



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

ANEXOS TECNICOS

PLAN LOCAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE AREA RECTORA DE SALUD

HEREDIA

PLAN DE ACCION

2026-2030



307.12.8.48.1

Ministerio de Salud.

Anexos plan local de Salud del cantón de Heredia 2026-2030

Área Rectora de Salud de Heredia. Unidad de Planificación. San José, Costa Rica.

145 p. 3983 Kb

ISBN 978-9977-62-357-3

1. Plan local de salud. 2. Política pública. 3. Gestión para resultados. 4. Salud pública. 5. Anexo

Tabla de contenido

| | |
|---|-----|
| | 1 |
| FICHAS INDICADORES PLAN LOCAL DE SALUD Y PLAN DE ACCION | 4 |
| Eje 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 4 |
| Eje 2. Vigilancia de la Salud | 58 |
| Eje 3. Salud Ambiental..... | 79 |
| Eje 4. Promoción de la Salud..... | 99 |
| ANEXO DE CARTA DE COMPROMISOS | 130 |

FICHAS INDICADORES PLAN LOCAL DE SALUD Y PLAN DE ACCION

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

| Indicador 1.1 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Razón de mortalidad materna cantonal por cada 10 000 nacimientos. |
| Definición conceptual | | <p>Mortalidad materna: 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>Defunción: 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> |
| Fórmula de cálculo | | $\frac{Dm}{Tn} \times 10\,000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Dm: total de defunciones maternas. Tn: total de nacimientos. |
| Unidad de medida | | Razón por 10 000 nacimientos. |
| Interpretación | | 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad, género |
| Línea base | | 2024: 0 muertes por cada 10 000 nacimientos a nivel del cantón de Heredia. |
| Meta | | 2030: 0 muertes por cada 10 000 nacimientos a nivel del cantón de Heredia. |
| Periodicidad | | Anual. |

| | |
|--|--|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.2.2 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | D40 |

| Indicador 1.2 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de mortalidad infantil a nivel cantonal por cada 1000 nacidos vivos. |
| Definición conceptual | | <p>Mortalidad infantil: niños nacidos que mueren antes de cumplir la edad de 1 año, expresada por 1000 nacidos vivos.</p> <p>Defunción: 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> |
| Fórmula de cálculo | | $\frac{Dmn}{Tn} \times 1000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Dmn: número de muertes de niños menores de 1 año. Tn: total de nacimientos. |
| Unidad de medida | | Tasa |
| Interpretación | | La tasa de mortalidad infantil refleja que por cada mil nacimientos se dieron X fallecimientos de menores de un año. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad, grupo etario |
| Línea base | | 2024: 9 muertes por cada 1000 nacimientos a nivel del cantón de Heredia. |
| Meta | | 2030: 6 muertes por cada 1000 nacimientos a nivel del cantón de Heredia. |
| Periodicidad | | Anual. |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.2.2 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | D40 |

| Indicador 1.3 | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares cantonal I60-I69. |
| Definición conceptual | <p>Tasa: 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 período específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP): 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>Enfermedades cerebrovasculares: 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 sustratos. Incluye, también las condiciones en las cuales el proceso primario es de naturaleza hemorrágica (Muñoz-Collazos, 2020).</p> |
| Fórmula de cálculo | $TMPEC = \frac{DEC}{PE} \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>TMPEC= tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares por cada 100.000 habitantes.</p> <p>DEC= número de defunciones por enfermedades</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | cerebrovasculares en personas de 30 a 69 años. PE= total de personas entre 30 a 69 años durante el período de estudio. |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | La tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares en el cantón de Heredia es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30 a 69 años. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad prematura |
| Línea base | | 2022-2024: 14,50 por cada 100.000 habitantes (INEC). |
| Meta | | 2030: 14,20 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años. |
| Periodicidad | | Bienal. |
| Fuente de información | | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 3.4.1 |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa(X) () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | C26 |

| Indicador 1.4 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica cantonal I20-I25. |
| Definición conceptual | <p>Tasa: 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>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP): Indicador global utilizado para medir la magnitud de las muertes que ocurren</p> |

| | | |
|---|---|----------------------|
| | <p>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>Enfermedad isquémica 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> | |
| Fórmula de cálculo | $TMPEI = \frac{DEI}{PE} \times 100.000$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <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> | |
| Unidad de medida | Tasa | |
| Interpretación | La tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica en el cantón de Heredia es de "X" muertes por cada 100.000 habitantes. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad Prematura |
| Línea base | 2022-2024: 33,80 por cada 100.000 habitantes (INEC). | |
| Meta | 2030: 33,40 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030. | |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro Administrativo | |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.4 | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 | |

| Indicador 1.5 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus cantonal E10-E14. |
| Definición conceptual | | <p>Tasa: 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 período específico. El denominador corresponde a la población de referencia en el mismo tiempo (OPS/OMS, 2014).</p> <p>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP): 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>Diabetes Mellitus (DM): 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> |
| Fórmula de cálculo | | $TMPDM = \frac{DDM}{PE} \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <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> |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | La tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus en el cantón de Heredia es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30 a 69 años. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad prematura. |
| Línea base | | 2022-2024: 20,10 por cada 100.000 habitantes |
| Meta | | 2030: 20 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030. |
| Periodicidad | | Anual |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.4. |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 |

