternas.</p> <p>Se define muerte materna como una defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (obstétrica y no obstétrica”)</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NMME - TMMR}{TMME} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P= porcentaje</p> <p>NMME: número de muertes maternas estimadas</p> <p>TMMR: total de muertes maternas registradas</p> <p>TMME: total de muertes maternas estimadas</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	<p>Por cada 100 muertes maternas registradas en la CCSS durante el año, hubo un subregistro de X muertes maternas.</p> <p>Ejemplo: “Por cada 100 muertes maternas registradas en la CCSS durante el 2011, se subregistraron 5,6 muertes maternas”</p>	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Mortalidad materna
<b>Línea base</b>	2011: 5,6 %	
<b>Meta</b>	2024-2028: 2,8%	

<b>Periodicidad</b>	Bianual
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud: Programa de Normalización de Salud de la Mujer Dirección de Red de Servicios Área de Estadística en Salud Hospitales: los datos se contrastan con los del INEC
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.1.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	Directa ( ) Indirecta (X)
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D40
<b>Comentarios generales</b>	<p>Dado que en su gran mayoría las defunciones debido a estas causas son evitables, la mortalidad materna es uno de los principales indicadores que reflejan el grado de desarrollo de un país, por lo que su disminución es objeto de compromisos tanto nacionales como internacionales.</p> <p>Aunque Costa Rica posee estadísticas y registros de buena calidad, aún se debe mejorar con el fin de redireccionar y fundamentar las políticas, estrategias y acciones para disminuir las muertes maternas al mínimo.</p> <p>Ya que la mayoría de las defunciones ocurren en centros de la Institución, hay que hacer un esfuerzo en este sentido, que permita establecer un proceso de mejoramiento de la calidad de la información en relación con el registro.</p> <p>No se asigna un monto presupuestario específico, dado que la medición de los indicadores corresponde a una gestión de organización con presupuesto ordinario y con procesos de trabajo transversales con gastos compartidos por diferentes programas.</p>

01.AE2.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de casos de mortalidad infantil prevenibles analizados a nivel nacional
<b>Definición conceptual</b>	<b>Mortalidad infantil:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, antes de cumplir el primer año de vida.

		<b>Defunción:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Por tanto, esta definición excluye defunciones fetales.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{CA}{DI} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		CA: casos analizados. DI: defunciones infantiles. N: nacimientos.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje.
<b>Interpretación</b>		Razón de casos de muerte analizados el cual se obtiene al dividir el número de, casos analizados entre el total de muertes infantiles
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Mortalidad infantil.
<b>Línea base</b>		2023: el 50% de los casos analizados.
<b>Meta</b>		2024-2028: 70% 2024: 55 % 2025: 60% 2026: 62% 2027: 65% 2028: 70%
<b>Periodicidad</b>		Anual.
<b>Fuente de información</b>		INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.1.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		D40
<b>Comentarios generales</b>		-

01.AE3.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de verificación del cumplimiento de planes de mejora de los establecimientos de salud en los casos analizados de mortalidad materno infantil prevenibles.

<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Mortalidad materna:</b> es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.</p> <p><b>Mortalidad infantil:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, antes de cumplir el primer año de vida.</p> <p><b>Defunción:</b> es la desaparición permanente de todo tipo de signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Por tanto, esta definición excluye defunciones fetales.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{PMC}{DMI} \times 100N$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PMC: planes de mejora cumplidos. DMI: muertes materno infantil. N: porcentaje de cumplimiento	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Razón de planes de mejora cumplidos por los establecimientos de salud, el cual se obtiene al dividir el número de planes de mejora cumplidos, entre el total de muertes de materno infantil durante ese mismo periodo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Mortalidad materno infantil.
<b>Línea base</b>	2023: 15 %	
<b>Meta</b>	2024-2028: 35% 2024: 15% 2025: 20% 2026: 25% 2027: 30% 2028: 35%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.1.1	

<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D40
<b>Comentarios generales</b>	-

O1.AE4.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la elaboración y/o actualización de normas para la habilitación de servicios de salud
<b>Definición conceptual</b>	La habilitación constituye un trámite obligatorio ante el Ministerio de Salud, destinado a obtener el permiso necesario para que los servicios de salud inicien sus operaciones, con el propósito de asegurar que estos cumplan con estándares esenciales de tipo estructural para brindar atención a los usuarios, mitigando un riesgo razonable. Las normas de habilitación para servicios de salud son elaboradas y actualizadas por la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, siendo estos documentos los instrumentos normativos con los que se valora si un servicio de salud cuenta con los recursos necesarios para su funcionamiento adecuado. El proceso de elaboración de estas normas (ya sea por primera vez o por actualización) involucra revisiones bibliográficas, consultas con expertos, construcción de la propuesta de normativa, validaciones internas y externas, consulta pública y valoración por parte del MEIC, así como la consolidación de observaciones resultantes de cada una de estas etapas y los ajustes pertinentes. Pasadas estas etapas, la propuesta de norma se debe remitir a instancias superiores (Despacho Ministerial y Casa Presidencial) para el trámite de oficialización correspondiente.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{NNEA}{TNP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance NNEA: número de normas elaboradas y/o actualizadas TNP: total de normas planificadas
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje

<b>Interpretación</b>	El porcentaje de avance calculado mediante esta fórmula proporciona una medida del progreso realizado en la elaboración y/o actualización de normas de habilitación de servicios de salud. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del proceso normativo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Regulación de los Servicios de Salud
<b>Línea base</b>	2023: 0%	
<b>Meta</b>	<p>El número total de normas a elaborar (primera vez o actualización) es de 60 esto corresponde al 100% del trabajo programado para el periodo.</p> <p>2024:  número de normas a elaborar: 12  porcentaje del total: <math>12/60 = 20\%</math></p> <p>Normas de habilitación para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. residencias para personas menores de 12 años (actualización),</li> <li>2. centros de atención integral para personas menores de 12 años (actualización),</li> <li>3. hogares comunitarios (actualización),</li> <li>4. casas de la alegría (actualización).</li> <li>5. hogares de larga estancia para adultos mayores (actualización),</li> <li>6. centros diurnos (actualización),</li> <li>7. lavanderías hospitalarias (nueva),</li> <li>8. dispositivos de bajo umbral (nueva),</li> <li>9. bancos de leche (actualización),</li> <li>10. servicios de técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad (actualización),</li> <li>11. farmacias comunitarias (actualización),</li> <li>12. farmacias hospitalarias (nueva),</li> </ol> <p>2025:  número de normas a elaborar: 12  porcentaje del total: <math>12/60 = 20\%</math></p> <p>Normas de habilitación para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. servicios de esterilización de equipos (actualización).</li> <li>2. servicios de terapia de lenguaje (nueva),</li> <li>3. servicios de terapia ocupacional (nueva),</li> <li>4. salas de operaciones (nueva),</li> <li>5. salas de atención del parto (actualización),</li> <li>6. consultorios de odontología (actualización),</li> <li>7. servicios de radioterapia (nueva),</li> <li>8. servicios de diagnóstico por imágenes (nueva),</li> </ol>	

## Meta

9. servicios de urgencias (nueva),
10. servicios de medicina nuclear (nueva),
11. servicios de hospitalización para personas con trastornos mentales (nueva),
12. servicios de psiquiatría (nueva),

2026:

número de normas a elaborar: 12  
porcentaje del total:  $12/60 = 20\%$

Normas de habilitación para:

1. ambulancias de soporte básico (actualización),
2. ambulancias de soporte avanzado (actualización),
3. ambulancias de traslado de pacientes (nueva),
4. bancos de sangre (actualización),
5. bancos de órganos (nueva),
6. bancos de gametos (nueva),
7. servicios de audiolología (nueva),
8. servicios de vacunas e inyectables (nueva),
9. servicios de psicología (nueva),
10. servicios de patología (nueva).
11. servicios de quimioterapia (nueva),
12. servicios de imágenes odontológicas (nueva),

2027:

número de normas a elaborar: 12  
porcentaje del total:  $12/60 = 20\%$

Normas de habilitación para:

1. servicios de cuidados paliativos (actualización),
2. servicios ambulatorios de enfermería (nueva),
3. servicios de consulta farmacéutica (nueva),
4. servicios de desintoxicación (actualización),
5. servicios de medicina hiperbárica (nueva),
6. Servicios de alimentación a pacientes hospitalizados.
7. Salas para la realización de procedimientos bajo sedación o anestesia local.
8. Servicios de consulta ambulatoria en terapia física.
9. Servicios de consulta ambulatoria en quiropráctica.
10. Servicios de atención residencial para personas con problemas con el consumo de alcohol y otras drogas
11. Servicios residenciales de atención a personas adolescentes.
12. Ambulancias acuáticas.



<b>Meta</b>	<p>2028:  número de normas a elaborar: 12  porcentaje del total: 12/60 = 20%</p> <p>Normas de habilitación para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. servicios de hospitalización (actualización),</li> <li>2. servicios de emergencias (actualización),</li> <li>3. servicios de hemodiálisis (actualización),</li> <li>4. laboratorios de Microbiología y Química Clínica</li> <li>5. consultorios de medicina (actualización),</li> <li>6. biorepositorios/biobancos (actualización),</li> <li>7. Servicios de nutrición (actualización),</li> <li>8. Servicios de optometría (actualización),</li> <li>9. Servicios residenciales de atención integral a la persona con discapacidad.</li> <li>10. Servicios ambulatorios de atención integral a la persona con discapacidad</li> <li>11. Servicios de homeopatía (biólogos)</li> <li>12. Casas de convalecencia.</li> </ol>
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Registros administrativos de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, director de Servicios de Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.3.8
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Asociado indirectamente al 1.5. Índice de cobertura a servicios esenciales de la Política Nacional de Salud

O1.AE5. I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la elaboración de reglamentos y normas para la acreditación de servicios de salud
<b>Definición conceptual</b>	La acreditación en el ámbito de los servicios de salud se define como un proceso de evaluación externa, llevado a cabo de manera voluntaria y periódica. Su principal objetivo es garantizar

	<p>la calidad de la atención ofrecida, asegurando el cumplimiento de estándares previamente establecidos y aceptados.</p> <p>Este proceso se inserta dentro de una búsqueda continua de mejora en la calidad, donde se identifican áreas de oportunidad y se implementan medidas correctivas para elevar el nivel de excelencia en la prestación de servicios de salud. El proceso de elaboración de estas regulaciones (ya sea por primera vez o por actualización) involucra revisiones bibliográficas, consultas con expertos, construcción de la propuesta de normativa, validaciones internas y externas, consulta pública y valoración por parte del MEIC, así como la consolidación de observaciones resultantes de cada una de estas etapas y los ajustes pertinentes. Pasadas estas etapas, la propuesta de regulación se debe remitir a instancias superiores (Despacho Ministerial y Casa Presidencial) para el trámite de oficialización correspondiente.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{NNE}{TNP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance NNE: número de normas elaboradas TNP: total de normas planificadas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El porcentaje de avance calculado mediante esta fórmula proporciona una medida del progreso realizado en la elaboración de normas para la acreditación de servicios de salud. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del proceso normativo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Acreditación de los Servicios de Salud
<b>Línea base</b>	1 regulación oficializada (16.6%)	
<b>Meta</b>	<p>Periodo: 83%</p> <p>2024: número de regulaciones a elaborar: 2 porcentaje del total: <math>2/5 = 33.2\%</math></p> <p>Regulaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. reglamento general para la acreditación de servicios de salud.</li> <li>2. norma para la acreditación de hogares de larga estancia para personas adultas mayores.</li> </ol>	

<b>Meta</b>	<p>2025: número de regulaciones a elaborar: 1 porcentaje del total: 1/5 = 16.6%</p> <p>Regulaciones: 1. norma para la acreditación de centros diurnos para personas adultas mayores.</p> <p>2026: número de regulaciones a elaborar: 0 porcentaje del total: 0/5 = 0%</p> <p>2027: número de regulaciones a elaborar: 1 porcentaje del total: 1/5 = 16.6%</p> <p>Regulaciones: 1. actualización de la norma para la acreditación de unidades de cuidados paliativos.</p> <p>2028: número de regulaciones a elaborar: 1 porcentaje del total: 1/5 = 16.6%</p> <p>Regulaciones: 1. actualización de la norma para la acreditación de hogares de larga estancia para personas adultas mayores.</p>
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Registros administrativos de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, director de Servicios de Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	N/A
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.3.8.
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	No asociación
<b>Comentarios generales</b>	Asociado indirectamente al 1.5. Índice de cobertura a servicios esenciales de la Política Nacional de Salud

O1.AE6.I1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el cumplimiento del Plan Nacional de Calidad de Servicios de Salud	
<b>Definición conceptual</b>	<p>El Plan Nacional de Calidad comprende un instrumento de planificación nacional que persigue el trabajo articulado de actores dentro del sistema nacional de salud con el propósito de establecer mejoras en las dimensiones de calidad en los servicios de salud y el sistema como Tal. El indicador medirá seguimiento de avance en el desarrollo de Plan Nacional de Calidad. Entendiéndose, como desarrollo a las etapas desde su formulación, implementación o ejecución, seguimiento, evaluación y actualización de este.</p> <p>La atención de alta calidad de los servicios de salud integrados y centrados en las personas se define como una “atención segura, eficaz, centrada en las personas, oportuna, eficiente, equitativa e integrada”. (OPS, 2018, p. 14).</p> <p>El “porcentaje de avance de cumplimiento” se refiere a la medida en la que se ha logrado cumplir las metas en relación con lo que se esperaba o se planificó inicialmente</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{POE}{POP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PA: porcentaje de avance</p> <p>POE: es el Peso del objetivo ejecutado en el plan nacional de calidad de servicios de salud en un período determinado.</p> <p>POP: es el Peso del objetivo programado en el plan nacional de calidad de servicios de salud en un período determinado.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El porcentaje de avance calculado mediante esta fórmula proporciona una medida del progreso realizado en el cumplimiento del Plan Nacional de Calidad de Servicios de Salud	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Calidad
<b>Línea base</b>	ND	

<b>Meta</b>	2024-2028: 40% 2024: 5 % 2025: 10 % 2026: 20% 2027: 30% 2028: 40%
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Registros administrativos de la Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.8.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Asociado indirectamente a: 1.3 Índice de cobertura a servicios esenciales de la Política Nacional de Salud.

01.AE7.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura de la población nacional del Seguro de Salud
<b>Definición conceptual</b>	El seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) es un régimen de aseguramiento solidario, el cual está financiado en forma tripartita por patrones, trabajadores y el Estado con el objetivo de brindar atención médica, económica y social a las personas trabajadoras aseguradas y sus familiares.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{TPN - TPNA - SPE}{TPN} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>TPN: total de población nacional: considera todos los residentes habituales, nacionales y extranjeros.</p> <p>TPNA: total de población no asegurada: son las personas que no cuentan con ninguno de los tipos de seguro que se describen a continuación:</p> <p>Asegurado directo cotizante: se considera cotizante a las personas que contribuyen de manera directa a alguno de los siguientes seguros: asalariado, mediante convenio,</p>

		<p>trabajadores independientes o de manera voluntaria; además, los pensionados del régimen de IVM y los del régimen del Magisterio, Poder Judicial y Hacienda.</p> <p>Asegurado no contribuyente: incluye todas las personas aseguradas por cuenta del Estado (incluidos sus familiares), los que están cubiertos por el régimen no contributivo (monto básico, de gracia o guerra) y otras formas de seguro (estudiantes, de refugiados, otros).</p> <p>Familiar de asegurado directo: incluye a las personas familiares de los asegurados que en esta agrupación se denominaron asegurados directos cotizantes.</p> <p>SPE: seguro privado o del extranjero: corresponde a las personas que cuentan exclusivamente con seguros médicos privados, pensionados o con seguro de salud proveniente del extranjero.</p> <p>Fuente: condición de aseguramiento suministrada anualmente por el INEC, de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y registros administrativos de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de población nacional cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2021: 90,90%
<b>Meta</b>		2023-2026: 93,63%
		2023: 92,25%
		2024: 92,80%
		2025: 93,35%
		2026: 93,63%
<b>Periodicidad del PNDIP para el seguimiento</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial y Económica, Área de Estadística.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. (X) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos de la Caja Costarricense de Seguro Social.
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>		N/A

<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Vinculación con el Plan Regional de Desarrollo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

01.AE8.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Plazo promedio de días de espera para cirugía ambulatoria en la CCSS.	
<b>Definición conceptual</b>	Disminución del plazo promedio de espera en días para el total de registros pendientes de una cirugía ambulatoria, es decir que egresan el mismo día en que se realiza la intervención quirúrgica con una estancia menor a 24 horas en el Centro Médico. Dicho plazo calculado desde la fecha de registro en la lista de espera y las fechas de corte establecidas, siendo estas el último día natural de cada mes.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PL = \frac{\sum DE}{\sum NRE}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PL: plazo promedio de días de espera en cirugía ambulatoria en la CCSS $\Sigma$ : sumatoria DE: días de espera de la totalidad de registros para cirugía ambulatoria NRE: número de registros en espera para cirugía ambulatoria	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Corresponde a la disminución reflejada en el promedio de número de días de espera, para cirugía ambulatoria. La disminución de días de espera en comparación de cierre 2021. Lo cual establecerían una disminución de 46 días para el primer año, 35 días en el segundo año, 30 días en tercer año y 55 días para finalizar el período	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: condiciones para la igualdad
<b>Línea base</b>	2021: 531 días (corte diciembre 2021)	
<b>Meta</b>	2023-2026: 365 días 2023: 485 días 2024: 450 días 2025: 420 días 2026: 365 días	

<b>Periodicidad del PNDIP para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	CCSS, Unidad Técnica de Listas de Espera, Modulo Quirúrgico ARCA
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Vinculación con el Plan Regional de Desarrollo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	El Módulo Quirúrgico ARCA se encuentra en el 100% de los establecimientos con Cirugía Ambulatoria del Territorio Nacional.

01.AE8.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS
<b>Definición conceptual</b>	Disminución del plazo promedio de espera en días del total de registros pendientes para la realización de un Ultrasonido general. Dicho plazo calculado desde la fecha de registro en la lista de espera y las fechas de corte establecidas, siendo estas el último día natural de cada mes
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PL = \frac{\sum DE}{\sum NRE}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PL: plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS $\Sigma$ : sumatoria DE: días de espera para Ultrasonido General NRE: número de registros en espera para Ultrasonido General
<b>Unidad de medida</b>	Número
<b>Interpretación</b>	Corresponde a la disminución reflejada en el promedio de número de días de espera para la realización del Ultrasonido. La disminución de días de espera en comparación con el cierre del año 2021.



		Lo cual establecerían una disminución de 43 días para el primer año, y 20 días anuales los siguientes 3 años.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: Condiciones para la igualdad. Atención oportuna
<b>Línea base</b>		2023: 243 días
<b>Meta</b>		2023-2026: 140 días 2024: 180 días 2025: 160 días 2026: 140 días
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		CCSS, Área de Estadística en Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		<p>Con el presente Indicador se espera lograr la reducción del tiempo de espera a menos de 6 meses para la realización y atención del procedimiento ambulatorio que representa la mayor demanda de la lista de espera de los estudios radiológicos, siendo que actualmente (línea base 2021) los Ultrasonidos generales representan el 37% de la lista (102 634 registros pendientes).</p> <p>Con la atención de la lista de Ultrasonidos Generales se pretende la resolución del grupo de procedimientos que representan el 25% de la lista total general</p>

01.AE8.I3.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Plazo Promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS.
<b>Definición conceptual</b>	Disminución del plazo promedio días de espera del total de registros pendientes para procedimiento endoscópico. Dicho plazo calculado desde la fecha de registro en la lista de espera y las fechas de corte establecidas, siendo estas el último día

		natural de cada mes. Fortaleciendo con ello la prevención y detección de la patología maligna y benigna a nivel nacional.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PL = \frac{\sum DE}{\sum NRE}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PL: plazo Promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS Σ: sumatoria DE: días de espera para endoscopia alta NPE: número pacientes en espera para endoscopia alta
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Corresponde a la disminución reflejada en el promedio de número de días de espera para la realización de Endoscopia Alta. La disminución de días de espera en comparación con el cierre del año 2021. Lo cual establecerían una disminución de 92 días para el primer año, y 20 días anuales los siguientes 3 años.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: condiciones para la igualdad. Atención oportuna
<b>Línea base</b>		2023: 242 días
<b>Meta</b>		2023-2026: 120 días 2024: 160 2025: 140 2026: 120
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		CCSS, Unidad Técnica de Listas de Espera, Modulo Quirúrgico ARCA
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		La inclusión de este indicador mantiene especial relevancia nacional debido a que, Costa Rica, según datos de la Agencia Internacional para el Estudio de Cáncer (IARC) de la OMS, el cáncer gástrico ocupa globalmente el primer lugar por muertes por cáncer. Dentro del panorama mundial, Costa Rica ocupa el undécimo lugar en el mundo en

incidencia de cáncer de estómago y el número 13 en mortalidad por esta causa, estos datos convierten el cáncer gástrico en un problema de salud no solo nacional sino internacional.

La Endoscopia alta puede detectar tumores en estadio precoz que, por medio de la extracción de pequeñas muestras de mucosa, que posteriormente son estudiadas al microscopio, se puede hacer la distinción entre lesiones benignas y malignas.

01.AE9.I1.					
Elemento	Descripción				
<b>Nombre del indicador</b>	Razón densidad de personal de salud de RSS				
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Personal de salud de RSS:</b> se refiere a la cantidad de personas que laboran en INS Red de Servicio de Salud S.A., que pertenecen al programa administrativo (médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, terapeutas, etc.)</p> <p><b>Personas usuarias atendidas:</b> corresponde al número de personas usuarias que recibieron algún servicio de la RSS.</p>				
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{TPS}{TPUA} \times 10\,000$				
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	TPS: total de personal de salud de RSS. TPUA: total de personas usuarias atendidas				
<b>Unidad de medida</b>	Razón				
<b>Interpretación</b>	Razón densidad de personal de salud, se obtiene al dividir el número de personal de salud de RSS, entre el total de personas usuarias atendidas.				
<b>Desagregación</b>	<table border="0"> <tr> <td><b>Geográfica</b></td> <td>Nacional</td> </tr> <tr> <td><b>Temática</b></td> <td>Morbilidad</td> </tr> </table>	<b>Geográfica</b>	Nacional	<b>Temática</b>	Morbilidad
<b>Geográfica</b>	Nacional				
<b>Temática</b>	Morbilidad				
<b>Línea base</b>	2023: 108 personas trabajadoras que trabajan en la RSS por cada 10 000 personas usuarias atendidas.				
<b>Meta</b>	Período 2024-2028: >=108 2024: >=108 2025: >=108 2026: >=108 2027: >=108 2028: >=108				
<b>Periodicidad</b>	Anual				
<b>Fuente de información</b>	INS Red de Servicios de Salud.				

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información INS.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	ODS 3.3.8
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

01.AE9.I2.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales.	
<b>Definición conceptual</b>	Total, de estancias: sumatoria del total de los días que las camas estuvieron ocupadas en un plazo determinado.  Total, de camas en el periodo: sumatoria de camas en hospitalización general por el número de días del periodo.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{TE}{TC} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	TE: total de estancias. TC: total de camas.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias, con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Hospitalización
<b>Línea base</b>	2023: 99,4	
<b>Meta</b>	Período 2024-2028: $80\% \leq x \leq 89\%$ 2024: $80\% \leq x \leq 89\%$ 2025: $80\% \leq x \leq 89\%$ 2026: $80\% \leq x \leq 89\%$ 2027: $80\% \leq x \leq 89\%$ 2028: $80\% \leq x \leq 89\%$	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INS Red de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O1.AE10.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de personas atendidas anualmente en el servicio de nutrición preventiva en las estrategias intra y extramuros en la Dirección Nacional de CEN CINAJ
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Personas atendidas:</b> se refiere a las niñas y niños desde su nacimiento hasta los 13 años de edad, adolescentes madres, mujeres en periodo de gestación y lactancia, adultos del núcleo familiar de las niñas y niños atendidos, todos en condición de pobreza básica o pobreza extrema.</p> <p><b>Nutrición preventiva:</b> desarrollo de estrategias, servicios y proyectos para la prevención de malnutrición (carencia o exceso de nutrientes), así como la adopción de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en clientes, beneficiarias y beneficiarios, mediante la entrega de servicios en educación alimentaria nutricional y alimentación complementaria.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$NP = \sum_{i=1}^n (Max CS + Max DL + Max DAF)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>NP: máximo de personas con servicio de nutrición preventiva</p> <p>Max CS: máximo de personas con la modalidad de Comidas Servidas</p> <p>Max CS API: máximo de niñas y niños que reciben API y la modalidad de Comidas Servidas</p> <p>Max CS AE: máximo de niñas y niños que reciben modalidad de Comidas Servidas y actividades educativas</p> <p>Max SCS: máximo de personas con la modalidad de Solo Comidas Servidas</p> <p>Max DL: máximo de personas atendidas en la modalidad de Distribución de leche</p> <p>Max DLNN: máximo de niñas y niños atendidas en la modalidad de Distribución de leche</p>

		Max DLM: máximo de adolescentes madres, mujeres en periodo de gestación o lactancia atendidas en la modalidad de Distribución de leche Max DAF: máximo de familias atendidas en la modalidad de Distribución de Alimentos a Familias (DAF): Paquete de alimentos calculado nutricionalmente para tres personas.
<b>Unidad de medida</b>		Número de personas
<b>Interpretación</b>		El total de personas con servicios de seguridad alimentaria mediante la entrega de alimentos y educación nutricional, atendidos por la DNCC en año "x" fue de "y" personas.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Genera condiciones para la igualdad
<b>Línea base</b>		2021: 155.389
<b>Meta</b>		2024-2028: 171.995 2024: 161.901 2026: 171.995 2028: 171.995
<b>Periodicidad</b>		Bianual (febrero)
<b>Fuente de información</b>		Sistema de Información de Alimentación Complementaria (SIAC) en la Dirección de Información de la DNCC.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>		1.2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>		2.2.2
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Comentarios generales</b>		B7

O1. AE11.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo de un proceso de capacitación en afrodescendencia mediante el aprendizaje basado en proyectos
<b>Definición conceptual</b>	<b>Proceso:</b> conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial. (proceso   Definición   Diccionario de la lengua española   RAE - ASALE)

**Capacitación:** la capacitación es una herramienta y un medio para transformar individualmente y colectivamente hacia un objetivo, mediante la concientización, el aprendizaje, la construcción del conocimiento y el desarrollo de habilidades. Ayuda a mujeres y hombres a adquirir las competencias, las habilidades y los conocimientos necesarios para avanzar en su vida cotidiana y el trabajo. (Tomado y adaptado de *Cómo trabajamos: Formación y desarrollo de capacidades en igualdad de género y empoderamiento de las mujeres* | ONU Mujeres (unwomen.org))

**Aprendizaje basado en proyectos (ABP):** no hay una definición universal de ABP, pero es una estrategia de aprendizaje basada en el “aprender haciendo”, que puede variar ampliamente en forma y contenidos. En general los proyectos que se generen “deben ser de interés, tener un valor intrínseco y tener un margen de tiempo considerable para desarrollarlo”. Cinco criterios que deben estar presentes en los proyectos: una “pregunta generadora” de interés para los participantes (el proyecto en sí), la construcción de un trabajo algún componente de investigación, aprendizaje autónomo (intermediado por un facilitador), la conexión del proyecto con la realidad y el proyecto debe estar centrado en el currículo (del curso en sí) (1). Es “un tipo de instrucción que permite a los estudiantes llevar a cabo las investigaciones, integrar la teoría y la práctica, y aplicar los conocimientos y habilidades para desarrollar una solución viable a un problema definido.” (2)

1. Basado en: Matamoras B. M. (2019). La experiencia con la metodología de aprendizaje basado en proyectos en cursos de inglés con fines específicos de la escuela de secretariado profesional de la Universidad Nacional. *Revista Internacional de Administración de Oficinas y Educación Comercial*, Universidad Nacional, Costa Rica. 4(1): pp. 1-18
2. Monge M., C; Suárez Valdés-Ayala, Z. (2023). Aprendizaje basado en proyectos: una experiencia de innovación con futuros docentes de matemática. *Revista Ensayos Pedagógicos* 18(1). Enero-junio.  
Afrodescendientes: personas que reconocen en su identidad cultural las raíces ancestrales africanas y afrocaribeñas desde su nacionalidad y derechos como costarricenses. (Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes, 2018-2021)

<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{PCI}{TPC} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PCI: procesos de capacitación implementados TPC: total de procesos de capacitación	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje que registra el avance en la aplicación de un proceso para la capacitación en afrodescendencia, al 2028	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Atención de la Salud de las personas afrodescendientes
<b>Línea base</b>	2018-2022. Plan Nacional de Salud de las personas afrodescendientes	
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 5% (inicio de la formulación de la propuesta del proceso de capacitación en afrodescendencia). 2025: 5%(Formulación). 2026:10%(pilotaje (validación, ajuste), implementación y seguimiento). 2027: 5% (implementación y seguimiento). 2028: 75 % (implementación y evaluación)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Unidad de Planificación Sectorial/ Dirección de Planificación/ Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	1.1.4 3.3.8 3.3.b 3.3.7	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	I.93 I.94 I.95 I.96 I.97 I.98	
<b>Comentarios generales</b>	Esta Ficha del Indicador para el Plan de Acción, se corresponde con el indicador 1.3 1.3 Índice de cobertura a servicios esenciales de la Política Nacional de Salud.  Existen módulos de capacitación que ya han sido elaborados previamente, se revisaran y se ajustaran para el desarrollo del programa de capacitación.	



O1. AE12.I1.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	<p>Porcentaje de avance en las etapas de la Estrategia para el abordaje de las necesidades en salud de las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de refugio y apátridas</p>
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Estrategias de Salud:</b> actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación. (<a href="https://www.saludvital.cl/preguntas/que-son-las-estrategias-de-atencion-a-la-salud/">https://www.saludvital.cl/preguntas/que-son-las-estrategias-de-atencion-a-la-salud/</a>)</p> <p><b>Necesidades de salud:</b> el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud. (Torres-Arreola LP et al. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. 2006)</p> <p><b>Migrante:</b> Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los migrantes-objeto de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales. (International Organization for Migration, Glossary on migration).</p>

	<p><b>Refugiado:</b> (Convención de 1951) persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él. (Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1951)</p> <p><b>Solicitante:</b> en el contexto de la migración, persona que solicita oficialmente la adopción de una medida administrativa o judicial, como la concesión de un visado, la expedición de un permiso de trabajo o el reconocimiento de la condición de refugiado. (Glosario de la OIM sobre Migración)</p> <p><b>Apátrida:</b> persona no considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación. (Convención de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Apátridas, 1960)</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{AEE}{TPE} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance AEE: avance de etapas de la Estrategia TPE: total Planificado de la Estrategia	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo de la estrategia para la atención de la salud de las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de refugio y apátridas al 2028	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0	
<b>Meta</b>	<p>Período 2024-2028: 55% Total de la Estrategia 2024 al 2028</p> <p>2024: 10% (Elaboración del diagnóstico situacional en salud)</p> <p>2025: 15% (5% Desarrollo de marco estratégico y 10% plan de acción de la Estrategia)</p> <p>2026: 10% (5% Oficialización de la Estrategia y 5% Socialización de la Estrategia)</p> <p>2027: 10% Implementación y seguimiento</p> <p>2028: 10% Implementación y Seguimiento</p>	

<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.8.1 4.2.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	F. 69 y F.72.
<b>Comentarios generales</b>	-

O1. AE13.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud
<b>Definición conceptual</b>	<p>El Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud comprende un instrumento de planificación nacional generado con el fin de desarrollar el proceso de planificación de la oferta y demanda de la fuerza de trabajo en salud, así como fortalecer las acciones de regulación del ente rector en salud en materia de formación, gestión de contratación y retención del recurso humano en salud.</p> <p>Los recursos humanos en salud incluyen a “todos los trabajadores cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud colectivos” (OPS, 2007, p. 7); esto es, a los “trabajadores responsables de contribuir -de manera directa o indirecta- a las metas de salud pública, independientemente de su profesión y de la institución de donde trabajen” (OPS, 2007, p. 27).</p> <p>El indicador medirá el avance en el desarrollo del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud. Entendiéndose, como desarrollo a las etapas desde su formulación, implementación o ejecución, seguimiento, evaluación y actualización de este.</p> <p>El “porcentaje de avance de cumplimiento” se refiere a la medida en la que se ha logrado cumplir las metas en relación con lo que se esperaba o se planificó inicialmente</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{POE}{POP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PA: porcentaje de avance</p> <p>POE: es el Peso del objetivo ejecutado en el plan nacional de recursos humanos en salud en un período determinado</p> <p>POP: es el Peso del objetivo programado en el plan nacional de recursos humanos en salud en un período determinado.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El porcentaje de avance calculado mediante esta fórmula proporciona una medida del progreso realizado en el cumplimiento del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Recursos Humanos en Salud
<b>Línea base</b>	Sin datos	
<b>Meta</b>	Período: 20% 2024: 10% 2025: 15% 2026: 15% 2027: 15% 2028: 20%	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Registros administrativos de la Unidad de Recursos Humanos en Salud, Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	No aplica	
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.3.9.c.	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta	
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	G 77	
<b>Comentarios generales</b>	Asociado al indicador: 1.4 Razón de densidad de recursos humanos en salud por cada 10.000 habitantes.	

O1.AE14.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de evaluaciones de la Medición del Financiamiento en Salud
<b>Definición conceptual</b>	<p>Las Cuentas de Salud (SHA2011) son un instrumento que provee información sobre el financiamiento del sistema de salud pertinente para el análisis y la toma de decisiones de política pública. Los datos obtenidos permiten analizar temas clave, como la eficiencia asignativa de los recursos y la sostenibilidad financiera del sistema de salud costarricense, el cual, enfrenta retos significativos en su financiamiento y desempeño. Este análisis permite, además, velar por que el gasto público en salud contribuya al logro de las metas del Plan Nacional de Salud, la Estrategia de Cobertura Universal de Salud y, consiguientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>La medición del financiamiento en salud es un proceso esencial que consiste en recopilar, analizar y evaluar datos relacionados con la asignación de recursos financieros al sistema de salud. Implica cuantificar tanto los ingresos como los gastos destinados a la atención médica y los servicios de salud en un país o región específica.</p> <p>Este indicador es fundamental para comprender la capacidad financiera del sistema de salud y su eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Además, proporciona información valiosa sobre cómo se distribuyen los fondos entre diferentes áreas de atención médica, como la prevención, el tratamiento y la investigación.</p> <p>Asimismo, la medición del financiamiento en salud es crucial para garantizar que el gasto público en este sector contribuya efectivamente al logro de metas y objetivos prioritarios, como los establecidos en el Plan Nacional de Salud y la Estrategia de Cobertura Universal de Salud. Además, ayuda a alinear los esfuerzos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, asegurando que las inversiones en salud promuevan la equidad, la accesibilidad y la calidad de la atención médica para todos los ciudadanos.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = EMF1 + EMF2 + EMF3 \dots$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : número de evaluaciones EMF: evaluaciones de la medición del financiamiento en salud elaborados

<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de evaluaciones desarrolladas de medición del financiamiento en salud que comprenden a un informe elaborado por la Unidad de Economía de la Salud de la Dirección de Servicios de salud del Ministerio en su versión final debidamente tramitada a las autoridades institucionales para su oficialización según lo programado.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Financiamiento en salud
<b>Línea base</b>	2022: 1	
<b>Meta</b>	Periodo: 5 2024: 1 2025: 1 2026: 1 2027: 1 2028: 1	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informes elaborados por la Unidad de Economía de la Salud, Director de Servicios de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	N/A	
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	1.a.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Asociado a indicadores como: 1.3 Índice de cobertura a servicios esenciales. 1.5 Porcentaje de gasto de bolsillo en salud referente al porcentaje del producto interno bruto (PIB) de la Política Nacional de Salud.	

01.AE15.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de evaluaciones de la Medición del Gasto en Salud.
<b>Definición conceptual</b>	El desarrollo de la Medición del Gasto en Salud (MEGAS) en Costa Rica tiene como ejes fundamentales el esfuerzo mundial de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),

		<p>y se utiliza en enfermedades infectocontagiosas como lo es el VIH, pero también es posible aplicarla a malaria, dengue, etc.</p> <p>Con respecto al tema de VIH Costa Rica tiene el compromiso internacional adquirido por el país a través de la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2016 con ONUSIDA, la cual traza el camino para eliminar la epidemia del sida para el año 2030. En este sentido, se reconoce la necesidad de contar con información precisa, actualizada y veraz que determine los flujos de fondos para el financiamiento de la respuesta nacional del VIH/SIDA, con el objetivo de informar la política de salud y la planeación estratégica, especialmente en la difícil coyuntura fiscal que atraviesa el país. La metodología MEGAS provee una herramienta que permite rastrear los flujos de recursos desde las fuentes de financiamiento hasta el gasto final, reproduciendo las transacciones relacionadas con la respuesta al VIH/sida.</p> <p>Esta herramienta permite responder a las siguientes interrogantes, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto se gasta en VIH/SIDA?</li> <li>• ¿Quién gasta los recursos?</li> <li>• ¿Cómo y en qué se gastan los recursos?</li> <li>• ¿En qué poblaciones se gastan los recursos?</li> </ul>	
	<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{MGS1} + \text{MGS2} + \text{MGS3} + \text{MGS4} + \text{MGS5}$	
	<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p><math>\Sigma</math>: sumatoria</p> <p>MGS: mediciones de gasto en salud</p>	
	<b>Unidad de medida</b>	Número	
	<b>Interpretación</b>	Número de evaluaciones desarrolladas en medición del gasto en salud que comprenden a un informe elaborado por la Unidad de Economía de la Salud de la Dirección de Servicios de salud del Ministerio en su versión final debidamente tramitada a las autoridades institucionales para su oficialización según lo programado.	
	<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
		<b>Temática</b>	Financiamiento en salud
	<b>Línea base</b>	2022: 1	
	<b>Meta</b>	<p>Periodo: 5</p> <p>2024: 1</p> <p>2025: 1</p> <p>2026: 1</p> <p>2027: 1</p> <p>2028: 1</p>	

<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informes elaborados por la Unidad de Economía de la Salud, director de Servicios de Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	N/A
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	1.1.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	D. 39
<b>Comentarios generales</b>	(Asociado a indicadores como: 1.5 Porcentaje de gasto de bolsillo en salud referente al porcentaje del producto interno bruto (PIB). 1.11 Tasa de Mortalidad de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) CIE-10 B20.0-B24.X).