| Indicador 1.6 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix (C53), mama (C50), estómago (C16), colon (C18) y recto (C20). |
| Definición conceptual | <p>Cáncer de cérvix: 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>Cáncer de mama: 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>Cáncer de estómago: 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> <p>Cáncer de colon: tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos: ciego, colon ascendente, colon transversal, colon descendente, sigmoide y recto. El cáncer de colon no incluye los tumores en los tejidos del ano o del intestino delgado (IMSS, 2010).</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Fórmula de cálculo | | $TMPc = \frac{DC}{PE} \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <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> |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | La tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix, mama, estómago y colon en personas de 30 a 69 años por cada 100.000 habitantes en el cantón de Heredia es de “X” muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30 a 69 años. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad prematura. |
| Línea base | | <p>2022-2024:</p> <p>Cérvix (C53): 32,87 por cada 100.000 habitantes</p> <p>Mama(C50): 76,87 por cada 100.000 habitantes, Estómago (C16): 45,62 por cada 100.000 habitantes</p> <p>Colon (C18): 41,71 por cada 100.000 habitantes,</p> <p>Recto (C20): 9,12 por cada 100.000 habitantes.</p> |
| Meta | | <p>2030:</p> <p>Cérvix (C53): 32,7 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030</p> <p>Mama (C50): 76,5 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030</p> <p>Estómago (C16): 45,6 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030</p> <p>Colon (C18) 41,6 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030</p> <p>Recto (C20): 9,11 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030.</p> |
| Periodicidad | | Anual |
| Fuente de información | | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|--|------------------------------|
| Indicador de ODS Vinculado | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa(X) () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 |

| Indicador 1.7 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas J40-J47. |
| Definición conceptual | | <p>Tasa: 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>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP): 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>Enfermedades respiratorias crónicas: enfermedades crónicas de las vías aéreas y otras estructuras del pulmón. (OPS/OMS,2021).</p> |
| Fórmula de cálculo | | $TMPRC = \frac{DRC}{PE} \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <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> |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | La tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas en el cantón de Heredia son de “X” muertes por cada 100.000 habitantes. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad prematura. |
| Línea base | | 2022-2024: 4,30 (J40-J47). |

| | |
|---|---|
| Meta | 2030: 4,20 muertes por cada 100.000 habitantes entre los 30-69 años al 2030. |
| Periodicidad | Anual |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 |

| Indicador 1.8 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica N18, U50. |
| Definición conceptual | <p>Tasa: 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>Tasa de Mortalidad Prematura (TMP): 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>Enfermedad Renal Crónica tradicional: 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. 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</p> |

| | | |
|---|---|-----------------------|
| | <p>trasplante de riñón (OPS/OMS, 2017).</p> <p>Enfermedad Renal Crónica No tradicional: 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> | |
| Fórmula de cálculo | $TMPER = \frac{DER}{PE} \times 100.000$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <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> | |
| Unidad de medida | Tasa. | |
| Interpretación | La tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica (tradicional y no tradicional) en el cantón de Heredia de “X” muertes por cada 100.000 habitantes. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad prematura. |
| Línea base | 2022-2024: N18: 5,6 U50:0 | |
| Meta | 2030: N18: 5,0 U50:0 | |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |

| | |
|---|---------------------------|
| Indicador de ODS Vinculado | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 |

| Indicador 1.9 | | |
|---|-------------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de Mortalidad de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) CIE-10 B20.0-B24. X. |
| Definición conceptual | | 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. |
| Fórmula de cálculo | | $Mz = (Dz/N1/7/z) * 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Mz = tasa bruta de mortalidad. Dz = defunciones ocurridas en el año z. N1/7/z = población estimada a mitad del año z. |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | Cantidad de defunciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por cada 100.000 habitantes en el año. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad por VIH |
| Línea base | | 2024: 4,0 |
| Meta | | 2030: 4,0 |
| Periodicidad | | Anual |
| Fuente de información | | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 3.3 |

| | |
|--|---------------------------|
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C26 |
| Comentarios generales | |

| Indicador 1.10 | |
|-----------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de personas adultas, mayores de 18 años, que consultan por primera vez en la vida por trastornos mentales y del comportamiento en servicios de salud. |
| Definición conceptual | <p>Los trastornos mentales y del comportamiento priorizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno por uso de sustancia (F10-F19). 2. Trastornos del humor (afectivos)(F30-F39). 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). <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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>Abordaje Integral: 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, 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</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | 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. |
| Fórmula de cálculo | | $P = \frac{\text{Número de personas mayores de 18 años que consultan por primera vez en la vida por trastornos mentales y del comportamiento}}{\text{Total de personas mayores de 18 años atendidas en servicios de salud}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>Numerador: Personas mayores de 18 años que son identificadas por primera vez en la vida con problemas o trastornos mentales y del comportamiento en servicios de salud.</p> <p>Denominador: Total de personas mayores de 18 años que acceden a servicios de salud en el mismo periodo de análisis.</p> <p>Este indicador forma parte de los esfuerzos del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM) para monitorear el acceso y detección temprana de trastornos mentales en la población adulta.</p> |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de los trastornos mentales y del comportamiento y fortalecer 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 2,0 % |
| Meta | | 2030: 2,0 % |
| Periodicidad | | Anual |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | No existe |
| Comentarios generales | |

| Indicador 1.11 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de personas menores de edad que consultan por primera vez en la vida por trastornos mentales y del comportamiento en servicios de salud. |
| Definición conceptual | <p>Los trastornos mentales y del comportamiento priorizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno por uso de sustancia (F10-F19). 2. Trastornos del humor (afectivos)(F30-F39). 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). <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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>Abordaje Integral: El concepto de atención integral en los términos de la OMS/OPS implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente</p> |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, 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. |
| Fórmula de cálculo | | $P = \frac{\text{(Número de personas mayores de 18 años que consultan por primera vez en la vida por trastornos mentales y del comportamiento)}}{\text{total de personas mayores de 18 años atendidas en servicios de salud}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>Numerador: Personas menores de edad que son identificadas por primera vez en la vida con problemas o trastornos mentales y del comportamiento en servicios de salud.</p> <p>Denominador: Total de personas menores de edad que acceden a servicios de salud en el mismo periodo de análisis.</p> <p>Este indicador forma parte de los esfuerzos del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM) para monitorear el acceso y detección temprana de trastornos mentales en la población adulta.</p> |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de los trastornos mentales y del comportamiento y fortalecer 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 0,6 % |
| Meta | | 2030: 0,6 % |
| Periodicidad | | Anual |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.5 |
| Tipo de relación con ODS | () Directa (X) Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | No existe |
| Comentarios generales | |

| Indicador 1.12 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de personas que consultan por trastorno de ansiedad en los servicios de salud. |
| Definición conceptual | <p>Trastornos de ansiedad: Alteraciones caracterizadas por la presencia persistente de ansiedad que no se limita a una situación específica y que puede interferir significativamente con el funcionamiento diario del individuo.</p> <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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>Abordaje Integral: El concepto de atención integral en los términos</p> |

| | | |
|---|--|-------------------|
| | 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, 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. | |
| Fórmula de cálculo | $P = \left(\frac{\text{Número de personas que consultaron por trastorno de ansiedad}}{\text{Número total de personas que consultaron en los servicios de salud}} \right) \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>Numerador: Total de personas que tuvieron al menos una consulta registrada con diagnóstico de trastorno de ansiedad (según CIE-10: F40-F41).</p> <p>Denominador: Total de personas que consultaron en los servicios de salud en el mismo período (independientemente del motivo).</p> | |
| Unidad de medida | Porcentaje | |
| Interpretación | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de los trastornos de ansiedad 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. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | 2024: 45,0 % | |
| Meta | 2030: 45,0 % | |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revision (CIE-10) | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |

| | |
|--|---------------------------|
| Indicador de ODS Vinculado | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | No existe |
| Comentarios generales | |

| Indicador 1.13 | |
|-----------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de personas que consultan por reacción al estrés grave y trastornos de adaptación en los servicios de salud. |
| Definición conceptual | <p>Estrés grave y trastornos de adaptación: Surgen siempre como consecuencia directa de un suceso vital excepcionalmente estresante (estrés agudo grave) o de circunstancias desagradables prolongadas (trauma sostenido), que actúan como factor causal primario y esencial. El trastorno no habría ocurrido sin estos impactos. Se consideran respuestas adaptativas patológicas al estrés grave o prolongado, ya que interfieren con los mecanismos normales de adaptación y provocan deterioro significativo en el funcionamiento social del individuo.</p> <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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>Abordaje Integral: 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, 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> |

| | | |
|---|---|-------------------|
| Fórmula de cálculo | $P = \frac{\text{Número de personas que consultaron por estrés grave y trastornos de adaptación}}{\text{Número total de personas que consultaron en los servicios de salud}} \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>Numerador: Total de personas atendidas con diagnóstico CIE-10 F43 (Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación) en el período evaluado.</p> <p>Denominador: Total de personas que consultaron en los servicios de salud en el mismo período.</p> | |
| Unidad de medida | Porcentaje | |
| Interpretación | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de estrés grave y trastornos de adaptación 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. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | 2024: 32,0 % | |
| Meta | 2030: 32, 0 % | |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Indicador de ODS Vinculado | | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa () Indirecta | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | No existe | |
| Comentarios generales | | |

Indicador 1.14

| Elemento | | Descripción |
|--|------------|---|
| Nombre del indicador | | Porcentaje de personas que consultan por problemas relacionados con hechos estresantes que afectan la vida, la familia y el hogar en los servicios de salud |
| Definición conceptual | | Mide el porcentaje de la población que busca atención profesional (médica, psicológica o psiquiátrica) debido a dificultades emocionales o mentales desencadenadas por eventos estresantes en sus entornos de vida, familiar y doméstico |
| Fórmula de cálculo | | $P = \frac{\text{número de consultas relacionadas con estrés}}{\text{total de consultas por salud mental}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Total de personas que consultaron por situaciones de estrés en ambiente de vida, familiar y/o doméstico. • Denominador: Total de personas que consultaron en los servicios de salud en el mismo período en salud mental. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de los trastornos de la conducta alimenticia 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 21% |
| Meta | | 2030: 21% |
| Periodicidad | | Anual |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | No existe |
| Comentarios generales | |

| Indicador 1.15 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de personas que consultan por trastornos de la conducta alimentaria en los servicios de salud. |
| Definición conceptual | <p>Trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en el capítulo F50-F59: Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, específicamente bajo el código F50. Estos trastornos se definen como alteraciones mentales caracterizadas por patrones anormales en la ingesta de alimentos y una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal.</p> <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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</p> |