OI.AE16.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo del Plan Nacional de Control del Cáncer
<b>Definición conceptual</b>	<p>El Plan Nacional de Control del Cáncer comprende un instrumento de planificación nacional que persigue el trabajo articulado de actores dentro del sistema nacional de salud con el propósito de establecer mejoras en el abordaje integral de la patología cáncer. El indicador medirá seguimiento de avance en el desarrollo de Plan Nacional de Calidad. Entendiéndose, como desarrollo a las etapas desde su formulación, implementación o ejecución, seguimiento, evaluación y actualización de este.</p> <p>El control del cáncer según la OMS (2017) comprende el abordaje desde la prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, y cuidados paliativos.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{PAEE}{PAEP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PAEE: es el Peso de avance acorde a las etapas ejecutadas en el desarrollo del plan nacional de control del cáncer en un período determinado.



		PAEP: es el Peso de avance acorde a las etapas programadas en el desarrollo del plan nacional de control del cáncer en un período determinado.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		El porcentaje de avance calculado mediante esta fórmula proporciona una medida del progreso realizado en el desarrollo del Plan Nacional de Control del Cáncer. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del ciclo de planificación en control del cáncer.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Enfermedades crónicas no transmisibles
<b>Línea base</b>		2017: 1 plan
<b>Meta</b>		2024-2028: 50%
		Porcentaje asignado a cada etapa del proceso
		2024: Formulación (10%)
		2025: Implementación y seguimiento (10%)
		2026: Implementación y seguimiento (10%)
	2027: Implementación y seguimiento (10%)	
	2028: Implementación y seguimiento (10%)	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Registros administrativos de la Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		N/A
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>		3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		Asociado a indicador: 1.6 Tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix (C53), mama (C50), estómago (C16) y colon (C18), recto (C20) de la Política Nacional de Salud.

O1.AE17.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura de tamizaje por cáncer colorrectal mediante la prueba inmunológica para detección de sangre oculta en heces en personas de 50-74 años en las 13 áreas de salud seleccionadas.

## **Definición conceptual**

La detección temprana del cáncer se basa en la identificación de la enfermedad en una etapa inicial de su ciclo biológico, antes de la manifestación de signos y síntomas. Permite un tratamiento más eficaz que cuando la enfermedad ya ha alcanzado un estadio avanzado. En otras palabras, los cánceres tempranos tienen mejor pronóstico, necesitan menos tratamiento y consumen menos recursos.

Sin embargo, la detección temprana se basa en una estrategia más amplia que incluye el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad detectada y su seguimiento. Por tanto, integrar estas actividades en los diferentes servicios de la red de atención, es esencial para mantener la detección temprana. Los dos componentes fundamentales de la detección temprana del cáncer son: a) el diagnóstico precoz, basado en el reconocimiento por parte del público y de los profesionales de la salud de los síntomas y signos tempranos de cáncer, y la necesidad de su rápido tratamiento cuando estos aparecen; b) el tamizaje, que consiste en identificar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres no reconocidos, por medio de pruebas que se puedan aplicar con facilidad a toda la población; debe garantizar que todas las lesiones detectadas serán tratadas.

En el caso de detección de lesiones precancerosas la identificación y resolución de dichas lesiones evitará que la persona desarrolle cáncer, es decir, es preventivo, por lo que impactaría en la incidencia de la enfermedad.

El tamizaje de base poblacional involucra el uso sistemático, en una población asintomática, de una prueba para la identificación de personas que tienen una enfermedad previamente no reconocida; el objetivo del mismo es reducir la carga de la enfermedad, lo cual incluye una reducción en la incidencia, morbilidad y mortalidad de la enfermedad, a través de la detección en un estadio temprano en personas que de otra manera no sabrían que están afectadas.

El test de tamizaje usado en un programa de base poblacional no intenta ser diagnóstico, más bien su objetivo es distinguir entre individuos que resultaron positivos (y que por lo tanto pueden tener o desarrollar la enfermedad) y requieren de estudios específicos para confirmar el diagnóstico

## Definición conceptual

y personas cuyo test resultó negativo (no muestran indicaciones tempranas de la enfermedad) y no requieren de otros estudios.

La cobertura de tamizaje representa el porcentaje alcanzado de la variable con respecto al marco estadístico, es decir, la cantidad de participantes que reúnen los requisitos de tamizaje en relación a la edad y la frecuencia recomendada de tamizaje de acuerdo al cáncer en cuestión.

La prueba inmunológica de detección de sangre oculta en heces es una prueba que se realiza posterior a la recolección de una muestra de heces, el resultado positivo de este estudio se utiliza para la detección temprana del cáncer colorrectal, recomendando la realización de una prueba confirmatoria de colonoscopia posterior a todo resultado positivo.

El rango de edad recomendado para la realización de la prueba inmunológica de detección de sangre oculta en heces de acuerdo con las recomendaciones internacionales es a la población de hombres y mujeres entre los 50-74 años, con una frecuencia de cada 2 años.

Para efectos de medición de este indicador se utilizará la población meta a tamizar (hombres y mujeres de 50-74 años), de las 13 áreas de salud seleccionadas, proyectada para el periodo al finalizar el bienio de evaluación, basado en los datos de la Dirección de Actuarial de la CCSS.

Bienio, periodo de 2 años.

Las áreas de salud seleccionadas, para la ejecución de este indicador son 13 que pertenecen a dos redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS), en la RIPSS Central Norte las áreas prioritarias son 5 (AS San Isidro, AS Santo Domingo, AS Atenas, AS Belén Flores, AS Valverde Vega) y en la RIPSS Central Sur las áreas prioritarias con las 8 áreas que son (AS Cartago, AS Oreamuno, AS Los Santos, AS Paraíso, AS Concepción, AS El Guarco, AS La Unión AS Turrialba).

Criterios de inclusión:

- Edad: 50-74 años
- Adscritas a las 13 áreas de salud seleccionadas (AS San Isidro, AS Santo Domingo, AS Atenas, AS Belén Flores, AS Valverde Vega, AS Cartago, AS Oreamuno, AS Los Santos, AS Paraíso, AS Concepción, AS El Guarco, AS La Unión AS Turrialba).

<p><b>Definición conceptual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomáticos.</li> <li>• Colonoscopia completa previa de calidad y normal realizada hace 10 años sin patología asociada.</li> <li>• Sin diagnóstico endoscópico previo de patología colorrectal potencialmente sangrante.</li> <li>• Sin antecedentes personales de adenomas o cáncer colorrectal.</li> <li>• Sin antecedentes heredo familiares de primer grado (padre, madre, hermanos) con cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 60 años.</li> <li>• Sin diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.</li> <li>• No ser portador de riesgo genético para cáncer colorrectal.</li> <li>• Sin FIT previo o FIT negativo 2 años previos.</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser portador de riesgo genético para cáncer colorrectal (síndromes genéticos).</li> <li>• Antecedentes heredo familiares de primer grado (padre, madre, hermanos, hijos) con cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 60 años, a partir de los 40 años o 10 años antes del familiar afectado más joven.</li> <li>• Colonoscopia completa previa de calidad y normal realizada hace 10 años con patología asociada.</li> <li>• Sin colonoscopia completa previa de calidad y normal realizada en los últimos 10 años.</li> <li>• Antecedentes personales de pólipos adenomatosos grandes (&gt;1 cm) y pólipos con histología vellosa o tubulovellosa o con displasia de alto grado.</li> <li>• Antecedente personal de Cáncer Colorrectal.</li> <li>• Antecedente personal de cirugías de Colon.</li> </ul>
<p><b>Fórmula de cálculo</b></p>	$P = \frac{\sum(AS1 + AS2 + \dots + AS13)}{\sum PM} \times 100$
<p><b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b></p>	<p>P: porcentaje de cobertura de tamizaje por cáncer colorrectal          Σ: sumatoria          AS: cantidad de estudios de tamizaje por cáncer colorrectal mediante pruebas inmunológica de detección de sangre oculta en heces realizadas a personas de 50-74 años en un área de salud seleccionada en un periodo determinado.          Ejemplo AS1= área de salud uno, AS2= área de salud dos, (áreas de salud de la tres a la doce, AS13= área de salud trece.</p>

		ΣPM: sumatoria de la cantidad total de personas de 50 a 74 años de cada una de las 13 áreas seleccionadas en el año de evaluación al final del bienio de acuerdo con la población proyectada de la dirección de actuarial de la CCSS.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		<p>Cantidad de estudios de tamizaje por cáncer colorrectal mediante prueba inmunológica de detección de sangre oculta en heces realizadas a personas de 50-74 años en un área de salud seleccionada en un periodo determinado.</p> <p>Cantidad total de personas de 50 a 74 años de cada una de las 13 áreas seleccionadas en el año de evaluación al final del bienio de acuerdo con la población proyectada de la dirección de actuarial de la CCSS.</p> <p>La cantidad de estudios corresponde a la realización de una única prueba de tamizaje por persona en el bienio en evaluación. Periodos al finalizar el bienio: población proyectada al 2024 para el bienio 2023-2024. población proyectada al 2026 para el bienio 2025-2026.</p>
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: Condiciones para la igualdad. Tamizaje por cáncer colorrectal
<b>Línea base</b>		2022: 29%
<b>Meta</b>		2024-2026: 40% acumulativa 2024: 34% 2026: 40%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico. Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur. Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1 3.8.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C 26
<b>Comentarios generales</b>	<p>Se requiere el apoyo para la dotación de los recursos destinados al Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico y las 13 áreas de salud seleccionadas.</p> <p>Se requiere apoyo para la gestión técnica en el monitoreo del indicador y el cumplimiento de las metas.</p>

<b>O1.AE17.I2.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer atendidos en sesiones clínicas multidisciplinares en los centros de salud que cuentan con departamentos de Hematología de los hospitales nacionales (HSJD; HM y HCG)
<b>Definición conceptual</b>	<p>Consiste en la medición porcentual de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer atendidos en sesiones clínicas multidisciplinares (entendida como la atención clínica brindada de forma simultánea, por dos o más profesionales especialistas en atención del cáncer, que sean de distintas especialidades, esta atención puede ser en presencia del paciente o atención clínica administrativa en ausencia del mismo, pero bajo el análisis y discusión del caso clínico del paciente) en los hospitales nacionales (HSJD, HM y HCG) con departamentos de Hematología respecto al total de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer que llegan a dichos centros.</p> <p>El hecho de definir que sean pacientes con diagnósticos nuevos de cáncer es para evitar que un mismo usuario que sea llevado a una sesión clínica multidisciplinaria en varias ocasiones, se contabilice como si fueran varias personas diferentes en registros. Nuevo se refiere a primera vez con diagnóstico de ese tipo de cáncer en el año de evaluación. así mismo, si una persona que ya había sido diagnosticada y vista por cáncer en una sesión clínica multidisciplinaria es diagnosticada con un nuevo cáncer, aun siendo en el mismo órgano, para cumplir con el criterio de calidad, debería de volver a ser vista en sesión clínica multidisciplinaria.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{CPDNCA}{TPDNCA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje</p> <p>CPDNCA: cantidad de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer atendido en sesión clínica multidisciplinaria en los departamentos de Hematología de los hospitales nacionales (HSJD; HM y HCG)</p> <p>TPDNCA: totalidad de pacientes con diagnósticos nuevos de cáncer atendidos en los departamentos de Hematología de los hospitales nacionales (HSJD; HM y HCG)</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer, atendidos en sesión clínica multidisciplinaria en los departamentos de Hematología de los hospitales nacionales	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: condiciones para la igualdad. Sesiones clínicas multidisciplinarias departamentos de Hematología
<b>Línea base</b>	Año 2022: 45%	
<b>Meta</b>	2024-2027: 53% 2024: 50% 2025: 51% 2026: 52% 2027: 53%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	La información para medir este indicador es proporcionada por los departamentos de hematología de los hospitales nacionales (HSJD, HM y HCG) basada en los registros digitales y manuales de las sesiones clínicas multidisciplinarias, así como la cantidad de usuarios con diagnóstico nuevo de cáncer atendidos en el departamento de hematología de los hospitales nacionales (HSJD, HM y HCG), remitidos por el departamento de estadística de las unidades correspondientes.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26
<b>Comentarios generales</b>	-

O1. AE17.I3.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas de 20 a 64 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemias atendidas en el primer nivel de atención a quienes se les valora otras condiciones de riesgo o comorbilidad para un abordaje integral	
<b>Definición conceptual</b>	Se refiere a las personas a quienes se les valora condiciones de riesgo y comorbilidades con el fin de satisfacer las necesidades esenciales de salud. ECNT priorizadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia Conjunto de acciones para la detección oportuna de riesgos o condiciones asociadas a las ECNT priorizadas que complican su curso natural en ausencia de intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de presión arterial</li> <li>• Medición del índice de masa corporal</li> <li>• Detección del consumo de tabaco</li> <li>• Detección de factores de riesgo para cáncer</li> <li>• Prueba de glicemia en ayunas o hemoglobina glicosilada (A1c)</li> </ul>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NECNTA}{TPECNTPA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje NECNTA: número de personas con ECNT priorizadas atendidas a quienes se les valora otras condiciones de riesgo o comorbilidad para un abordaje oportuno TPECNTPA: total de Personas con ECNT priorizadas atendidas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Personas portadoras de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y obesidad a quienes se les valora otras condiciones de riesgo o comorbilidad para un abordaje oportuno.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Enfermedades crónicas
<b>Línea base</b>	2023: 0	



<b>Meta</b>	2024-2027: 85% 2024: 75% 2025: 79% 2026: 82% 2027: 85%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informes de avance DDSS, DRSS, DRIPSS, AES, EDUS
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26
<b>Comentarios generales</b>	-

O1.AE18.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención a enfermedades asociadas con patologías cardiovasculares
<b>Definición conceptual</b>	<p>El proceso de regulación de los servicios de salud implica dos componentes fundamentales el desarrollo de las normativas aplicables a estos servicios en ámbitos específicos y la posterior evaluación del cumplimiento y resultados obtenido por esas normas.</p> <p>Una norma de atención es un documento técnico por medio del cual la Autoridad Sanitaria establece condiciones indispensables que deben proveer los servicios de salud para garantizar la calidad de la atención a las personas que presentan necesidades particulares en salud. Las normas de atención son oficializadas vía Decreto Ejecutivo y su acatamiento es obligatorio en el ámbito específico que le sea definido. Existen dos tipos de normas de atención en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normas de atención a patologías específicas. Por ejemplo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial.</li> <li>2. Normas de atención de condiciones de salud o programas específicos. Por ejemplo: consulta prenatal, crecimiento y desarrollo de los niños.</li> </ol>

		<p>El proceso de elaboración de estas normas (ya sea por primera vez o por actualización) involucra revisiones bibliográficas, consultas con expertos, construcción de la propuesta de normativa, validaciones internas y externas, consulta pública y valoración por parte del MEIC, así como la consolidación de observaciones resultantes de cada una de estas etapas y los ajustes pertinentes. Pasadas estas etapas, la propuesta de norma se debe remitir a instancias superiores (Despacho Ministerial y Casa Presidencial) para el trámite de oficialización correspondiente.</p> <p>La evaluación corresponde a la medición y rendimiento de cuentas sobre los instrumentos normativos y sus indicadores de seguimiento para el aseguramiento de los criterios básicos de calidad. La evaluación de los servicios de salud, por parte de las Áreas Rectoras de Salud, permiten no solo obtener un dato numérico sobre su grado de implementación, sino que ayuda a detectar fortalezas y oportunidades de mejora en el abordaje de eventos en salud o patologías específicas.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{PREE}{PTEP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>P: porcentaje</p> <p>PREE: es el Peso relativo de cada una de las etapas ejecutadas en el desarrollo del proceso de regulación de la atención a enfermedades asociadas a patologías cardiovasculares en un período determinado.</p> <p>PTEP: es el Peso total de las etapas programadas en el desarrollo del proceso de regulación de la atención a enfermedades asociadas a patologías cardiovasculares en un período determinado.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención de las enfermedades asociadas a patologías cardiovasculares en relación con el total planificado. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del proceso regulatorio.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Regulación de los Servicios de Salud
<b>Línea base</b>		0

<b>Meta</b>	<p>Período: 100%</p> <p>2024: 10% Oficialización de la norma de atención a la hipertensión arterial. 15% Elaboración de la metodología para la evaluación de la norma de atención a la hipertensión arterial 20% Elaboración y oficialización de la norma de atención a los eventos cerebrovasculares.</p> <p>2025: 15% Elaboración de la metodología para la evaluación de la norma de atención a los eventos cerebrovasculares. 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la hipertensión arterial.</p> <p>2026: 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la hipertensión arterial. 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a los eventos cardiovasculares.</p> <p>2027: 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la hipertensión arterial. 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a los eventos cardiovasculares.</p> <p>2028: 10% Actualización de la norma de la norma de atención a la hipertensión arterial. 5% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a los eventos cardiovasculares.</p>
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	<p>Oficios de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud y la Dirección de Servicios de Salud de emisión del proyecto normativo a autoridades.</p> <p>Decretos Ejecutivos que oficializan las normas publicadas en el Diario Oficial La Gaceta.</p> <p>Registros administrativos de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, Dirección de Servicios de Salud (Informes anuales nacionales del seguimiento a la implementación, Informe de evaluación de la norma)</p>
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	No aplica
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Contribuye al Eje 1: 1.7 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares I60-I69.

O1.AE19.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	<p>Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención a la diabetes mellitus.</p>
<b>Definición conceptual</b>	<p>El proceso de regulación de los servicios de salud implica dos componentes fundamentales el desarrollo de las normativas aplicables a estos servicios en ámbitos específicos y la posterior evaluación del cumplimiento y resultados obtenido por esas normas.</p> <p>Una norma de atención es un documento técnico por medio del cual la Autoridad Sanitaria establece condiciones indispensables que deben proveer los servicios de salud para garantizar la calidad de la atención a las personas que presentan necesidades particulares en salud. Las normas de atención son oficializadas vía Decreto Ejecutivo y su acatamiento es obligatorio en el ámbito específico que le sea definido. Existen dos tipos de normas de atención en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normas de atención a patologías específicas. Por ejemplo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial.</li> <li>2. Normas de atención de condiciones de salud o programas específicos. Por ejemplo: consulta prenatal, crecimiento y desarrollo de los niños.</li> </ol> <p>El proceso de elaboración de estas normas (ya sea por primera vez o por actualización) involucra revisiones bibliográficas, consultas con expertos, construcción de la propuesta de normativa, validaciones internas y externas, consulta pública y valoración por parte del MEIC, así como la consolidación de observaciones resultantes de cada una de estas etapas y los ajustes pertinentes. Pasadas estas etapas, la propuesta de norma se debe remitir a instancias superiores (Despacho Ministerial y Casa Presidencial) para el trámite de oficialización correspondiente.</p> <p>La evaluación corresponde a la medición y rendimiento sobre los instrumentos normativos y sus indicadores de seguimiento para el aseguramiento de los criterios básicos de calidad. La evaluación de los servicios de salud, por parte de las Áreas Rectoras de Salud, permiten no solo obtener un dato numérico sobre su grado de implementación, sino que ayuda a detectar fortalezas y oportunidades de mejora en el abordaje de eventos en salud o patologías específicas.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{PREE}{PTEP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje</p> <p>PREE: es el Peso relativo de cada una de las etapas ejecutadas en el desarrollo del proceso de regulación de la atención a la diabetes mellitus.</p> <p>PTEP: es el Peso total de las etapas programadas en el desarrollo del proceso de regulación de la atención a la diabetes mellitus.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo de la norma de atención a la diabetes en relación con el total planificado. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del ciclo de vida de la normativa.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Regulación de los Servicios de Salud
<b>Línea base</b>	0	
<b>Meta</b>	<p>Período: 100%</p> <p>2024: 35% Elaboración y oficialización de la norma de atención a la diabetes mellitus.</p> <p>2025: 20% Elaboración de la metodología para la evaluación de la norma de atención a la diabetes mellitus.</p> <p>2026: 15% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la diabetes mellitus.</p> <p>2027: 15% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la diabetes mellitus.</p> <p>2028: 15% Seguimiento a la evaluación de la norma de atención a la diabetes mellitus.</p>	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Oficios de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud y la Dirección de Servicios de Salud de emisión del proyecto normativo a autoridades.	
	Decreto Ejecutivo que oficializa la norma publicada en el Diario Oficial La Gaceta.	
	Registros administrativos de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, Dirección de Servicios de Salud (Informes anuales nacionales del seguimiento a la implementación, Informe de evaluación de la norma)	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	N/A	

<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Contribuye al Eje 1: 1.8 Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus E10-E14.

O1.AE20.11		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de laboratorios públicos y privados invitados que participan en el Programa de Ensayos de Aptitud (PEA) de influenza y covid-19.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Programa de Ensayos de Aptitud (PEA):</b> ensayos de aptitud diseñados y operados en una o más rondas para un área específica de ensayo, medida, calibración o inspección.</p> <p><b>Influenza:</b> enfermedad respiratoria contagiosa aguda causada por los virus Influenza A, B o C.</p> <p><b>Covid-19:</b> enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PPEA = \frac{NLP}{NLI} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PPEA: porcentaje de participación en Programa de Ensayos de Aptitud</p> <p>NLP: número de laboratorios (públicos y privados) participantes</p> <p>NLI: número de laboratorios (públicos y privados) invitados</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Esta fórmula calcula el porcentaje de laboratorios (públicos y privados) que participaron en el Programa de Ensayos de Aptitud (PEA) para el que fueron invitados (influenza y covid-19).	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Enfermedades respiratorias crónicas J40-J47.
<b>Línea base</b>	2023: 82% (n=39)	
<b>Meta</b>	2024-2028: 95% (n=45)	
	2024: 83% (n= 39)	
	2025: 85% (n= 40)	

	2026: 87% (n= 41) 2027: 90% (n= 42) 2028: 95% (n= 45)
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal
<b>Fuente de información</b>	INCIENSA. Registros asociados a los Programas de Ensayos de Aptitud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

01.AE21.11		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de accidentabilidad por estrés térmico por cada 100 000 trabajadores asegurados	
<b>Definición conceptual</b>	Estrés térmico: se refiere a la carga de calor que sufren las personas trabajadoras o que acumulan en su cuerpo producto de las condiciones laborales, pudiendo ser estas: el lugar, la actividad física, la ropa que llevan, etc  Trabajadores asegurados: corresponden a las personas que están cubiertas por la póliza de Riesgos de Trabajo.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{TOA}{TTA} \times 100\ 000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	TOA: total de personas accidentadas. TTA: total de trabajadores asegurados	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	Tasa de accidentabilidad por estrés térmico, se obtiene al dividir el número de personas que sufrieron de estrés térmico, entre el total de trabajadores asegurados por el régimen de Riesgo de Trabajo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Morbilidad
<b>Línea base</b>	2023: 12 muertes por cada 100 000 trabajadores asegurados	

<b>Meta</b>	2024: 11,5 2025:11 2026: 10,5 2027:10 2028: 9,5
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Departamento de Promoción y Prevención. Instituto Nacional de Seguros.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información INS.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O1.AE22.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo de un programa de sensibilización y capacitación en Enfermedad Renal Crónica No Tradicional
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Acciones de sensibilización y capacitación:</b> medidas de concienciación de las personas sobre un tema, de actualización o incorporación de nuevos conocimientos, que fortalezcan su capacidad de respuesta ante los cambios del entorno o de sus requerimientos laborales. Para ello, se pueden realizar acciones de diversa índole, tales como: charlas, conferencias, exposiciones, talleres, formación de grupos, entre otras.</p> <p><b>Enfermedad renal crónica de origen no tradicional (ERCnt):</b> Todo paciente de 10 a 60 años con Tasa de Filtración Glomerular, menor de 60 ml/min/1.73 m2 o daño funcional o estructural renal (como lo es la microalbuminuria, sedimento urinario o estudios por imágenes) en dos determinaciones de al menos 3 meses entre ambas, ya sea retrospectivo o prospectivo, sin la presencia de antecedente de diagnóstico de enfermedad con reconocida asociación con la presencia de Enfermedad Renal Crónica (Diabetes, hipertensión arterial, lupus, glomerulopatías primarias, nefropatía hereditaria hereditaria, enfermedad autoinmune, uropatía obstructiva, cardiopatía hipertensiva, nefropatía</p>



	crónica hipertensiva, malformaciones congénitas, poliquistosis renal, anemia drepanocítica, vasculitis y mieloma), ni presencia de lesión renal aguda demostrada al momento del diagnóstico (Decreto Ejecutivo 41628-S “Oficialización de la definición de caso sospechoso y caso de paciente confirmado con enfermedad renal crónica no tradicional (nefropatía mesoamericana) y su reforma 43503-S)	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{PP}{PT} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PP: porcentaje programado PT: porcentaje total	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Avance en el desarrollo de un programa de sensibilización y capacitación en Enfermedad Renal Crónica No Tradicional	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Enfermedad Renal Crónica de Origen No Tradicional
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: 40% 2024: 20% (elaboración-validación) 2025: 5% (implementación) 2026: 5% (implementación) 2027: 5% (implementación) 2028: 5% (implementación)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Investigación y Tecnologías Sanitarias, Unidad de Investigación en Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(x)Directa (x)Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	El objetivo es ampliar la cantidad de funcionarios y comunidades sensibilizadas y capacitadas en el tema. 2024-2028: 40% 2024: 20% (elaboración-validación) 2025: 5% (implementación) 2026: 5% (implementación) 2027: 5% (implementación) 2028: 5% (implementación)	

O1. AE23.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de cantones ejecutando el proyecto comunitario “Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste.”
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Acciones de sensibilización y capacitación:</b> medidas de concienciación de las personas sobre un tema, de actualización o incorporación de nuevos conocimientos, que fortalezcan su capacidad de respuesta ante los cambios del entorno o de sus requerimientos laborales. Para ello, se pueden realizar acciones de diversa índole, tales como: charlas, conferencias, exposiciones, talleres, formación de grupos, entre otras.</p> <p><b>Enfermedad renal crónica de origen no tradicional (ERCnt):</b> Todo paciente de 10 a 60 años con Tasa de Filtración Glomerular, menor de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> o daño funcional o estructural renal (como lo es la microalbuminuria, sedimento urinario o estudios por imágenes) en dos determinaciones de al menos 3 meses entre ambas, ya sea retrospectivo o prospectivo, sin la presencia de antecedente de diagnóstico de enfermedad con reconocida asociación con la presencia de Enfermedad Renal Crónica (Diabetes, hipertensión arterial, lupus, glomerulopatías primarias, nefropatía hereditaria, enfermedad autoinmune, uropatía obstructiva, cardiopatía hipertensiva, nefropatía crónica hipertensiva, malformaciones congénitas, poliquistosis renal, anemia drepanocítica, vasculitis y mieloma), ni presencia de lesión renal aguda demostrada al momento del diagnóstico (Decreto Ejecutivo 41628-S “Oficialización de la definición de caso sospechoso y caso de paciente confirmado con enfermedad renal crónica no tradicional (nefropatía mesoamericana) y su reforma 43503-S)</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{PP}{PT} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PP: porcentaje programado PT: porcentaje total
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	Avance en el desarrollo de un programa de sensibilización y capacitación en Enfermedad Renal Crónica No Tradicional

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Enfermedad Renal Crónica de Origen No Tradicional
<b>Línea base</b>		ND
<b>Meta</b>		2024-2028: 40% 2024: 20% (elaboración-validación) 2025: 5% (implementación) 2026: 5% (implementación) 2027: 5% (implementación) 2028: 5% (implementación)
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Dirección de Investigación y Tecnologías Sanitarias, Unidad de Investigación en Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.8.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		El objetivo es ampliar la cantidad de funcionarios y comunidades sensibilizadas y capacitadas en el tema.

O1. AE24.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del proyecto de fortalecimiento de la "Plataforma Ulù"
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Plataforma "Ulù" es un espacio de aprendizaje que el Ministerio de Salud ha diseñado con módulos de autoaprendizaje que buscan guiar al personal de salud y población general hacia conocimientos básicos sobre factores de riesgo y protección de enfermedades de alta importancia en el país como lo es la Enfermedad Renal Crónica no tradicional.</p> <p>El porcentaje de avance del proyecto estará dado por el desarrollo de recursos didácticos relacionados con la ERCnt que permitirán el fortalecimiento de la plataforma. Estos recursos didácticos son insumos para el aprendizaje de diferentes poblaciones como: personal de salud, personal de empresas y población en riesgo.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{TRDR}{TRDP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance TRDP: total de recursos didácticos planificados TRDR: total de recursos didácticos realizados	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de recursos didácticos realizados que nutren la Plataforma "Ulù" para la prevención de la ERCnt	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Mortalidad prematura por causa Enfermedad Renal Crónica
<b>Línea base</b>	2023: 5 recursos didácticos	
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 0% 2025: 25% 2026: 25% 2027: 25% 2028: 25%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O1. AE25.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el análisis de la incidencia de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles priorizadas (Diabetes, Enfermedad Cerebrovascular, Infartos EPOC, Enfermedad Renal Crónica).
<b>Definición conceptual</b>	Los eventos de enfermedades no transmisibles que se han priorizado para el trabajo en el país de forma que se pueda dar una disminución en

<b>Definición conceptual</b>	<p>mortalidad prematura de enfermedad cerebrovascular (I60-I69), diabetes mellitus (E10-E14), EPOC (J40-J47), ERC tradicional (N18) y no tradicional (U50).</p> <p>Estos eventos deben ser atendidos a fin de identificarlos desde sus inicios para dar el tratamiento adecuado y evitar la mortalidad prematura por estos eventos.</p> <p>Estos se analizan en los grupos de edad de 30 a 69 años, siendo la mortalidad prematura sobre lo que se quiere trabajar.</p> <p>El análisis se realiza a partir de los datos de al menos tres años, el INEC es el rector de estos datos y por tanto los emite al final del año siguiente a su ocurrencia, de esta forma los datos de mortalidad del año 2024 estarán finalizados, en octubre-noviembre de 2025, por lo que las mediciones se harán hacia el año siguiente, además se debe medir varios planes en conjunto por lo que se hará una medición inicial en 2025 y otra medición en 2028</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{EA}{EP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PA: porcentaje de avance para cada año, según su cumplimiento.</p> <p>EA: eventos analizados por año (2024-2028)</p> <p>EP: eventos programados *100</p> <p>Tipos de evento: enfermedad cerebrovascular (I60-I69), diabetes mellitus (E10-E14), EPOC (J40-J47), ERC tradicional (N18) y no tradicional (U50).</p> <p>Grupo etario: 30-69 años</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	<p>La medición del porcentaje de análisis permite determinar que los eventos priorizados en enfermedades no transmisibles se analicen en su totalidad a fin de obtener el dato necesario para la toma de decisiones, pero también para determinar si los planes y estrategias implementados están generando un cambio de la población y la mortalidad de estas personas.</p>	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Grupo etario
<b>Línea base</b>	2017-2029: 100%	

<b>Meta</b>	2024-2028:100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.26
<b>Comentarios generales</b>	La medición iniciará en 2022, para incluir el trienio completo (2022-2023-2024) lo cual se medirá en 2025, por las razones expuestas en la definición conceptual y posteriormente se hará una nueva medición en 2028, incluyendo los años (2025-2026-2027).

O1. AE25.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el análisis de la incidencia de la mortalidad prematura por tipos de cáncer prioritarios (mama, cérvix, colorrectal, estómago)
<b>Definición conceptual</b>	<p>Los eventos de cáncer que se han priorizado para el trabajo en el país de forma que se pueda dar una disminución en la incidencia son cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago y cáncer colorrectal.</p> <p>Estos se analizan en los grupos de edad de 30 a 69 años, siendo la mortalidad prematura sobre lo que se quiere trabajar.</p> <p>Estos eventos deben ser atendidos a fin de identificarlos desde sus inicios para dar el tratamiento adecuado y evitar la mortalidad prematura por estos eventos.</p> <p>El análisis se realiza a partir de los datos de al menos cinco años, el INEC es el rector de estos datos y por tanto los emite al final del año siguiente a su ocurrencia, de esta forma los datos de mortalidad del año 2024 estarán finalizados, en</p>

		octubre-noviembre de 2025, por lo que las mediciones se harán hacia el año siguiente, además se debe medir varios planes en conjunto por lo que se hará una medición en 2028 de los años (2023-2027)
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PA = \frac{EA}{EP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PA: porcentaje de avance para cada año, según su cumplimiento. EA: eventos analizados por año (C53-C50-C16-C18, C20) EP: eventos programados *100  Tipos de cáncer: cáncer de cérvix (C53), mama (C50), estómago (C16) y colon (C18), cáncer de recto (C20) Grupo etario: 30-69 años
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		La medición del porcentaje de análisis permite determinar que los eventos priorizados en cáncer se analicen en su totalidad a fin de obtener el dato necesario para la toma de decisiones, pero también para determinar si los planes y estrategias implementados están generando un cambio e la población y la mortalidad de estas personas.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2018-2022: 100%
<b>Meta</b>		2024-2028: 100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		C.26

<b>Comentarios generales</b>	<p>Los datos para medir incluyen el 2023 y hasta 2027 ya que se mide cada 5 años, por lo que la información se obtendrá de este quinquenio, el resultado se ofrece al año siguiente, es decir en 2028.</p> <p>INEC establece que el análisis de la mortalidad se da hacia el año siguiente debido a la forma en que ellos deben analizar los datos, de esta forma el Ministerio de Salud tiene disponibles estos datos de igual forma que el resto de los interesados, hasta el año siguiente.</p>
------------------------------	--

O1.AE26.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del Plan Estratégico Nacional de VIH en el periodo 2024-2028
<b>Definición conceptual</b>	<p>El Plan Estratégico Nacional de VIH 2024-2027 es un instrumento de planificación que tiene como objetivo contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo de vida, a través del fortalecimiento de la promoción de la salud, la prevención y la gestión integral de la respuesta nacional coordinada y sostenible con relación al VIH, con especial atención en las personas con VIH y las poblaciones clave durante el período 2024-2027, para reducir las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas al sida en Costa Rica.</p> <p>Se organiza en tres ejes estratégicos: Eje 1. Gobernanza y coordinación de la respuesta nacional, Eje 2. Reducción de nuevas infecciones y atención integral para las personas con VIH y el Eje 3. Reducción de desigualdades y garantía de entornos de discriminación y violencia, con indicadores que reflejan el efecto que tiene la implementación del Plan sobre la calidad de vida de las personas con VIH y las poblaciones claves. Adicionalmente, incluye un Plan de Acción que se operacionaliza en acciones estratégicas e indicadores de insumo, actividades y productos, así como los actores responsables para su ejecución.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{A1 + A2 + A3 + \dots}{TA} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance A: avances realizados. TA: total de avances



<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Mide el porcentaje de avance del Plan Estratégico Nacional de VIH 2024-2027 conforme se van completando las acciones estratégicas establecidas para cada año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0	
<b>Meta</b>	Período: 2024-2028: 100% 2024: 10% Ejecución 2025: 20% Ejecución y seguimiento del plan 2026: 20% Ejecución y seguimiento del plan 2027: 20% Ejecución y seguimiento del plan 2028: 30% Evaluación del plan	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo mediante un Informe anual de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de CONASIDA	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C26, D38 y D39.	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O1. AE27.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en las fases del proceso de la investigación por mortalidad en VIH-Sida
<b>Definición conceptual</b>	<p>Este indicador se utiliza para medir el grado de avance en el diseño y la implementación de las cinco fases que conforman el proceso de investigación de la mortalidad relacionada con el VIH, con el objetivo de mejorar la calidad de los datos sobre las muertes relacionadas con el VIH-Sida.</p> <p>La investigación en mortalidad tiene como finalidad identificar y corregir demoras, retrasos, subestimaciones o clasificaciones incorrectas de las</p>

	<p>causas de muerte relacionadas con el VIH en el país. Además, busca generar información relevante para comprender mejor la epidemia, como perfiles de las personas fallecidas con variables como sexo, ubicación geográfica, edad.</p> <p>El proceso de estudio implica, además, establecer criterios técnicos para garantizar la calidad de los datos a recopilar en años posteriores, y se capacita al personal correspondiente para aplicar estos criterios. De esta manera, se busca mejorar la precisión y confiabilidad de la información sobre mortalidad relacionada con el VIH, lo que a su vez permite tomar decisiones más informadas en la prevención y el manejo de la enfermedad.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{EAI} + \text{EAII} + \text{EAIII} + \text{EAIV} + \text{EAV} + \text{ISR}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula de cálculo</b>	<p><math>\Sigma</math>: sumatoria del porcentaje de avance para cada fase, según su cumplimiento.</p> <p>EA: etapa de avance</p> <p>ISR: implementación y seguimiento del reporte</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Para el periodo X se logró un avance del “X%” en la implementación del estudio.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	VIH
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	<p>2024-2025:100%</p> <p>2024:50%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase I. Diseño del protocolo de investigación 10%</li> <li>• Fase II. Revisión y depuración de base de datos 20%</li> <li>• Fase III. Análisis de datos y elaboración del reporte 20%</li> </ul> <p>2025:50%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase IV. Establecimiento de los aspectos técnicos para mejorar la calidad de los datos en los años posteriores al estudio 20%</li> <li>• Fase V. Capacitación 10%</li> <li>• Implementación y seguimiento al reporte del dato 20%</li> </ul>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología y Dirección de Planificación Unidad de Planificación Sectorial y Servicios de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D3
<b>Comentarios generales</b>	<p>Periodo de la investigación 2015-2022</p> <p>Fases del estudio: Deben definirse. Un ejemplo es el siguiente:  Fase 1. Diseño del protocolo de investigación (10%)  Fase 2. Revisión y depuración de base de datos (20%)  Fase 3. Análisis de datos y elaboración del reporte (20%)  Fase 4. Establecimiento de los aspectos técnicos para mejorar la calidad de los datos en los años posteriores al estudio (20%)  Fase 5. Capacitación (10%)</p> <p>Implementación y seguimiento al reporte del dato (20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La proyección de presupuesto incluye el salario del funcionario de DVS, y una capacitación para 60 personas para Fase V en el 2025. No incluye proyección salarial de los otros funcionarios.</li> </ul> <p>Implementan: Dirección de Vigilancia de la Salud, Dirección de Servicios de Salud y Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial, Servicios de Salud del Ministerio de Salud.</p> <p>Corresponsables: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Caja Costarricense del Seguro Social e Instituto Nacional de Segura</p>

O1.AE28.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de embarazadas seropositivas para sífilis que reciben tratamiento oportuno y adecuado.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Porcentaje de embarazadas seropositivas para sífilis que reciben atención en la consulta externa de primera vez a quienes se les brinda tratamiento oportuno y adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazadas seropositivas para sífilis: mujeres desde el momento de la concepción hasta las 42 semanas de gestión con una prueba de laboratorio</li> </ul>

	<p>clínico de serología VDRL positiva o reactiva (independientemente de las titulaciones).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento oportuno y adecuado: administración por vía intramuscular de 2,4 millones penicilina g benzatínica en los primeros 10 días hábiles a partir de la fecha de ingreso del reporte de la serología VDRL positivo, según sea el caso (Anexo 1).</li> </ul> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de primera vez en el embarazo (medicina general, enfermería, ginecología, medicina familiar): población de mujeres desde el momento de la concepción hasta las 42 semanas de gestación con FPP válida para el periodo, independientemente del año de inicio el control.</li> <li>• Consultas de primera vez en el embarazo con diagnóstico presuntivo de sífilis (medicina general, enfermería, ginecología, medicina familiar): población de mujeres desde el momento de la concepción hasta las 42 semanas de gestación con FPP para el periodo, independientemente del año de inicio el control.</li> </ul> <p>Para el cálculo de la FPP se utiliza la Regla de Naegle que suma siete días a la fecha de última regla (FUR) y le resta tres meses, cuando no exista evidencia del registro de la fecha de parto válida en el apartado posparto ítem captación temprana del expediente digital único en salud (EDUS) está entre 0 a 42 días.</p> <p>La FUR se considera válida cuando la diferencia entre la fecha de consulta de primera vez en el embarazo y la fecha de última regla (FUR) registrada en el apartado control prenatal ítem datos embarazo del expediente digital único en salud (EDUS) está entre una a 42 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio clínico: serología para VDRL reportada como positiva o reactiva (independientemente de las titulaciones) en el periodo, con una fecha de realización 10 días hábiles previos a la fecha de corte del periodo de evaluación.</li> </ul> <p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No aplica.</li> </ul>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NESPS}{NESFPP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje          NESPS: número de embarazadas seropositivas para sífilis que reciben tratamiento oportuno y adecuado en el periodo</p>

		NESFPP: número de embarazadas seropositiva con Fecha Probable de Parto para el periodo
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de embarazadas seropositivas para sífilis que reciben atención en la consulta externa de primera vez a quienes se les brinda tratamiento oportuno y adecuado
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Salud materno infantil
<b>Línea base</b>		2023: 79%
<b>Meta</b>		2024-2027 100% 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		<p>Reporte de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención (anual y monitoreo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención (anual).</li> </ul> <p>Expediente Digital Único en Salud (Cubo DCSS EPSS Perinatal):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>consultas de primera vez en el embarazo por código CIE-10: Z321. Embarazo confirmado, Z33. Estado de embarazo incidental, Z34. Supervisión de embarazo normal, Z35. Supervisión de embarazo de alto riesgo, Z640. Problemas relacionados con embarazo no deseado, O300. Embarazo doble, O308. Otros embarazos múltiples y O309. Embarazo múltiple, no especificado.</li> <li>Consultas de primera vez en el embarazo con diagnóstico presuntivo por sífilis por código CIE-10: A50 Sífilis congénita. A51 Sífilis precoz. A52 Sífilis tardía. A53 Otras sífilis y las no específicas. O981 Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio. R762 Falso positivo en la prueba serológica para sífilis. Z369 Pesquisa prenatal, sin otra especificación. Z224 Portador de agentes de enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual.</li> <li>Consultas de primera vez de mujeres en el periodo posnatal por códigos CIE-10: Z390. Atención y examen inmediatamente después del parto, Z391. Atención y examen de madre en periodo de lactancia, Z392.</li> </ul>

	<p>Seguimiento postparto de rutina, Z370. Nacido vivo único, Z379. Producto de parto no específico, O800. Parto único espontáneo presentación cefálica de vértice, O03. Aborto espontáneo, O04. Aborto médico, O05. Otro aborto, O06. Aborto no especificado, O021 Aborto retenido y O60 Parto prematuro.</p> <p>Sistema integrado de laboratorio clínico y LabCore®:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio clínico realizadas en el periodo: serología para VDRL.</li> </ul> <p>Expediente Digital Único en Salud (Cubo DCSS EPSS Perinatal):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio clínico registradas en el énfasis correspondiente con fecha y resultado del periodo: serología para VDRL.</li> </ul>
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	<p>Registro Administrativo</p> <p>Reporte de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención (anual y monitoreo).</p> <p>Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención (anual).</p>
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D.38 D.39 D.40
<b>Comentarios generales</b>	<p>En cuanto al tema de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) es prematuro colocar indicadores ya se requiere de los datos que se obtendrán de la nueva Encuesta de Seroprevalencia la cual inicia este mes de febrero y termina en julio de este año. Ese proceso está liderado por el Ministerio de Salud. Además, se requiere del uso de un software para el cálculo de la demanda de la PrEP que será suministrado por OPS.</p>

### O1. AE29.I1

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el desarrollo del Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas

<p><b>Definición conceptual</b></p>	<p>Plan de salud: instrumento de política sanitaria, que, en el marco de los objetivos del sistema sanitario, establece las orientaciones del sistema, identifica los problemas y necesidades prioritarias, define las áreas de actuación y orienta las estrategias de intervención.</p> <p>El modelo considerado más apropiado de plan de salud es el que establece vínculos de interacción de la organización con su entorno. La planificación que no tiene en cuenta las necesidades de la población, sino que solo tiene en cuenta los recursos, está orientada al fracaso. En este sentido, la OMS recomendó la realización de planes de salud orientados hacia la salud de la población, comprendiendo todas las aproximaciones dirigidas a promocionar la salud, a mejorar la igualdad y a acrecentar la eficacia práctica y económica, así como la calidad de los servicios sanitarios. (Benaque Vidal, España, 2013)</p> <p>Pueblos indígenas. Se entenderá por pueblos indígenas, como aquellos colectivos constituidos por personas indígenas, descendientes directos de las civilizaciones precolombinas con identidad propia y cuyas condiciones sociales, culturales, económicas, espirituales y políticas, les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional. Los pueblos indígenas están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o bien por una legislación especial y, a su vez, conservan la totalidad o parte de sus propias instituciones sociales, económicas, espirituales, culturales y políticas. (Mecanismo General de Consulta a Pueblos Indígenas, Decreto 40932-MP-MJP)</p>	
<p><b>Fórmula de cálculo</b></p>	$PA = \frac{EPI}{TEP} \times 100$	
<p><b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b></p>	<p>PA: porcentaje de avance EPI: etapa del plan implementada TEP: total de etapas del plan</p>	
<p><b>Unidad de medida</b></p>	<p>Porcentaje</p>	
<p><b>Interpretación</b></p>	<p>Porcentaje que registra el avance en la aplicación de las etapas elaboración o implementación del Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas al 2028</p>	
<p><b>Desagregación</b></p>	<p><b>Geográfica</b></p>	<p>Nacional</p>
	<p><b>Temática</b></p>	<p>Atención de la Salud de las personas indígenas</p>

<b>Línea base</b>	ND
<b>Meta</b>	2024-2028:55% 2024: 15% (Ajuste de propuesta para iniciar consulta a Territorios Indígenas) 2025: 10% (finaliza consulta en Territorios Indígenas, ajuste de propuesta partir de recomendaciones sugeridas de Territorios Indígenas) 2026: 10% (publicación, oficialización, divulgación, inicio de la implementación) 2027: 10% (implementación y seguimiento) 2028: 10% (implementación y seguimiento)
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Unidad de Planificación Sectorial/Dirección de Planificación/ Ministerio de Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	1.1.4 3.3.8
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	H.86 H.87 H.88. H.89 H.90 H.91
<b>Comentarios generales</b>	Esta Ficha del Indicador para el Plan de Acción, se corresponde con el indicador 1.3 1.3 <i>Índice de cobertura a servicios esenciales</i> de la Política Nacional de Salud.

## Eje 2: Investigación y gestión del conocimiento

O2.AE1.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de proyectos de innovación o de investigación biomédicos y no biomédicos gestionados, que contribuyan al mejoramiento de los servicios y atención de las personas.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Proyecto de Innovación:</b> Proyecto generador de valor público en busca de beneficiar, impactar y mejorar la experiencia de los usuarios en respuesta a sus necesidades, mediante la creación de productos, servicios y procesos nuevos o



		<p>reformados. Así también, se entiende como la reproducción de nuevas ideas, conceptos, productos, servicios y prácticas aplicables al desarrollo organizacional y al incremento de la productividad.</p> <p><b>Proyecto de Investigación:</b> son proyectos que se realizan mediante la aplicación de métodos, técnicas y principios al desarrollo del conocimiento generalizable, basado en principios éticos y científicos universalmente aceptados. Se sustenta en el método científico cuyas aplicaciones particulares pueden ser contrastadas y factibles de comprobar por otros investigadores en casos similares. En el contexto de la Caja el conocimiento constituye un activo de suma importancia, que debe potenciarse mediante la realización de actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático, priorizando en la ejecución de aquellas que de forma directa contribuyan en el desarrollo y mejora continua de los servicios prestados a la población.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PP = \frac{CPT}{CPR} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PP: porcentaje de proyectos CPT: cantidad de proyectos en trámite CPR: cantidad de proyectos recibidos
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de proyectos de investigación e innovación biomédicos gestionados por cada investigación biomédica presentada en el Área Gestión de la Investigación en el año.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2023: 90%
<b>Meta</b>		2024-2027:100% 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Oficina del Área Gestión de la Investigación
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo

<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	El desarrollo de los proyectos de investigación biomédica que se gestionan corresponde, a los de interés presentados por los investigadores de las diferentes unidades.

O2.AE2.I1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones planificadas realizadas para el impulso y la atención del proceso de investigación e innovación en la C.C.S.S.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Promover el desarrollo de la investigación y la innovación para contribuir en el mejoramiento de la salud de CR.</p> <p>Dentro de las acciones planificadas se considera realizar campañas de divulgación en el tema de investigación e innovación (visitas a unidades ejecutora, comunicaciones por web, divulgación de información por medio de herramientas como telegram, fortalecimiento de cultura de investigaciones (mediante sesiones de trabajo, asesorías, seguimiento de investigaciones), Alianzas estratégicas en temas de investigación e innovación (reuniones y oficios entre CCSS y centros), atención de comisiones ( sesiones de Trabajo) y atención de seguimiento administrativo a las investigaciones.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{CAR}{CAE} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje CAR: cantidad de acciones realizadas CAE: cantidad de acciones establecidas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de acciones realizadas para instaurar la innovación e investigación como agentes de cambio y mejora continua en la gestión y en la prestación de servicios.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación e innovación
<b>Línea base</b>	2023: 90%	

<b>Meta</b>	2024-2027:100% 2024: 100% 2025:100% 2026:100% 2027:100%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Oficina del Área Gestión de la Investigación
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Dependerá de tipo de acciones que se realicen para instaurar la innovación y la investigación.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Las acciones que se realicen dependerán de la cantidad de los proyectos de investigación e innovación que se gestionan.

O2.AE3.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de protocolos registrados para la investigación biomédica que requieren inscripción durante año.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Protocolo:</b> documento que describe la hipótesis, el objetivo o los objetivos, el diseño, la metodología, las consideraciones estadísticas y la organización de un estudio. También, proporciona los antecedentes, los fundamentos y la justificación del estudio.</p> <p><b>Protocolo registrado:</b> es el protocolo que cumple con lo solicitado en la Ley N°9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica” y su reglamento.</p> <p>Investigación biomédica: un tipo de actividad diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable en materia de salud en seres humanos. Puede ser observacional, epidemiológica, o no intervencional o experimental, clínica o intervencional. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación se entenderá como investigación biomédica con seres humanos en materia de salud.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma$ : PR1+PR2+PR3+...

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumativa de protocolos registrados por mes Enero: 2 + Febrero: 2 + Marzo: 2 + Abril: 2 + Mayo: 2 + Junio: 2 + Julio: 12 + Agosto: 11 + Setiembre: 11 + Octubre: 11 + Noviembre: 11 + Diciembre: 11 = 109	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Suma del número de protocolos registrados por mes para obtener un total de protocolos sumados al año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación Biomédica
<b>Línea base</b>	2023: Número total de protocolos registrados: 109	
<b>Meta</b>	2024-2028: 400	
	2024: 80	
	2025: 80	
	2026: 80	
	2027: 80	
	2028: 80	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1	
	3.b.2	
	3.b.3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	La meta para alcanzar por año se calcula por debajo de la línea base debido a que el CONIS suele presentar un patrón de movilidad laboral, por lo tanto, se presenta el número promedio programado por año.	

O2.AE4.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de inspecciones realizadas al año a los integrantes del Sistema Nacional de investigación Biomédica (SNIB).
<b>Definición conceptual</b>	<b>Investigación biomédica:</b> un tipo de actividad diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable en materia de salud en seres humanos. Puede ser observacional, epidemiológica, o no intervencional o experimental,

	<p>clínica o intervencional. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación se entenderá como investigación biomédica con seres humanos en materia de salud.</p> <p><b>Inspecciones:</b> actividad de control de los productos, las instalaciones, los procesos y los servicios con la finalidad de comprobar el grado de cumplimiento de los requisitos obligatorios o voluntarios que les sean de aplicación.</p> <p><b>Inspecciones del CONIS:</b> según la Ley N°9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica” en el artículo 43 y 44 al CONIS le corresponde realizar inspecciones al SNIB con la finalidad de verificar que se cumplan los requisitos establecidos en esta ley.</p> <p><b>Sistema Nacional de investigación Biomédica (SNIB):</b> tanto el CONIS como toda entidad pública o privada que realice investigación biomédica como el Comité Ético Científico (CEC), las Organizaciones de Investigación por Contrato (OIC), y las Organizaciones de Administración por Contrato (OAC), investigadores independientes e instituciones que imparten el curso de Buenas Prácticas en Investigación Biomédica forman parte del Sistema Nacional de Investigación Biomédica (SNIB).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma: PR1+PR2+PR3+...$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumativa de inspecciones realizadas por mes Enero: 2 + Febrero: 2 + Marzo: 2 + Abril: 2 + Mayo: 2 + Junio: 2 + Julio: 2 + Agosto: 3 + Setiembre: 3 + Octubre: 3 + Noviembre: 3 + Diciembre: 2 = 28	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Suma del número de inspecciones realizadas por mes para obtener un total de inspecciones sumadas al año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación Biomédica
<b>Línea base</b>	2023: Número total de inspecciones: 28	
<b>Meta</b>	2024-2028: 110	
	2024: 22	
	2025: 22	
	2026: 22	
	2027: 22	
	2028: 22	

<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1 3.b.2 3.b.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	La meta para alcanzar por año se calcula por debajo de la línea base debido a que el CONIS suele presentar un patrón de movilidad laboral, por lo tanto, se presenta el número promedio programado por año.

O2.AE5.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de solicitudes tramitadas de importación de medicamentos, equipo y material para la investigación biomédica tramitadas al año.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Investigación biomédica:</b> un tipo de actividad diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable en materia de salud en seres humanos. Puede ser observacional, epidemiológica, o no intervencional o experimental, clínica o intervencional. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación se entenderá como investigación biomédica con seres humanos en materia de salud.</p> <p><b>Importación de materiales:</b> la importación es la compra de bienes o servicios a un país extranjero para su utilización en territorio nacional.</p> <p><b>Medicamento:</b> toda sustancia o productos naturales, sintéticos o semi-sintéticos y toda mezcla de esas sustancias o productos que se utilicen para el diagnóstico, prevención o tratamiento y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de estos y para el establecimiento o modificación de funciones orgánicas en las personas.</p> <p><b>Equipo y material biomédico (EMB):</b> es cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro</p>

		artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con alguno de los siguientes fines: diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad; diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia; investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico; o regulación de la concepción. Siempre que el producto no ejerza su acción principal por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, aun cuando puedan contribuir a estos medios.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\Sigma: PR1+PR2+PR3+...$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		$\Sigma$ : sumativa de solicitudes tramitadas por mes Enero: 43 + Febrero: 43 + Marzo: 43 + Abril: 43 + Mayo: 43 + Junio: 44 + Julio: 74 + Agosto: 74 + Setiembre: 75 + Octubre: 75 + Noviembre: 75 + Diciembre: 75 = 707
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Suma del número de solicitudes de importación tramitadas por mes para obtener un total de solicitudes sumadas al año.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación Biomédica
<b>Línea base</b>		2023: Número total de solicitudes de importación: 707
<b>Meta</b>		2024-2028: 2000 2024: 400 2025: 400 2026: 400 2027: 400 2028: 400
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.8.1 3.b.2 3.b.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		No aplica

<b>Comentarios generales</b>	La meta para alcanzar por año se calcula por debajo de la línea base debido a que el CONIS suele presentar un patrón de movilidad laboral, por lo tanto, se presenta el número promedio programado por año.
<b>02.AE6.I1.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Número de acreditaciones de investigadores aprobadas al año de los integrantes del Sistema Nacional de Investigación Biomédica (SNIB).
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Investigación biomédica:</b> un tipo de actividad diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable en materia de salud en seres humanos. Puede ser observacional, epidemiológica, o no intervencional o experimental, clínica o intervencional. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación se entenderá como investigación biomédica con seres humanos en materia de salud.</p> <p><b>Acreditación:</b> una acreditación es un documento que brinda testimonio del estatus o la posición de un individuo para asumir un cargo o desarrollar una función.</p> <p><b>Acreditación de investigadores:</b> persona que ejerce una profesión reconocida en el Estado costarricense, acreditado por el CONIS para realizar investigación biomédica, dada su formación científica. El investigador es responsable de la realización de la investigación. Si es un equipo el que realiza el estudio en un centro, al investigador responsable del equipo se le denominará investigador principal.</p> <p><b>Sistema Nacional de investigación Biomédica (SNIB):</b> tanto el CONIS como toda entidad pública o privada que realice investigación biomédica como el Comité Ético Científico (CEC), las Organizaciones de Investigación por Contrato (OIC), y las Organizaciones de Administración por Contrato (OAC), investigadores independientes e instituciones que imparten el curso de Buenas Prácticas en Investigación Biomédica forman parte del Sistema Nacional de Investigación Biomédica (SNIB).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma: PR1+PR2+PR3+...$



<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Σ: sumativa de acreditaciones aprobadas por mes Enero: 50 + Febrero: 50 + Marzo: 50 + Abril: 50 + Mayo: 49 + Junio: 49 + Julio: 43 + Agosto: 43 + Setiembre: 43 + Octubre: 43 + Noviembre: 43 + Diciembre: 43 = 556	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Suma del número de acreditaciones aprobadas de los integrantes por mes para obtener un total de acreditaciones sumadas al año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación Biomédica
<b>Línea base</b>	2023: Número total de acreditaciones de los integrantes: 556	
<b>Meta</b>	2024-2028: 2500	
	2024: 500	
	2025: 500	
	2026: 500	
	2027: 500	
2028: 500		
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8.1	
	3.b.2	
	3.b.3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	La meta para alcanzar por año se calcula por debajo de la línea base debido a que el CONIS suele presentar un patrón de movilidad laboral, por lo tanto, se presenta el número promedio programado por año.	

O2.AE7.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la elaboración e implementación de las Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

<b>Definición conceptual</b>	<b>Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Tecnologías en Salud:</b> documento donde se acuerdan las prioridades y se prioriza la incorporación de las necesidades de las poblaciones vulnerables, con participación multidisciplinaria e intersectorial, para garantizar su implementación, seguimiento y evaluación.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{PP}{PT} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PP: porcentaje programado PT: porcentaje total	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Avance de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Tecnologías en Salud.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Investigación, innovación y desarrollo tecnológico en salud
<b>Línea base</b>	2023: 1 Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010	
<b>Meta</b>	2024-2028: 45% 2024: 20% (elaboración- Validación) 2025: 5% (oficialización-socialización) 2026: 5% (implementación) 2027: 5% (implementación) 2028: 10% (implementación)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud · Unidad de Tecnologías en Salud · Unidad de Investigaciones en Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

### Eje 3: Vigilancia de la Salud

03.AE1.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de informes interactivos de la vigilancia genómica del virus Dengue publicados en sitio web.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Informes Interactivos:</b> informes que muestran datos de rendimiento y superposición para características y segmentos. Permiten a los usuarios interactuar con los datos.</p> <p><b>Vigilancia genómica:</b> proceso continuo de monitoreo y análisis de la composición genética de un organismo.</p> <p><b>Dengue:</b> enfermedad viral transmitida principalmente por mosquitos del género <i>Aedes aegypti</i>.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{NIVGD}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	IVGD: Informes interactivos de la vigilancia genómica del virus del Dengue en sitio web. $\Sigma$ : Sumatoria	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de informes interactivos de la vigilancia genómica del virus Dengue que fueron publicados en sitio web.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Dengue
<b>Línea base</b>	N/D	
<b>Meta</b>	2024: 1 informe	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INCIENSA. Sitio web.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O3.AE2.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el Eje transversal: Comunicación y Planificación de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales (EGI).	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Cambio conductual:</b> es un proceso en el que las personas avanzan a través de varias etapas de aprendizaje, información, concientización e implementación de las medidas propuestas, es necesario adaptar cada mensaje y su método de transmisión al contexto de la conducta que se busca modificar. Es por esta razón, que la comunicación para el cambio conductual fortalece el comportamiento del ciudadano en materias de prevención y alerta.</p> <p><b>Comunicación:</b> la comunicación es un proceso que consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor.</p> <p><b>EGI:</b> Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = \frac{AD}{AP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	AD: acciones desarrolladas AP: acciones planificadas PA: multiplicado	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El porcentaje de avance del eje transversal se va medir con las acciones que se desarrollen sobre las que se planifiquen	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 15%	
<b>Meta</b>	2024: 15% (comunicados prensa + metodología del diagnóstico) 2025: 15% (comunicados prensa + espacio formativo) 2026: 5% (comunicados prensa) 2027: 5% (comunicados prensa) 2028: 5% (comunicados prensa)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informe de avance	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Los comunicados de prensa podrán ser elaborados entre el equipo de la unidad de comunicación y el equipo de la unidad de planificación sectorial

O3.AE3.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del desarrollo de la norma para la atención de la arbovirosis como parte del componente de atención al paciente de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y control de las enfermedades arbovirales.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La regulación de los servicios de salud corresponde a aquellos instrumentos de carácter normativo que garantizan una atención en salud con criterios básicos de calidad.</p> <p>La evaluación corresponde a la medición y rendimiento sobre los instrumentos normativos y sus indicadores de seguimiento para el aseguramiento de los criterios básicos de calidad. La evaluación posterior de los servicios de salud, por parte de las Áreas Rectoras de Salud, permiten no solo obtener un dato numérico sobre su grado de implementación, sino que ayudará a detectar, primordialmente, las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en el abordaje de eventos en salud o patologías específicas, diagnóstico estructural en aspectos como planta física, recurso humano, materiales y equipo, entre otros, lo que conlleva a la elaboración de planes remediales tendientes a la mejora continua de los servicios de salud.</p> <p>En el desarrollo de una norma comprenden las fases del ciclo de vida de una normativa como la elaboración, seguimiento, evaluación y su actualización.</p> <p>La norma por elaborar corresponde a la atención de las personas con sospecha y diagnóstico de las enfermedades arbovirales o arbovirosis desde los</p>

		servicios de salud. Las enfermedades arbovirales comprenden a aquellas infecciones virales causadas por virus transmitidos por artrópodos, como la enfermedad del dengue o la malaria.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PA = \frac{PNEE}{PNEP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PA: porcentaje de avance PNEE: es el Peso de avance acorde a las etapas ejecutadas en el desarrollo del proyecto normativo en la atención de la arbovirosis en un período determinado. PNEP: es el Peso de avance acorde a las etapas programadas en el desarrollo del proyecto normativo en la atención de la arbovirosis un período determinado.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance en el desarrollo de la norma para la atención de la arbovirosis en relación con el total planificado. Este indicador es útil para evaluar el estado y el ritmo de avance del ciclo de vida de la normativa.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Regulación de los Servicios de Salud
<b>Línea base</b>		0
<b>Meta</b>		2024-2028: 40% 2024: 0% 2025: 25%, Elaboración de la norma 2026: 5%, Oficialización de la norma 2027: 5%, Seguimiento de la norma 2028: 5%, Seguimiento de la norma
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Oficios de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud y la Dirección de Servicios de Salud de emisión del proyecto normativo a autoridades.
		Decreto Ejecutivo que oficializa la norma publicada en el Diario Oficial La Gaceta.
		Registros administrativos de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, Dirección de Servicios de Salud (Informes anuales nacionales del seguimiento a la implementación, Informe de evaluación de la norma)
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		N/A

<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Contribuye al Eje 3: 3.1 Porcentaje de letalidad de la población por dengue. Lo que es asociado al Dengue plasmarlo en el EJE 3  La norma como tal, está para evaluarse y actualizarse en el período 2030 y 2031, por lo que el proyecto de desarrollo de esta norma se extiende hasta el 2033.

O3.AE4.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Total, de establecimientos de salud con microscopistas capacitados en diagnóstico de malaria en zonas de riesgo (Huetar Norte, Huetar Caribe, Brunca y Pacífico Central).	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Malaria:</b> enfermedad causada por un parásito <i>Plasmodium</i> , el cual es transmitido por la picadura de un mosquito infectado.  <b>Zonas de riesgo:</b> se refiere a la estratificación del riesgo de malaria nacional según ubicación de focos activos	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{ESMC}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	ESMC: Total de establecimientos de salud con microscopistas capacitados en diagnóstico de malaria. $\Sigma$ : Sumatoria.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de establecimientos de salud en zonas de riesgo que capacitaron microscopistas en diagnóstico de malaria.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Malaria.
<b>Línea base</b>	2023: 30 establecimientos de salud.	
<b>Meta</b>	2024-2026: 47 establecimientos de salud 2024: 35 establecimientos de salud. 2025: 40 establecimientos de salud. 2026: 47 establecimientos de salud.	

<b>Periodicidad</b>	Trienal.
<b>Fuente de información</b>	INCIENSA. Registros de capacitación.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Se deja solo una meta al 2024 ya que el informe se actualiza de forma automática para los años posteriores, ingresando los datos de forma continua.

O3. AE5.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de Casas visitadas
<b>Definición conceptual</b>	Visitas domiciliarias que realizan los inspectores de salud a nivel nacional, donde se realizan inspecciones por personal del PMICV para la eliminación de criaderos o su tratamiento con larvicidas y de brindan educación de prevención a las personas que habiten dicha vivienda.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = CVSE$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : Sumatoria. CVSE: Número de Casas visitadas por semana epidemiológica.
<b>Unidad de medida</b>	Número
<b>Interpretación</b>	Visitas efectivas realizadas por los inspectores de vectores para la eliminación de criaderos o su tratamiento con larvicidas, y brindan educación de prevención a las personas que habiten dicha vivienda.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> Nacional <b>Temática</b> Control de vectores
<b>Línea base</b>	2023: 600.000 casas
<b>Meta</b>	2024-2028: 630.000 2024: 606.000 2025: 612.000 2026: 618.000 2027: 624.000 2028: 630.000



<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informe de acciones de control vectorial
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE5.I2		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de depósitos eliminados o tratados	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Depósitos eliminados:</b> aquellos depósitos que mediante métodos físicos pierden su capacidad de almacenar agua y convertirse en un potencial criadero de larvas de zancudos transmisores de arbovirosis.</p> <p><b>Depósitos tratados:</b> aquellos depósitos que mediante la aplicación de larvicidas pierden su capacidad de almacenar agua y convertirse en un potencial criadero de larvas de zancudos transmisores de arbovirosis.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{DET}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria. DET: número de depósitos eliminados o tratados con larvicida	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Depósitos eliminados o tratados con larvicidas que realizan los inspectores de salud a nivel nacional durante la visita domiciliar.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Control de vectores
<b>Línea base</b>	2023: 3.000.000	
<b>Meta</b>	2024-2028:3.150.000 2024: 3.030.000 2025: 3.060.000 2026: 3.3090.000 2027: 3.120.000 2028: 3.150.000	

<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informe de acciones de control vectorial
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O3. AE5.I3.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de casas fumigadas	
<b>Definición conceptual</b>	Total, de casas fumigadas con equipo manual y pesado que realizan los inspectores de salud a nivel nacional	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = CFEM + CFEP$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : Sumatoria. CFEM: Número casas fumigadas con equipo manual CFEP: Número de casas fumigadas con equipo pesado	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de casas fumigadas con equipo manual y pesado por los inspectores de vectores, cada vivienda donde se realiza una fumigación disminuye la densidad vectorial y con esto la posibilidad de transmisión.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Control de vectores
<b>Línea base</b>	2023: 500.000 casas fumigadas	
<b>Meta</b>	2024-2028:525.000 2024: 505.000 2025: 510.000 2026: 515.000 2027: 520.000 2028: 525.000	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informe de acciones de control vectorial	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	Este indicador depende de la incidencia de casos de dengue y de los índices vectoriales

O3.AE6.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de colaboradores voluntarios (COL-VOL) activos.	
<b>Definición conceptual</b>	Se define como colaborador voluntario a la persona que vive en una localidad geográfica endémica por malaria, de acceso limitado a servicios de salud, que funge como un líder comunitario, se encuentra capacitado y autorizado por el Ministerio de Salud en las acciones de la eliminación de la malaria dentro de la Iniciativa Regional de la Eliminación de la Malaria (IREM) para que de manera no remunerada y sin una asociación o vínculo laboral, mantenga comunicación con las instancias de salud.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{ColVol}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria. ColVol: colaborador voluntario activo	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de Colaboradores Activos que brindan apoyo con acciones de detección, diagnóstico y tratamiento.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Malaria
<b>Línea base</b>	023: 198	
<b>Meta</b>	2024-2028:300 2024: 220 2025: 240 2026: 260 2027: 280 2028: 300	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Registro de pruebas diagnósticas de ColVol.	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

03.AE6.I2		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de supervisiones DTIR realizadas a establecimientos de salud en focos maláricos por semestre	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Supervisión:</b> Visita a establecimiento de salud y aplicación de un instrumento de supervisión para evaluar la adecuada implementación del DTIR.</p> <p><b>DTIR:</b> Estrategia de eliminación que busca el fortalecimiento de la vigilancia pasiva a través de la oportunidad en la detección, el diagnóstico, el tratamiento, la investigación y respuesta de casos. Establecimientos de Salud: Todo centro de salud de la CCSS y Ministerio de Salud que brinda servicios a la población.</p> <p><b>Foco Malárico:</b> Unidad Geográfica donde ha existido transmisión autóctona del parásito Plasmodium spp.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = SRESs1+ SRES2s+ SRES3s+...$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria SRES: supervisiones realizadas a establecimientos de salud por semestre.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de supervisiones realizadas a establecimientos de salud por semestre	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Regiones con focos maláricos.
	<b>Temática</b>	Supervisiones
<b>Línea base</b>	2023: 3	

<b>Meta</b>	2024 - 2028: 20 2024: 4 2025: 4 2026: 4 2027: 4 2028: 4
<b>Periodicidad</b>	Semestral
<b>Fuente de información</b>	Informes de supervisión
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	N/A
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O3. AE7.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de pruebas rápidas de malaria realizadas por personal de MIV a nivel de Área Rectora de Salud en focos maláricos.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La estrategia DTIR busca el acceso al diagnóstico de manera oportuna para recibir tratamiento. Desde los niveles operativos y gracias a la Directriz N° 066-S, se valida a los inspectores para realizar pruebas rápidas de malaria (PDR).</p> <p><b>Pruebas Rápidas de Malaria:</b> también conocidas como PDR, son pruebas diagnósticas basadas en el principio de inmunocromatografía, donde en la membrana basal existe un anticuerpo de captura de antígeno, que se une a un anticuerpo de detección y gracias a la acción de una enzima ligada se genera una reacción coloreada en una cintilla ante la presencia de la proteína HRP2, presente en infecciones por Plasmodium falciparum o Plasmodium vivax.</p> <p>La estrategia DTIR busca el acceso al diagnóstico de manera oportuna para recibir tratamiento. Desde los niveles operativos y gracias a la Directriz N° 066-S, se valida a los inspectores para realizar pruebas rápidas de malaria (PDR).</p>

		<b>MIV:</b> inspectores del servicio civil I e inspectores del servicio civil II que realizan acciones del Programa Manejo Integrado de Control de Vectores y Malaria. Área Rectora de Salud: nivel local operativo dentro de los 3 niveles de gestión del Ministerio de Salud de Costa Rica, que realiza actividades de rectoría de la salud, atención de denuncias, generación de órdenes sanitarias, actividades promoción de la salud, actividades de control de vectores, entre otras.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\Sigma = \text{PDR}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		$\Sigma$ : sumatoria PDR: prueba rápida de diagnóstico de malaria
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Cantidad de pruebas diagnósticas realizadas a las personas sospechosas en focos maláricos.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Diagnóstico por malaria
<b>Línea base</b>		2023: 28.000
<b>Meta</b>		2024 - 2028: 176.000 2024: 30.000 2025: 33.000 2026: 35.000 2027: 38.000 2028: 40.000
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Base de datos malaria. Dirección de Vigilancia.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		-

### O3.AE8.I1.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de casos de notificación obligatoria de los eventos de Salud Pública, notificados oportunamente. (entre ellos eventos vectoriales).

<p><b>Definición conceptual</b></p>	<p>Según lo establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud No. 45556-S, publicado en el Diario Oficial La Gaceta el 17 de julio del 2017, se categorizan los eventos de importancia de salud pública en los grupos A; B; C; D, grupos especiales y brotes en la que se define una temporalidad para la notificación según el grupo que se trate, con el fin de alertar al sistema de vigilancia epidemiológico nacional e institucional.</p> <p><b>Así en el Artículo 46°- De la verificación del cumplimiento con la notificación obligatoria indica:</b> “Los directores o responsables de los establecimientos de salud y otros mencionados en el artículo 32° de este reglamento, tienen la obligación de verificar que los funcionarios a su cargo cumplan, oportunamente, con la notificación de los eventos y riesgos de declaración obligatoria, cuando así les corresponda.”</p> <p>Para eventos se define oportunidad como la diferencia entre fecha de notificación menos la fecha de inicio de síntomas.</p> <p>En el caso de brotes la oportunidad se define desde que se declara y llega el primer informe preliminar. Tiempo estimado &lt; 24 horas reportado a nivel central.</p> <p>La fecha de inicio de síntomas varía según el evento. (Ej fecha inicio rash en enfermedades inmunoprevenibles como sarampión, fecha de inicio de la parálisis en las neurológicas como PFA, fecha del accidente, en los accidentes de tránsito o laborales, etc.). Para ello debe consultarse cada protocolo o lineamiento individual existente.</p> <p>De esta manera utilizando la escala Likert se categorizan de la siguiente manera</p> <p>0 a 70%= Deficiente  71 a 85%= Regular  86 a 94 %= Bueno  95 a 100%= Excelente</p> <p>En caso de brotes notificados oportunamente (BRO) = Los reportes de brotes reportados &lt;24h deben tener con informe preliminar entre el total de brotes reportados (BR).</p>
<p><b>Fórmula de cálculo</b></p>	$P = \frac{NCNO}{NCR} \times 100$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje NCNO: número de casos de notificación obligatoria de los eventos de Salud Pública, notificados oportunamente TCR: número de casos reportados	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Mayor o igual a 95% es definido como el porcentaje óptimo y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud y sus COLOVE, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de oportunidad nacional con la consolidación de la información como corresponde).
	<b>Temática</b>	Notificación obligatoria Vigilancia Epidemiológica
<b>Línea base</b>	2023: 95% a nivel nacional	
<b>Meta</b>	2024-2027: 95% 2024:95% 2025: 95% 2026: 95% 2027: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	SISVE El % de casos oportunos según evento y grupo lo reporta a nivel institucional La oportunidad nacional la brinda el MS	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Número de casos reportados en SISVE	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Dependiente de la disponibilidad de recurso humano local que permita la ampliación de las horas de trabajo en la Comisión Local de vigilancia y la disponibilidad de recurso humano que digite.	



### O3.AE8.I2.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de casos y brotes cerrados, según protocolo de vigilancia
<b>Definición conceptual</b>	<p>Según lo establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud No. 45556-S, publicado el en Diario Oficial La Gaceta el 17 de julio del 2017, se categorizan los eventos de importancia de salud pública en los A; B; C; D y los grupos especiales en la que se define una temporalidad para el cierre de casos según el grupo que se trate para que alerte al sistema de vigilancia epidemiológico nacional e institucional.</p> <p><b>Así en el Artículo 46°- De la verificación del cumplimiento con la notificación obligatoria indica:</b> indica: “Los directores o responsables de los establecimientos de salud y otros mencionados en el artículo 32° de este reglamento, tienen la obligación de verificar que los funcionarios a su cargo cumplan, oportunamente, con la notificación de los eventos y riesgos de declaración obligatoria, cuando así les corresponda.”</p> <p>El termino de cierre de casos se define como el análisis de la información recolectas proveniente de fichas de investigación de campo, exámenes de laboratorio en la que le permite al epidemiólogo clasificación final asignando el código de la CIE10, según clínica, nexo epidemiológico y laboratorio en confirmado, probable, descartado o se mantiene sospecho según el evento analizado.</p> <p>En el caso de brote cerrado, es cuando la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica cierra la investigación y realiza el informe final según formato establecido, en donde describe en tiempo lugar y persona la situación</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NCBCO}{TCN} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje</p> <p>NCBCO: número de casos y brotes cerrados oportunamente según protocolo de vigilancia (Confirmado, descartado o probable)</p> <p>TCN: total de casos notificados</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje

<b>Interpretación</b>	Mayor o igual a 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde).
	<b>Temática</b>	Notificaciones Vigilancia Epidemiológica
<b>Línea base</b>	2023: 85 %	
<b>Meta</b>	2024-2027: 95% 2024: 95% 2025: 95% 2026: 95% 2027: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Casos Notificados en SISVE El porcentaje institucional es aportado por la SAVE-CCSS La cobertura nacional es brindada por el MS	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Número de casos reportados en SISVE-CCSS	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Dependiente de la disponibilidad de recurso humano local que permita la ampliación de las horas de trabajo en la Comisión Local de vigilancia y la disponibilidad de recurso humano que digite.	