| | |
|---|--|
| | apoyos requeridos. |
| | <p>Abordaje Integral: 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, 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> |
| Fórmula de cálculo | $P = \frac{\text{Número de personas que consultaron por trastornos de la conducta alimenticia}}{\text{Número total de personas que consultaron en los servicios de salud}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>Numerador: Total de personas que consultaron por trastornos de la conducta alimentaria (según diagnóstico CIE-10 F50.x).</p> <p>Denominador: Total de personas que consultaron en los servicios de salud en el mismo período (puede ser todas las consultas o todas las consultas en salud mental, según la definición del indicador).</p> |
| Unidad de medida | Porcentaje |
| Interpretación | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral de los trastornos de la conducta alimenticia 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. |
| Desagregación | <p>Geográfica Cantonal</p> <p>Temática Abordaje integral</p> |
| Línea base | 2024: 1,0 % |
| Meta | 2030: 1,0 % |
| Periodicidad | Anual |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |

Indicador de ODS**Vinculado****Tipo de relación con ODS** (X) Directa () Indirecta**Medida priorizada en el** No existe**Consenso de Montevideo****Comentarios generales**

| Indicador 1.16 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | <p>Porcentaje de personas que consultan en consulta externa y urgencias, por diagnósticos asociados al comportamiento suicida y fueron referidas para seguimiento con profesional en salud mental.</p> |
| Definición conceptual | <p>Comportamiento suicida: no se considera un diagnóstico independiente, sino un conjunto de eventos que forman parte del llamado proceso suicida. Este proceso se describe como una secuencia progresiva que puede iniciar con pensamientos e ideas suicidas, continuar con planes, y culminar en uno o múltiples intentos, con aumento progresivo de la letalidad, hasta llegar al suicidio consumado.</p> <p>Salud Mental: Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de su comunidad.</p> <p>Persona única: Persona usuaria que asiste a los servicios de consulta externa con sospecha diagnóstica de al menos una de las patologías priorizadas.</p> <p>Atención: 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>Abordaje Integral: 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, 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</p> |

| | |
|---|---|
| | 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. |
| Fórmula de cálculo | $P = \frac{(\text{Número de personas con diagnóstico asociado a comportamiento suicida referidas a salud mental})}{\text{Número total de personas que consultaron por diagnóstico asociado a comportamiento suicida en consulta externa y urgencias}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>Numerador: Personas que consultaron por diagnósticos asociados al comportamiento suicida (p. ej., códigos CIE-10 X60–X84, R45.8) y fueron referidas para seguimiento con profesional en salud mental.</p> <p>Denominador: Total de personas que consultaron en consulta externa y urgencias por diagnósticos asociados al comportamiento suicida, en el mismo período.</p> |
| Unidad de medida | Porcentaje |
| Interpretación | Este indicador permite el seguimiento, el monitoreo y la mejora en la cobertura y el abordaje integral del comportamiento suicida 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. |
| Desagregación | <p>Geográfica Cantonal</p> <p>Temática Abordaje integral</p> |
| Línea base | 2024: 1,0 % |
| Meta | 2030: 1,0 % |
| Periodicidad | Anual |
| Fuente de información | Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología-Área Rectora de Salud de Heredia. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), OMS. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el | No existe |

| Indicador O1. AE1. I1. | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de mujeres embarazadas con tamizaje para streptococcus agalactiae |
| Definición conceptual | | El indicador “Porcentaje de mujeres embarazadas con tamizaje para Streptococcus agalactiae” se utiliza para medir la cobertura del cribado de este patógeno (también conocido como Streptococcus del grupo B) en embarazadas, ya que su detección es clave para prevenir infecciones neonatales graves. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número Mujeres embarazadas tamizaje streptococcus agalactiae}}{\text{Número total de embarazadas atendidas}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de mujeres embarazadas que se realizaron el tamizaje para Streptococcus agalactiae (generalmente entre las semanas 35 y 37 de gestación). • Denominador: Número total de mujeres embarazadas atendidas en el periodo evaluado. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | <ul style="list-style-type: none"> • Un valor alto indica buena cobertura del tamizaje, lo que reduce el riesgo de sepsis neonatal y otras complicaciones. • La meta suele ser $\geq 90\%$ según estándares internacionales (puede variar según normativas locales). |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 82% |
| Meta | | 2026-2030: 82%-85% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | CCSS |

| | |
|--|---|
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | <ul style="list-style-type: none"> • El tamizaje debe realizarse entre las semanas 35 y 37 de gestación. • Asegurar registro oportuno y correcto en el sistema. |

| Indicador O1. AE1. I2 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de mujeres embarazadas con control prenatal adecuado. |
| Definición conceptual | <p>Este indicador refleja el porcentaje de mujeres embarazadas que cumplen con los criterios de control prenatal adecuado (según normativa nacional o institucional) respecto al total de embarazadas atendidas en el periodo evaluado.</p> <p>Medir la proporción de embarazadas que reciben un control prenatal conforme a los estándares establecidos, garantizando la detección temprana de riesgos y la atención integral durante la gestación.</p> |
| Fórmula de cálculo | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número mujeres embarazadas con control prenatal adecuado} \times 100}{\text{Número total de embarazadas atendidas}}$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de control prenatal adecuado en el periodo evaluado. • Denominador: Número total de mujeres embarazadas atendidas en el mismo periodo. |
| Unidad de medida | Porcentaje |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Interpretación | | Un porcentaje alto indica que la mayoría de las embarazadas reciben un seguimiento adecuado, reduciendo riesgos maternos y perinatales. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 82% |
| Meta | | 2026-2030: 82%-85% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | <ul style="list-style-type: none"> Asegurar registro oportuno y correcto en el sistema. |

| Indicador O1. AE1. I3 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de mujeres embarazadas con clasificación del riesgo antes del tercer trimestre. |
| Definición conceptual | Este indicador refleja el porcentaje de mujeres embarazadas que tienen registrada la clasificación del riesgo (bajo, moderado, alto) antes del inicio del tercer trimestre, respecto al total de embarazadas atendidas en el periodo evaluado |
| Fórmula de cálculo | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número mujeres embarazadas con clasificación de riesgo antes del III trimestre}}{\text{Número total de embarazadas atendidas}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <ul style="list-style-type: none"> Numerador: Número de mujeres embarazadas con clasificación del riesgo registrada antes de la semana 28. Denominador: Número total de mujeres embarazadas atendidas en el mismo periodo. |
| Unidad de medida | Porcentaje |

| | | |
|--|--|-------------------|
| Interpretación | Un porcentaje alto indica que la mayoría de las embarazadas son clasificadas oportunamente, lo que permite intervenciones preventivas y seguimiento adecuado. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | 2024: 82% | |
| Meta | 2026-2030: 82%-85% | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | CCSS | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación del riesgo realizada y registrada antes de la semana 28. • Basada en normativa nacional (ej. factores clínicos, antecedentes obstétricos, condiciones médicas). | |

| Indicador O1. AE1. I4. | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de profesionales en salud capacitados en la normativa de control prenatal |
| Definición conceptual | Este indicador refleja el número total de profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, etc.) que completaron una capacitación certificada sobre la normativa de control prenatal en el periodo evaluado. |
| Fórmula de cálculo | Número=Total de profesionales capacitados en el periodo |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Número de profesionales que completaron la capacitación en el periodo |
| Unidad de medida | Número (cantidad absoluta). |

| | | |
|--|---|--------------------|
| Interpretación | Un número alto indica mayor cumplimiento en la formación del personal, lo que contribuye a la calidad y seguridad en la atención prenatal. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Formación integral |
| Línea base | 21 | |
| Meta | 24 | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | <ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Capacitación y Desarrollo. • Dirección de Enfermería / Obstetricia. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | Un aumento en el número indica mayor cobertura de capacitación y potencial mejora en la calidad de atención prenatal. Una disminución puede reflejar limitaciones en recursos, logística o interés. | |

| Indicador O1. AE1. I5. | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de líderes comunitarios capacitados en signos y síntomas de alarma y control prenatal |
| Definición conceptual | <p>Cantidad de líderes comunitarios que han completado satisfactoriamente la capacitación sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de alarma en el embarazo. • Importancia del control prenatal según normativa vigente. |
| Fórmula de cálculo | Número=Total de líderes capacitados en signos de alarma y control prenatal |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Número de líderes capacitados en signos de alarma y control prenatal |
| Unidad de medida | | Número (cantidad absoluta). |
| Interpretación | | Un valor alto indica mayor cobertura de capacitación comunitaria, lo que contribuye a la detección temprana de riesgos y la promoción del control prenatal. Un valor bajo puede reflejar limitaciones en la estrategia de participación social. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Formación integral |
| Línea base | | 0 |
| Meta | | 1-3 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | <ul style="list-style-type: none"> • Registros de capacitación comunitaria. • Listas de asistencia validadas. • Informes de programas de participación social. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | Un porcentaje alto indica que la estrategia de capacitación está alcanzando a la mayoría de los líderes comunitarios, fortaleciendo la red de apoyo para la atención prenatal. Un porcentaje bajo señala la necesidad de ampliar cobertura. |

| Indicador O1. AE2. I1. | |
|-----------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de avance de la estrategia para el fortalecimiento de la atención integral de las personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial en el primer nivel de atención |

| | | |
|---|--|-------------------|
| Definición conceptual | Porcentaje que representa el avance en la ejecución de actividades contempladas en la estrategia, respecto al total de actividades programadas para el período. | |
| Fórmula de cálculo | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de actividades ejecutadas}}{\text{Número total de actividades programadas}} \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de actividades ejecutadas en un año • Denominador: Número total de actividades de programadas al año. | |
| Unidad de medida | Porcentaje | |
| Interpretación | Un porcentaje cercano al 100% indica que la estrategia se está implementando según lo planificado. Un porcentaje bajo refleja retrasos en la ejecución y posibles riesgos para el fortalecimiento de la atención integral. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | 79% | |
| Meta | 80%-84% | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | <ul style="list-style-type: none"> • Plan operativo de la estrategia. • Informes de avance. • Actas de ejecución y validación. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | Un porcentaje alto indica que la estrategia de abordaje en la atención de Diabetes Mellitus está dando resultados positivos | |

| Indicador O1. AE2. I2. | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de población con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial atendida en servicios de salud de la CCSS |
| Definición conceptual | | Este indicador refleja el porcentaje de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial que han recibido atención en los servicios de salud de la CCSS durante el período evaluado. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número personas con DM y/o HTA atendidas en la CSS}}{\text{Número total personas con DM y/o HTA en la población}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Registros clínicos y bases de datos de atención (EDUS, SICERE). • Denominador: Estimaciones poblacionales con DM y/o HTA (estudios epidemiológicos, proyecciones del INEC). |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | Un porcentaje cercano al 100% establece que las intervenciones en las personas atendidas con DM y/o HTA se acercan al ideal de cobertura. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 79% |
| Meta | | 80% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | Según Informe Técnico Multimorbilidad y Obesidad en Costa Rica: resultados de la Vigilancia Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (2025) indica que la |

coexistencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial es del 3.7% en personas con obesidad y del 1.9% en personas sin obesidad.