O3.AE9.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de establecimientos de salud con resultados satisfactorios en Programas de Ensayos de Aptitud (PEA) anuales de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
<b>Definición conceptual</b>	<b>Programa de Ensayos de Aptitud (PEA):</b> ensayos de aptitud diseñados y operados en una o más rondas para un área específica de ensayo, medida, calibración o inspección.  <b><i>Mycobacterium tuberculosis</i>:</b> bacteria aerobia estricta e intracelular patógena responsable de la mayor cantidad de casos de tuberculosis.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PESRS = \left( \frac{ESRS}{ESP} \right) \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PESRS= porcentaje de establecimientos de salud con resultados satisfactorios en Programa de Ensayos de Aptitud. ESRS= establecimientos de salud con resultados satisfactorios en Programa de Ensayos de Aptitud. ESP= establecimientos de salud que participaron en el Programa de Ensayos de Aptitud.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	Esta fórmula calcula el porcentaje de establecimientos de salud que obtuvieron resultados satisfactorios al participar en el Programa de Ensayos de Aptitud (PEA) de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> <b>Temática</b>
	Nacional. Tuberculosis.
<b>Línea base</b>	2023: 85 % de establecimientos de salud con resultados satisfactorios
<b>Meta</b>	2024- 2026: 97% establecimientos de salud con resultados satisfactorios 2024: 95% establecimientos de salud con resultados satisfactorios 2025: 95% establecimientos de salud con resultados satisfactorios 2026: 97% establecimientos de salud con resultados satisfactorios
<b>Periodicidad</b>	Trienal
<b>Fuente de información</b>	INCIENSA. Informes de Programas de Ensayos de Aptitud (PEA).
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE10.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100,000 habitantes	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Con la finalidad de reducir la carga de tuberculosis para 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas nacionales e internacionales, se implementa el proceso de vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis mediante el seguimiento de la tasa de incidencia.</p> <p>Se entiende por Incidencia de tuberculosis los casos nuevos de TB confirmados durante cada año calendario.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NCCT}{NPPA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	T: tasa NCCT: número de casos confirmados de tuberculosis NPPA: número de personas proyectadas en año de análisis	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa de incidencia por 100 mil habitantes	
<b>Interpretación</b>	Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en la población nacional en el periodo de tiempo específico	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Incidencia de tuberculosis
<b>Línea base</b>	2022: 8.6 por cada 100 mil habitantes	
<b>Meta</b>	2024-2028: 7.6 2024: 8.4 2025: 8.2 2026: 8 2027: 7.8 2028: 7.6	
<b>Periodicidad</b>	Anual	

<b>Fuente de información</b>	Numerador: número de casos según libro nacional de Tuberculosis (MS-CCSS) Denominador: proyecciones Poblacionales del INEC en año de análisis
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B. 7 C.19
<b>Comentarios generales</b>	-

O3. AE11.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de las etapas de implementación del plan de acción de tuberculosis
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador mide el progreso en la implementación del plan de acción de tuberculosis desglosado en diferentes etapas
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PA = C / T \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance C: número de etapas completadas en el período T: número total de etapas de implementación 2024 Etapa 1: 25% Aprobación y oficialización del plan 2024 Etapa 2: 25% Divulgación técnica del plan 2025-2028 Etapa 3: 25% Implementación del plan 2028-2028 Etapa 4: 25% Esta fórmula utiliza los símbolos C y T para denotar las variables relevantes y proporciona el porcentaje de avance en la implementación del plan de acción de tuberculosis por etapas
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	El indicador representa la proporción de etapas completadas con respecto al total de etapas planificadas en el plan de acción de tuberculosis. De esta forma, si el valor del indicador es del 50%, significa que la mitad de las etapas del plan de acción de tuberculosis se han completado hasta el momento. Este indicador es útil para evaluar el progreso y el cumplimiento de los hitos establecidos en el plan de acción de tuberculosis.

		Un mayor porcentaje de avance indica un progreso más significativo en la implementación del plan, mientras que un porcentaje más bajo puede indicar posibles retrasos o problemas en la ejecución del plan.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Tuberculosis
<b>Línea base</b>		2023: 0
<b>Meta</b>		2024-2028:75% 2024: Etapa 1: 25% Aprobación del plan 2024: Etapa 2: 25% Sensibilización del plan 2025-2028 Etapa 3: 25% Implementación del plan
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología. Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		-

O3.AE12.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa anual de casos sospechosos sarampión-rubéola por cada 100,000 habitantes
<b>Definición conceptual</b>	<p>Con el fin de mantener el fortalecimiento de la vigilancia y abordar el abordaje epidemiológico del Sarampión-Rubéola para la disminución de morbilidad y mejora de la calidad de vida de la población, se seguimiento mediante el seguimiento de la tasa de incidencia de sospechosos de Sarampión y Rubéola.</p> <p>El sarampión es una enfermedad vírica muy contagiosa que afecta sobre todo a los niños y se transmite por gotículas procedentes de la nariz, boca y faringe de las personas infectadas. Los síntomas iniciales, que suelen aparecer entre 8 y 12 días después de la infección, consisten en fiebre</p>

	<p>alta, rinorrea, inyección conjuntival y pequeñas manchas blancas en la cara interna de la mejilla. Varios días después aparece un exantema que comienza en la cara y cuello, y se va extendiendo gradualmente al resto del cuerpo. No hay tratamiento específico para el sarampión, y la mayoría de los pacientes se recuperan en 2 o 3 semanas. Sin embargo, el sarampión puede causar complicaciones graves, tales como ceguera, encefalitis, diarrea intensa, infecciones del oído y neumonía, sobre todo en niños malnutridos y pacientes inmunodeprimidos. El sarampión es una enfermedad prevenible mediante vacunación<sup>1</sup>. Se entiende por casos sospechosos: cualquier persona con sospecha de sarampión por la presencia de fiebre y rash<sup>2</sup>, según criterio del trabajador de Salud.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NCCSR}{NPPA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>T: tasa  NCCSR: número de casos confirmados de sarampión-rubéola  NPPA: número de personas proyectadas en año de análisis</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa de incidencia por 100 mil habitantes	
<b>Interpretación</b>	Comportamiento epidemiológico de los casos sospechosos de Sarampión-Rubéola en la población nacional en el periodo de tiempo específico	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Sarampión-rubéola
<b>Línea base</b>	2023: 2.5 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
<b>Meta</b>	2024: 2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
	2025: 2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
	2026: 2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
	2027: 2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
	2028: 2 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	
<b>Periodicidad</b>	Anual	

<b>Fuente de información</b>	Numerador: matriz consolidada de Casos Sospechosos de Sarampión-Rubéola a nivel nacional desde el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Vigente CCSS-MS Denominador: proyecciones Poblacionales del INEC en año de análisis
<b>Clasificación</b>	(X) Impacto. ( ) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7 C.19
<b>Comentarios generales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarampión - OPS/OMS   Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/es/temas/sarampion">https://www.paho.org/es/temas/sarampion</a></li> <li>2. Ministerio de Salud de Costa Rica, INCIENSA, Caja Costarricense de Seguro Social. PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA. 2015.</li> </ol>

O3.AE13.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de informes elaborados para el análisis del comportamiento epidemiológico de los casos sospechosos sarampión-rubéola
<b>Definición conceptual</b>	<p>Es el número de informes elaborados, para el análisis del comportamiento epidemiológico de los casos sospechosos de sarampión y rubéola por cada 100 000 habitantes del país, reportados al sistema de vigilancia de salud durante un año.</p> <p>El sarampión y la rubéola son enfermedades en eliminadas, es decir, son aquellas enfermedades en las que no se confirman casos en el país, en los últimos 12 meses o en varios años. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud evalúan al país considerando este indicador.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = IA_{2024} + IA_{2025} + IA_{2026} + IA_{2027} + IA_{2028}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria IA: informes anuales
<b>Unidad de medida</b>	Número



<b>Interpretación</b>	En Costa Rica se elaboró un informe para el análisis del comportamiento epidemiológico sarampión rubéola en un año
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> <b>Temática</b>
	Nacional
	Enfermedad inmunoprevenible
<b>Línea base</b>	2023: 1 - Un informe anual
<b>Meta</b>	2024-2028:5 2024:1 2025:1 2026:1 2027:1 2028:1
<b>Periodicidad</b>	Anualmente
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C-26.
<b>Comentarios generales</b>	La enfermedad del sarampión y la rubéola son enfermedades eliminadas, el último caso importado de sarampión se registró en el año 2019. La rubéola registró el último caso en el año 2001.

O3.AE14.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa anual de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) por cada 100,000 habitantes en menores de 15 años
<b>Definición conceptual</b>	<p>Con el fin de mantener el fortalecimiento de la vigilancia y abordaje epidemiológico del Polio para la disminución de morbilidad y mejora de la calidad de vida de la población, se seguimiento mediante el seguimiento de la tasa de incidencia de casos de Parálisis Flácida</p> <p>La poliomiélitis, o comúnmente llamada polio, es una enfermedad altamente contagiosa ocasionada por el virus de la poliomiélitis.</p>

	<p>La gran mayoría de las infecciones por poliovirus no producen síntomas, pero de 5 a 10 de cada 100 personas infectadas con este virus pueden presentar algunos síntomas similares a los de la gripe. En 1 de cada 200 casos el virus destruye partes del sistema nervioso, ocasionando la parálisis permanente en piernas o brazos. Aunque es muy raro, el virus puede atacar las partes del cerebro que ayudan a respirar, lo que puede causar la muerte.</p> <p>Aunque el último caso confirmado de poliomielitis por poliovirus salvaje en la Región de las Américas ocurrió en 1991, la amenaza continúa. A pesar de los esfuerzos para su erradicación, al momento, en algunos países de Asia, sigue habiendo niños con parálisis permanente debida a este virus. Por su riesgo de importación, el principal factor de riesgo para que los niños menores de 5 años adquieran esta enfermedad, son las bajas coberturas de vacunación<sup>1</sup>.</p> <p>Se entiende por caso sospechoso de PFA (parálisis flácida Aguda): es todo menor de 15 años de edad con cuadro de parálisis flácida aguda súbita de una o más extremidades atribuibles a cualquier causa excepto trauma o una persona de cualquier edad con diagnóstico sospechoso de Polio<sup>2</sup>.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NCPF}{NPPA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	T: tasa NCPF: número de casos de parálisis flácida NPPA: número de personas proyectadas en año de análisis	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa de incidencia por 100 mil habitantes	
<b>Interpretación</b>	Comportamiento epidemiológico de los casos de parálisis flácida en la población nacional en el periodo de tiempo específico	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Parálisis Flácida Aguda
<b>Línea base</b>	2023: 2,8 por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años.	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1 caso por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años. 2024: 1 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes 2025: 1 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes	

	2026: 1 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes 2027: 1 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes 2028: 1 casos sospechosos por cada 100 00 habitantes
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Numerador: matriz consolidada de Casos de Parálisis Flácida a nivel nacional desde el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Vigente CCSS-MS Denominador: proyecciones Poblacionales del INEC en año de análisis
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo n° de casos de parálisis flácida
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.b
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7
<b>Comentarios generales</b>	1. Poliomiélitis - OPS/OMS   Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/es/temas/poliomiélitis">https://www.paho.org/es/temas/poliomiélitis</a> 2. Ministerio de Salud. Protocolo de Vigilancia de Vigilancia Epidemiológica para Polio. 2015.

O3. AE15.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de informes elaborados para el análisis del comportamiento epidemiológico de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años.
<b>Definición conceptual</b>	Es el número de informes elaborados para el análisis del comportamiento epidemiológico de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en la población de menores de 15 años. Esta enfermedad fue eliminada desde el año 1973 en Costa Rica. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud evalúan al país tomando en consideración este indicador por tanto se debe realizar dicho informe.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = IA_{2024} + IA_{2025} + IA_{2026} + IA_{2027} + IA_{2028}$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria IA: informe anual

<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	En Costa Rica se elaboró un informe para el análisis del comportamiento epidemiológico sarampión rubéola en un año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Enfermedad inmunoprevenible
<b>Línea base</b>	2023:1	
<b>Meta</b>	2024-2028:5	
	2024: 1	
	2025: 1	
	2026: 1	
	2027: 1	
2028: 1		
<b>Periodicidad</b>	Anualmente	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología. Ministerio de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.26	
<b>Comentarios generales</b>	La enfermedad de la poliomielitis se considera eliminada desde 1973, año del último caso en Costa Rica. La vigilancia de la poliomielitis es por las parálisis flácidas agudas en menores de 15 años y se realiza debido a que en otros países existen casos de poliomielitis.	

O3.AE16.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra hepatitis B.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Salud Pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas. Ellas han sido la mejor herramienta en la prevención de las Enfermedades Inmunoprevenibles, así como un importante aporte a la equidad y por eso siguen siendo consideradas una de las principales medidas de salud pública para control de enfermedades inmunoprevenibles.</p> <p>En busca del fortalecimiento de la vigilancia y abordaje epidemiológico de las enfermedades</p>

		<p>inmunoprevenibles se realiza seguimiento del análisis de la vacunación para la disminución de morbimortalidad y mejora de la calidad de vida de la población.</p> <p>Se utilizan los datos de las vacunas aplicadas en el Sistema de Vacunación (SIVA) del EDUS y los nacimientos definitivos disponibles según la distribución administrativa que realiza la Dirección de Actuarial de la CCSS.</p> <p>Como indicador de cobertura se utilizó lo descrito por la OMS/OPS: el número de dosis aplicadas en el numerador, la población meta en el denominador y ese resultado por cien, expresado en porcentaje. La Cobertura de Vacunación corresponde a los niños vacunados con la tercera dosis de hepatitis B en la población de 6 meses de edad.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$T = \frac{NTDAN}{NNV} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>T: tasa</p> <p>NTDAN: número de terceras dosis aplicadas en niños de 1 año x 100</p> <p>NNV: número de nacimientos vivos de 1 año</p>
<b>Unidad de medida</b>		Tasa
<b>Interpretación</b>		El 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde)
	<b>Temática</b>	Vacunación contra hepatitis B Niños de 1 año
<b>Línea base</b>		2023: 92.70%

<b>Meta</b>	2024-2027: 95% 2024: 95% 2025: 95% 2026: 95% 2027: 95%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Numerador: SIVA-EDUS Denominador: Dirección de Actuarial CCSS La cobertura institucional es brindada por la CCSS La cobertura nacional es brindada por el MS
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.7. 3.3.b 3.3.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B. 7
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE17.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra neumococo en la segunda dosis a los 4 meses.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Salud Pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas. Ellas han sido la mejor herramienta en la prevención de las Enfermedades Inmunoprevenibles, así como un importante aporte a la equidad y por eso siguen siendo consideradas una de las principales medidas de salud pública para control de enfermedades inmunoprevenibles.</p> <p>En busca del fortalecimiento de la vigilancia y abordaje epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles se realiza seguimiento del análisis de la vacunación para la disminución de morbimortalidad y mejora de la calidad de vida de la población.</p> <p>Se utilizan los datos de las vacunas aplicadas en el Sistema de Vacunación (SIVA) del EDUS y los nacimientos definitivos disponibles según la distribución administrativa que realiza la Dirección de Actuarial de la CCSS.</p>

		<p>Como indicador de cobertura se utilizó lo descrito por la OMS/OPS: el número de dosis aplicadas en el numerador, la población meta en el denominador y ese resultado por cien, expresado en porcentaje.</p> <p>La Cobertura de Vacunación contra neumococo corresponde a los niños vacunados con la segunda dosis en la población de 4 meses de edad durante el periodo analizado.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$T = \frac{NDRAN}{NNVD} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>T: tasa</p> <p>NDRAN: número de dosis refuerzo aplicadas en niños de 1 año</p> <p>NNVD: número de nacimientos vivos- defunciones de 1 año</p>
<b>Unidad de medida</b>		Tasa
<b>Interpretación</b>		El 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde)
	<b>Temática</b>	Niños de 1 año
<b>Línea base</b>		2023: 92.50%
<b>Meta</b>		<p>2024-2027: 95%</p> <p>2024:95%</p> <p>2025: 95%</p> <p>2026: 95%</p> <p>2027: 95%</p>
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		<p>Numerador: SIVA-EDUS</p> <p>Denominador: Dirección de Actuarial CCSS</p> <p>La cobertura institucional es brindada por la CCSS</p> <p>La cobertura nacional es brindada por el MS</p>

<b>Clasificación</b>	(X) Impacto. ( ) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Número de dosis aplicadas
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.b
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE18.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra SRP segunda dosis, con segunda dosis a los 4 años.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Salud Pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas. Ellas han sido la mejor herramienta en la prevención de las Enfermedades Inmunoprevenibles, así como un importante aporte a la equidad y por eso siguen siendo consideradas una de las principales medidas de salud pública para control de enfermedades inmunoprevenibles.</p> <p>En busca del fortalecimiento de la vigilancia y abordaje epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles se realiza seguimiento del análisis de la vacunación para la disminución de morbimortalidad y mejora de la calidad de vida de la población.</p> <p>Se utilizan los datos de las vacunas aplicadas en el Sistema de Vacunación (SIVA) del EDUS y los nacimientos definitivos disponibles según la distribución administrativa que realiza la Dirección de Actuarial de la CCSS.</p> <p>Como indicador de cobertura se utilizó lo descrito por la OMS/OPS: el número de dosis aplicadas en el numerador, la población meta en el denominador y ese resultado por cien, expresado en porcentaje.</p> <p>Cobertura de vacunación contra SRP corresponde a los niños vacunados con la segunda dosis en la población de 4 años de edad durante el periodo analizado.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NSDAVS}{NNVD} \times 100$



<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	T: tasa NSDAVS: número de 2nda dosis aplicadas de Vacuna SRP en niños de 4 año x 100 NNVD: número de nacimientos vivos-defunciones de 4 años	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	El 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde)
	<b>Temática</b>	Vacunación contra SRP Niños de 4 año
<b>Línea base</b>	2023: 85%	
<b>Meta</b>	2024-2027: 95% 2024:95% 2025: 95% 2026: 95% 2027: 95%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Numerador: SIVA-EDUS Denominador: Dirección de Actuarial CCSS La cobertura institucional es brindada por la CCSS La cobertura nacional es brindada por el MS	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Número de dosis aplicadas	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.b	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B. 7	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O3.AE19.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra TB extramiliario (BCG) en recién nacidos.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Salud Pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas. Ellas han sido la mejor herramienta en la prevención de las Enfermedades Inmunoprevenibles, así como un importante aporte a la equidad y por eso siguen siendo consideradas una de las principales medidas de salud pública para control de enfermedades inmunoprevenibles. En busca del fortalecimiento de la vigilancia y abordaje epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles se realiza seguimiento del análisis de la vacunación para la disminución de morbimortalidad y mejora de la calidad de vida de la población.</p> <p>Se utilizan los datos de las vacunas aplicadas en el Sistema de Vacunación (SIVA) del EDUS y los nacimientos definitivos disponibles según la distribución administrativa que realiza la Dirección de Actuarial de la CCSS.</p> <p>Como indicador de cobertura se utilizó lo descrito por la OMS/OPS: el número de dosis aplicadas en el numerador, la población meta en el denominador y ese resultado por cien, expresado en porcentaje.</p> <p>Cobertura de vacunación contra TB corresponde a los niños vacunados con la dosis de BCG en la población de recién nacidos durante el periodo analizado.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NDABGG}{NNV} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>T: tasa</p> <p>NDABCG: número de dosis aplicadas de BCG en niños de 0 a 11 meses</p> <p>NNV: número de nacimientos vivos del año de análisis</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa
<b>Interpretación</b>	El 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Presentación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e

		identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde)
	<b>Temática</b>	Vacunación contra TB Niños de 0 a 11 meses
<b>Línea base</b>		2023: 87.20%
<b>Meta</b>		2024-2027: 95% 2024:95% 2025: 95% 2026: 95% 2027: 95%
<b>Periodicidad</b>		Anual La cobertura institucional es brindada por la CCSS La cobertura nacional es brindada por el MS
<b>Fuente de información</b>		Numerador: SIVA-EDUS Denominador: Dirección de Actuarial CCSS
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo Número de dosis aplicadas
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.3.3 3.3. b
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B.7
<b>Comentarios generales</b>		-

O3.AE20.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de cobertura de vacunación contra Varicela a los 15 meses de edad.
<b>Definición conceptual</b>	La Salud Pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas. Ellas han sido la mejor herramienta en la prevención de las Enfermedades Inmunoprevenibles, así como un importante aporte a la equidad y por eso siguen siendo consideradas una de las principales medidas de salud pública para control de enfermedades inmunoprevenibles.

	<p>Se utilizan los datos de las vacunas aplicadas en el Sistema de Vacunación (SIVA) del EDUS y los nacimientos definitivos disponibles según la distribución administrativa que realiza la Dirección de Actuarial de la CCSS.</p> <p>Como indicador de cobertura se utilizó lo descrito por la OMS/OPS: el número de dosis aplicadas en el numerador, la población meta en el denominador y ese resultado por cien, expresado en porcentaje.</p> <p>Cobertura de vacunación contra varicela corresponde a los niños vacunados con la dosis de Varicela en la población de 15 meses durante el periodo analizado.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$T = \frac{NDAVN}{NNVD} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>T: tasa</p> <p>NDAVN: número de dosis aplicadas de Varicela en niños de 1 año x 100</p> <p>NNVD: número de nacimientos vivos-defunciones de 1 años</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	<p>El 95% es definido como la cobertura óptima y la meta a alcanzar de manera que los resultados inferiores a este porcentaje deben ser analizados a la luz de los establecimientos de salud, las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para analizar situaciones particulares e identificar los factores que están contribuyendo y definir las estrategias de intervención.</p>	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	<p>Institucional CCSS (la desagregación administrativa por región y área de salud se realiza para las estrategias definidas en la Red de Servicios, pero el análisis para la meta del plan de acción es solamente institucional y el MS dará es el responsable de brindar el dato de cobertura nacional con la consolidación de la información como corresponde)</p>
	<b>Temática</b>	Vacunación contra Varicela Niños de 1 año
<b>Línea base</b>	2023: 94.80%	
<b>Meta</b>	<p>2024-2027: 95%</p> <p>2024:95%</p> <p>2025: 95%</p> <p>2026: 95%</p> <p>2027: 95%</p>	

<b>Periodicidad</b>	Anual La cobertura institucional es brindada por la CCSS La cobertura nacional es brindada por el MS
<b>Fuente de información</b>	Numerador: SIVA-EDUS Denominador: Dirección de Actuarial CCSS
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo Número de dosis aplicadas
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.3 3.3.b
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE21.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cobertura de segunda dosis vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años y 11 meses y 29 días
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Grupo etario:</b> niñas de 10 y 11 meses (hasta 10 años y 11 meses y 29 días) según las proyecciones de población del INEC.</p> <p><b>Vacuna del virus papiloma humano:</b> Vacuna cuadrivalente, protege contra cuatro tipos de virus de papiloma humano, 6, 11, 16, 18 su nombre comercial es Gardasil. El esquema de vacunación aprobado es el siguiente: Dos dosis una en el mes cero y la segunda en el sexto mes. Se administra vía intramuscular.</p> <p>Corresponde al porcentaje de niñas menores de 10 y 11 años inclusive hasta 10 años y 11 meses y 29 días que hayan iniciado su esquema y les corresponda aplicar su segunda dosis al menos seis meses después</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NNVSD}{NN} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje NNVSD: número de niñas de 10 años y 11 años (hasta 10 años y 11 meses y 29 días) vacunadas segunda dosis contra el virus del papiloma humano) NN: número de niñas de 10 años

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Corresponde al porcentaje de niñas menores de 10 años y 11 meses y 29 días que recibieron vacunación contra virus de Papiloma Humano anualmente	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: condiciones para la igualdad. vacunación contra el virus del papiloma humano
<b>Línea base</b>	2022: 68.70%	
<b>Meta</b>	2024-2027: 90% 2024: 80% 2025: 85% 2026: 85% 2027: 90%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Vigilancia epidemiológica Expediente Digital Único en Salud Área de Estadística en Salud Dirección de Aprovisionamiento y Bienes. Gerencia	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.4.	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7	
<b>Comentarios generales</b>	Se entiende por cobertura la aplicación de segunda dosis de vacuna contra VPH.  El dato de las niñas vacunadas lo aporta la CCSS, se lo remite al Ministerio de Salud se registra en el Sistema de Nacional de Vigilancia Epidemiológica	

O3. AE22.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de análisis de coberturas de vacunación
<b>Definición conceptual</b>	Las coberturas de vacunación se calculan por cohortes de nacimiento, es decir, considerando el porcentaje de personas nacidas en un año determinado que habitan en el cantón correspondiente en el momento de la evaluación, y que están vacunadas con una o varias dosis de determinada vacuna (independientemente del momento y el lugar en el que se vacunaron).

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = IA\ 2024 + IA\ 2025 + IA\ 2026 + IA\ 2027 + IA\ 2028$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria IA: informe anual	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de análisis de coberturas de vacunación realizados en el año en el país.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028:5	
	2024:1	
	2025:1	
	2026:1	
	2027:1	
2028:1		
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.8 3.3.b	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O3.AE20.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje promedio anual de cumplimiento de planes remediales implementados por áreas rectoras (en caso de tener coberturas extremas), por dirección regional del Ministerio de Salud.
<b>Definición conceptual</b>	Cumplimiento de planes remediales en caso de tener coberturas extremas de vacunación (por debajo del 80% o por encima del 100%). Se pedirán planes remediales de forma trimestral, por lo que al año serían 4 planes remediales en caso de haber coberturas extremas de vacunación.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{PRR}{TPR} \times 100$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje alcanzado PRR: número de planes remediales realizados TPR: número total de planes remediales realizados Número de planes remediales realizados de las coberturas de vacunación extremas.	
<b>Unidad de medida</b>	Planes remediales	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje promedio anual de cumplimiento de planes remediales implementados por áreas rectoras (en caso de tener coberturas extremas), por dirección regional del Ministerio de Salud.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028:80% 2024:80% 2025:80% 2026:80% 2027:80% 2028:80%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

03. AE23.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de análisis de necesidades de los sistemas de información: Sistemas Nominal de Vacunas-SINOVAC y Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Integrada - SIVEI.
<b>Definición conceptual</b>	Un sistema de información en términos generales se define como un conjunto de elementos que interactúan interna y externamente, para producir información que satisface necesidades de un determinado grupo de usuarios.



## **Definición conceptual**

En el caso del Ministerio de Salud el Decreto N°40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud en su Capítulo IV establece el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA) que representa un concepto y está conformado por los componentes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que se encuentran disponibles para reporte o ingreso vía electrónica con la misión de ser la plataforma tecnológica que provee a los entes públicos y privados de un sistema automatizado, que permita la notificación de eventos en los diferentes niveles de gestión, para la toma de decisiones con base a información oportuna y confiable.

Dentro de los módulos de SINAVISA se encuentran el Sistema Nominal de Vacunas (SINOVAC) en funcionamiento con los entes privados que deben aportar los datos de todas las vacunas aplicadas y completamente desarrollado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integrado (SIVEI) para la notificación de los eventos incluidos como de notificación obligatoria al Ministerio de Salud por todos los servicios de salud públicos y privados, lo cual se debe implementar en 2024.

El fortalecimiento de un sistema de información se refiere a desarrollo o ajustes de configuración de aquellos atributos y parámetros que garanticen que sean útiles a todos los usuarios asegurándose que este proceso funciona de manera continua, automatizándolo, así como actualizar el sistema operativo, firmware y aplicaciones para mantenerlas a la vanguardia y los cambios del entorno, identificar las brechas de seguridad y vulnerabilidades del sistema, protocolos de comunicación, infraestructura, entre muchos más aspectos que contribuyen con el desarrollo o ajustes de sistemas robustos. Es de suma importancia que actúan ente estamos ante un ambiente de tecnología muy dinámico y cambiante que nos obliga a mantener la identificación de necesidades y adaptación de los sistemas, en mayor medida con un sistema como SISVE que iniciará su implementación con múltiples entes públicos y privados.

En el caso de la Dirección de Vigilancia de la Salud la responsabilidad directa es sobre el análisis de los sistemas, problemas, solicitudes y necesidades identificadas en los procesos de implementación, con el fin de identificar ajustes y actualizaciones que se deban realizar a los sistemas, para esto el

		equipo recopila la información (correos, oficios, tiquete, entre otros), se clasifica y analiza en conjunto para priorizar los nuevos requerimientos que podrán ser planificados para las siguientes contrataciones, así como elevadas a las Direcciones que les compete la conducción técnica de todos los desarrollos relacionados con los sistemas de información institucionales y del sector salud para garantizar que se efectúe de forma integral y objetiva los proyectos que afectan a todo el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{NIR}{NIP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		P = Porcentaje NIR: número de informes realizados NIP: número de informes programados
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		En el año X se realizaron X porcentaje de informes de identificación de necesidades del sistema respecto a los informes programados para el sistema X
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Sistemas de información de Vigilancia de la Salud
<b>Línea base</b>		2023: 100% (3 informes)
<b>Meta</b>		2024-2028: 100% por año para ambos sistemas (3 informes por sistema) SIVEI 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100% 2028: 100% SINOVAC 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100% 2028: 100%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Dirección de Vigilancia de Salud. Unidad de Indicadores de Salud y Unidad de Epidemiología. Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación. Unidad de Sistemas de Información y Unidad de Gestión de Infraestructura Tecnológica
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.2 3.3.3 3.b.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	El indicador se plantea desde la competencia de la DVS, ya que actualmente la conducción técnica de desarrollos o mejoras es responsabilidad de la Dirección de Salud Digital.

O3.AE24.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Plan Estratégico:</b> el plan establecerá compromisos estratégicos y acciones para promover un proceso colaborativo y multisectorial. Este proceso, basado en las brechas identificadas en el cumplimiento de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional, tiene como objetivo principal garantizar que el Estado costarricense cumpla con sus responsabilidades para detectar, evaluar, notificar, informar y responder a los riesgos para la salud pública y eventos agudos de importancia nacional e internacional.</p> <p><b>Capacidades del RSI:</b> las capacidades del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se refieren a las habilidades y recursos que los países necesitan desarrollar y fortalecer para cumplir con los requisitos y obligaciones establecidos en el RSI. Estas capacidades incluyen aspectos relacionados con la detección, evaluación, notificación y respuesta a los riesgos para la salud pública, así como la capacidad de prevenir, controlar y mitigar la propagación de enfermedades transmisibles a nivel nacional e internacional. Las brechas en las capacidades se identifican a través de la aplicación del instrumento de autoevaluación, el cual se utiliza para la presentación anual de informes por parte de los Estados parte.</p>

		<p><b>RSI:</b> el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un acuerdo legalmente vinculante entre 196 Estados Parte (los 194 Estados Miembros de la OMS, además de Santa Sede y Liechtenstein), adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 y administrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo principal es prevenir, proteger contra, controlar y dar una respuesta coordinada a la propagación internacional de enfermedades, mientras se evitan interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional. El RSI se aplica a una amplia gama de enfermedades y eventos de salud pública, desde brotes de enfermedades infecciosas hasta emergencias de salud relacionadas con productos químicos o radiológicos. Es una herramienta crucial en la protección de la salud pública a nivel mundial y promueve la cooperación internacional en la gestión de crisis sanitarias.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PA = \frac{EC}{TE} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>PA: porcentaje de avance  EC: etapas completadas  TE: total de etapas</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		<p>El plan estratégico representa un proceso colaborativo interinstitucional e intersectorial destinado a cubrir las brechas de implementación identificadas en las capacidades de los países para prevenir, detectar y responder de manera ágil a los riesgos para la salud pública, con enfoque multiamenaza. En el plan se plasmarán los compromisos coordinados por los distintos actores clave que permitan cumplir con la meta del indicador 3.12: Promedio de capacidades del Reglamento Sanitario Internacional del eje de vigilancia al 2033</p>
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		ND
<b>Meta</b>		<p>2024 – 2028: 100%  2024 – 2026: Etapa 1 (10%), Etapa 2 (13%), Etapa 3 (14%) y Etapa 4 (15%)  2027- 2028: Etapa 5 (15%), Etapa 6 (15%) Etapa 7 (18%)</p> <p>ETAPAS:  1. Preparación y Evaluación Inicial</p>

	2. Creación de Comité Interinstitucional para elaboración del plan 3. Análisis de Situación y Diagnóstico 4. Definición de Objetivos y Metas 5. Desarrollo de Estrategias y Acciones 6. Planificación de Monitoreo y Evaluación 7. Aprobación y Divulgación del Plan
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.3.d
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O3.AE20.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de nuevos establecimientos de salud con la estrategia de vigilancia basada en laboratorio de RAM	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Vigilancia basada en laboratorio:</b> recopilación, análisis, interpretación sistemática, oportuna y de calidad de la información generada por el laboratorio, con el fin de que sea de utilidad para la toma de decisiones.</p> <p><b>RAM:</b> resistencia a antimicrobianos.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{NES}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	NES: nuevos establecimientos de salud. $\Sigma$ : sumatoria.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Número de nuevos establecimientos de salud que lograron implementar la estrategia de vigilancia basada en laboratorio de RAM; según el modelo definido por el grupo de trabajo de EVILABRA.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	Resistencia antimicrobiana.
<b>Línea base</b>	2023: 5 establecimientos de salud	

<b>Meta</b>	2024-2028: 10 establecimientos de salud 2024: 2 establecimientos de salud 2025: 2 establecimientos de salud 2026: 2 establecimientos de salud 2027: 2 establecimientos de salud 2028: 2 establecimientos de salud
<b>Periodicidad</b>	Quinquenal
<b>Fuente de información</b>	Registro en la aplicación de RAM INCIENSA
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

03. AE26.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en las etapas de la implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares
<b>Definición conceptual</b>	<p>Según los artículos 2 y 4 de la Ley General de Salud N° 5395, el Ministerio de Salud tiene la potestad de definir la planificación y coordinación de actividades públicas y privadas relativas a la protección de la salud y la obligación de informar sobre los mandatos de la ley, reglamentos y planes, para que las personas los cumplan, una vez informados por la autoridad en salud.</p> <p>Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares (PNER): documento que recopila las actividades de preparativos ante una emergencia radiológica o nuclear, así como la respuesta durante la atención de la emergencia, que deben ser desarrolladas por las instituciones con responsabilidades legales para este tipo de eventos.</p> <p>Emergencia nuclear o radiológica: emergencia en la que existe, o se considera que existe, un peligro resultante de:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• la energía derivada de una reacción nuclear en cadena o de la desintegración de los productos de una reacción en cadena;</li> <li>• la exposición a la radiación.</li> </ul>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$PC = \frac{X1}{X2} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>PC: porcentaje de avance en las etapas implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares</p> <p>X1: número de etapas del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares implementadas</p> <p>X2: número de etapas del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares programadas</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance por etapa anual del Plan con respecto a las metas anuales establecidas
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Emergencias radiológicas y nucleares
<b>Línea base</b>		2023: 0
<b>Meta</b>		<p>2024-2028: 65%</p> <p>2024: 30% Oficialización e inicio de evaluación de los peligros</p> <p>2025: 10% Identificación de roles y responsabilidades</p> <p>2026: 10% Fortalecimiento de capacidades</p> <p>2027: 10% Fortalecimiento de capacidades</p> <p>2028: 5% Fortalecimiento de capacidades</p>
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Unidad de Protección Radiológica, Ministerio de Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		-

OE3.AE27.I1		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del proyecto de implementación de un centro de información y datos institucional.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Proyecto:</b> Conjunto de actividades relacionadas y coordinadas para lograr la implementación del centro de información y datos institucional.</p> <p><b>Avance:</b> Progreso de las actividades programadas para lograr la implementación del centro de información y datos.</p> <p>El proyecto consiste en la implementación de un centro de información y datos institucional para suministrar información detallada acorde a las necesidades de las instituciones vinculadas y articuladas, así como a instituciones de gobierno entre otros, aquellos datos que sean de interés que están relacionados con todos los reportes de emergencia que ingresan al 9-1-1.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{Tap}{Tae} \times 100\%$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Tap: total de actividades programadas Tae: total de actividades ejecutadas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de avance de la implementación del proyecto.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional: provincia, cantón y distrito
	<b>Temática</b>	Tipos de reportes de emergencia de acuerdo con el código de interés de la institución.
<b>Línea base</b>	2024: No se cuenta con línea base	
<b>Meta</b>	2025-2028:100% 2025: 25% 2026: 25% 2027: 25% 2028: 25%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Sistema de Emergencias 9-1-1	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	



<b>Comentarios generales</b>	Los registros que se suministren corresponderían al tipo de reporte realizados (Código), Comportamiento Suicida, Ideación Suicida, Colisión, Vuelco y Atropello, segregados por Provincia y por mes.
------------------------------	--

#### Eje 4: Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias

O4.AE1.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de construcción de los dos modelos de predicción de patologías
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se refiere al grado relativo de avance en el proyecto del modelo de predicción de Enfermedades Crónicas no Trasmitibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos u otros.</p> <p>Estos modelos predictivos se desarrollan para el diagnóstico anticipado de enfermedades crónicas no transmisibles, por medio de técnicas de minería de datos, a partir de información acumulada en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), que se constituyan en herramientas dentro del EDUS para el apoyo en la atención a las personas, permitiendo reforzar hábitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que ayuden a prevenir o retrasar el debut de las personas en la enfermedad</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \Sigma PPM + \Sigma PSM$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje de avance de construcción de los dos modelos de predicción de patologías  <math>\Sigma</math>: sumatoria            PPM: porcentaje de avance de las fases del primer modelo            PSM: porcentaje de avance de las fases del segundo modelo</p> <p>Primer modelo            Fase 1: 12.5% Definición de modelo a construir            Fase 2: 10% Documentación del proyecto            Fase 3: 10% Desarrollo            Fase 4: 17.5% Validación y Oficialización</p> <p>Segundo modelo            Fase 1: 12.5% Definición de modelo a construir            Fase 2: 10% Documentación del proyecto            Fase 3: 10% Desarrollo            Fase 4: 17.5% Validación y Oficialización</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje

<b>Interpretación</b>	Porcentaje de avance en las diferentes fases de los proyectos	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: Condiciones para la igualdad. Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias
<b>Línea base</b>	2023: 22.50%	
<b>Meta</b>	2024-2026: 100% (dato acumulado)	
	2024: 50%	
	2025: 72.5%	
	2026: 100%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informes Dirección de Expediente Digital Único Salud, según datos de Area Estadística de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección Regional de Servicios de Salud, Dirección de Compras de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	Producto	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	No se encuentra relación con ODS	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Durante el año 2023 y 2024 se desarrolla un proyecto Y durante el año 2025 y 2026 el otro proyecto	