| Indicador O1. AE2 I3. | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con tamizaje de fondo de ojo |
| Definición conceptual | | Porcentaje de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), de una población específica, que reciben al menos un examen de fondo de ojo (presencial o mediante retinografía) dentro de un año calendario. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número personas con examen de fondo de ojo atendidas en la CCSS}}{\text{Número total personas con diagnóstico de DM en el mismo año}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de pacientes con diabetes mellitus que han tenido un examen de fondo de ojo (retinografía o evaluación por oftalmólogo) en el año. □ Denominador: Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) en el mismo año y población. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | □ Valores < 50 % indican necesidad urgente de mejora en el tamizaje. □ Coberturas entre 60–80 % muestran avance, pero aún por debajo de objetivos. □ Valores ≥ 80–90 % cumplen con las metas propuestas en ciertos grupos etarios. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | Datos no aportados por la institución |
| Meta | | Datos no aportados por la institución |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|---|--|
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE2 I4. | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de pacientes con Diabetes Mellitus captados por primera vez |
| Definición conceptual | | Cantidad total de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) por primera vez en un periodo determinado (generalmente un año), dentro de una población definida |
| Fórmula de cálculo | | Número=Total pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) por primera vez |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Número de pacientes con diagnóstico de DM (código ICD-10 E10–E14) definido como captados por primera vez durante el periodo de análisis. |
| Unidad de medida | | Número (cantidad absoluta). |
| Interpretación | | <p>🔍 Valor alto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede indicar buena capacidad de detección y captación de casos nuevos (tamizaje efectivo, campañas, acceso a servicios). También puede reflejar aumento real en la incidencia de diabetes en la población (cambio en hábitos, envejecimiento, factores de riesgo). <p>🔍 Valor bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede sugerir subdiagnóstico (falta de tamizaje, barreras de acceso, registros incompletos). O bien una disminución real en la incidencia, lo cual debe confirmarse con otros indicadores (prevalencia, mortalidad) |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 114 |
| Meta | | 110 |

| | |
|---|--|
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente de información | Registros CCSS |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE2 I5. | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de pacientes con Hipertensión Arterial captados por primera vez |
| Definición conceptual | | Número total de pacientes diagnosticados <i>por primera vez</i> con hipertensión arterial (HTA) en un período determinado (normalmente un año), dentro de una población de referencia sin diagnóstico previo de HTA. |
| Fórmula de cálculo | | Número=Total casos nuevos de hipertensión arterial detectados en el período. |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Nuevos casos de hipertensión arterial detectados en el período. |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | <p>🔍 Alta incidencia o cobertura elevada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Señal de eficiente captación y tamizaje (consultas, centros comunitarios, campañas). Podría reflejar aumento real en factores de riesgo (obesidad, envejecimiento, alimentación). <p>🔍 Incidencia baja o captación reducida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede indicar subdetección, acceso limitado al diagnóstico (falta de consulta, recursos de toma de presión). |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 156 |
| Meta | | 2030: 148 |
| Periodicidad | | Anual. |

| | |
|---|--|
| Fuente de información | Registros CCSS |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE3 I1 | |
|--|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de funcionarios (as) de la salud de primer nivel de atención capacitados en el abordaje del cáncer en CCSS |
| Definición conceptual | Cantidad de funcionarios (médicos, enfermeras y otros profesionales) que laboran en el primer nivel de atención de la CCSS y que han completado satisfactoriamente una capacitación específica en abordaje de tumores malignos frecuentes, dentro de un período definido (usualmente anual). |
| Fórmula de cálculo | <i>Número: funcionarios (médicos, enfermeras y otros profesionales) que laboran en el primer nivel de atención de la CCSS formados en la detección de tumores malignos frecuentes</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Total de funcionarios del primer nivel que completaron el curso “Abordaje en el primer nivel de atención de los tumores malignos más frecuentes” en el periodo. |
| Unidad de medida | Número absoluto |
| Interpretación | <p>🔍 Valores altos (≥ 80%): Buena incorporación de formación especializada en el primer nivel — fortalece la detección temprana de cáncer.</p> <p>🔍 Valores medios (50–79%): Avances, pero podría haber rezagos en regiones o unidades específicas.</p> <p>🔍 Valores bajos (< 50%): Necesidad de revisar barreras de acceso a capacitación, cobertura tecnológica o falta de promoción institucional.</p> |
| Geográfica | Cantonal |

| | | |
|---|----------|---|
| Desagregación | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 24 |
| Meta | | 2030: 32 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | <p>▢ Registro de capacitaciones del Campus Virtual/CENDEISSS.</p> <p>▢ Información del personal con nombramiento activo en áreas de salud primaria.</p> |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE4. I1. | |
|--|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de personas detectadas con obesidad |
| Definición conceptual | Cantidad total de personas diagnosticadas con obesidad (según criterios clínicos o antropométricos, generalmente $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en un período determinado (por ejemplo, anual), dentro de una población definida. |
| Fórmula de cálculo | Número: Personas con obesidad detectada |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Numerador: Número de personas detectadas con obesidad en el período. |
| Unidad de medida | Número absoluto |

| | | |
|--|-------------------|--|
| Interpretación | | <p>Valor alto: Puede indicar alta prevalencia real o buena capacidad de detección.</p> <p>Valor bajo: Puede reflejar baja prevalencia o subdetección (falta de tamizaje, registros incompletos).</p> <p>Analizar junto con otros indicadores (sobrepeso, diabetes, hipertensión) para entender el contexto epidemiológico.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 489 |
| Meta | | 2030: 148 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros clínicos, encuestas de salud, sistemas de vigilancia epidemiológica. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE4. I2 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de actividades de fortalecimiento interinstitucionales para la detección de obesidad |
| Definición conceptual | Total de actividades realizadas en conjunto con otras instituciones (públicas, privadas, ONG) orientadas a mejorar la detección de obesidad en la población. |
| Fórmula de cálculo | <i>Número: Cantidad de actividades de detección de la obesidad en un periodo específico</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Número de actividades de fortalecimiento interinstitucional para la detección de obesidad. |
| Unidad de medida | Número absoluto |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Interpretación | | El indicador “Número de actividades de fortalecimiento interinstitucionales para la detección de obesidad” mide cuántas acciones coordinadas se realizan entre diferentes instituciones para mejorar la capacidad de identificar casos de obesidad. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 10 |
| Meta | | 2030: 12 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes de gestión, actas de reuniones, registros de proyectos interinstitucionales. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE5. I1. | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de la población del cantón de Heredia cubierta por algún régimen de aseguramiento de la CCSS |
| Definición conceptual | Proporción de habitantes del cantón de Heredia que cuentan con seguro social bajo cualquier régimen de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). |
| Fórmula de cálculo | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de personas aseguradas en CCSS en el cantón de Heredia}}{\text{Población total de cantón de Heredia}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Personas Aseguradas, y población cantonal |
| Unidad de medida | Porcentaje % |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Interpretación | | Este indicador refleja el grado de acceso a los servicios de salud y seguridad social que tiene la población del cantón de Heredia. Un porcentaje alto (cercano al 100%) indica que la mayoría de los habitantes cuentan con aseguramiento, lo que implica mayor equidad y cobertura en salud. Por el contrario, un porcentaje bajo evidencia brechas en la protección social, posibles problemas de informalidad laboral, falta de afiliación voluntaria o exclusión de grupos vulnerables. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 98% |
| Meta | | 2030: 99% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | CCSS (Base de asegurados), INEC (proyecciones poblacionales). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

Indicador O1. AE6. I1.

| Elemento | Descripción |
|---|--|
| Nombre del indicador | INTRAMUROS Número de personas atendidas anualmente en el servicio de nutrición preventiva en las estrategias en la Dirección Nacional de CEN-CINAI |
| Definición conceptual | Total de personas que reciben atención en el servicio de nutrición preventiva dentro de las estrategias implementadas por la Dirección Nacional de CEN-CINAI durante un año calendario, dentro de las instalaciones de los CEN CINAI |
| Fórmula de cálculo | Número= personas registradas en el servicio de nutrición preventiva en el año |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Numerador. Total de personas registradas en el servicio de nutrición preventiva en el año |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | <p>Este indicador muestra la cantidad de personas beneficiadas por los servicios de nutrición preventiva en un año, lo que refleja el nivel de cobertura y la capacidad operativa del programa.</p> <p>Un valor alto indica que las estrategias están llegando a una mayor población, lo que contribuye a la prevención de la malnutrición y promoción de hábitos saludables. Por el contrario, un valor bajo puede señalar limitaciones en la cobertura, falta de recursos, baja participación comunitaria o problemas en la implementación.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 1164 |
| Meta | | 2030: 1164 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros administrativos del CEN-CINAI (sistemas internos de atención y seguimiento). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

Indicador O1. AE6. I2.