O4.AE1.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de aumento sobre la línea base, de las atenciones en modalidades no presenciales en los servicios de la CCSS.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Este indicador mide el porcentaje de aumento de atenciones efectuadas por telemedicina respecto a la línea base 2023 y está conformado por la cantidad de atenciones a los usuarios que se brindan utilizando la modalidad de telemedicina según escenario y recursos disponibles para su desarrollo y registro estadístico.</p> <p><b>Modalidad de atención no presencial:</b> la manera o forma de organizar los procesos de atención a las personas mediante el uso de medios de comunicación basados en las tecnologías de información y comunicaciones</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NATSAP}{NAP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje NATSAP: número de atenciones en telemedicina que superaron las atenciones del periodo 2023 NAP: número de atenciones del periodo 2023	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	La cobertura de atenciones brindadas mediante las diferentes modalidades de Telemedicina a la población en los establecimientos de salud.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	I, II y III Nivel de Salud
	<b>Temática</b>	Género: Condiciones para la igualdad. Atenciones brindadas mediante Telemedicina.
<b>Línea base</b>	2023: 3.50%	
<b>Meta</b>	2024-2026: 40% 2024: 20% 2025: 30% 2026: 40%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Primaria: Registros y Estadística de Salud de la CCSS. Cuadro Estadístico 24 y Cubos EDUS	
<b>Clasificación</b>	Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	Objetivo 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Se trabaja con el cubo de consulta externa del EDUS, de allí se obtiene la información de las consultas realizadas mediante atenciones virtuales, medios alternativos, telefónica y videollamada, para el período requerido. Esto es sumado mediante una consolidación de datos. Posteriormente se obtiene las consultas realizadas mediante el cuadro 24, para el mismo periodo y se procede a consolidar estos datos con ya obtenidos del cubo. Esto nos da el dato real de las teleconsultas realizadas en los establecimientos, y posteriormente se obtienen los datos de las consultas presenciales para poder tener el total de atenciones y de esta manera obtener el porcentaje de las atenciones mediante modalidades tele presenciales	

O4.AE2.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de servicios de la RSS que cuentan con Telemedicina en el portafolio de servicios.	
<b>Definición conceptual</b>	Cantidad de servicios que cuentan con telemedicina: corresponde a los servicios del portafolio de la RSS, que se pueden brindar con teleconsulta.  Cantidad total de servicios del portafolio: sumatoria del total de los servicios que ofrece la RSS.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{CST}{TCTS} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	CST: cantidad de servicios que cuentan con telemedicina. CTS: cantidad total de servicios del portafolio.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de servicios que cuentan con telemedicina Cantidad total de servicios del portafolio.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: ND	
<b>Meta</b>	Período 2024-2028: 40% 2024: 5% 2025: 10% 2026: 20% 2027: 30% 2028: 40%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INS Red de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O4.AE3.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de asegurados con acceso al expediente clínico electrónico	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Cantidad de asegurados con acceso al expediente clínico electrónico:</b> corresponde a la totalidad de usuarios del servicio de salud que pueden acceder a su expediente clínico electrónico.</p> <p><b>Total, de asegurados:</b> personas que cuentan con un seguro en los regímenes de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \frac{CAAECE}{TA} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	CAAECE: cantidad de asegurados con acceso al expediente clínico electrónico. TA: total de asegurados en los regímenes de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de asegurados con acceso al expediente clínico electrónico	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0%	
<b>Meta</b>	2027: 5% 2028: 10%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INS Red de Servicios de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O4.AE4.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de Implementación de acciones en la consolidación de la Dirección de Transformación y Salud Digital
<b>Definición conceptual</b>	<p>El indicador porcentual permite Evaluar el progreso y el grado de implementación de la estrategia para consolidar de manera funcional y estructural la Dirección de Transformación y Salud Digital en el Ministerio de Salud.</p> <p>Porcentaje de Implementación: proporción expresada en porcentaje entre las acciones definidas que se han consolidado para la implementación de la Dirección de transformación y Salud Digital: Impulsar la transformación digital en el sector salud para mejorar la calidad de la atención, la gestión eficiente de los recursos y la toma de decisiones basada en datos</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \text{NAC} / \text{TAP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>NACC: número de acciones de consolidación completadas: Representa la cantidad de acciones específicas que han sido completadas como parte del proceso de consolidación funcional y estructural de la Dirección de Transformación y Salud Digital.</p> <p>TPA: total de acciones planificadas: Indica el número total de acciones planificadas para lograr la consolidación de la Dirección de Transformación y Salud Digital.</p> <p>Acciones definidas para la consolidación de la Dirección:</p> <p>Publicación de Reglamento Orgánico Institucional Actualización y Oficialización del Manual Organización y Funciones Definición de Perfiles de los puestos de Director y Jefatura de las Unidades de la Dirección Trasladar y definir los perfiles de puestos de los equipos de las Unidades de Innovación y Transformación Digital y la Unidad de Mejora Continua y Experiencia Operacional. Desarrollar los Procesos y procedimientos de la Dirección de Transformación y Salud Digital.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Número de Acciones

<b>Interpretación</b>	Es el porcentaje de implementación de acciones planificadas que se desarrollaron para consolidar la Dirección de Transformación Digital.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Salud Digital
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección Transformación Digital. Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros Administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O4.AE5.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones estratégicas implementadas en el sector para garantizar el acceso de la población a la teleconsulta
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Porcentaje de Implementación:</b> Porcentaje de implementación de las acciones estratégicas definidas en el periodo de evaluación.</p> <p>Acciones definidas para la implementación de la estrategia del Periodo 2024-2028.</p> <p><b>Nombre del Indicador:</b> Porcentaje de Personal de Salud y TI Capacitado.</p> <p>Incorporar el tema de la teleconsulta en la malla curricular universidades, entre públicas y privadas</p>

	<p><b>Nombre del Indicador:</b> Porcentaje de Universidades con Teleconsulta en la Malla Curricular.</p> <p>Operativizar la teleconsulta mediante el desarrollo de guías de uso en el estándar o formato HL7 FHIR.</p> <p><b>Nombre del Indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento en la Operativización de Teleconsulta.</p> <p>Establecer un gestor de consentimiento informado para el uso de la información.</p> <p><b>Nombre del Indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento en el Establecimiento del Gestor de Consentimiento Informado</p>
<p><b>Fórmula de cálculo</b></p>	<p><math>\% = \frac{\sum PP}{NEDP} \times 100</math></p>
<p><b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b></p>	<p><math>\sum PP</math>: representa a la sumatoria de cada uno de los porcentajes de implementación de cada estrategia multiplicado por el peso definido de cada una (20% por igual)</p> <p>NEDP: representa al número de acciones estrategias definidas para realizar la medición de la implementación de la Estrategia</p> <p>Fórmulas para establecer los porcentajes de cumplimiento de las acciones definidas. Elaborar y oficializar el Decreto de Teleconsulta Número de Etapas completadas/ Total de Etapas Planificadas x 100</p> $\% \text{ de cumplimiento} = \frac{\text{Número de Etapas Completadas}}{\text{Total de Etapas Planificadas}} \times 100$ <p>Capacitar al Personal de Salud y TI En el tema de teleconsulta:</p> <p>Número de Profesionales de las salud y TI capacitados en el periodo/ Meta total de Profesionales en Salud y TI a Capacitar</p> $\% \text{ de personal capacitado} = \frac{\text{Nº de profesionales capacitados}}{\text{Meta total de profesional a capacitar}} \times 100$ <p>Incorporar el tema de la teleconsulta en la malla curricular en al menos cinco universidades, entre públicas y privadas.</p> <p>Número de Universidades con Teleconsulta en la Malla Curricular/ Meta(cinco) Total de universidades objetivo</p> $\% \text{ de cumplimiento} = \frac{\text{Número de Universidades con Teleconsulta en Malla Curricular}}{\text{Meta Mínima de Universidades}} \times 100$



**Componentes involucrados en la fórmula del cálculo**

Operativizar la tele Consulta mediante el desarrollo de guías de uso en el estándar o formato HL7 FHIR.

Número de Guías de Uso Desarrolladas/ Número meta de guías de uso Planificadas \*100

$$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{\text{Número de Guías de Uso desarrollada}}{\text{Meta de Guías de Uso planificadas}} \times 100$$

Establecer un gestor de consentimiento informado para el uso de la información.

Número de Etapas Completadas en el establecimiento del Gestor/ Total de Etapas Planificadas\*100

$$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{\text{Nº de Etapas completas en el Establecimiento del Gestor}}{\text{Total de Etapas Planificadas}} \times 100$$

Ponderación de indicadores de las acciones del Plan

Porcentaje de cumplimiento en el desarrollo del decreto de teleconsulta 20%

Porcentaje de Personal de Salud y TI Capacitado 20%

Porcentaje de Universidades con Teleconsulta en la Malla Curricular 20%

Porcentaje de Cumplimiento en la Operativización de Teleconsulta 20%

Porcentaje de Cumplimiento en el Establecimiento del Gestor de Consentimiento Informado 20%

Variables de la fórmula de Indicador de Porcentaje de implementación de Plan Estratégico de Teleconsulta

Número de Etapas del desarrollo completadas: Número o cantidad de etapas del proceso de Desarrollo que se han finalizado.

Número de etapas establecidas para el desarrollo: Número de etapas que se definieron para el desarrollo del decreto. (Seis etapas del desarrollo son: análisis de marco normativo, diseño, validación, revisión, aprobación y oficialización).

Número de Profesionales Capacitados: es la cantidad de profesionales de salud y TI que han recibido capacitación en teleconsulta.

Meta Total de Profesionales a Capacitar: Indica el número total de profesionales que se planea capacitar en teleconsulta.

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Número de Universidades con Teleconsulta en Malla Curricular: Representa la cantidad de universidades que han incorporado el tema de teleconsulta en sus planes de estudio.</p> <p>Total, de Universidades Objetivo: Indica el número total de universidades que son el objetivo para la incorporación del tema de teleconsulta.</p> <p>Número de Guías de Uso Desarrolladas: Representa la cantidad de guías de uso específicas para la operativización de la teleconsulta que han sido desarrolladas.</p> <p>Meta de Guías de Uso Planificadas Indica la cantidad total de guías de uso que se planificó desarrollar para operativizar la teleconsulta.</p> <p>Número de Etapas Completadas en el Establecimiento del Gestor: Representa la cantidad de etapas o acciones específicas que han sido completadas en el proceso de establecer el gestor de consentimiento informado.</p> <p>Total, de Etapas Planificadas: Indica el número total de etapas definidas para establecer el gestor de consentimiento informado. (Cinco etapas del desarrollo son: análisis del mercado, definición de requerimientos, validación, aprobación y oficialización).</p>		
	<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
	<b>Interpretación</b>	Es el porcentaje de cumplimiento de las acciones estratégicas implementadas en el sector para garantizar el acceso de la población a la teleconsulta	
	<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
		<b>Temática</b>	Salud Digital
<b>Línea base</b>	ND		
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%		
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>Fuente de información</b>	Dirección Transformación Digital. Ministerio de Salud		

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

04.AE6.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	<p>Porcentaje de acciones estratégicas implementadas en el sector para facilitar la interoperabilidad de expedientes clínicos electrónicos de la población</p>
<b>Definición conceptual</b>	<p>Porcentaje de acciones Implementación: Porcentaje de implementación de las acciones estratégicas definidas en el periodo de evaluación</p> <p><b>Acciones definidas para la implementación de la estrategia el Periodo 2024-2028</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validar el Cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Nombre del Indicador: Porcentaje de Cumplimiento en la Validación de la Ley de Protección de Datos</li> <li>2. Definir la Ips (resumen internacional de paciente) como conjunto mínimo de datos a interoperar en el expediente clínico electrónico Nombre del Indicador: Porcentaje de Cumplimiento en la Definición de la IPS como Conjunto Mínimo de Datos</li> <li>3. Contar con servidores terminológicos que faciliten la interoperabilidad. Nombre del Indicador: Porcentaje de Cumplimiento en la Implementación de Servidores Terminológicos</li> <li>4. Operativizar la teleconsulta mediante el desarrollo de guías de uso en el estándar o formato HL7 FHIR. Nombre del Indicador: Porcentaje de Cumplimiento en la Operativización de Teleconsulta</li> <li>5. Establecer un gestor de consentimiento informado para el uso de la información. Nombre del Indicador: Porcentaje de Cumplimiento en el Establecimiento del Gestor de Consentimiento Informado.</li> </ol>

Fórmula de cálculo	$\% = \Sigma PP / NEDP * 100$
<p><b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b></p>	<p>Componentes de la Formula General</p>
	<p><math>\Sigma</math> PP: representa la sumatoria de cada uno de los porcentajes de implementación de cada estrategia multiplicado por el peso definido de cada una (20% por igual)</p>
	<p>NEDP: representa al número de acciones estrategias definidas para realizar la medición de la implementación de la Estrategia</p>
	<p>Fórmulas para establecer los porcentajes de cumplimiento de las acciones definidas para de facilitar la interoperabilidad de expedientes clínicos electrónicos de la población.</p>
	<p>1. Validar el Cumplimiento de la Ley de Protección de Datos            Número de Áreas o procesos validados con cumplimiento Legal/ Total de áreas o Procesos sujetos a validar * 100</p>
<p>% de cumplimiento= <math>\frac{\text{Número de Áreas o Procesos Validados con cumplimiento legal}}{\text{Total de Áreas o procesos sujetos a Validación}} \times 100</math></p>	
<p>2. Definir la IPS (resumen internacional de paciente) como conjunto mínimo de datos a interoperar en el expediente clínico electrónico:            Número de elementos de la IPS/ Total de elementos de la IPS a Definir*100</p>	
<p>% de cumplimiento= <math>\frac{\text{Numero de elementos de la IPS Definidos y Documentados}}{\text{Total de Elementos de la IPS a Definir}} \times 100</math></p>	
<p>3. Contar con servidores terminológicos que faciliten la interoperabilidad.</p>	
<p>% de cumplimiento= <math>\frac{\text{Numero de servidores Terminológicos implementados y Operativos}}{\text{Total de Servidores Terminológicos Planificados}} \times 100</math></p>	
<p>4. Operativizar la tele consulta mediante el desarrollo de guías de uso en el estándar o formato HL7 FHIR.</p>	
<p>% de cumplimiento= <math>\frac{\text{Número de Guías de Uso desarrolladas}}{\text{Meta de Guías de Uso planificadas}} \times 100</math></p>	
<p>5. Establecer un gestor de consentimiento informado para el uso de la información.</p>	
<p>% de cumplimiento= <math>\frac{\text{Número de Etapas completadas en el Establecimiento del Gestor}}{\text{Total de Etapas planificadas}} \times 100</math></p>	

### Componentes involucrados en la fórmula del cálculo

1. Ponderación de indicadores de las acciones de la Estrategia
2. Porcentaje de Cumplimiento en la Validación de la Ley de Protección de Datos a 20%
3. Porcentaje de Cumplimiento en la Definición de la IPS como Conjunto Mínimo de Datos 20%
4. Porcentaje de Cumplimiento en la Implementación de Servidores Terminológicos 20%
5. Porcentaje de Cumplimiento en la Operativización de Teleconsulta 20%
6. Porcentaje de Cumplimiento en el Establecimiento del Gestor de Consentimiento Informado 20%
7. Variables de la fórmula de Indicador de Porcentaje de implementación de cada acción
8. Variables:
9. Número de Áreas o Procesos Validados con Cumplimiento Legal: Representa la cantidad de áreas o procesos que han sido validados y cumplen con los requisitos establecidos por la Ley de Protección de Datos.

Total, de Áreas o Procesos Sujetos a Validación: Indica la cantidad total de áreas o procesos que están sujetos a validación para cumplir con la Ley de Protección de Datos.

1. Variables:  
Número de Elementos de la IPS Definidos y Documentados:  
Representa la cantidad de elementos de la IPS que han sido definidos y documentados como parte del conjunto mínimo de datos.  
Total, de Elementos de la IPS a Definir:  
Indica el número total de elementos que deben ser definidos como parte de la IPS para la interoperabilidad en el expediente clínico electrónico.
2. Variables  
Número de Servidores Terminológicos Implementados y Operativos:  
Representa la cantidad de servidores terminológicos que han sido implementados y están operativos.  
Total, de Servidores Terminológicos Planificados:  
Indica el número total de servidores terminológicos que se planificó implementar para facilitar la interoperabilidad.

		<p>4. Variables:  Número de Guías de Uso Desarrolladas: Representa la cantidad de guías de uso específicas para la operativización de la teleconsulta que han sido desarrolladas.  Meta de Guías de Uso Planificadas Indica la cantidad total de guías de uso que se planificó desarrollar para operativizar la teleconsulta</p> <p>5. Variables  Número de Etapas Completadas en el Establecimiento del Gestor: Representa la cantidad de etapas o acciones específicas que han sido completadas en el proceso de establecer el gestor de consentimiento informado.  Total, de Etapas Planificadas: Indica el número total de etapas definidas para establecer el gestor de consentimiento informado. (Cinco etapas del desarrollo son: análisis del mercado, definición de requerimientos, validación, aprobación y oficialización).</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Es el porcentaje de cumplimiento de acciones que permite establecer en el periodo de valoración el porcentaje general de implementación de la estrategia para de facilitar la interoperabilidad de expedientes clínicos electrónicos de la población
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Salud Digital
<b>Línea base</b>		ND
<b>Meta</b>		2024-2028: 100% de implementación de las acciones definidas 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Dirección de Transformación y Salud Digital. Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>		N/A

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O4.AE7.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de ensayos nuevos ofrecidos por Inciensa.	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Ensayos:</b> Proceso de identificación y caracterización del producto en análisis, bajo procedimientos determinados. <b>Inciensa:</b> Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$EN = \Sigma$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	EN= ensayos nuevos ofrecidos. $\Sigma$ = sumatoria.	
<b>Unidad de medida</b>	Número (ensayos nuevos ofrecidos)	
<b>Interpretación</b>	Esta fórmula suma el número de ensayos nuevos ofrecidos por el INCIENSA.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 3 ensayos	
<b>Meta</b>	2028: 16 ensayos nuevos ofrecidos por Inciensa. 2025: 4 ensayos nuevos 2026: 4 ensayos nuevos 2027: 4 ensayos nuevos 2028: 4 ensayos nuevos	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrienal (del 2025 al 2028)	
<b>Fuente de información</b>	Página web del Inciensa (Registro Inciensa-R40)	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	N/A	

O4.AE7.I2.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Control de Alimentos (PCA).	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Plan de Control de Alimentos (PCA):</b> Plan establecido entre el Ministerio de Salud e Inciensa, donde se define una cantidad de muestras y matrices de alimentos a analizar en el año.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%C=(TMA/TMP) \times 100\%$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%C: porcentaje de cumplimiento TMA: total de muestras analizadas por Inciensa. TMP: total de muestras programadas en el Plan de Control de Alimentos.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Esta fórmula indica el porcentaje de cumplimiento del plan de control de alimentos, al comparar el total de muestras analizadas por Inciensa, respecto a lo programado en el PCA. Principio del formulario	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 56.3%	
<b>Meta</b>	2025-2028: 93% 2025-2026: 92% 2027-2028: 93%	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrienal (del 2025 al 2028)	
<b>Fuente de información</b>	SILAB WEB Inciensa	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O3.AE20.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de Avance en el desarrollo del Plan de Fortalecimiento de la Autoridad Reguladora Nacional de Productos de Interés Sanitario



<b>Definición conceptual</b>	<p>La Autoridad Reguladora de Productos de Interés Sanitario debe crearse como unidad organizativa del Ministerio de Salud, la cual será responsable de la regulación de los productos de interés sanitario en Costa Rica. La Autoridad Reguladora de Productos de Interés Sanitario (ARPIS) se reconoce como un órgano especializado del Ministerio de Salud.</p> <p>La creación de un sistema de calificación coordinado por la OPS, cuyo propósito es facilitar el establecimiento de mecanismos de cooperación y el reconocimiento interinstitucional de las autoridades regulatorias nacionales (ARN). El programa de evaluación de la OPS fue crítico para la creación de una herramienta mundial y metodología única, conocida como GBT por sus siglas en inglés, que fue adoptada por los Estados Miembros de la OMS en el 2014 (WHA67.20). La GBT, permite identificar las fortalezas y debilidades de los sistemas regulatorios nacionales de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y la creación de planes institucionales de desarrollo. Asimismo, la herramienta incorpora el concepto de “nivel de madurez” (adaptado de la ISO 9004), lo que permite a la OMS y a las autoridades regulatorias evaluar la “madurez” general del sistema regulatorio según una escala de uno (hay algunos elementos del sistema regulatorio) al cuatro (sistema regulatorio que funciona a un nivel avanzado de rendimiento).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	PA=PFI/PFPx100
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: porcentaje de avance PFI: plan fortalecimiento implementado PFP: plan fortalecimiento planificado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	Grado de avance del plan de Fortalecimiento de la autoridad Reguladora Nacional de Productos de Interés Sanitario
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> Nacional.
	<b>Temática</b> N/A
<b>Línea base</b>	2023: ND
<b>Meta</b>	2024- 2028: 100% 2024: 15% Desarrollo de la metodología y el diagnóstico para elaboración del plan. 2025: 25% Elaboración, aprobación e inicio de la implementación del plan.

	2026: 25% Implementación y seguimiento. 2027: 25% Implementación y seguimiento. 2028: 10 % Implementación en el I semestre, evaluación del plan en el segundo semestre.
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario- Despacho Ministerial
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O4.AE9.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de acciones de control en establecimientos y productos de interés sanitario para verificación del cumplimiento de la normativa vigilados anualmente.
<b>Definición conceptual</b>	<p>La elaboración de un plan de control es un instrumento del Ministerio de Salud para la verificación del cumplimiento de la aplicación de la normativa y las regulaciones específicas vigentes, aplicables a los productos de interés sanitario, con el fin que los mismos, cumplan con los requisitos indispensables de inocuidad, calidad, seguridad y eficacia para proteger la salud de la población.</p> <p>Los componentes del plan corresponden a los diferentes apartados del plan para cada producto de interés sanitario que va a ser controlado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos</li> <li>• Cosméticos</li> <li>• Drogas</li> <li>• Farmacovigilancia</li> <li>• Químicos, higiénicos y plaguicidas de uso doméstico e industrial</li> <li>• Publicidad</li> <li>• Plataformas virtuales</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Bebidas alcohólicas</li> </ul> <p>Acciones de control: Las acciones para el cumplimiento de los planes contemplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de Buenas Prácticas de Manufactura en Industria Farmacéutica</li> <li>• Verificación de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia</li> <li>• Verificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución</li> <li>• Muestreos de Productos de Interés Sanitario</li> <li>• Inspecciones de Productos de Interés Sanitario</li> </ul>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	%: PCPTCx100%	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%: porcentaje de cumplimiento anual de acciones de control PCP: acciones de control programadas anualmente. TC: acciones de control cumplidas anualmente:	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Expresa el porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de control de productos de interés sanitario construido a partir del cálculo de cumplimiento para cada uno de los diferentes apartados que componen dicho plan.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 90%	
<b>Meta</b>	2024: 91 % 2025: 92 % 2026: 93 % 2027: 94 % 2028: 95 %	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual.	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta	

<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>El Plan de Control de Producto de Interés Sanitario es un instrumento utilizado por el Ministerio de Salud que contempla acciones para realizar la verificación del cumplimiento de la normativa y las regulaciones específicas vigentes, aplicables a los productos de interés sanitario.</p> <p>Los productos de interés sanitario son aquellos productos que por su composición, utilización o función pueden afectar la salud de las personas. Incluyen los alimentos, medicamentos, suplementos a la dieta, naturales, cosméticos, equipos y materiales médicos, plaguicidas de uso doméstico e industrial, higiénicos, tintas para tatuajes y químicos peligrosos.</p>

<b>O4.AE10.I1.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de las actividades en el cumplimiento del desarrollo de mecanismos para la mejora continua del Sistema Regístrelo.
<b>Definición conceptual</b>	<p>El mantenimiento y mejora del Sistema Regístrelo son acciones que buscan el mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo, mantenimiento de la solución tecnológica y de mejora continua que se tiene que ejecutar por parte de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario para dar un servicio eficiente, simplificado y que facilite los procesos de registros de trámites que garantice la seguridad, calidad, eficacia y eficiencia de los productos.</p> <p>Las actividades que se programan es una tarea integral y continua entre los equipos interdisciplinario del Ministerio de Salud y los proveedores del servicio para organizar y priorizar las acciones de mejora en la plataforma tecnológica.</p> <p>La programación se realiza de forma anual con un cronograma de trabajo a partir de los requerimientos identificados para trabajar en el año. Los productos de interés sanitarios que abarcan el sistema son alimentos, cosméticos, equipo y material biomédico, medicamentos, productos químicos, productos higiénicos y plaguicidas de uso domésticos.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \frac{\sum(AE1+AE2+AE3+\dots+AEn)}{\sum(AE1+AE2+AE3+\dots+AE)} \times 100\%$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	% Cumplimiento: porcentaje de cumplimiento. Actividades ejecutadas (AE): actividades ejecutadas por parte de la Dirección. n: cantidad de actividades programadas.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de actividades programadas para el desarrollo de la mejora continua realizadas.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional.
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: 80% anual 2024: 80% (Planificación, incluye reuniones con los proveedores del servicio, análisis de requerimientos y determinación de la priorización de mejoras por producto de interés sanitario, el proveedor genera la propuesta a partir de la priorización institucional).	
	2025: 80% (implementación de las mejoras, validación institucional y medición de las mejoras según el producto de interés sanitario definido y las prioridades identificadas, planificación de prioridades).	
	2026: 80% (implementación de las mejoras, validación institucional y medición de las mejoras según el producto de interés sanitario definido y las prioridades identificadas, planificación de prioridades).	
	2027: 80% (implementación de las mejoras, validación institucional y medición de las mejoras según el producto de interés sanitario definido y las prioridades identificadas, planificación de prioridades).	
	2028: 80% (implementación de las mejoras, validación institucional y medición de las mejoras según el producto de interés sanitario definido y las prioridades identificadas, planificación de prioridades).	
<b>Periodicidad del PNS para el seguimiento</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Plataforma Digital “Regístrelo” y Base de datos Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado</b>	N/A
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada por el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>Los equipos interdisciplinarios del Ministerio de Salud y los proveedores del servicio realizan una planificación anual de las actividades que se deben de realizar de manera prioritaria para ejecutar el mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo, mantenimiento de la solución tecnológica y de mejora continua de la plataforma Regístrelo.</p> <p>La planificación se realiza de forma anual, y se espera cumplir un 80% de la misma, dado que existen riesgos fuera de control de la institución que se podrían materializar e impactar directamente en el cumplimiento de la planificación.</p>

<b>O.AE 11. 11</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la ejecución de la hoja de ruta para el fortalecimiento del sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos e inocuidad de alimentos.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) son ocasionadas por la ingestión de alimentos o agua contaminados por agentes químicos, físicos o biológicos, en estas, el alimento y el agua actúan como vehículo de transmisión de organismos patógenos y sustancias tóxicas (biológicas y químicas).</p> <p>La vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua (VETA) comprende acciones de recolección sistemática de la información producto de la notificación o investigación, para consolidar, evaluar e interpretar los datos, y así recomendar las medidas sanitarias adecuadas de prevención y control.</p> <p>La inocuidad es la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destinan.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = EA1 + EA2 + EA3 + \dots$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria de las etapas de avance EA: etapa de avance	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Según número y descripción de la etapa que se ajuste al avance alcanzado.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	VETA e inocuidad de alimentos
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2027: 100% 2024: 40% 2025: 60% 2026: 80% 2027: 90% 2028: 100%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Vigilancia de la Salud - Unidad de Epidemiología - Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, Unidad de Normalización y Control	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.d.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.5.	
<b>Comentarios generales</b>	<p>Las ETA afectan la salud de las personas, como causa de la morbilidad y la mortalidad. Esto afecta de manera directa la economía del país, ya que impactan negativamente los servicios de salud y la producción alimentaria causando pérdidas de alimentos, mercados, trabajos, divisas y turismo, entre otras.</p> <p>En las dos últimas décadas, nuevos agentes causales de ETA han sido identificados y se han desarrollado técnicas innovadoras que han permitido mejorar la calidad y oportunidad del diagnóstico etiológico, tanto en las muestras clínicas de personas, como en el agua y en los alimentos.</p>	

## Eje 5 Salud Ambiental

05.AE1.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje acumulado de población cubierta con servicio de agua clorada abastecida por ASADAS.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) donde los sistemas de acueductos operados por las ASADAS cuentan con un proceso de desinfección de agua según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable (clorada).</p> <p>Agua clorada: agua con un proceso de desinfección (cloro).</p> <p>ASADAS: Asociaciones Administradoras de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados Comunales.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \frac{PCAC}{PT} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PCAC: población (medida por la cantidad de personas) cubierta con agua clorada abastecida por ASADAS</p> <p>PT: población (medida en cantidad de personas) total cubierta por ASADAS</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Representa el porcentaje de la población que es abastecida por medio de ASADAS que recibe agua clorada de manera continua y permanente a nivel nacional	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 75%	
<b>Meta</b>	2024-2028: 92% 2024: 87% 2025: 89% 2026: 91% 2027: 91.5% 2028: 92%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informe de ejecución del Programa de Desinfección	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	



<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.2
<b>Comentarios generales</b>	Se estima que a partir del año 2027 los sistemas de acueducto con mayor población ya hayan sido impactados con las acciones de los años anteriores, quedando por atender sistemas más dispersos, con menor población, y más débiles, con potencial de ser fusionados, integrados o asumidos por operadores más consolidados. Por lo tanto, los esfuerzos que se hagan a partir del año 2027 y siguientes tienden a impactar menor población y por eso se estima a partir de ahí y hasta el año 2030 se lograría un crecimiento anual del 0.5%. Subgerencia de Sistemas Comunales.

05.AE211	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura abastecida por AyA.
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por AyA que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Fórmula de cálculo</b>	<p>Los datos de cobertura con control de calidad del agua para uso y consumo humano (AUCH) en viviendas se obtienen de los programas de vigilancia y control de calidad del agua, desarrollados anualmente por el Laboratorio Nacional de Aguas.</p> $PP(\%) = \frac{PAACP}{PTA} \times 100$ <p>De igual manera se procede con la información para definir el porcentaje de población abastecida con agua sometida a control de calidad y a tratamiento/desinfección</p> $PPAGFS(\%) = \frac{PASTD}{PTACH} \times 100$ <p>A los datos del suministro de AUCH se les aplica la "Escalera de Agua Potable", específicamente en el abastecimiento en las viviendas.</p> <p>Además, se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (30) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), publicada en el mes de julio del 2022, para completar las estimaciones de población con agua con o sin cañería.</p>

**Componentes involucrados en la fórmula del cálculo**

PP: porcentaje de potabilización  
 PAACP: población abastecida con agua de calidad potable  
 PTA: población total abastecida

PPAGFS: porcentaje de población con agua potable gestionada en forma segura  
 PASTD: población con agua sometida a tratamiento y/o desinfección  
 PTACH: población total que recibe agua para consumo humano

Escalera del Agua

Nivel de Servicio	Definición
Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.
Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.
Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.
No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.
Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.

*Fuente: OMS/UNICEF, adaptada por el LNA.*

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de población (unidad de medida personas) abastecida por AyA que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la calidad del agua potable.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 96.7%	

<b>Meta</b>	2024-2028: 97.7% 2024: 95.6% 2025: 95.6% 2026: 96.0% 2027: 96.7% 2028: 97.7%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informe de cobertura del Laboratorio Nacional de Aguas
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	El porcentaje de agua potable en forma segura resulta un dato que puede ser variable de un año a otro, son muchas las razones que pueden afectar la calidad del agua, por esa razón la línea base del 2022, es mayor a la meta establecida para el 2024, ya que el resultado preliminar del 2023 se estima va a ser inferior al del 2022.

O5.AE3.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura abastecida por Municipalidades.
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por Municipalidades que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Los datos de cobertura con control de calidad del agua para uso y consumo humano (AUCH) en viviendas se obtienen de los programas de vigilancia y control de calidad del agua, desarrollados anualmente por el Laboratorio Nacional de Aguas. $PP(\%) = \frac{PAACP}{PTA} \times 100$ De igual manera se procede con la información para definir el porcentaje de población abastecida con agua sometida a control de calidad y a tratamiento/desinfección $PPAGFS(\%) = \frac{PASTD}{PTACH} \times 100$

<b>Fórmula de cálculo</b>	<p>A los datos del suministro de AUCH se les aplica la “Escalera de Agua Potable”, específicamente en el abastecimiento en las viviendas.</p> <p>Además, se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (30) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), publicada en el mes de julio del 2022, para completar las estimaciones de población con agua con o sin cañería.</p>												
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PP: porcentaje de potabilización  PAACP: población abastecida con agua de calidad potable  PTA: población total abastecida</p> <p>PPAGFS: porcentaje de población con agua potable gestionada en forma segura  PASTD: población con agua sometida a tratamiento y/o desinfección  PTACH: población total que recibe agua para consumo humano</p> <p>Escalera del Agua</p> <table border="1" data-bbox="683 1066 1337 1928"> <thead> <tr> <th data-bbox="683 1066 879 1137">Nivel de Servicio</th> <th data-bbox="879 1066 1337 1137">Definición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="683 1137 879 1328">Gestionando de forma segura</td> <td data-bbox="879 1137 1337 1328">Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1328 879 1570">Básico</td> <td data-bbox="879 1328 1337 1570">Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1570 879 1727">Limitado</td> <td data-bbox="879 1570 1337 1727">Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1727 879 1800">No mejorado</td> <td data-bbox="879 1727 1337 1800">Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1800 879 1928">Sin servicio</td> <td data-bbox="879 1800 1337 1928">Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Fuente: OMS/UNICEF, adaptada por el LNA.</i></p>	Nivel de Servicio	Definición	Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.	Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.	Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.	No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.	Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.
Nivel de Servicio	Definición												
Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.												
Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.												
Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.												
No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.												
Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.												
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje												

<b>Interpretación</b>	Proporción de población (unidad de medida personas) abastecida por Municipalidades que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> Nacional <b>Temática</b> N/A
<b>Línea base</b>	2022: 91.5%
<b>Meta</b>	2024-2028: 93.5% 2024: 91.5% 2025: 91.5% 2026: 92.5% 2027: 93.0% 2028: 93.5%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informe de cobertura del Laboratorio Nacional de Aguas
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

05.AE4.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje acumulado de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura abastecida por ESPH.
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por ESPH que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Los datos de cobertura con control de calidad del agua para uso y consumo humano (AUCH) en viviendas se obtienen de los programas de vigilancia y control de calidad del agua, desarrollados anualmente por el Laboratorio Nacional de Aguas. $PP(\%) = \frac{PAACP}{PTA} \times 100$

### Fórmula de cálculo

De igual manera se procede con la información para definir el porcentaje de población abastecida con agua sometida a control de calidad y a tratamiento/desinfección

$$PPAGFS(\%) = \frac{PASTD}{PTACH} \times 100$$

A los datos del suministro de AUCH se les aplica la “Escalera de Agua Potable”, específicamente en el abastecimiento en las viviendas.

Además, se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (30) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), publicada en el mes de julio del 2022, para completar las estimaciones de población con agua con o sin cañería.

### Componentes involucrados en la fórmula del cálculo

PP: porcentaje de potabilización  
PAACP: población abastecida con agua de calidad potable  
PTA: población total abastecida

PPAGFS: porcentaje de población con agua potable gestionada en forma segura  
PASTD: población con agua sometida a tratamiento y/o desinfección  
PTACH: población total que recibe agua para consumo humano

Escalera del Agua

Nivel de Servicio	Definición
Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.
Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.
Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.
No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.
Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.

Fuente: OMS/UNICEF, adaptada por el LNA.

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de población (unidad de medida personas) abastecida por ESPH que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> <b>Temática</b>
	Heredia N/A
<b>Línea base</b>	2022: 100%
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100% 2028: 100%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informe de cobertura del Laboratorio Nacional de Aguas
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

05.AE5.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje acumulado de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura abastecida por ASADAS.
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como la cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por ASADAS que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Los datos de cobertura con control de calidad del agua para uso y consumo humano (AUCH) en viviendas se obtienen de los programas de vigilancia y control de calidad del agua, desarrollados anualmente por el Laboratorio Nacional de Aguas. $PP(\%) = \frac{PAACP}{PTA} \times 100$

De igual manera se procede con la información para definir el porcentaje de población abastecida con agua sometida a control de calidad y a tratamiento/desinfección

$$PPAGFS(\%) = \frac{PASTD}{PTACH} \times 100$$

A los datos del suministro de AUCH se les aplica la “Escalera de Agua Potable”, específicamente en el abastecimiento en las viviendas.

Además, se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (30) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), publicada en el mes de julio del 2022, para completar las estimaciones de población con agua con o sin cañería.

**Componentes involucrados en la fórmula del cálculo**

PP: porcentaje de potabilización  
 PAACP: población abastecida con agua de calidad potable  
 PTA: población total abastecida  
 PPAGFS: porcentaje de población con agua potable gestionada en forma segura

PASTD: población con agua sometida a tratamiento y/o desinfección

PTACH: población total que recibe agua para consumo humano

Escalera del Agua

Nivel de Servicio	Definición
Gestionando de forma segura	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada ubicada dentro de la vivienda o en el patio o parcela, disponible en el momento necesario y libre de contaminación fecal y sustancias químicas prioritarias.
Básico	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada cuyo tiempo de recogida no supera los 30 minutos, incluyendo el trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera, además se incluye el agua suministrada por cañería, pero no contaminación fecal o alguna sustancia química tóxica.
Limitado	Agua para consumo procedente de una fuente mejorada, cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos incluyendo trayecto de ida y vuelta y tiempo de espera.
No mejorado	Agua para consumo procedente de un pozo o manantial no protegido.
Sin servicio	Agua para consumo recogida directamente de un río, arroyo, represa, lago, estanque, canal o de un canal de irrigación.

Fuente: OMS/UNICEF, adaptada por el LNA.



<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de población (unidad de medida personas) abastecida por ASADAS que recibe agua potable de forma segura según lo establecido en el Reglamento para la Calidad del agua potable.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 75%	
<b>Meta</b>	2024-2028: 77% 2024: 75% 2025: 75% 2026: 76% 2027: 76.5% 2028: 77%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informe de cobertura del Laboratorio Nacional de Aguas	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O5.AE6.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de las etapas del proyecto Ampliación y mejoramiento del sistema de alcantarillado sanitario de la Ciudad de Limón. Cod. 1233
<b>Definición conceptual</b>	Este indicador se entiende como el avance del Programa de Alcantarillado de Limón tomando en consideración las fases del ciclo de vida del proyecto y sus respectivas actividades, y la línea base.
<b>Fórmula de cálculo</b>	% avance: APER + APREF + AFAC + AD + AF + ALAD + APRE + AFE

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		% avance: resultado final de la sumatoria de los pesos de cada actividad APER: avance de las actividades de perfil x peso asignado a la fase de perfil APRE: avance de las actividades de prefactibilidad x peso asignado a la fase de prefactibilidad. AFAC: avance de las actividades de factibilidad x peso asignado a la fase de factibilidad. AD: avance de las actividades de diseño x peso asignado a la fase de diseño AF: avance de las actividades de financiamiento x peso asignado a la fase de financiamiento ALAD: avance de las actividades de Licitación y adjudicación x peso asignado a la fase de Licitación y adjudicación APRE: avance de las actividades de Pre-ejecución x peso asignado a la fase de Pre ejecución AFE: avance de las actividades de Ejecución x peso asignado a la fase de Ejecución
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance obtenido de la sumatoria de las fases del Proyecto Ampliación y Mejoramiento Alcantarillado Sanitario de la Ciudad de Limón.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Región Huetar Caribe, provincia Limón, cantón Limón
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2021: 14.97%
<b>Meta</b>		2024-2026: 69.78% 2024: 38.41% 2025: 59.72% 2026: 69.78%
<b>Periodicidad</b>		Semestral y anual
<b>Fuente de información</b>		Informes Unidad ejecutora AyA / BCIE
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		6.2.1.a. 6.3.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A

<b>Comentarios generales</b>	<p>El Proyecto consta de dos Sectores I, II, sin embargo, las metas proyectadas en esta ficha obedecen a la programación vigente únicamente del Sector I, la cual puede sufrir ajustes en función de la dinámica de los proyectos y sus condiciones.</p> <p>No se incluye el sector II del proyecto ya que en este momento no tiene financiamiento, es por esa razón que solo se puede proyectar una meta hasta el 2025.</p> <p>No se pueden establecer metas más allá de las indicadas porque el Proyecto está sujeto a la búsqueda de financiamiento, de lo contrario no se podrá concluir.</p>
------------------------------	---

05.AE7.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje acumulado de avance en la etapa de ejecución del Proyecto Alcantarillado Sanitario GAM.
<b>Definición conceptual</b>	<p>El Proyecto de Mejoramiento Ambiental de San José (PMAAMSJ), incluye obras para la rehabilitación, refuerzo y ampliación de colectores, subcolectores y redes terciarias del sistema de alcantarillado sanitario existente en más de 300 kilómetros. Esto con el fin de aumentar a un 65% de la población (1,070,000 habitantes) que cuenta con acceso al sistema de alcantarillado sanitario; así mismo, dentro del área del proyecto las aguas residuales se construirá un túnel de trasvase con una longitud de 1,75 Km y un diámetro de 2,50 metros, para llevar las aguas residuales de los colectores de la zona sur hacia la cuenca del río Torres, reunir las con las aguas de los colectores de la zona norte y enviarlas a la planta de tratamiento de aguas residuales (2,810 L/s). Un emisario terrestre con una extensión de 3,11 kilómetros y un diámetro variable entre 1,60 y 2,40 metros, para la conducción final de los caudales de los colectores sur y norte hacia la planta de tratamiento. Una planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) de alta tecnología a desarrollar en dos etapas; en el alcance del proyecto sólo se construirán las obras asociadas a la Etapa I, que consiste en el tratamiento primario o eliminación de sólidos.</p> <p>El Proyecto se resumen en 4 componentes (PTAR, Emisario, Túnel y Tuberías), el indicador mide el</p>

		porcentaje de avance de estas obras, de acuerdo con una ponderación de pesos, de manera que el avance en la ejecución de estos componentes se ve reflejado en el avance del proyecto.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$A\% = (AFOE / AFOX E) \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		A%: avance en la etapa de ejecución del Proyecto AFOE: avance físico de las obras ejecutadas AFOX E: avance físico de las obras por ejecutar
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		El indicador refleja la proporción de ejecución del proyecto con respecto a la totalidad de las obras que comprende.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Región Central
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2021: 76.59%
<b>Meta</b>		2024-2025: 81.92%
		2024: 81.6%
		2025: 81.92%
<b>Periodicidad</b>		Semestral y anual
<b>Fuente de información</b>		Informe de Unidad Ejecutora Programa Agua Potable y Saneamiento (UE PAPS)
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		6.2.1.a, 6.2.1.b y 6.3.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		G 77 y G80
<b>Comentarios generales</b>		El proyecto se desarrolla en el Área Metropolitana: San José, Alajuelita, Montes de Oca, La Unión, Desamparados, Tibás, Vázquez de Desamparados, Moravia, Curridabat, Goicoechea y Escazú.
		No se pueden establecer metas más allá de las indicadas porque el Proyecto está sujeto a la búsqueda de financiamiento, de lo contrario no se podrá concluir.

#### O5.AE8.I1.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el programa de control de la calidad del agua potable

<b>Definición conceptual</b>	Programa de control de la calidad del agua potable, realiza muestreos en acueductos y asadas a nivel nacional, verificando el cumplimiento con el Reglamento de Calidad de Agua Potable, generando informes para el seguimiento de las Áreas Rectoras de Salud.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$G = (NR/NP) \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	G: % de avance en el programa de control de la calidad del agua potable NR: Número de acueductos muestreados NP: Número de acueductos planificados para ser muestreados	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Número de los acueductos muestreados entre el número de los acueductos planificados para ser muestreados.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Calidad del agua potable
<b>Línea base</b>	2023: 100% (160 acueductos vigilados)	
<b>Meta</b>	2024-2028: 100% 2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100% 2028: 100%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Unidad de Salud Ambiental	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6.1.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.5	
<b>Comentarios generales</b>	Con la visibilidad de este indicador, se busca posicionar el tema del fortalecimiento de las Asadas, generalmente en zonas más desposeídas, a través de un seguimiento que permita identificar las deficiencias en su operación.	

O5.AE9.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de volumen de aguas residuales tratadas de manera segura	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se utiliza el concepto de aguas residuales del Ministerio de Salud/MINAE (Decreto 33601-S-MINAE): Agua que ha recibido un uso y cuya calidad ha sido modificada por la incorporación de agentes contaminantes. Se reconocen dos tipos: ordinario (domésticos/comerciales) y especial (industrial/agrícola).</p> <p>Tratadas “de manera segura” significa recolectadas y tratadas en sistemas de tratamiento que cumplen con la norma de vertido o soluciones individuales, incluyendo plantas de tratamiento, tanques sépticos con drenajes u otros aprobados por el MS.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{VT}{VG} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P= proporción de aguas residuales tratadas de manera segura (%).</p> <p>VT= <math>DYC + AI + AA</math> (hm<sup>3</sup>/año).</p> <p>VG= volumen total de aguas residuales generadas (hm<sup>3</sup>/año).</p> <p>VT: es la sumatoria de los volúmenes de:            DYC: aguas de origen doméstico y comercial tratadas en plantas de tratamiento.            AI: aguas de origen industrial tratadas en plantas de tratamiento            AA: aguas de origen agrícola tratadas en plantas de tratamiento</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Volumen total de aguas de uso doméstico + volumen total de aguas de origen industrial + el volumen total de aguas de origen agrícola / volumen total de aguas residuales generadas por 100	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2021: 15.1% de tratamiento de aguas residuales tratada de manera segura	
<b>Meta</b>	2024-2028: 16.1% 2024: 15.3% 2025: 15.5% 2026: 15.7% 2027: 15.9% 2028: 16.1%	

<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Unidad Salud Ambiental
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	6.3.1.a, c, d, e
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	A.5
<b>Comentarios generales</b>	<p>Con el indicador se pretende contar con una dimensión de la proporción de las aguas residuales que cuentan con tratamiento adecuado y su evolución en el tiempo, con lo cual es posible medir la efectividad de las políticas y acciones nacionales relacionadas (Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales, Política Nacional de Agua Potable Política, Nacional de Humedales, Política Nacional de Adaptación al Cambio Climático, Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo, Ley Orgánica del Ambiente)</p> <p>Permite visualizar la reducción de la contaminación por descarga de aguas residuales sin tratamiento al ambiente, con esto reducir o eliminar los impactos a los recursos: agua (superficial y subterránea), suelo y biodiversidad, entre otros.</p> <p>Además, con el manejo adecuado de las aguas residuales se corta el ciclo de las enfermedades de transmisión hídrica.</p> <p>Relación con: Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales, Política Nacional de Agua Potable Política, Nacional de Humedales, Política Nacional de Adaptación al Cambio Climático, Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo, Ley Orgánica del Ambiente</p>

O5. AE10.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del Programa de sensibilización a gestores ambientales y funcionarios de salud

<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Gestores ambientales:</b> son aquellos funcionarios municipales y de otras instituciones públicas dedicados a atender los temas ambientales en sus comunidades o instituciones.</p> <p>Programa de sensibilización enfocados a gestores ambientales de Direcciones ARS sobre los contenidos de la Estrategia de separación, recuperación y valorización de los residuos: Este Programa consiste en una serie de charlas o talleres virtuales en los cuales se les brindara la actualización por temas, realizada a la Estrategia y a otros documentos relacionados con la gestión integral de residuos.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$G = (NR/NP) \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>G: porcentaje de avance en el programa de sensibilización a gestores ambientales y funcionarios de salud para fortalecer la separación en la fuente y recolección separada</p> <p>NR: número de talleres con actores clave realizados</p> <p>NP: número de talleres programados con actores clave.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Proporción del número de talleres con actores clave realizados y el número de talleres programados con actores clave	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	0	
<b>Meta</b>	<p>2024- 2028: 100% (TOTAL PERIODO)</p> <p>2024: 20% Talleres de consulta sobre la actualización de la Estrategia</p> <p>2025: 20% Talleres de divulgación del documento de Estrategia actualizado</p> <p>2026: 20% Talleres de análisis para la Identificación y sistematización de problemas y soluciones de la Estrategia en las comunidades e instituciones</p> <p>2027:20% Seguimiento a la implementación de la Estrategia</p> <p>2028: 20% Evaluación de la implementación de la Estrategia</p>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Unidad de Salud Ambiental.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	



<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	12.5.1.a
<b>Tipo de relación con ODS</b>	Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.5
<b>Comentarios generales</b>	Este indicador busca fortalecer a nivel nacional la separación de residuos en la fuente y la recolección separada por las Municipalidades, y contribuyen a los esfuerzos en la circularidad de los residuos.

<b>O5.AE11.I1.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la implementación del Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Corresponde al total de indicadores que son implementados por año.</p> <p>El Plan Nacional para la Gestión integral de Residuos corresponde a la implementación del primer quinquenio de la Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos, el cual está estructurado siguiendo el orden de cada uno de los ejes de política.</p> <p>El Plan incluye la desagregación de elementos como: los subtemas que componen cada eje temático, las acciones estratégicas a ejecutar respecto de los subtemas, los indicadores de medición, líneas base, metas a alcanzar, responsables y corresponsables y la periodicidad para el cumplimiento de las acciones planificadas.</p> <p>Gestión Integral de Residuos: Gestión integral de residuos: conjunto articulado e interrelacionado de acciones regulatorias, operativas, financieras, administrativas, educativas, de planificación, monitoreo y evaluación para el manejo de los residuos, desde su generación hasta la disposición final. (Ley 8839, Art. 6)</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%C = \frac{ICxA}{IPxA} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>%C: porcentaje de cumplimiento.</p> <p>ICxA: indicadores que se cumplen por año</p> <p>IPxA: indicadores que contiene el Plan por año</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje

<b>Interpretación</b>	El porcentaje de cumplimiento de los indicadores planificados del plan por año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 100% plan elaborado	
<b>Meta</b>	2024-2028:100% indicadores del Plan Nacional cumplidos por cada año 2024:10% (oficialización, divulgación e implementación). 2025:25% (Implementación y seguimiento) 2026:30% (Implementación y seguimiento) 2027:25% (Implementación y seguimiento) 2028:10% (Evaluación)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Unidad de Salud Ambiental.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos del Ministerio de Salud	
<b>Comentarios generales</b>	La ejecución de las acciones contempladas en el Plan se realizará mediante una coordinación interinstitucional e intersectorial; por lo que, el financiamiento del plan estará compuesto por presupuesto que cada una de las instituciones y/u organizaciones que fueron identificadas como responsables de las acciones estratégicas establezcan para su ejecución, quienes incluirán en sus planes operativos institucionales a partir del año 2024 el presupuesto para estas actividades.	

O5.AE12.11	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en el Plan de Trabajo con Municipalidades, organizaciones comunales y ciudadanos.
<b>Definición conceptual</b>	Plan de trabajo de capacitación sobre buenas prácticas en la gestión integral de residuos, prohibiciones y sanciones sobre la circularidad de los residuos.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = (NR/NP) \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	P: porcentaje de cumplimiento NR: número de talleres realizados NP: número de talleres programados

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje expresado a través del total de talleres realizados entre el número de talleres programados	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0%	
<b>Meta</b>	2024- 2028: 100% 2024: 20% Elaboración del plan de trabajo de capacitación 2025: 20% Talleres desarrollados por cantón, distrito e instituciones 2026: 20% Talleres desarrollados por cantón, distrito e instituciones 2027: 20% Seguimiento al Plan de capacitación 2028: 20% Evaluación de la implementación del Plan de Capacitación	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Unidad Salud Ambiental.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	12.5.1.a y 12.5.1.b	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.5.	
<b>Comentarios generales</b>	Este indicador busca fortalecer las capacidades de la población para separar, tratar, aprovechar y encaminar los residuos hacia destinos finales adecuados.	

O5. AE13.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de desarrollo del reglamento de aplicaciones terrestres de plaguicidas.
<b>Definición conceptual</b>	Reglamento de aplicaciones terrestres de plaguicidas: reglamento para evitar la contaminación y exposición innecesaria de poblaciones vecinas a plantaciones y trabajadores
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P= E+C+G+L+CP+M+LD+LG+RI$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje de desarrollo  E: elaboración de borrador 20%  C: consenso con instituciones y sectores 30%  G: aprobación por Dirección General de Salud 10%  L: aprobación por Asesoría Legal y Jerarca de Salud 10%  CP: consulta pública 10%  M: revisión y aprobación por MEIC 10%  LD: aprobación por leyes y decretos/firma presidente 10%  LG: publicación en La Gaceta 5%  RI: reglamento implementado 5%</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	Sumatoria de la elaboración del borrador + aprobación por la dirección general + aprobación por la asesoría legal y jerarca de salud+ consulta pública + revisión y aprobación del reglamento + aprobación por leyes y decretos + publicación + implementación
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>
	Nacional
	<b>Temática</b>
	N/A.
<b>Línea base</b>	2023: 60% de avance (Elaboración del borrador y consenso con instituciones y sectores)
<b>Meta</b>	<p>2024-2028: 100%  2024: 95% Aprobación por Dirección General de Salud 10% + Aprobación por Asesoría Legal y Jerarca de Salud 10% + Consulta pública 10% + Revisión y aprobación por MEIC 10% + Aprobación por Leyes y Decretos/firma presidente 10% + LG = Publicación en La Gaceta 5%  2025: Reglamento Implementado 1.25%  2026: Reglamento Implementado 1.25%  2027: Reglamento Implementado 1.25%  2028: Reglamento Implementado 1.25%</p>
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental. Unidad Salud Ambiental
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.9 .1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	A.5

<b>Comentarios generales</b>	Este indicador busca disminuir el impacto negativo a la salud, y su manifestación más próxima, las intoxicaciones agudas, de las sustancias plaguicidas, a través de acciones reglamentarias que permitan al Estado una efectiva vigilancia.
------------------------------	--

05. AE14.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de intervenciones desarrollada de manera articulada para la investigación de los eventos de intoxicación relacionadas con plaguicidas.	
<b>Definición conceptual</b>	Las intervenciones serán las acciones encaminadas junto con otras instituciones para que el reporte de intoxicaciones y se evidencie cuales personas se intoxicaron con plaguicidas en una relación laboral aplicando un plaguicida.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = IA\ 2024 + IA\ 2025 + IA\ 2026 + IA\ 2027 + IA\ 2028$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria IA: intervención anual	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de personas intoxicadas aplicando plaguicidas en un periodo de tiempo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Provincia, cantón.
	<b>Temática</b>	Intoxicaciones ocupacionales
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: modificación de la VE-035 intervenciones 2024: 1 2025: 1 2026: 1 2027: 1 2028: 1	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Direcciones Regionales del Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	N/A	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	N/A	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	

### Comentarios generales

Para lograr esto se deberá modificar la boleta VE-03, el Decreto de Vigilancia y socializar con los actores los cambios a realizar para obtener el dato de las personas que se intoxican en la aplicación de agroquímicos.

### Eje 6 Promoción de la Salud

O6.AE1.I1.		
Elemento	Descripción	
Nombre del indicador	Número de informes asociados a estimación del consumo de sodio e identificación de las principales fuentes alimentarias.	
Definición conceptual	<p><b>Consumo de Sodio:</b> representa el promedio de la ingesta del consumo de sodio por persona por día ajustado a 2000 Kcal. Consiste en comparar porcentualmente la línea basal del consumo promedio de sodio/persona/día ajustado a 2000 Kcal (3,84 en el 2018), respecto al consumo promedio de sodio/persona/día ajustado a 2000 Kcal en la fecha de evaluación.</p> <p><b>Fuentes alimentarias de sodio:</b> clasificación de los principales grupos de alimentos según contenido de sodio.</p>	
Fórmula de cálculo	$IECF = \Sigma$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	IECF: Informes de estimación de consumo de sodio e identificación de fuentes. $\Sigma$ : Sumatoria	
Unidad de medida	Número	
Interpretación	Total, de informes asociados a estimación del consumo de sodio e identificación de las principales fuentes alimentarias. La información referente a estimación de consumo de sodio se obtiene de las encuestas de Presupuesto Familiar (ingresos y gastos del 2026-2027).	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	N/A
Línea base	ND	
Meta	2026-2027: 1 informe	
Periodicidad	Del 2026 al 2027	
Fuente de información	Dirección de Investigación Unidad de Salud y Nutrición a partir de las Encuestas de Presupuesto Familiar (ingresos y gastos del 2026-2027)	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE2.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de Comités Cantonales de Deportes y Recreación activos y con presupuesto para el desarrollo de proyectos de actividad física sistemática en el marco del Programa Actívate.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Comités Cantonales de Deporte y Recreación (CCDR) activos:</b> corresponde a los CCDR que una vez cumplen con los procedimientos internos desarrollan proyectos de actividad física para promoción de la salud a nivel cantonal por medio del apoyo técnico y económico que les brinda el ICODER.</p> <p><b>Población:</b> Es toda la población a nivel nacional (desde la niñez hasta adulto mayor) que durante todo el curso de vida participa en los programas y proyectos de actividad física de intensidad moderada ofrecidos por el ICODER.</p> <p><b>Actividad Física:</b> Se puede realizar actividad física de muchas maneras diferentes: caminando, montando en bicicleta y practicando deportes y actividades recreativas activas (como danza, yoga o taichí). También puede realizarse actividad física en el trabajo y en el hogar. En todas sus formas, la actividad física proporciona beneficios para la salud si se realiza con regularidad y con suficiente duración e intensidad. (OPS, Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030: “Más personas activas para un mundo más sano”,2019). Programa Actívate: Programa que se desarrolla en cantones seleccionados del país para satisfacer las necesidades e intereses de la población en general, en lo que respecta a la práctica sistemática de actividad física, ejercicio y recreación, en procura de adoptar un estilo de vida saludable, priorizando</p>

		poblaciones en riesgo social, niños y niñas, adulto, adulto mayor y personas en condición de discapacidad por medio de la aplicación de sesiones de trabajo con un equipo multidisciplinario y técnico.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\Sigma = X1+X2+X3...$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		$\Sigma$ : sumatoria X: Comités Cantonales de Deporte y Recreación desarrollando el programa Actívate al año.
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Sumatoria de Comités Cantonales de Deportes y Recreación activos y con presupuesto para el desarrollo de proyectos de actividad física sistemática en el marco del Programa Actívate.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Cantones beneficiados
<b>Línea base</b>		2022: 27 CCDR Comités Cantonales de Deporte y Recreación activos y con presupuesto para el desarrollo de proyectos de actividad física sistemática en el marco del Programa Actívate.
<b>Meta</b>		2024-2028: en promedio de 25 CCDR (al año) 2024: 25 2025: 26 2026: 27 2027: ND 2028: ND
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Unidad de Programas y Proyectos, Dpto. Deporte y Recreación, ICODER.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registros administrativos del Dpto. Deporte y Recreación.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		A.2
<b>Comentarios generales</b>		La forma para recopilar información sobre el indicador será mediante los registros en las bases de datos que lleva el Departamento de Deporte y Recreación desde la unidad encargada de gestionar los programas y proyectos que incorporan acciones de actividad física de intensidad moderada.



### **Según la Organización Mundial de Salud se recomienda:**

En las 24 horas de un día, los niños de 1 a 2 años: deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, incluidas actividades físicas moderadas.

En las 24 horas de un día, los niños de 3 a 4 años: deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, de los que al menos 60 minutos se dedicarán a actividades físicas moderadas a intensas repartidas a lo largo del día; cuantas más, mejor.

Los niños y adolescentes de 5 a 17 años deberían dedicar al menos un promedio de 60 minutos al día a actividades físicas moderadas a intensas, principalmente aeróbicas, a lo largo de la semana. Los adultos de 18 a 64 años: deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos; a lo largo de la semana. Los adultos de 65 o más años: se aplican las mismas recomendaciones que para los adultos.

Las mujeres durante el embarazo y el puerperio: Todas las mujeres que no tengan contraindicaciones durante el embarazo y el puerperio deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 minutos; a lo largo de la semana.

### **Comentarios generales**

Las personas con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes de tipo 2, VIH y quienes han sobrevivido al cáncer) deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos a lo largo de la semana.

Los niños y adolescentes con discapacidad: deberían dedicar al menos un promedio de 60 minutos al día a actividades físicas moderadas; a lo largo de la semana.

Los adultos con discapacidad: deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos; a lo largo de la semana.

**Extraído de Página Web Organización Mundial de la Salud** <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>>.

### 06.AE3.I1.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de Instituciones vinculadas a la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS) que incorporan o le dan continuidad a los programas y proyectos de recreación y uso del tiempo libre dentro de su planificación estratégica y operativa.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>RECAFIS:</b> La Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS) es una instancia participativa de alcance nacional y cantonal establecida por Decreto N° 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G, establecida por Decreto N° 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G, coordinada por el Ministerio de Salud, que funciona como un mecanismo de coordinación interinstitucional, cuyo fin es la promoción de la actividad física en todas sus modalidades para la salud integral de la población costarricense en el país.</p> <p><b>Programas:</b> conjunto de subprogramas o proyectos que responden a un objetivo común para la producción de bienes y servicios; es una intervención limitada en cuanto a recursos y tiempo. (MIDEPLAN, 2016)</p> <p><b>Proyecto:</b> Es el nivel más concreto de programación que consiste en un conjunto articulado de actividades integradas, destinado a lograr objetivos específicos, con un presupuesto dado y un tiempo determinado, orientado a la producción de bienes y servicios (MIDEPLAN, 2016).</p> <p><b>Planificación estratégica:</b> constituye el conjunto de análisis, decisiones y acciones que una institución lleva a cabo para cumplir con sus competencias y responsabilidades en un contexto y un tiempo determinado. Los Planes Estratégicos son instrumentos de planificación institucional de mediano o largo plazo, no menor de cinco años (MIDEPLAN, 2018)</p> <p><b>Planificación operativa:</b> Proceso de organización para la gestión de las instituciones que orienta la programación de actividades para la consecución de los objetivos propuestos y el seguimiento de estos. La planificación operativa se traduce en los programas y proyectos para la prestación de los productos (bienes y servicios) que se deberán ejecutar en el periodo de interés, generalmente en el plazo de un año.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = I1+I2+I3...$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : Sumatoria de instituciones con continuidad o incorporación de programas y proyectos de recreación y uso del tiempo libre. I: Instituciones	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Se refiere a la suma de instituciones con continuidad o que incorporan programas y proyectos de recreación y uso del tiempo libre.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 5 instituciones	
<b>Meta</b>	2024-2026: 11 instituciones	
<b>Periodicidad para el seguimiento</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Registro administrativo	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C28	
<b>Comentarios generales</b>	Las instituciones que forman parte de la RECAFIS son: a. Ministerio de Salud b. Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación c. Caja Costarricense de Seguro Social. d. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. e. Ministerio de Educación Pública. f. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, mediante el Consejo de Salud Ocupacional. g. Instituto de Fomento y Ayuda Municipal. h. Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad. i. Unión de Gobiernos Locales. j. Universidades Públicas. k. Consejo de la Persona Joven. l. En calidad de observador: Organización Panamericana de la Salud y Observatorio de Políticas de Salud.	

O6.AE3.I2.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cantones que promueven la actividad física a nivel cantonal mediante la articulación entre las Red de Cantonales de Actividad Física y Salud (RECAFIS) cantonales y los Comités Cantonales de Deportes y Recreación (CCDR)	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>RECAFIS cantonales:</b> Las Redes Cantonales de Actividad Física y Salud son una instancia participativa de alcance cantonal articulada a la RECAFIS Nacional, ambas establecidas por Decreto N° 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G. Las RECAFIS Cantonales funcionan como un mecanismo de coordinación interinstitucional y social para la promoción de la actividad física para la salud integral en los cantones del país en el país.</p> <p><b>CCDR:</b> Los Comités Cantonales de Deportes y Recreación son un órgano adscrito a la Municipalidad, de carácter técnico, deportivo, recreativo y administrativo, dirigido a promover la actividad física y la recreación para la salud física y mental; así como, a fomentar el deporte competitivo y recreativo en el Cantón.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PCAF = \frac{NCAF}{TC} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PCAF: porcentaje de cantones NCAF: número de cantones que promueven la actividad física TC: total de cantones en el país.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Mide la relación entre los cantones que promueven la actividad física a nivel cantonal mediante la articulación entre las RECAFIS cantonales y los CCDR, del total de cantones que tiene el país.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	No Aplica
<b>Línea base</b>	2022: 24% Equivale a 29 cantones que cuentan con RECAFIS activas donde están integrados los CCDR	
<b>Meta</b>	2023-2026: 46% de cantones para el periodo 2024: 15% 2025: 15% 2026: 16%	
<b>Periodicidad para el seguimiento</b>	Anual	

<b>Fuente de información</b>	Registro administrativo
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C28
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE4.I1	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	<p>Porcentaje de personas que participan en el Programa de Clínicas de Cesación de Tabaco y que al año se mantienen sin tabaco.</p>
<b>Definición conceptual</b>	<p>En el año 2023 en Costa Rica un 65,1% de las personas que lograron dejar de fumar o vapear en el año 2022 se mantuvo en cesación al año de haber concluido la terapia.</p> <p>El indicador corresponde a la reducción de la carga de enfermedad para enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedad cardiovascular y cáncer a través de la prevención del tabaquismo como principal factor de riesgo prevenible.</p> <p>Las Clínicas de Cesación de Tabaco forman parte de la oferta institucional para el abordaje de las personas con consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articulan de forma estrecha con el Programa de Normalización a la Atención de las Adicciones, así como con los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISAM).</p> <p>El modelo de las CCT es parte de un programa de tratamiento integral que considera fundamental la interacción de los elementos físicos, psicológicos, socioeconómicos y farmacológicos que dan origen a la adicción (Carreras CJM, 2004).</p> <p>El Programa de Cesación de Tabaco está integrado también por acciones en el Primer Nivel de Atención, por medio del Lineamiento Intervención de las personas consumidoras de tabaco atendidas en el primer nivel de atención de la CCSS (L.GM.CTC.12052020), el cual rige desde 2014, y fue actualizado en el 2020. En el Primer Nivel de Atención se brindan intervenciones breves para</p>

		inducir al usuario tabaquista al cambio y cuando están en la etapa de preparación se les invita o refiere a una CCT.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{CPPPCCT}{TPPPCCT} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		P: porcentaje CPPPCCT: cantidad de personas que participan en el Programa de Clínicas de Cesación de tabaco y que al año se mantienen en cesación TPPPCCT: total de personas que participan en el Programa de Clínicas de Cesación de tabaco en el año previo
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de éxito de la terapia del Programa de Clínicas de Cesación de Tabaco al año de haberse completado.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2023: 65,10%
<b>Meta</b>		2024: 73 % 2025: 73 % 2026: 73 % 2027: 73 %
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Informes anuales Clínicas de Cesación de Tabaco
<b>Clasificación</b>		(X) Impacto. ( ) Efecto. ( ) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro de seguimiento casos
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.a.1 y 3.5.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		-

O6.AE5.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de estudiantes de secundaria de modalidad tradicional de 12 a 18 años consumidores activos (30 días) de productos de tabaco o nicotina.

<b>Definición conceptual</b>	El porcentaje de estudiantes de secundaria de modalidad tradicional que consumieron productos de tabaco o nicotina (cigarrillo, puro, pipa, otro) en los últimos 30 días previo a la encuesta.  <b>Prevalencia:</b> el campo de la medicina, una medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado. de prevalencia	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\% = \frac{X}{Y} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	X: total de estudiantes de secundaria de modalidad tradicional que consumieron productos de tabaco en los últimos 30 días Y: total de estudiantes de secundaria de modalidad tradicional de la muestra.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de estudiantes de secundaria de modalidad tradicional que consumen productos de tabaco o nicotina de forma activa.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Regional, Nacional
	<b>Temática</b>	Por sexo
<b>Línea base</b>	2022: 5,7%	
<b>Meta</b>	2025: 7,7% 2028: 10,1%	
<b>Periodicidad</b>	Triannual	
<b>Fuente de información</b>	Encuesta	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Base de datos de Encuesta nacional en población de educación secundaria.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O6.AE5.I2.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de nuevos niñas y niños de centros educativos públicos, que participan en programas de prevención universal para el fomento de habilidades para la vida.	
<b>Definición conceptual</b>	Propiciar el desarrollo sano y seguro de los estudiantes de primaria mediante el Programa de habilidades para la vida KUDOS para potenciar sus talentos y convertirse en miembros productivos de su comunidad y la sociedad, contribuyendo a retardar la edad de inicio en el consumo y a reducir los niveles de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	
<b>Fórmula de cálculo</b>	Sumatoria de estudiantes de primaria de centros educativos públicos que participaron en programas de prevención universal.	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma = NE$	
<b>Unidad de medida</b>	Número de estudiantes	
<b>Interpretación</b>	Estudiantes que participan de programas que se orientan a informar y crear conocimiento acerca de las consecuencias que se derivan del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y que fomentan acciones de promoción de la salud.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Regional, Nacional
	<b>Temática</b>	Por sexo
<b>Línea base</b>	2022: 31.038	
<b>Meta</b>	2024: 31.100 2025: 31.100 2026: 31.100 2027: 31.100 2028: 31.100	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Registros de estudiantes intervenidos según centro educativo por nivel. Base de datos	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	



O6.AE5.I3.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de nuevas personas adolescentes de centros educativos públicos que participan del Programa de prevención selectiva "Dynamo" para el fomento de habilidades para la vida.	
<b>Definición conceptual</b>	Propiciar el desarrollo sano y seguro de los jóvenes estudiantes de secundaria mediante el programa de habilidades para la vida DYNAMO, para potenciar sus talentos y convertirse en miembros productivos de su comunidad y la sociedad, contribuyendo a retardar la edad de inicio en el consumo y a reducir los niveles de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma=NE$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	NE: número de estudiantes de secundaria de centros educativos públicos que participaron en el Programa Dynamo.	
<b>Unidad de medida</b>	Número de estudiantes	
<b>Interpretación</b>	Estudiantes que participan de programas dirigidos a grupos poblacionales identificados con mayor riesgo de desarrollar conductas asociadas al consumo de drogas (SPA) enfocado en grupos en alta vulnerabilidad social.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Regional, Nacional
	<b>Temática</b>	Por sexo
<b>Línea base</b>	2022: 5.712	
<b>Meta</b>	2024: 6.000 2025: 6.000 2026: 6.000 2027: 6.000 2028: 6.000	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Registros de estudiantes intervenidos según centro educativo por nivel Base de datos	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O6.AE5.I4.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de personas que utilizan servicios de atención derivados del consumo de tabaco o nicotina	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Servicios de atención:</b> servicios de tratamiento integral y rehabilitación a personas con consumo de tabaco o nicotina y sus familias a través de servicios ambulatorios y residenciales.</p> <p>Brindar servicios de tratamiento integral y rehabilitación a personas con consumo de tabaco o nicotina y sus familias, incorporando los enfoques de derechos humanos, género, inclusión social, vulnerabilidad; basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad internacionales; con el fin de mejorar su calidad de vida, en los establecimientos o servicios del IAFA.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PSA = \Sigma(X+Y)$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PSA: personas que utilizan servicios de atención por consumo de tabaco o nicotina.</p> <p>X: número de personas menores de edad atendidas anualmente en servicios ambulatorios por consumo de tabaco o nicotina.</p> <p>Y: número de personas mayores de edad atendidas anualmente en servicios ambulatorios por consumo de tabaco o nicotina.</p> <p><math>\Sigma</math>: número de pacientes (personas) que consultan en los establecimientos o servicios del IAFA por consumo de tabaco o nicotina.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	<p>Número de personas atendidas en los servicios ambulatorios por eventos directamente asociados al consumo de tabaco o nicotina.</p> <p>Las personas consultantes (pacientes) permiten cuantificar la demanda de los servicios y medir el crecimiento de la cobertura, para lo cual, es necesario conocer las consultas de primera vez en la vida y las subsecuentes, por eventos directamente asociados al consumo de tabaco o nicotina.</p>	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Por sexo
<b>Línea base</b>	2022: 1.167	

<b>Meta</b>	2024: 1.167 2025: 1.167 2026: 1.167 2027: 1.167 2028: 1.167
<b>Periodicidad</b>	Trimestral, Semestral y Anual
<b>Fuente de información</b>	Registros médicos electrónicos o expedientes clínicos electrónicos en los cuales se registran los datos de la atención de las personas que asisten a cada una de las sedes de atención del IAFA.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE6.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas que consultan por primera vez en la vida en los servicios del IAFA.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Personas que utilizan servicios especializados de atención por trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas por primera vez en la vida en los establecimientos del IAFA.</p> <p>Al ser un indicador validado a nivel internacional, las personas consultantes (pacientes) permiten cuantificar la demanda de los servicios y medir el crecimiento de la cobertura, para lo cual, es necesario conocer las consultas de primera vez en la vida y las subsecuentes, por eventos directamente asociados al consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Los consumidores de sustancias psicoactivas requieren servicios para atender el consumo en sí mismo y las consecuencias derivadas de éste. Los servicios de atención con que dispone el IAFA permiten brindar tratamiento rehabilitación y reinserción social a personas con consumo de sustancias psicoactivas y sus familias por medio de servicios ambulatorios y residenciales.</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	% PCPVV = $\Sigma$ CPVVA + $\Sigma$ CPVVR $\Sigma$ PAAS x100	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>% PCPVV: porcentaje de personas que consultan por primera vez en la vida en los servicios ambulatorios y residenciales del IAFA.</p> <p><math>\Sigma</math> CPVVA: es la suma de las personas que consulta por primera vez en la vida en los servicios ambulatorios de atención por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p><math>\Sigma</math> CPVVR: es la suma de las personas que consulta por primera vez en la vida en los servicios residenciales de atención por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p><math>\Sigma</math> PAAS: es la suma de personas (menores y mayores de edad) atendidas anualmente en los servicios ambulatorios y residenciales.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Es el porcentaje de personas mayores y menores de edad que consultan por primera vez en la vida en los servicios del IAFA con respecto al número total de personas atendidas anualmente en los servicios ambulatorios y residenciales del IAFA, por eventos directamente asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Regional, Nacional
	<b>Temática</b>	Por Sexo
<b>Línea base</b>	2021: 45,02%	
<b>Meta</b>	2024: 45,3% 2025: 45,6% 2026: 46,0% 2027: 46,3% 2028: 46,5%	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral, semestral, anual	
<b>Fuente de información</b>	Registros médicos electrónicos o expedientes clínicos electrónicos en los cuales se registran los datos de la atención de las personas que asisten a cada una de las sedes de atención del IAFA.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	-	

O6.AE6.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de personas que utilizan servicios de atención derivados del consumo de sustancias psicoactivas.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Los servicios de atención son los ambulatorios que ofrece la institución en sus diferentes sedes, así como los residenciales ofrecidos en la Región Central. Los servicios de atención con que dispone el IAFA permiten captar a aquellas personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas y brindar tratamiento integral y rehabilitación a la medida a personas con consumo de sustancias psicoactivas y sus familias que permitan reducir o eliminar el consumo y lograr estilos de vida saludables.</p> <p>Las sustancias psicoactivas son todos aquellos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento, de manera general se conocen como “Drogas”.</p> <p>El número y las características de las personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de nuevas intervenciones.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PSA = \Sigma(X+Y)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PSA: personas que utilizan servicios de atención por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>X: número de personas (menores y mayores de edad) atendidas anualmente en servicios ambulatorios.</p> <p>Y: número de personas menores de edad atendidas anualmente en servicios residenciales.</p> <p>Σ: suma de pacientes (personas) que consultan en los establecimientos o servicios del IAFA</p>
<b>Unidad de medida</b>	Número
	<p>PSA, se relaciona con el número total de personas mayores y menores de edad atendidas anualmente en los servicios ambulatorios y residenciales del IAFA, por eventos directamente asociados al consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Las personas consultantes (pacientes) permiten</p>

<b>Interpretación</b>	la demanda de los servicios y medir el crecimiento de la cobertura, para lo cual, es necesario conocer las consultas de primera vez en la vida y las subsecuentes, por eventos directamente asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> Regional, Nacional <b>Temática</b> Por sexo
<b>Línea base</b>	2021: 20.388
<b>Meta</b>	2024: 22.550 2025: 26.300 2026: 28.950 2027: 31.000 2028: 33.250
<b>Periodicidad</b>	Trimestral, Semestral, Anual
<b>Fuente de información</b>	Registros médicos electrónicos o expedientes clínicos electrónicos en los cuales se registran los datos de la atención de las personas que asisten a cada una de las sedes de atención del IAFA.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE7.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje anual de inspecciones realizadas por el Ministerio de Salud en materia de Control de Tabaco y sus derivados
<b>Definición conceptual</b>	<b>Inspección:</b> visita de verificación, seguimiento o cumplimiento de las disposiciones normativas establecidas en materia de Control de Tabaco, que realizan las personas funcionarias debidamente identificadas del Ministerio de Salud. <b>Control de Tabaco:</b> “(...) comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco.” (CMCT de la OMS, Art. 1, Inciso d)

<b>Fórmula de cálculo</b>	PA=NIR/NIPx100	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PA: programación anual establecida por el Nivel Regional del Ministerio de Salud. NIR: número de inspecciones realizadas. NIP: número de inspecciones programadas.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de inspecciones que realiza el Ministerio de Salud sobre la regulación en materia de control de tabaco y sus derivados.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	No aplica
<b>Línea base</b>	2023: 20.456 inspecciones.	
<b>Meta</b>	2024-2028:100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Direcciones de Nivel Regional del Ministerio de Salud	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	El Programa Control de Tabaco no tiene injerencia en la programación y el cumplimiento de las actividades realizadas por el Nivel Regional y Local del Ministerio de Salud.	

O6.AE8.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje anual de procedimientos administrativos sumarios realizados por el Ministerio de Salud en materia de Control de Tabaco y sus derivados
<b>Definición conceptual</b>	<b>Procedimiento Administrativo Sumario:</b> <i>proceso sumarísimo a través del cual “el órgano director ordenará y tramitará las pruebas en la forma que</i>

		<p>crea más oportuna, determinará el orden, términos y plazos de los actos a realizar, así como la naturaleza de éstos, sujeto únicamente a las limitaciones que señala la Ley General de la Administración Pública (artículo 323)” (Manual de Procedimiento Administrativo, 2006)</p> <p><b>Control de Tabaco:</b> “(...) comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco.” (CMCT de la OMS, Art. 1, Inciso d)</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		PA=NPSR/NPSPx100
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PA: programación anual establecida por el Nivel Regional del Ministerio de Salud. NPSP: número de procedimientos sumarios programados. NPSR: número de procedimientos sumarios realizados.
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje.
<b>Interpretación</b>		El porcentaje de procedimientos sumarios realizados en materia de control de tabaco y sus derivados
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	No aplica
<b>Línea base</b>		2023: 100% (646 Procedimientos Administrativos Sumarios.)
<b>Meta</b>		2024-2028:100% 2024: 20% 2025: 20% 2026: 20% 2027: 20% 2028: 20%
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Direcciones de Nivel Regional del Ministerio de Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.5.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A



<b>Comentarios generales</b>	El Programa Control de Tabaco no tiene injerencia en la programación y el cumplimiento de las actividades realizadas por el Nivel Regional y Local del Ministerio de Salud.
------------------------------	---

O6.AE9.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de alcance del programa de movilidad segura por cada 10 000 habitantes.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Cantidad de personas que reciben el programa: son aquellos que finalizaron el programa de movilidad segura en cantones prioritarios y empresas. Este programa, tiene como objetivo contribuir a fomentar la cultura de prevención en seguridad vial y movilidad segura, por medio de actividades dirigidas a los diferentes actores de la sociedad, manteniendo especial interés en contribuir con la reducción de la accidentabilidad en regiones con mayor incidencia y casos graves, por medio de actividades de concientización y capacitación en coordinación con diferentes actores sociales.</p> <p><b>Población mayor de 18 años:</b> personas que cuentan con un seguro en los regímenes de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{PRP}{PM} \times 10\ 000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PRP: personas que reciben el programa. PM: población mayor de 18 años.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 10.000 habitantes	
<b>Interpretación</b>	Personas en el programa por cada 10 000 habitantes	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 41 personas en el programa por cada 10 000 habitantes	
<b>Meta</b>	2024: >=41 por cada 10 000 habitantes 2025: >=41 por cada 10 000 habitantes 2026: >=41 por cada 10 000 habitantes 2027: >=41 por cada 10 000 habitantes 2028: >=41 por cada 1 0000 habitantes	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Instituto Nacional de Seguros	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	

<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE10.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Tasa de alcance del programa de prevención en escuelas, por cada 10 000 niños /adolescentes escolares.	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Cantidad de personas que reciben el programa:</b> son aquellos que finalizaron el programa de prevención en escuelas. <b>Población escolar:</b> personas en edad escolar.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{PRP}{PE} \times 10\ 000$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	PRP: personas que reciben el programa. PE: población escolar.	
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	
<b>Interpretación</b>	Personas en el programa por cada 10 000 niños / adolescentes escolares.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	NA
<b>Línea base</b>	2023: 84 por cada 10 000 niños/adolescentes	
<b>Meta</b>	2024: >=84 por cada 10 000 2025: >=84 por cada 10 000 2026: >=84 por cada 10 000 2027: >=84 por cada 10 000 2028: >=84 por cada 10 000	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Instituto Nacional de Seguros	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Sistema de información.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.8	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	

<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE11.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones preventivas implementadas en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se refiere al porcentaje de acciones preventivas en seguridad vial, específicamente en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad para la mejora de los hábitos de comportamientos de los usuarios de del sistema de infraestructura y transporte.</p> <p><b>Promoción de la seguridad vial y movilidad:</b> se refiere fundamentalmente a un proceso integral y sistemático de programas de capacitación, mercadeo y participación social que dotan a los usuarios con herramientas y conocimientos para una utilización segura, sostenible y saludable del sistema de infraestructura y transporte.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PAIEPPSV = \frac{AIEPPSV}{APEPPSV} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PAIEPPSV: porcentaje de acciones preventivas implementadas en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad</p> <p>AIEPPSV: cantidad de acciones preventivas implementadas en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad.</p> <p>APEPPSV: cantidad de acciones preventivas programadas en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje de acciones preventivas en seguridad vial.	
<b>Interpretación</b>	Para el año <b>XX</b> , se ejecutó un <b>x%</b> de las acciones preventivas en seguridad vial en educación, prevención, promoción de la seguridad vial y movilidad del total programadas.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A.
<b>Línea base</b>	2023: 0%.	

<b>Meta</b>	2028: al menos 80%. 2024: 16% 2025: 16% 2026: 16% 2027: 16% 2028: 16%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Consejo de Seguridad Vial.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.6.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>El tipo de relación con el indicador de ODSS indirecto, porque debe agregársele otras acciones que realizan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en movilidad y seguridad vial.</p> <p>Acciones preventivas en educación y prevención involucran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir a personas en temas de educación, prevención y promoción de la seguridad vial</li> <li>2. Realización de actividades de promoción</li> <li>3. Incorporar empresas al programa de Empresas Seguras</li> <li>4. Producir e implementar campañas</li> <li>5. Producir y publicar boletines y material gráfico</li> <li>6. Impartir charlas a docentes, estudiantes, padres de familia y grupos organizados de la sociedad civil.</li> <li>7. Realizar actividades de promoción y educativas en Parque Infantil.</li> </ol>

O6.AE12.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones preventivas implementadas en señalamiento vial de las rutas nacionales.
<b>Definición conceptual</b>	<p>El porcentaje de acciones preventivas en seguridad vial, específicamente en señalamiento vial de las rutas nacionales para mejorar la seguridad de los usuarios de las vías de tránsito.</p> <p><b>Señalamiento vial:</b> “Dispositivos que se colocan en la vía, con la finalidad de prevenir e informar a los usuarios y regular el tránsito, a efecto de contribuir con la seguridad del usuario” (SIECA, 2010, p. 378).</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$PAISV = \frac{AISV}{APSV} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PAISV: porcentaje de acciones preventivas implementadas en señalamiento vial de las rutas nacionales.</p> <p>AISV: cantidad de acciones preventivas implementadas en señalamiento vial de las rutas nacionales.</p> <p>APSV: cantidad de acciones preventivas programadas en señalamiento vial de las rutas nacionales.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Para el año <b>XX</b> , se ejecutó un <b>x%</b> de las acciones preventivas en señalamiento vial de las rutas nacionales del total programadas.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0%.	
<b>Meta</b>	<p>2028: Al menos un 80%.</p> <p>2024:16%</p> <p>2025:16%</p> <p>2026:16%</p> <p>2027:16%</p> <p>2028:16%</p>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Consejo de Seguridad Vial.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.6.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	<p>El tipo de relación con el indicador de ODSS indirecto, porque debe agregársele otras acciones que realizan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en movilidad y seguridad vial. Acciones preventivas en señalamiento vial involucran las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demarcar kilómetros de carretera</li> <li>• Pasos peatonales demarcados</li> <li>• Demarcación y colocación de semáforos</li> <li>• Demarcación de sitios específicos</li> </ul>	

**Referencias bibliográficas:**

Secretaría de Integración Económica Centroamericana (SIECA) (2011). Manual Centroamericano de Normas para el Diseño Geométrico de Carreteras con enfoque de Gestión de riesgo y Seguridad Vial. Consultado en:

<https://intercoonecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/Manual%20Centraamericano%20de%20normas%20para%20el%20dise%C3%B1o%20geometrico%20de%20carreteras%202011.pdf>

O6.AE13.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones preventivas implementadas en seguridad vial de controles policiales.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Porcentaje de acciones preventivas en seguridad vial, específicamente los controles policiales enfocados en factores de riesgo.</p> <p><b>Control policial:</b> es una acción policial que implica el ejercicio o aplicación de la ley, utilizando una menor cantidad de recurso humano respecto de los operativos de tránsito que incluyen además la intervención de recursos de otras instituciones (policías).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$PAICP = \frac{AICP}{APCP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>PAICP: porcentaje de acciones preventivas implementadas en seguridad vial de controles policiales.</p> <p>AICP: cantidad de acciones preventivas implementadas en seguridad vial de controles policiales.</p> <p>APCP: cantidad de acciones preventivas programadas en seguridad vial de controles policiales.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje de controles policiales	
<b>Interpretación</b>	Para el año <b>XX</b> , se ejecutó un <b>x%</b> de las acciones preventivas en controles policiales del total programadas.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 0	

<b>Meta</b>	2028: al menos un 80% 2024:16% 2025:16% 2026:16% 2027:16% 2028:16%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Consejo de Seguridad Vial.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.6.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	<p>El tipo de relación con el indicador de ODSS indirecto, porque debe agregársele otras acciones que realizan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en movilidad y seguridad vial.</p> <p>Acciones preventivas de control policial involucran factores de riesgo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la velocidad</li> <li>• Control de la presencia de alcohol</li> <li>• Control de uso de implementos de seguridad</li> </ul>

O6.AE14.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de intervenciones desarrolladas de manera articulada para el reporte de personas fallecidas relacionadas con accidentes de tránsito
<b>Definición conceptual</b>	Número de intervenciones ejecutadas durante el reporte de las personas fallecidas en accidentes de tránsito, según la gestión para lograr que los entes notificadores realicen el reporte de las personas fallecidas en accidentes de tránsito que se definen como la acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías públicas terrestres, en las gasolineras, en estacionamientos públicos, privados de uso público o comerciales regulados por el Estado, las playas y en las vías privadas.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = IA\ 2024 + IA\ 2025 + IA\ 2026 + IA\ 2027 + IA\ 2028$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Σ: sumatoria IA: intervención anual	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de personas que mueren en accidentes de tránsito en un periodo determinado.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Provincia, cantón.
	<b>Temática</b>	Muertes por accidentes de tránsito.
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: 5 intervenciones en la modificación de la VE-01 2024: 1 2025: 1 2026: 1 2027: 1 2028: 1	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	I.N.S, CCSS	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.6	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	Para lograr esto se deberá modificar la boleta VE-01, el Decreto de Vigilancia y socializar con los actores los cambios a realizar para obtener el dato de las personas que fallecen por causa de un accidente de tránsito.	

O6.AE15.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con sobrepeso, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Niñas y niños:</b> El concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas desde su nacimiento hasta menos de los 5 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con sobrepeso y se encuentran inscritos y recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.



	<p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Indicador antropométrico Peso para Talla:</b> indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Es considerado un índice para identificar niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. La clasificación corresponde a obesidad (<math>\geq 3</math>DE), sobrepeso (<math>&lt; 3</math> a <math>\geq 2</math> DE), normal (<math>&lt; 2</math> a <math>&gt; -2</math> DE), desnutrición (<math>\leq -2</math> a <math>&gt; -3</math> DE) o desnutrición severa (<math>\leq -3</math> DE).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{n}{\sum} (\text{NNSP})$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con sobrepeso según el indicador peso para talla, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNSP: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con sobrepeso, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número de niñas y niños	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 0 a menos de 5 años de edad con sobrepeso durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 1.621	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1920 2024: 1770 2026: 1870 2028: 1920	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7
<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.

O6.AE15.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con obesidad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> El concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas desde su nacimiento hasta menos de los 5 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con obesidad y se encuentran inscritos y recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Indicador antropométrico Peso para Talla:</b> indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Es considerado un índice para identificar niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. La clasificación corresponde a obesidad (<math>\geq 3</math>DE), sobrepeso (<math>&lt; 3</math> a <math>\geq 2</math> DE), normal (<math>&lt; 2</math> a <math>&gt; -2</math> DE), desnutrición (<math>\leq -2</math> a <math>&gt; -3</math> DE) o desnutrición severa (<math>\leq -3</math> DE).</p>

<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{n}{\Sigma} (\text{NNOB})$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con obesidad según el indicador peso para talla, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNOB: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con obesidad, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a "N" niñas y niños de 0 a menos de 5 años de edad con obesidad durante el año "x"	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 1.109	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1530 2024: 1270 2026: 1410 2028: 1530	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7	
<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.	

O6.AE15.I3.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 5 a 12 años con sobrepeso, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> El concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas 5 a 12 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con sobrepeso y se encuentran inscritos y recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal:</b> Índice de masa corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Índice ampliamente utilizado para determinar el nivel de adiposidad de una persona y es conocido también como el Índice de Quetelet.</p> <p><b>Indicador antropométrico Índice de Masa Corporal para la edad:</b> relaciona el IMC con la edad del individuo, para la valoración del estado nutricional en personas mayores de 5 años de edad. La clasificación corresponde a obesidad (≥2DE), sobrepeso (&lt;2 a ≥1 DE), normal (&lt;1 a &gt;-2 DE), desnutrición (≤-2 a &gt;-3 DE) o desnutrición severa (≤-3 DE).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{n}{\sum} (\text{NNSP})$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 5 a 12 años con sobrepeso según el indicador índice de masa corporal para la edad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNSP: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con sobrepeso, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Número

<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 5 a 12 años de edad con sobrepeso durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 1.051	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1230	
	2024: 1120	
	2026: 1180	
	2028: 1230	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7	
<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.	

O6.AE15.I4.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 5 a 12 años con obesidad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> El concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas 5 a 12 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con obesidad y se encuentran inscritos y recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado</p>

	<p>nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal:</b> Índice de masa corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Índice ampliamente utilizado para determinar el nivel de adiposidad de una persona y es conocido también como el Índice de Quetelet.</p> <p><b>Indicador antropométrico Índice de Masa Corporal para la edad:</b> relaciona el IMC con la edad del individuo, para la valoración del estado nutricional en personas mayores de 5 años de edad. La clasificación corresponde a obesidad (≥2DE), sobrepeso (&lt;2 a ≥1 DE), normal (&lt;1 a &gt;-2 DE), desnutrición (≤-2 a &gt;-3 DE) o desnutrición severa (≤-3 DE).</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \sum^n (\text{NNOB})$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 5 a 12 años con obesidad según el indicador índice de masa corporal para la edad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNOB: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con obesidad, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 5 a 12 años de edad con obesidad durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 1.104	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1490	
	2024: 1250	
	2026: 1380	
	2028: 1490	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	

<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7
<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.

O6.AE16.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas atendidas de 20 a 64 años con un IMC $\geq$ 30,0 Kg/m <sup>2</sup> a quienes se les registra el diagnóstico de obesidad
<b>Definición conceptual</b>	<p>El indicador refiere a la proporción de personas atendidas de 20 a 64 años con un índice de Masa Corporal (IMC) <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup> a quienes se les registra el diagnóstico de obesidad según los códigos CIE-10 (E660: Obesidad debida a exceso de calorías; E668: Otros tipos de obesidad; E669: Obesidad, no especificado).</p> <p>Para medir el indicador se procede con la identificación de todas las personas de 20 a 64 años que consultan en el periodo con un IMC <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup>. Luego, se determina el total de personas de 20 a 64 años que consultan en el periodo con un IMC <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup> y tiene el registro del diagnóstico de obesidad.</p> <p><b>Primera consulta en el periodo con obesidad:</b> Es la primera atención en el periodo con un IMC <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup>.</p> <p><b>Persona con obesidad:</b> Incluye la primera consulta de periodo de la población atendidas de 20 a 64 años con un IMC <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup>.</p> <p><b>Personas con obesidad y diagnóstico:</b> Incluye las personas de 20 a 64 años que consultan en el periodo con un IMC <math>\geq</math> 30,0 Kg/m<sup>2</sup> y tiene el registro del diagnóstico de obesidad.</p>

		<p>Incluye: Primera consulta del año con un IMC <math>\geq 30,0</math> Kg/m<sup>2</sup>. Primera consulta del año con registro del diagnóstico de obesidad.</p> <p>Excluye: Embarazadas según códigos CIE-101. IMC con inconsistencias (<math>\leq 10,0</math> y <math>\geq 105,0</math> kg/m<sup>2</sup> o ausencia de peso y/o talla).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{NPADO}{NPAP} \times$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>P: porcentaje NPADO: número de personas atendidas de 20 a 64 años con un IMC <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup> y un diagnóstico de obesidad. NPAP: número de personas atendidas de 20 a 64 años con un IMC <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup>, en el periodo.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Proporción de personas atendidas de 20 a 64 años con un Índice de Masa Corporal (IMC) $\geq 30,0$ Kg/m <sup>2</sup> a quienes se les registra el diagnóstico de obesidad según los códigos CIE-10
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional. Primer Nivel de Atención
	<b>Temática</b>	Grupo etario, sexo
<b>Línea base</b>		2023: 27%
<b>Meta</b>		<p>Quinquenal 2024-2028: 33%</p> <p>2024: 33%</p> <p>2025: 33%</p> <p>2026: 33%</p> <p>2027: 33%</p>
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		<p>Expediente Digital Único en Salud (Cubo DCSS EPSS Generales):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de la población de 20 a 64 años.</li> <li>• Consultas de la población de 20 a 64 años con diagnóstico de obesidad.</li> <li>• Consultas de embarazadas.</li> </ul> <p>Reporte e Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención (Monitoreos y anual)</p>
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta



<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.26
<b>Comentarios generales</b>	<p>La obesidad es una enfermedad de reporte obligatorio y su diagnóstico debe aparecer consignado en el expediente siempre que el paciente tenga un IMC asociado a la obesidad, independientemente del grado (I, II ó III).</p> <p>Ver: Reglamento de vigilancia de la salud N° 40556-S y la Reforma Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud N° 32980.</p>

<b>O6.AE17.I1.</b>		
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de informes sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13-18 años, escolarizados y residentes de la provincia de San José	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Sobrepeso:</b> Z score del IMC para edad sexo <math>\geq +1</math> and <math>&lt; +2</math></p> <p><b>Obesidad:</b> Z score del IMC para edad sexo <math>\geq +2</math></p> <p><b>Adolescentes:</b> personas con edades entre de 10 y 19 años.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$IPSO = \Sigma$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	IPSO: informes de prevalencia de sobrepeso y obesidad $\Sigma$ : sumatoria	
<b>Unidad de medida</b>	Número (informes)	
<b>Interpretación</b>	Total de informes asociados a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13-18 años, escolarizados y residentes de la provincia de San José. La información referente a prevalencia de sobrepeso y obesidad se obtiene del estudio de investigación: <i>"Contribución del entorno social, las motivaciones y los mecanismos psicológicos de control del comportamiento en la práctica de actividad física, el consumo de frutas, vegetales, leguminosas y bebidas con azúcar agregado en adolescentes urbanos y rurales"</i> .	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	San José
	<b>Temática</b>	Prevalencia de sobrepeso en la población de 13 a 18 años. Prevalencia de obesidad en la población de 13 a 18 años.

<b>Línea base</b>	ND
<b>Meta</b>	2026-2027: 1 informe
<b>Periodicidad</b>	Del 2026 al 2027
<b>Fuente de información</b>	Resultados de Protocolo de Investigación: "Contribución del entorno social, las motivaciones y los mecanismos psicológicos de control del comportamiento en la práctica de actividad física, el consumo de frutas, vegetales, leguminosas y bebidas con azúcar agregado en adolescentes urbanos y rurales".
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE18.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de informes asociados a peso en adolescentes de 13-18 años de escuelas y colegios de Montes de Oca.	
<b>Definición conceptual</b>	<b>Peso:</b> indicador global de masa corporal. <b>Adolescentes:</b> personas con edades entre de 10 y 19 años.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$IPA = \Sigma$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	IPA: informes de peso en adolescentes. $\Sigma$ : sumatoria	
<b>Unidad de medida</b>	Número (informes)	
<b>Interpretación</b>	Total de informes asociados a peso adolescentes de escuelas y colegios de Montes de Oca. La información referente a peso en adolescentes se obtiene del estudio de investigación: "Contribución de detección precoz y comprensión de la génesis de la diabetes mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en adolescentes con exceso de peso corporal."	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Residentes de Montes de Oca
	<b>Temática</b>	Prevalencia de sobrepeso en la población de 13 a 18 años. Prevalencia de obesidad en la población de 13 a 18 años.

<b>Línea base</b>	ND
<b>Meta</b>	2026-2027: 1 informe
<b>Periodicidad</b>	Del 2026 al 2027
<b>Fuente de información</b>	Resultados de Protocolo de Investigación: <i>"Contribución de detección precoz y comprensión de la génesis de la diabetes mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en adolescentes con exceso de peso corporal."</i>
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3 .4.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

<b>O6.AE19.I1.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Numero de censos o encuestas nutricionales, difundidas
<b>Definición conceptual</b>	<p>Procesos de producción estadística nacional para recolectar datos, compilar, evaluar, analizar y difundir los resultados para un segmento de población o una muestra definida según los objetivos de cada censo u encuesta. Cada censo o encuesta implica las siguientes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración del perfil del proyecto con la identificación de los objetivos, los conceptos, necesidades, muestras estadísticas, convenios administrativos, y el plan de trabajo con definición de responsabilidades de las diferentes instituciones.</li> <li>2. Diseño del plan de producción estadística: marco conceptual, variables, diseño de recolección de datos, diseño del procesamiento y análisis, diseño de sistemas y de flujo de trabajo, capacitaciones.</li> <li>3. Diseño de plan piloto y pruebas de recolección de datos, flujos de trabajo, pruebas de sistema, procesamiento y análisis de la información.</li> <li>4. Implementación del censo o encuesta y recolección de datos.</li> </ol>

		<p>5. Procesamiento de la información: integración de los datos, clasificación, codificación, limpieza, validación, edición, imputación y ponderaciones.</p> <p>6. Análisis de los datos: preparación de informes, validación de resultados, interpretación y explicación de resultados, documentación de experiencias y recomendaciones, informes ejecutivos y técnicos.</p> <p>7. Difusión, elaboración de productos, infografías, mensajes, invitaciones, comunicados de prensa, seminarios, simposios, convenciones, publicaciones oficiales, promoción de productos, gestión del soporte a personas y entidades usuarias.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\Sigma = E1+E2+E3+E4$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		$\Sigma$ : sumatoria de las encuestas o censos realizados E: encuestas o censos.
<b>Unidad de medida</b>		Numero
<b>Interpretación</b>		Corresponde a la cantidad de encuestas o censos implementados y difundidos
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, Regional y Cantonal
	<b>Temática</b>	Grupo etario
<b>Línea base</b>		<p>2018: Encuesta de Niñez, Mujer y adolescencia</p> <p>2018: Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y actividad física</p> <p>2016: Censo Escolar Peso/Talla</p> <p>2020: Escala de inseguridad alimentaria</p>
<b>Meta</b>		<p>2024-20228: 4 censos o encuestas</p> <p>2025: escala de inseguridad alimentaria.</p> <p>2026: Censo Escolar Peso/Talla.</p> <p>2027: Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y actividad física</p> <p>2028: Encuesta de Niñez, Mujer y adolescencia.</p>
<b>Periodicidad</b>		Cada 10 años a excepción de la Escala de Inseguridad Alimentaria Nutricional que es quinquenal.
<b>Fuente de información</b>		Fuente principal: Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. Fuente secundaria: MEP, CCSS, CENCINAI, INCIENSA
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Censo y/o Encuesta
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		2, 2.1, 2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A

### Comentarios generales

Para la gestión de estos procesos estadísticos se requiere: apoyo político, recursos económicos, corresponsables interinstitucionales y cooperadores técnicos expertos. La estimación presupuestaria del indicador requiere el perfil y plan de cada censo o encuesta para dimensionar los costos, es indispensable contar con proformas de equipos antropométricos y coordinaciones con el MEP y la CCSS para cuantificar la cantidad de personal y equipos requeridos. Para ello es indispensable tener el tamaño de la muestra de cada encuesta o la población total estudiantil y los centros educativos para el censo. Aproximadamente una Encuesta con representación a nivel Nacional, Regional y Cantonal con estimaciones basadas en una Encuesta de ingresos y Gastos del INEC con representación nacional y regional, tiene un aproximado de 2500 millones de colones, eso dependerá de los objetivos del proyecto.

O6.AE20.11.	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de avance de las etapas de la Estrategia Local para el abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes.
Definición conceptual	<p><b>Estrategia Local:</b> Conjunto de acciones que se desarrollan en una unidad de medida territorial pequeña para la toma de decisiones óptima y el alcance de los objetivos.</p> <p><b>Abordaje integral:</b> brindar una atención de calidad, centrada en la persona y que aborde todas sus necesidades de salud. Este enfoque pone énfasis en la participación activa del actor, la integración de los servicios de salud y comunitarios y la colaboración entre las instituciones participantes.</p> <p><b>Promoción de salud:</b> proceso integral de análisis, potencialización y de trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen la salud en la población.</p> <p><b>Sobrepeso y obesidad:</b> acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud)</p>
Fórmula de cálculo	$\%A = \frac{\%AE1 + \%AE2 + \%AE3 \dots}{TEP} \times 100$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		%A: porcentaje de avance %AE: porcentaje de avance de cada etapa implementada %TEP: porcentaje del total de las etapas programadas
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance de las etapas de la Estrategia Local para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Cantonal
	<b>Temática</b>	Grupo etario
<b>Línea base</b>		2023: Etapa 1: 20% Diagnóstico de la situación nutricional cantonal
<b>Meta</b>		Periodo: 2024-2028: 80%  2024: (20%) etapa 2: Elaboración de los planes locales (pilotaje en los cantones de Mora y Talamanca) 2025: (15%) corresponde a etapa 3: (5%) Implementación y seguimiento de los planes locales (pilotaje en los cantones de Mora y Talamanca) etapa 4: (10%) Inicio de la implementación de la estrategia en otros cantones donde se puede desarrollar la experiencia (3 cantones) 2026: (15%) corresponde a etapa 3: (5%) Implementación y seguimiento de los planes locales (pilotaje en los cantones de Mora y Talamanca) etapa 4: (10%) Inicio de la implementación de la estrategia en los nuevos cantones seleccionados (5 cantones) 2027: (15%) corresponde a etapa 3: (5%) Implementación y seguimiento de los planes locales (pilotaje en los cantones de Mora y Talamanca) etapa 4: (10%) Inicio de la implementación de la estrategia en los nuevos cantones seleccionados (5 cantones) 2028: (15%) corresponde a etapa 4: (10%) Inicio de la implementación de la estrategia en los nuevos cantones seleccionados (5 cantones) etapa 5: (5%) Evaluación de los planes locales implementados en el pilotaje de Mora y Talamanca
<b>Periodicidad</b>		Anual

<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Dirección Regional y Direcciones de Área Rectora de la Salud
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.26
<b>Comentarios generales</b>	Esta Estrategia Local se concibe como una estrategia piloto con de fin de identificar que acciones se requieren desarrollar para lograr una planificación local que permita abordar, desde un enfoque participativo y de promoción de la salud y bajo gestión por resultados, acciones a nivel local que permitan planificar las acciones a realizar en malnutrición en niñas, niños y adolescentes.

O6.AE20.12.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de cantones desarrollando la Estrategia Local del Sobrepeso y la Obesidad en niñas, niños y adolescentes.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Plan:</b> los planes, así como, las políticas, son recursos que utiliza la institucionalidad para organizar las prioridades y establecer las orientaciones estratégicas necesarias de acción para un determinado tema. (MIDEPLAN, 2023: 9).</p> <p><b>Promoción de estilos de vida saludable:</b> Los estilos de vida saludable son factores cruciales para mantener un buen estado de salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud considera que estos estilos de vida son componentes esenciales para fomentar la salud. La salud no solo se crea, sino también se vive en el contexto de la vida cotidiana, ya sea en los centros educativos, lugares de trabajo o espacios de recreación. (INCAP):</p> <p><b>Promoción de salud:</b> proceso integral de análisis, potencialización y de trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen desde una visión positiva, la salud en la población.</p>

		<b>Malnutrición:</b> hace referencia a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica o de nutrientes de una persona (Organización Mundial de la Salud)
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\Sigma C = C1 + C2 + C3 + \dots$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		$\Sigma C$ : número de cantones desarrollando planes C: cantón
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Es la suma de los cantones que desarrollan planes de promoción de estilos de vida saludable como factor protector de la malnutrición en niñas, niños y adolescentes.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, regional y local
	<b>Temática</b>	Grupo etario
<b>Línea base</b>		2023: 0 cantones
<b>Meta</b>		2024-2028: 20 cantones
		2024: 2 cantones
		2025: 3 cantones
		2026: 5 cantones
		2027: 5 cantones 2028: 5 cantones
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Ministerio de Salud, Dirección de Planificación. Direcciones Regional de Rectoría de la Salud, Áreas Rectoras de Salud
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		Objetivo 2.2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>		(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		C.26
<b>Comentarios generales</b>		Esta acción estratégica se desarrolla en el marco de un pilotaje realizado en los años 2022-2024 que genera una caja de herramientas de planificación desarrollada en alianza con UNICEF, la cantidad de cantones que se unan a la iniciativa pasará por el convencimiento, promoción y sensibilización de la acción.



O6.AE21.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con profesionales prescriptores capacitados y certificados, para brindar consejería y prescripción de MACP a las personas usuarias en edad fértil y con énfasis a personas adolescentes, en los establecimientos de Salud de la CCSS.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Dentro de las competencias de la CCSS para contribuir a la disminución de nacimientos de madres adolescentes menores de 20 años, está la prevención del embarazo en este grupo poblacional. Para ello, la institución cuenta con el proceso de fortalecimiento y ampliación de la oferta anticonceptiva y de protección sexual, que busca facilitar el acceso oportuno a la consejería y estos métodos, a las personas usuarias en edad fértil y con énfasis en personas adolescentes.</p> <p>Este proceso institucional requiere contar con la disposición de métodos anticonceptivos y de protección sexual, así como con personal sensibilizado, capacitado y certificado para brindar la consejería y prescripción de estos métodos (Implante subdérmico con etonogestrel) en todos los establecimientos de salud.</p> <p>Este indicador considera uno de los elementos clave para esta acción estratégica: Contar en los establecimientos de salud de los 3 niveles de atención con personal profesional en medicina o enfermería en obstetricia, capacitado y certificado institucionalmente para prescribir métodos anticonceptivos y de protección sexual, según lo establecido en la normativa institucional.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$P = \frac{NEPPCC}{TC} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>P: porcentaje</p> <p>NEPPCC: número establecimientos de salud con (las sedes de EBAIS, AS y Hospitales) profesionales prescriptores capacitados y certificados para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual</p> <p>TE: total de establecimientos de salud CCSS</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje

<b>Interpretación</b>	Establecimientos de salud de los 3 niveles de atención de la CCSS que cuentan con profesionales certificados para brindar consejería y prescripción de MACP a las personas usuarias en edad fértil y con énfasis en personas adolescentes.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b> Nacional <b>Temática</b> Genero
<b>Línea base</b>	2023: 25%
<b>Meta</b>	2024-2028: 50% 2024: 30 % 2025: 35 % 2026: 40 % 2027: 45 % 2028: 50 %
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Informes de avance: Gerencia Médica, Dirección de Red de Servicios de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.7.1, 5.6.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	D 44, 37, 35 y 33
<b>Comentarios generales</b>	<p>El embarazo en la adolescencia es multicausal, por lo que, para alcanzar una reducción del número de nacimientos de madres adolescentes, se requiere de múltiples intervenciones integrales en la que diferentes instituciones y sectores participen activamente. En el caso específico de la CCSS también implica diferentes responsables, asignación de recursos y ejecución de intervenciones a nivel interdisciplinario, Inter nivel y de trabajo en red, tanto para la prevención primaria como secundaria.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador, se debe considerar las dificultades y limitaciones de recurso humano y recursos que se tienen para realizar estas acciones tanto a nivel central como regional y local: Directrices administrativas como la 90/10 (oficio DRSS-GR-0812-2023/GM-13108-2023), la alta movilidad laboral del personal, el factor financiero para sustituciones del personal a capacitar, escaso personal sustituto, los requerimientos necesarios</p>

para la capacitación certificada (Equipos tecnológicos, insumos, modelos anatómicos, placebos y personal experto capacitado para el entrenamiento), entre otros.

O6.AE22.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de adolescentes madres que participan en Creciendo Juntos para Triunfar de CEN CINAI
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Adolescente Madre:</b> de acuerdo con la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, N.º 7735, modificada a partir de la Ley 8312, Artículo 1º-Concepto, refiere que para los efectos de esta Ley se entenderá por madre adolescente la mujer menor de edad embarazada o que, sin distinción de estado civil, tenga al menos un hijo o una hija. No obstante, desde el enfoque de salud y para efectos de este procedimiento, se contemplará como adolescentes madres aquellas mujeres embarazadas o ya madres con edades entre los 10 años y los 19 años, 11 meses y 29 días.</p> <p><b>Proyecto Creciendo juntos para triunfar:</b> Estrategia de atención de espacios de crecimiento simultáneo con grupo familiar en la atención integral de la promoción del crecimiento y desarrollo extramuros. Toda niña o adolescente embarazada o en periodo de lactancia, que solicite los servicios en la institución, se le debe asignar un servicio en nutrición preventiva, junto con actividades educativas en grupos de madres, para la promoción del crecimiento y desarrollo de ellas y de sus hijas e hijos, así como la prevención de un segundo o tercer embarazo.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \sum^n (AMCJ)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de adolescentes madres que participan en Creciendo para Triunfar de CEN CINAI</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>AMCJ: total de adolescentes madres que participan en Creciendo Juntos para Triunfar registrados en el consolidado del reporte de control de asistencia.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Número de adolescentes madres
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI atendió a "N" adolescentes madres con la modalidad de Creciendo Juntos para Triunfar durante el año "x"

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Adolescentes madres
<b>Línea base</b>		2022: 384
<b>Meta</b>		2024-2028: 500 2024: 400 2026: 450 2028: 500
<b>Periodicidad</b>		Bianual (febrero)
<b>Fuente de información</b>		Consolidado del reporte Control anual de asistencia Creciendo Juntos, disponible en UIVCD, Dirección Técnica, DNCC.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>		5.1.1,5.2.1,5.3.2,5.6.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B7
<b>Comentarios generales</b>		-

O6.AE23.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la implementación del objetivo 8.5 del Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA), para la reducción del embarazo en personas adolescentes
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Personas adolescentes:</b> población de hombres y mujeres en un rango etario de 10 a 19 años, 11 meses y 30 días.</p> <p><b>Embarazo en la adolescencia:</b> se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre en la adolescencia de la madre, la Organización Mundial de la Salud OMS define como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años. Para la legislación costarricense específicamente en el Código de Niñez y Adolescencia, la niñez va de los 0 años a los 12 cumplidos y adolescencia comprende el lapso de edad que va de los 12 años a los 18 años.</p> <p>PENSPA Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2021-2030.</p>

	Es una herramienta de planificación estratégica cuyo propósito es orientar la acción conjunta y articulada de las instituciones públicas y los diferentes actores sociales vinculados al abordaje integral de la salud y el desarrollo integral de la población adolescente. Constituye el Marco de Referencia desde donde se conceptualizan las acciones que se proponen para el abordaje integral y efectivo de la salud en la adolescencia, ofrece una visión de las iniciativas institucionales y sectoriales existentes con las que deben establecerse vínculos, así como el marco jurídico, nacional e internacional, que sustenta la acción articulada propuesta.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%A = \frac{\%AI1 + \%AI2 + \%AI3 + \%AI4 + \%AI5 + \%AI6 + \%AI7 + \%AI8}{\%APTI} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%A: porcentaje de Avance %AI: porcentaje de avance del indicador y se suman cada uno de los 8 indicadores contemplados %APTI: porcentaje de avance proyectado del total de indicadores	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Expresa el porcentaje de avance de cada uno de los 8 indicadores según lo planificado en el eje 5 del PENSPA.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Grupo etario y género
<b>Línea base</b>	2023: 0	
<b>Meta</b>	2024-2028: 71.04% implementación 2024: 14.28 % (corresponde al avance anual de los 8 indicadores del Eje 5 del PENSPA) 2025: 28.56 % (corresponde al avance anual de los 8 indicadores del Eje 5 del PENSPA) 2026: 42.84 % (corresponde al avance anual de los 8 indicadores del Eje 5 del PENSPA) 2027: 57.12 % (corresponde al avance anual de los 8 indicadores del Eje 5 del PENSPA) 2028: 71.04 % (corresponde al avance anual de los 8 indicadores del Eje 5 del PENSPA)	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Planificación Unidad de Planificación Sectorial	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros Administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	1,2, 3.7.1, 3.7.2, 4, 5.5.1, 5.6.2.	

<b>Tipo de relación con ODS</b>	(X) Directa ( ) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7, D. 34, E. 49
<b>Comentarios generales</b>	<p>El Objetivo Estratégico 8.5 del PENSPA tiene 8 indicadores asociados, cuyas fichas deben ser revisadas y actualizadas durante el 2024.</p> <p><b>El objetivo estratégico 8.5 Reducir la tasa de embarazo en las personas adolescentes, se logra a partir de los siguientes indicadores, de producto:</b></p> <p>OE5.E1.R1.A1.I1. No. acciones desarrolladas a nivel local por las instituciones de forma articulada  OE5.E1.R1.A1.I2. Etapa Desarrollo del Reglamento de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente.  OE5.E1.R1.A1.I3. % Resultados cumplidos con base en el Plan de Acción del CIAMA  OE5.E1.R2.A2.I1. % Personas adolescentes que reciben atención integral en salud conforme a la Norma Nacional.  OE5.E1.R2.A2.I2. % Mujeres adolescentes con métodos anticonceptivos modernos  OE5.E2.R1.A1.I1. No. Adolescentes embarazadas y madres en pobreza extrema y pobreza que reciben apoyo económico para asegurar la inserción y permanencia en el sistema educativo  OE5.E2.R1.A1.I2. No. Adolescentes que abandonan los estudios por motivo de embarazo, maternidad y paternidad  OE5.E2.R1.A2.I1. % Adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia atendidas en CEN-CINAI.</p> <p>Al obtener un 100% de cumplimiento, en el seguimiento anual, será indicativo de un avance igual al 14.28% de implementación por año.</p> <p>El PENSPA contiene indicadores cuyas metas tienen cumplimiento hasta el 2030, razón por la cual el avance del objetivo estratégico 8.5, se proyecta en un 71.04% hasta el 2028.</p>

O6.AE24.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de proyectos en Salud Mental Ejecutados.
<b>Definición conceptual</b>	<b>Proyectos:</b> “Conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan con el fin de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas” (Ander-Egg y Aguilar, 2005, p.16).

## Definición conceptual

Es el conjunto de actividades orientadas a un objetivo con el que se espera fortalecer la salud mental mediante la promoción de la salud mental y la prevención de afectaciones mentales. Que consiste en formulación, ejecución seguimiento y evaluación.

**La Promoción de la Salud:** constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (Carta de Ottawa OMS).

**Salud Mental:** la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022).

**Prevención de afecciones a la Salud Mental:** acciones dirigidas a contrarrestar o reducir los factores de riesgo a la Salud Mental de la población. "Prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo. Prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social. Prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que, en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental" (OMS, 2004).

## Fórmula de cálculo

$$PESM = \sum (PPSM + PPASM)$$

## Componentes involucrados en la fórmula del cálculo

PESM: proyectos ejecutados en Salud Mental  
 $\Sigma$ : sumatoria

		PPSM: proyectos en Promoción de la Salud Mental PPASM: proyectos en Prevención de las Afecciones a la Salud Mental.
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Cantidad de proyectos de Promoción de la Salud Mental y Prevención de alguna de las afecciones a la Salud Mental, ejecutados a nivel nacional en un año específico, dirigidos a la población en general y aprobados por la Secretaría Técnica de Salud Mental.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nivel Central-Regional y Local.
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2023: 0
<b>Meta</b>		2024-2028: 34 proyectos
		2024: 9
		2025: 9
		2026: 9
		2027: 4 2028: 4
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) Informes Anuales por proyecto, Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo. (Informes Anuales por proyecto)
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.5.2.b, 5.2.2, 16.1.3, 16.2.1, 16.2.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B. 7., B.16., C. 22., D. 36., G. 79
<b>Comentarios generales</b>		Los proyectos son aprobados y financiados por la Secretaría Técnica de Salud Mental y su ejecución se realiza en el nivel regional y local.

### O6.AE25.11.

Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de planes anuales ejecutados por las Instancias Locales del Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS)
<b>Definición conceptual</b>	<b>Planes Anuales de las ILAIS:</b> Un plan anual es un documento escrito que describe las acciones que se deben llevar a cabo en las comunidades. Se elaborada de manera articulada con los actores sociales y es liderado por el Ministerio de Salud.



## Definición conceptual

**ILAIS:** Se refiere a las Instancias Locales para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida que

ejecutan planes anuales que contemplan acciones conjuntas de promoción de factores protectores de la salud mental, así como de prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio. Para ello deberá involucrarse activamente a los diferentes actores a nivel comunitario, en la planificación, ejecución y seguimiento de estas acciones. (Decreto Ejecutivo 40881-S)

**Salud Mental:** “La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico” (OMS, 2022).

**Promoción de la Salud:** constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (Carta de Ottawa OMS).

**Prevención:** acciones dirigidas a contrarrestar o reducir los factores de riesgo a la Salud Mental de la población. “Prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo. Prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social. Prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que, en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental” (OMS, 2004).

		<p><b>Atención:</b> La atención en salud se refiere a los procesos y cuidados que se brindan a un individuo, una familia, una comunidad o una población para garantizar su bienestar físico, mental y social. Para este caso, se refiere a la ruta establecida para la referencia de la persona a los apoyos requeridos.</p> <p><b>Seguimiento:</b> se refiere a las consultas a otros actores sociales para verificar que la atención de la persona referida se haya efectuado.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$NPAEILAIS = \sum (PAEILAIS + PAEILAIS + PAEILAIS + \dots)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		PAEILAIS: planes anuales ejecutados por la ILAIS $\Sigma$ : sumatoria NPAEILAIS: número de planes anuales ejecutados por la ILAIS.
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		Cantidad de planes ejecutados por la ILAIS en un año específico, dirigidos a la población de su Área Rectora de Salud de su jurisdicción.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nivel Local.
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		ND
<b>Meta</b>		2024-2028: 420 2024: 84 2025: 84 2026: 84 2027: 84 2028: 84
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) Informes Anuales por plan, Ministerio de Salud.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo. (Informes Anuales de Planes emitidos por la Región )
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.4.2 y 3.5.2.b
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B.8., G. 79., H. 86. y H. 90.
<b>Comentarios generales</b>		Los planes son ejecutados en el nivel local.

O6.AE26.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance del Plan Nacional de Salud Mental 2024-2034.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se refiere al documento que desarrolla la Política Pública en el ámbito de la Salud Mental para el periodo 2024-2034, cuya formulación se realiza con la participación de actores sociales estratégicos.</p> <p><b>Política Pública:</b> “Curso o línea de acción definido para orientar o alcanzar un fin, que se expresa en directrices, lineamientos, objetivos estratégicos y acciones sobre un tema y la atención o transformación de un problema de interés público. Explicitan la voluntad política traducida en decisiones y apoyo en recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros y se sustenta en los mandatos, acuerdos o compromisos nacionales e internacionales” (MIDEPLAN, 2016)</p> <p><b>Salud Mental:</b> “La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico” (OMS, 2022).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{N^{\circ} \text{ de acciones realizadas para el desarrollo del PNSM 2024-2034}}{N^{\circ} \text{ total de acciones programadas del PNSM 2024-2034}} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Número de acciones realizadas para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental 2024-2034, Número total acciones programadas del Plan Nacional de Salud Mental 2024-2034.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Interpretación</b>	<p>Se refiere al documento que desarrolla la Política Pública en el ámbito de la Salud Mental para el periodo 2024-2034.</p> <p>Política Pública: “Curso o línea de acción definido para orientar o alcanzar un fin, que se expresa en directrices, lineamientos, objetivos estratégicos</p>

		y acciones sobre un tema y la atención o transformación de un problema de interés público. Explicitan la voluntad política traducida en decisiones y apoyo en recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros y se sustenta en los mandatos, acuerdos o compromisos nacionales e internacionales” (MIDEPLAN, 2016)
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nivel Central
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2023: 0
<b>Meta</b>		2024-2028: 60% 2024: 23% Elaboración del Plan Nacional de Salud Mental 2025: 7% (Socialización de la política 2% + Implementación 5%) 2026: 5% (Implementación 2,5%+Seguimiento 2,5%) 2027: 5% (Implementación 2,5% +Seguimiento 2,5%) 2028: 20% (Implementación 2,5%+Seguimiento 2,5%+Evaluación 15%)
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Documentos publicados en la página web en sus últimas versiones. Informe de cumplimiento de lo programado.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.5.2.b, 5.2.1, 5.2.2, 16.1.3, 16.2.1 y 16.2.3
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B. 7., B. 16., C. 22., D. 36. y G. 79
<b>Comentarios generales</b>		Al ser un plan que se extiende la 2034 solo se alcanzara en este periodo un 60%

O6.AE27.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de Informes Anuales de Análisis de Suicidios (NIAAS).
<b>Definición conceptual</b>	El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 703.000 personas

	<p>se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos.</p> <p>Para conocer los principales métodos para suicidarse, así como la ruta seguida en términos de atención recibida en diferentes instituciones, en este caso en Costa Rica es necesario tener una instancia en relación con las investigaciones a nivel nacional, para con base en los hallazgos, generar políticas públicas.</p> <p>Estos informes o autopsias psicosociales son informes anuales.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{NISA1} + \text{NISA2} + \text{NISA3} \dots$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	$\Sigma$ : sumatoria NISA: número de informes de suicidios en un año	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Es la sumatoria del número de informes de suicidios en un año.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2028: 4 2024:0 2025:1 2026:1 2027:1 2028:1	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	INEC, Poder Judicial, CCSS	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica el suicidio como prioridad de salud pública.</p> <p>En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2030, los estados miembros se comprometieron a trabajar</p>	

## Comentarios generales

para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10 % en 2021 y la tasa mundial en un tercio en 2030. Se calcula, además, que por cada suicidio consumado hay muchos más intentos y que cada suicidio tiene un enorme impacto en familiares, amistades y personas cercanas, una situación que obliga a desarrollar acciones encaminadas a la prevención de este importante problema.

Con base en lo anterior y en virtud de que la mortalidad por suicidio es una falla en el sistema institucional que no logró detener la determinación de la persona a acabar con su vida es que se propone esta estrategia que innova en términos de que con la información que se tiene se analice la ruta crítica seguida por la o las personas en términos de acceder a diferentes servicios en busca de apoyo o en donde no se atendió a las señales que envió la persona en procura de ayuda. Por tanto, esta estrategia debe implementarse de manera interinstitucional para la construcción y aplicación de los instrumentos de investigación psicosocial, así como en el análisis, elaboración y presentación de resultados mediante informes de cada muerte por suicidio.

Por otro lado, el Ministerio de Salud como rector de la salud pública y en concordancia con el decreto de Vigilancia de la Salud 40556-S que dice en su “Considerando 1º.- Que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”, que paralelo a ello el Considerando 3º.- que dice que: “Que la Vigilancia de la Salud constituye una función esencial de salud pública que el Ministerio de Salud, como ente rector en salud y autoridad sanitaria está obligado a conducir a nivel nacional y prosigue con el Considerando 5º.- “Que dicha función, bajo el nuevo modelo conceptual y estratégico adoptado por el Ministerio de Salud, está

y estratégico adoptado por el Ministerio de Salud, está enfocada en el seguimiento y análisis integral del estado de salud de la población y de sus determinantes sociales, económicos, culturales, ambientales, biológicos y de servicios de salud, y no sólo en la “vigilancia de la enfermedad”, como tradicionalmente ha sucedido.” Y finalmente el considerando que dice que 8º- Que el abordaje de los problemas de salud pública que presenta la población y el país, parten de la base del análisis de la información de salud que se presenta, basado en el tratamiento estadístico - epidemiológico de la

información referente. Lo anterior sustenta la propuesta de que el Ministerio de Salud como rector en salud pública, coordine la instancia con el objetivo de determinar la ruta crítica en el registro y seguimiento de casos de suicidios atendidos en los servicios de salud nacionales.

O6.AE28.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas con trastorno por uso de sustancias, depresión y conducta de riesgo suicida, atendidas a nivel institucional que reciben abordaje integral.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Este indicador permite monitorear y cuantificar la mejora en la cobertura y el abordaje integral de la depresión, conducta de riesgo suicida y trastorno por uso de sustancias, de forma que se fortalezca la prestación articulada e interdisciplinaria en los servicios de salud mental, de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.</p> <p>Se fortalecen los procesos de normalización, regulación e implementación técnica en salud mental de acuerdo con la demanda epidemiológica, para el mejoramiento de la Atención Integral a las personas usuarias, con oportunidad, calidad y calidez, incorporando acciones de articulación en promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en los tres niveles de atención.</p> <p>Los trastornos mentales y del comportamiento priorizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastorno por uso de sustancia (F10-F19).</li> <li>2. Trastornos del humor (afectivos)(F30-F39).</li> <li>3. Conducta de riesgo suicida (R458: Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional), (Z915: Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente) y (Z80-Z99: Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud).</li> </ol> <p><b>Abordaje Integral:</b> El concepto de atención integral en los términos de la OMS/OPS implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención,</p>

		<p>diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Es la respuesta integrada, articulada y organizada de los equipos de salud individuales y colectivos, tomando en cuenta las condiciones de vida. Incluye aspectos como la participación de las personas y comunidades en la construcción de su propia salud, el respeto y sensibilidad a las diferencias de poblaciones y personas que favorezcan la democratización del conocimiento y la toma de decisiones en salud.</p> <p><b>Persona única:</b> Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{NPUACE}{NPUAPVS} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>P: porcentaje</p> <p>NPUACE: número de personas únicas que fueron atendidas en la consulta externa por un médico excluyendo psiquiatría en el año con al menos dos de los grupos de Trastornos mentales priorizados identificados y que fueron atendidos de forma multidisciplinaria</p> <p>NPUAPVS: número de personas únicas atendidas (primera vez y subsecuentes) en la consulta externa por el equipo multidisciplinario en el año con al menos dos de los grupos de Trastornos mentales priorizados identificados</p>
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de la depresión, conducta de riesgo suicida y trastorno por uso de sustancias, de forma que se fortalezca el accionar de la prestación de servicios de salud de forma articulada e interdisciplinaria en el campo de la salud mental (medicina, psicología, trabajo social, enfermería en salud mental, entre otras), en los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género: Condiciones para la Igualdad.
<b>Línea base</b>		2023: 56.09%



<b>Meta</b>	2024-2027: 64% 2024: 58% 2025: 60% 2026: 62% 2027: 64%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Cubos de SIES SIAC SAVE
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.5.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A
<b>Comentarios generales</b>	-

O6.AE29.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con desnutrición y desnutrición severa, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> el concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas desde su nacimiento hasta menos de los 5 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con desnutrición y desnutrición severa que se encuentran inscritos, recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Indicador antropométrico Peso para Talla:</b> indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Es considerado un índice para identificar</p>

	niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. La clasificación corresponde a obesidad ( $\geq 3$ DE), sobrepeso ( $< 3$ a $\geq 2$ DE), normal ( $< 2$ a $> -2$ DE), desnutrición ( $\leq -2$ a $> -3$ DE) o desnutrición severa ( $\leq -3$ DE).	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{n}{\sum} (\text{NNDE} + \text{NNDES})$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Z: número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con desnutrición y desnutrición severa según el indicador peso para talla, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución. NNDE: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con desnutrición, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición. NNDES: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con desnutrición severa, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 0 a menos de 5 años de edad con desnutrición y desnutrición severa durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Grupo etario, genero
<b>Línea base</b>	2022: 1.226	
<b>Meta</b>	2024-2028: 930 2024: 1130 2026: 1030 2028: 930	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7	

<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.
------------------------------	---

O6.AE29.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 5 a 12 años con desnutrición y desnutrición severa, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> el concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas 5 a 12 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con desnutrición y desnutrición severa que se encuentran inscritos, recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Índice de Masa Corporal:</b> Índice de masa corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Índice ampliamente utilizado para determinar el nivel de adiposidad de una persona y es conocido también como el Índice de Quetelet.</p> <p><b>Indicador antropométrico Índice de Masa Corporal para la edad:</b> relaciona el IMC con la edad del individuo, para la valoración del estado nutricional en personas mayores de 5 años de edad. La clasificación corresponde a obesidad (≥2DE), sobrepeso (&lt;2 a ≥1 DE), normal (&lt;1 a &gt;-2 DE), desnutrición (≤-2 a &gt;-3 DE) o desnutrición severa (≤-3 DE).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{\sum (NNDE + NNDES)}{n}$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Z: número de niñas y niños de 5 a 12 años con desnutrición y desnutrición severa según el indicador índice de masa corporal para la edad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución. NNDE: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con desnutrición, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición. NNDES: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con desnutrición severa, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 5 a 12 años de edad con desnutrición y desnutrición severa durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género, grupo etario
<b>Línea base</b>	2022: 611	
<b>Meta</b>	2024-2028: 460 2024: 560 2026: 510 2028: 460	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7	
<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.	

O6.AE30.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con baja talla y baja talla severa, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> el concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas desde su nacimiento hasta menos de los 5 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con baja talla y baja talla severa que se encuentran inscritos, recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p> <p><b>Indicador antropométrico Talla o Longitud para Edad:</b> indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. La clasificación corresponde a Muy alto (<math>\geq 3</math>DE), Alto (<math>&lt; 3</math> a <math>\geq 2</math> DE), Normal (<math>&lt; 2</math> a <math>&gt; -2</math> DE), Baja talla (<math>\leq -2</math> a <math>&gt; -3</math> DE) o Baja talla severa (<math>\leq -3</math> DE).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \sum^n (NNBT + NNBS)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con baja talla y baja talla severa según el indicador talla para edad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNBT: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con Baja talla, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p> <p>NNBS: total de niñas y niños menores de 5 años detectados con Baja talla severa, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Número
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 0 a menos de 5 años de edad con baja talla y baja talla severa durante el año “x”

<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género, grupo etario
<b>Línea base</b>		2022: 5.508
<b>Meta</b>		2024-2028: 4884 2024: 5284 2026: 5084 2028: 4884
<b>Periodicidad</b>		Bianual (febrero)
<b>Fuente de información</b>		Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>		Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>		2.2.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B7
<b>Comentarios generales</b>		Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.

O6.AE30.I2.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de niñas y niños de 5 a 12 años con baja talla y baja talla severa, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Niñas y niños:</b> el concepto de niñas y niños que se usa es niños y niñas de 5 a 12 años de edad en condición de pobreza y/o riesgo social y/o de salud que son detectados con baja talla y baja talla severa y se encuentran inscritos y recibiendo los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI.</p> <p><b>Indicador antropométrico:</b> según Organización Mundial de la Salud, son combinaciones de mediciones, necesarios para la interpretación de estas, las cuales son útiles para clasificar el estado nutricional una vez que son, relacionados con patrones de referencia del crecimiento.</p>

	<b>Indicador antropométrico Talla o Longitud para Edad:</b> indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. La clasificación corresponde a Muy alto ( $\geq 3$ DE), Alto ( $< 3$ a $\geq 2$ DE), Normal ( $< 2$ a $> -2$ DE), Baja talla ( $\leq -2$ a $> -3$ DE) o Baja talla severa ( $\leq -3$ DE).	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$Z = \frac{\sum^n (NNBT + NNBS)}{n}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Z: número de niñas y niños de 5 a 12 años con baja talla y baja talla severa según el indicador talla para edad, detectados y atendidos con servicios CEN CINAI.</p> <p>n: establecimientos CEN, CINAI, CENCE, Centro de distribución.</p> <p>NNBT: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con Baja talla, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p> <p>NNBS: total de niñas y niños de 5 a 12 años detectados con Baja talla severa, inscritos en los servicios de CEN-CINAI registrados en Herramienta del niño y niña con malnutrición.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número de niñas y niños	
<b>Interpretación</b>	La Dirección Nacional de CEN CINAI detectó y brindó servicios a “N” niñas y niños de 5 a 12 años de edad con baja talla y baja talla severa durante el año “x”	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Género, grupo etario
<b>Línea base</b>	2022: 1775	
<b>Meta</b>	2024-2028: 1625 2024: 1725 2026: 1675 2028: 1625	
<b>Periodicidad</b>	Bianual (febrero)	
<b>Fuente de información</b>	Herramienta del niño y niña con malnutrición, UIVCD, Dirección Técnica, Dirección Nacional de CEN CINAI.	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.	
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	2.2.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7	

<b>Comentarios generales</b>	Los resultados se refieren a la clasificación del estado nutricional de la evaluación más reciente de la niña o niño. Se obtiene a partir del total de niñas y niños comprendidos en el consolidado de malnutrición, independientemente del año de detección de cada individuo.
------------------------------	---

<b>O6.AE31.I1.</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Número de mujeres adultas y adolescentes madres en periodo de gestación y lactancia materna, atendidas en el servicio de nutrición preventiva de la Dirección Nacional de CEN CINAI, apoyadas con las acciones de promoción de crecimiento y desarrollo.
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Mujeres adultas y en periodo de gestación y lactancia materna:</b> se refiere a las mujeres adultas embarazadas como aquellas mayor o igual a 20 años de edad, en condición de embarazo que lleva en su vientre un feto que se desarrollara hasta su nacimiento. Las mujeres adultas en periodo de lactancia materna son aquellas mujeres que alimentan a su hija o hijo por medio de la leche materna.</p> <p><b>Adolescentes madres en periodo de gestación y lactancia materna:</b> se refiere a aquellas adolescente madres se refiere a las mujeres menores de edad embarazadas o que, sin distinción de estado civil, tenga al menos un hijo o una hija. No obstante, desde el enfoque de salud, se contemplará como adolescentes madres aquellas mujeres embarazadas o ya madres con edades entre los 10 años y los 19 años, 11 meses y 29 días.</p> <p><b>Nutrición preventiva:</b> desarrollo de estrategias, servicios y proyectos para la prevención de malnutrición (carencia o exceso de nutrientes), así como la adopción de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en clientes, beneficiarias y beneficiarios, mediante la entrega de servicios en educación alimentaria nutricional y alimentación complementaria.</p> <p><b>Promoción del crecimiento y desarrollo:</b> se basa en lo indicado en el artículo 3 inciso c) del Decreto Ejecutivo 37270-S Reglamento Orgánico de la Dirección Nacional de CEN –CINAI y se refiere a la implementación de estrategias, servicios y proyectos</p>



		que aseguren la atención óptima del niño y la niña menor de 13 años, para el desarrollo de su potencial como sujeto integral de derechos. En este servicio se contempla a la promoción de la lactancia materna y la alimentación con las madres adultas y adolescentes, en periodo de gestación y lactancia; como un aliciente para el adecuado estado nutricional de los niños y niñas.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$Z = \sum^n (MAGL + AMGL)$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		<p>Z: número de mujeres adultas y adolescentes madres en periodo de gestación y lactancia materna, atendidas en el servicio de nutrición preventiva de la Dirección Nacional de CEN CINAI, apoyadas con las acciones de promoción de crecimiento y desarrollo.</p> <p>n: establecimientos CINAI, CEN, CENCE y Centro de distribución.</p> <p>MAGL: total de mujeres adultas en periodo de gestación o lactancia materna atendidas en el servicio de nutrición preventiva de la Dirección Nacional de CEN CINAI, apoyadas con las acciones de promoción de crecimiento y desarrollo.</p> <p>AMGL: total de mujeres adolescentes madres en periodo de gestación o lactancia materna atendidas en el servicio de nutrición preventiva de la Dirección Nacional de CEN CINAI, apoyadas con las acciones de promoción de crecimiento y desarrollo.</p>
<b>Unidad de medida</b>		Número
<b>Interpretación</b>		El total de mujeres adultas y adolescentes madres en periodo de gestación y lactancia materna, atendidas en el servicio de nutrición preventiva de la Dirección Nacional al de CEN CINAI, apoyadas con las acciones de promoción de crecimiento, desarrollo, lactancia materna y alimentación complementaria, fue de “y” madres en el año “x”.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Genero
<b>Línea base</b>		2023: 5621
<b>Meta</b>		2024-2028: 5900
		2024: 5700
		2026: 5800
		2028: 5900
<b>Periodicidad</b>		Bianual (febrero)

<b>Fuente de información</b>	Sistema de Información de Alimentación Complementaria (SIAC) en la Dirección de Información de la DNCC.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo operación estadística</b>	Registro administrativo.
<b>Indicador de ODS vinculado</b>	1.2.2, 2.2.1 y 2.2.2
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B7
<b>Comentarios generales</b>	N/A

O6.AE32.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de Centros Educativos que implementan la Estrategia de Centros Educativos Promotores de la Salud (CEPS)
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Centro Educativo:</b> es un establecimiento destinado a la enseñanza de manera integral. En este espacio físico, los individuos reciben, asimilan y aprenden conocimientos, además de adquirir una concienciación cultural y conductual. Para este efecto se tomará en consideración escuelas y colegios públicos y privados del territorio nacional.</p> <p><b>Centros Educativos Promotores de la Salud:</b> centro educativo que refuerza constantemente su capacidad como entorno saludable para vivir, aprender y trabajar. Un centro educativo promotor de la salud involucra a funcionarios de salud y educación, educadores, estudiantes, padres y líderes comunitarios en esfuerzos para promover la salud y apoyar el éxito educativo de todo el alumnado y de toda la comunidad educativa de forma integral. Desde la OPS es también conocido como una escuela promotora de la salud.</p> <p><b>Promoción de la Salud:</b> La Promoción de la Salud constituye un proceso de análisis, potencialización y de trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen desde una visión positiva, la salud en la población (MS, 2017).</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma$ : CEPS1+CEPS2+CEPS3+CEPS4+...

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Σ: sumatoria de los centros educativos CEPS: centros educativos promotores de la salud	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Cantidad de centros educativos que implementan la Estrategia de Centros Educativos Promotores de la Salud	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, regional y local
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2023: 27 Centros Educativos	
<b>Meta</b>	2024-2028: 200 centros educativos 2024: 20 centros educativos 2025: 30 centros educativos 2026: 40 centros educativos 2027: 50 centros educativos 2028: 60 centros educativos	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud Dirección de Planificación- Unidad de Planificación Sectorial en alianza con el Ministerio de Educación Pública, Dirección de Vida Estudiantil, Unidad de Salud y Ambiente	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1, 3.4.2, 3.5.1, 3.7.1, 3.7.2, 3.8.1, 3.9.2, 3.a.1, 3.b.1, 4.a.1	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	N/A	
<b>Comentarios generales</b>	<p>La Estrategia de Centros Educativos Promotores de la Salud se articula directamente con el Ministerio de Educación, Viceministerio Académico, Dirección de Vida Estudiantil, Unidad de Salud y Ambiente.</p> <p>La propuesta tiene como objetivo brindar los medios para crear y mantener ambientes y entornos que refuercen la salud de quienes aprenden, enseñan y trabajan en el Centro Educativo, incluyendo acciones de promoción de la salud en la comunidad educativa.</p> <p>El proceso de promoción de la salud iniciará desde el Centro Educativo en un análisis de los determinantes de la salud, construyendo de esta forma, desde la realidad de cada Institución, cómo sería una escuela o una comunidad más saludable, para que, de esta forma, se inicie un plan de trabajo que gesticione un proceso de promoción de la salud en</p>	

el Centro Educativo, involucrando también a la comunidad educativa como punto fundamental de partida. A partir de ese análisis un proyecto de promoción de la salud iniciará identificando las principales fortalezas y dificultades que se estén presentando en el Centro Educativo, que resulta significativo mejorar para poder gestar un cambio en la calidad de vida de las y los estudiantes. Generalmente se trabajan 5 áreas prioritarias:

1. Promoción de mayor actividad física en el estudiantado
2. Promoción de una alimentación saludable
3. Prácticas y hábitos saludables
4. Desarrollo de habilidades para la vida
5. Promoción de ambientes saludables

Los Centros Educativos pueden incorporar acciones de promoción de salud que potenciarán acciones salutogénicas e influirán en la prevención de factores de riesgo para la salud, y que se constituirán como estrategias claves para incrementar los niveles de salud de los niños, niñas y adolescentes, mejorando no solo el ámbito físico sino también el mental y social.

Los centros educativos promotores de la salud incluyen centros educativos de primaria y secundaria, tanto públicos como privados.

O6.AE33.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2025-2030
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>Plan estratégico:</b> es el instrumento mediante el cual las instituciones, los entes ejecutores, la ciudadanía y los actores participantes definen objetivos, acciones o intervenciones (indicadores y metas, plazos, responsables) que se deberán ejecutar en el corto, mediano y largo plazo y donde se estiman los recursos requeridos para lograr el desarrollo inclusivo y sostenible de la sociedad. Es importante indicar que la elaboración del plan de acción es un proceso paralelo (MIDEPLAN, 2023).</p> <p><b>Seguridad Alimentaria y Nutricional:</b> Estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna</p>

		y permanente, de acceso físico, económico y social, a los alimentos que necesitan, en calidad y cantidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo (Según Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2011).
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\%EA = \frac{EAI1 + EAI2 + EAI3}{TEP} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		%EA: porcentaje de etapas de avance EAI: etapa de avance implementada TEP: total de etapas planificadas
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico implementado
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional, regional y local
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>		2023: Etapa 1: (5%) Diagnóstico Estado de situación e identificación de indicadores
<b>Meta</b>		Periodo del Plan completo: 2023- 2030: 100% Periodo planificado: 2024-2028: 62% 2024: Etapa 2: (30%) Planificación del plan que incluye: análisis prospectivo, estado de situación, identificación de actores y elaboración del Plan 2025: Etapa 3: (8%) Implementación y seguimiento del plan 2026: Etapa 3: (8%) Implementación y seguimiento del plan 2027: Etapa 3:(8%) Implementación y seguimiento del plan 2028: Etapa 3: (8%) Implementación y seguimiento del plan
<b>Periodicidad</b>		Anual
<b>Fuente de información</b>		Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		2.1.1, 2.1.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.4.1, 3.4.1 y 6.1.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		N/A
<b>Comentarios generales</b>		-

O6.AE34.11.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en las etapas de la implementación de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No transmisibles y Obesidad (ENTO) 2022-2030.	
<b>Definición conceptual</b>	<p><b>ENTO:</b> Las enfermedades no transmisibles priorizadas en esta estrategia son: cáncer (cérvix. Mama, estómago y colon), enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus y obesidad.</p> <p><b>Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO:</b> Constituye un instrumento para articular los esfuerzos nacionales orientados al abordaje efectivo de dichas condiciones de salud, el cual se encuentra alineado con los compromisos asumidos por el país para el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>Esta estrategia cuenta con un plan de acción que va del 2022-2025 que tiene 4 líneas estratégicas: (1) políticas y alianzas estratégicas, (2) factores protectores y factores de riesgo, (3) respuesta del sistema de salud, y (4) vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico. Después de esta fecha se elaborará un nuevo plan de acción que abarca del 2026-2030. Adicional a esto, se establecieron un total de seis metas de impacto para las enfermedades priorizadas, las cuales se orientan a una meta global.</p> <p><b>Porcentaje de Avance:</b> mide el logro de los objetivos planificados.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%PA = \frac{EA1 + EA2 + EA3...}{TEP} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	%PA: porcentaje de Avance AEI: avance de las Etapas de Implementación TEP: total de etapas planificadas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	El avance en la estrategia ENTO se valora por porcentajes anuales de avance de las etapas establecidas según el total planificado en cada periodo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nivel Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 11.5% de avance alcanzado	

<b>Meta</b>	<p>Porcentaje de Avance de la Estrategia en un 55.5 % al año 2028. (Periodo de la estrategia 2022-2030 es el 100%)</p> <p>2024: ETAPA 1: 8.6 % correspondiendo un 5.3% de implementación y un 3.3 % de seguimiento.</p> <p>2025: ETAPA 1: 8.6 % correspondiendo un - (5.3% de implementación y un 3.3 % de seguimiento) y ETAPA 3: 11.1% elaboración del plan 2026-2028</p> <p>2026: ETAPA 2: 5 % evaluación del plan 2022-2025.</p> <p>2027: ETAPA 4: 11.1 % correspondiendo un - (6.1% de implementación y un 5 % de seguimiento).</p> <p>2028: ETAPA 4: 11.1 % correspondiendo un - (6.1% de implementación y 5 % de seguimiento).</p>
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Fuente de información</b>	Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial. Equipo de Conducción ENTO.
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3.4.1, 3.5.2, 3.5.2.b y 3.a.1,
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.26
<b>Comentarios generales</b>	Aunque la estrategia es hasta el año 2030, se visualiza un avance de 55.5 % al año 2028; y sobre este porcentaje se calcula la fórmula de cálculo.

06. AE35.11.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la implementación de la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2022-2026
<b>Definición conceptual</b>	<p>La Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2022-2026, es un instrumento de planificación que contiene los compromisos adquiridos por las diferentes instituciones con el fin de articular las acciones estratégicas propuestas para contribuir con mejorar la capacidad funcional e intrínseca de las personas desde su proceso de envejecimiento.</p> <p>Entendiendo el envejecimiento como el proceso basado en el curso de vida donde los individuos superan las diferentes etapas de maduración, biológica, mental y espiritual.</p>

	<p>Las instituciones que tienen metas en la Estrategia han procurado elaborar las mismas considerando el curso de vida como el enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todas las etapas de la vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive.</p> <p><b>Porcentaje de avance:</b> se refiere al cumplimiento de las acciones programadas según la meta para el período determinado.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\%A = \frac{Ae}{Ap} \times 100$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p>Ap: número de acciones programadas  Ae: número de acciones ejecutadas  %A: porcentaje de acciones</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	
<b>Interpretación</b>	Es la razón entre las acciones programadas, en relación a las acciones ejecutadas por parte de las instituciones.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	N/A
<b>Línea base</b>	2022: 40% corresponde a: formulación e implementación de la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2022-2026.	
<b>Meta</b>	<p>2023-2026: 60%  2023: 15% Implementación 10%+Seguimiento 5%)  2024: 15% Implementación 10%+Seguimiento 5%)  2025: 15% (Implementación 10%+Seguimiento 5%)  2026: 15% (Implementación 5%+Seguimiento 5%+Evaluación 5%).</p> <p><i>*El periodo de vigencia de la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida culmina en el 2026.</i></p>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial	
<b>Clasificación</b>	<input type="checkbox"/> Impacto. <input type="checkbox"/> Efecto. <input checked="" type="checkbox"/> Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registros administrativos	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	3	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta	



<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	C.18. C.20. C.21. C.22. C.23. C.24. C.25. C.26. C.27. C.28. C.29. C.30. C.31. C.32.
<b>Comentarios generales</b>	<p>La Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida, tiene vigencia hasta el año 2026, se está proyectando actualizar el documento para el año 2027 para cumplir con los mandatos del Decenio del Envejecimiento sano.</p> <p>Así mismo, se pretende que esta actualización se realice con la Comisión Nacional de Envejecimiento (CONAES).</p>

O6. AE36.I1.		
Elemento	Descripción	
<b>Nombre del indicador</b>	Número de documentos normativos avalados para la promoción y atención de la lactancia materna.	
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se entiende por lactancia materna el proceso de amamantamiento (colocación al pecho de la madre) del niño y la niña en aras de generar un proceso de alimentación nutricional y afectivamente exitoso. El acceso a la lactancia materna exitosa es uno de los factores protectores más relevantes en la atención del binomio madre-niño o niña.</p> <p>Se entiende por documento normativo como aquellos que son emitidos según metodología avalada institucionalmente. En esta categoría se incluyen documentos como: lineamientos técnicos, protocolos de atención clínica, manuales, informes técnicos institucionales, entre otros. Para su oficialización requieren el aval del Despacho de Gerencia Médica.</p>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{DNA}$	
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	<p><math>\Sigma</math>: Sumatoria</p> <p>DNA: Documento normativo avalado para la promoción y atención de la lactancia materna.</p>	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Documentos normativos que son oficializados en la institución vinculados con la promoción y atención de la lactancia materna.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Lactancia materna
<b>Meta</b>	ND	

<b>Periodicidad</b>	2024-2027: 4 2024: 1 2025: 1 2026: 1 2027: 1
<b>Fuente de información</b>	Anual
<b>Clasificación</b>	Informe Área de Atención Integral a las Personas (AAIP)
<b>Tipo de operación estadística</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	Registros administrativos
<b>Tipo de relación con ODS</b>	3.8.1
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	( ) Directa (X) Indirecta
<b>Comentarios generales</b>	B7.
<b>Comentarios generales</b>	No se asigna un monto presupuestario específico, dado que la medición de los indicadores corresponde a una gestión de organización con presupuesto ordinario y con procesos de trabajo transversales con gastos compartidos por diferentes programas.

O6. AE36.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Número de documentos normativos avalados para garantizar la atención de niñas y niños en el escenario educativo.
<b>Definición conceptual</b>	<p>Se entiende como escenario educativo las intervenciones que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social en los Centros Educativos del Ministerio de Educación Pública que incluye tamizajes y estrategias de prevención primaria según necesidad, con énfasis en los niveles de preescolar, primer, tercer y quinto grados. Según normativa institucional vigente.</p> <p>Se entiende por documento normativo como aquellos que son emitidos según metodología avalada institucionalmente. En esta categoría se incluyen documentos como: lineamientos técnicos, protocolos de atención clínica, manuales, informes técnicos institucionales, entre otros. Para su oficialización requieren el aval del Despacho de Gerencia Médica.</p>
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\Sigma = \text{DNA}$

<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>	Σ: Sumatoria DNA: Documento normativo avalado para garantizar la atención de niñas y niños en el escenario educativo.	
<b>Unidad de medida</b>	Número	
<b>Interpretación</b>	Documentos normativos que son oficializados en la institución vinculados con atención de niñas y niños en el escenario educativo.	
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Escenario educativo
<b>Línea base</b>	ND	
<b>Meta</b>	2024-2027: 2 2024: 1 2025: 0 2026: 1 2027: 0	
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>Fuente de información</b>	Informe Área de Atención Integral a las Personas (AAIP)	
<b>Clasificación</b>	( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.	
<b>Tipo de operación estadística</b>	Registro Administrativo	
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>	2.2.1 2.2.2	
<b>Tipo de relación con ODS</b>	( ) Directa (X) Indirecta	
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>	B.7.	
<b>Comentarios generales</b>	No se asigna un monto presupuestario específico, dado que la medición de los indicadores corresponde a una gestión de organización con presupuesto ordinario y con procesos de trabajo transversales con gastos compartidos por diferentes programas.	

O6. AE36.I1.	
Elemento	Descripción
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de actividades de capacitación en temas de Lactancia Materna
<b>Definición conceptual</b>	Se entiende por actividades de capacitación aquellas acciones y esfuerzos enfocados en mejorar de manera periódica las actitudes del personal de salud.

		Se entiende por lactancia materna el proceso de amamantamiento (colocación al pecho de la madre) del niño y la niña en aras de generar un proceso de alimentación nutricional y afectivamente exitoso. El acceso a la lactancia materna exitosa es uno de los factores protectores más relevantes en la atención del binomio madre-niño o niña.
<b>Fórmula de cálculo</b>		$P = \frac{TSR}{TSG} \times 100$
<b>Componentes involucrados en la fórmula del cálculo</b>		P: porcentaje TSR: total solicitudes Recibidas TSG: total de solicitudes Gestionadas
<b>Unidad de medida</b>		Porcentaje
<b>Interpretación</b>		Se refiere a la necesidad de atender las solicitudes de capacitación en materia de lactancia materna que se reciben en el Centro Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y así promover y apoyar el tema en la Institución.
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica</b>	Nacional
	<b>Temática</b>	Lactancia materna
<b>Línea base</b>		2023: ND
<b>Meta</b>		2024-2025: 100% 2024: 100% 2025: 100%
<b>Periodicidad</b>		Semestral
<b>Fuente de información</b>		Base datos Actividades Educativas, Centro Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS)
<b>Clasificación</b>		( ) Impacto. ( ) Efecto. (X) Producto.
<b>Tipo de operación estadística</b>		Registro Administrativo
<b>Indicador de ODS Vinculado</b>		3.2.1
<b>Tipo de relación con ODS</b>		( ) Directa (X) Indirecta
<b>Medida priorizada en el Consenso de Montevideo</b>		B.7.
<b>Comentarios generales</b>		No se asigna un monto presupuestario específico, dado que la medición de los indicadores corresponde a una gestión de organización con presupuesto ordinario y con procesos de trabajo transversales con gastos compartidos por diferentes programas.



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**

Calle 16, Avenida 6 y 8 San José Costa Rica  
Apartado Postal 10123-1000 San José Costa Rica  
[www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr)



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**