| Elemento | Descripción |
|---|--|
| Nombre del indicador | EXTRAMUROS Número de personas atendidas anualmente en el servicio de nutrición preventiva en las estrategias en la Dirección Nacional de CEN- |
| Definición conceptual | Total de personas que reciben atención en el servicio de nutrición preventiva dentro de las estrategias implementadas por la Dirección Nacional de CEN-CINAI durante un año calendario, externo a las instalaciones de los CEN CINAI |
| Fórmula de cálculo | Número= personas registradas en el servicio de nutrición preventiva en el año |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Numerador. Total de personas registradas en el servicio de nutrición preventiva en el |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | | año |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | <p>Este indicador muestra la cantidad de personas beneficiadas por los servicios de nutrición preventiva en un año, lo que refleja el nivel de cobertura y la capacidad operativa del programa.</p> <p>Un valor alto indica que las estrategias están llegando a una mayor población, lo que contribuye a la prevención de la malnutrición y promoción de hábitos saludables.</p> <p>Por el contrario, un valor bajo puede señalar limitaciones en la cobertura, falta de recursos, baja participación comunitaria o problemas en la implementación.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 1126 |
| Meta | | 2030: 1126 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros administrativos del CEN-CINAI (sistemas internos de atención y seguimiento). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE7. I1 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de personas que consultan por trastornos mentales y del comportamiento en el II Nivel de Atención en la especialidad de psiquiatría |
| Definición conceptual | Total, de personas atendidas en consultas de psiquiatría en el segundo nivel de atención (hospitales periféricos y clínicas especializadas) por diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento, según la clasificación CIE-10. |
| Fórmula de cálculo | Número: consultas únicas por trastornos mentales y del comportamiento en psiquiatría |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Total de consultas asociadas a por trastornos mentales |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | Este indicador permite medir la demanda de atención especializada en salud mental y es clave para la planificación de recursos humanos, medicamentos y estrategias preventivas. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 11342 |
| Meta | | 2030: 11100 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros clínicos del II Nivel de Atención (Sistemas de información en salud, expedientes electrónicos). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE7. I2 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de funcionarios capacitados y actualizados en la atención de personas con trastornos mentales del comportamiento en el II Nivel de Atención |
| Definición conceptual | Medir la capacidad instalada y el grado de actualización del personal del II Nivel de Atención para brindar atención de calidad, segura y basada en evidencia a personas con trastornos mentales y del comportamiento. |
| Fórmula de cálculo | Número de funcionarios (conteo absoluto) |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Total de funcionarios |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | Se considera funcionario capacitado y actualizado a toda persona funcionaria que: 1. Ha completado una capacitación formal (curso/taller diplomado interno o externo) en los últimos 12 meses, 2. Relacionada con la atención de trastornos mentales y del comportamiento (diagnóstico, manejo clínico, abordaje psicosocial, crisis, referencia/contrarreferencia, prevención del suicidio, derechos humanos, estigma, etc.) y 3. Con evidencia documental: lista de asistencia firmada, constancia de aprobación, registro en plataforma institucional de capacitación, acta de comité docente, o constancia del proveedor formador. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 3 |
| Meta | | 2030: 3 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros recursos humanos del II Nivel de Atención (Sistemas de información en salud, expedientes electrónicos). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE7. I3 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de usuarios que consultan por trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas. |
| Definición conceptual | Cantidad total de personas que han realizado consultas en servicios de salud por diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas, en un periodo determinado |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Fórmula de cálculo | | Número: consultas únicas por trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Total de consultas asociadas a por trastornos mentales |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | Un aumento en el indicador puede reflejar mayor consumo problemático, mejor detección o mayor acceso a servicios. Debe analizarse junto con indicadores de prevalencia y cobertura. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 312 |
| Meta | | 2030: 450 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O1. AE7. I4 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de tres o más consultas en los servicios ambulatorios del IAFA por trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas. |
| Definición conceptual | Usuarios que realizaron al menos tres consultas de forma ambulatoria en IAFA por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con consumo de sustancias psicoactivas (SP) durante el período de |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | análisis. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de usuarios con al menos 3 consultas con trastornos mentales por consumo de ps}}{\text{Total de usuarios con al menos una consulta con trastornos mentales por consumo de ps}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>Numerador: Usuarios únicos que registran tres o más consultas ambulatorias IAFA con al menos tres consultas de forma ambulatoria en IAFA por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con consumo de sustancias psicoactivas (SP) durante el período de análisis.</p> <p>Denominador: Usuarios únicos con al menos una consulta ambulatoria IAFA con por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con consumo de sustancias psicoactivas (SP) durante el período de análisis.</p> |
| Unidad de medida | | Porcentaje % |
| Interpretación | | Depende del objetivo del programa. Un valor alto puede reflejar mayor necesidad de continuidad de tratamiento, mejor retención o mayor gravedad; un valor bajo puede sugerir baja adherencia o resolución temprana. Debe interpretarse con indicadores de calidad de atención, abandono, resultados clínicos y carga de morbilidad. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 98% |
| Meta | | 2030: 99% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros IAFA |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |
| Tipo de relación con ODS | | () Directa. () Indirecta. |

| | | |
|--|------------|---|
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | |
| Comentarios generales | | <ul style="list-style-type: none"> • Permite identificar patrones de uso intensivo del servicio (posible dependencia, comorbilidades, necesidad de manejo integral). • Útil para monitorear retención y continuidad del cuidado. • Complementar con tasa de abandono, tiempo entre consultas, derivaciones y resultados clínicos (p. ej., reducción de consumo, remisiones). |
| Indicador O1. AE8. I1 | | |
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Plazo promedio de días de espera para cirugía ambulatoria en la CCSS |
| Definición conceptual | | Medir el tiempo promedio que transcurre entre la fecha de inclusión en lista de espera y la fecha de realización de la cirugía ambulatoria, con el fin de evaluar la oportunidad de atención quirúrgica en la CCSS. |
| Fórmula de cálculo | | <p><i>Cantidad de días: <u>Fecha cirugía – Fecha inclusión en lista</u></i></p> <p><i>Número total de cirugías ambulatorias realizadas en el periodo</i></p> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>❓ Numerador: Suma de días transcurridos entre inclusión en lista y realización de cirugía ambulatoria.</p> <p>❓ Denominador: Total de cirugías ambulatorias realizadas en el período.</p> |
| Unidad de medida | | Cantidad de días |
| Interpretación | | Un plazo promedio elevado indica demora en la atención quirúrgica, lo que puede afectar la calidad y seguridad del paciente. Debe analizarse junto con indicadores de capacidad instalada, productividad quirúrgica y cancelaciones. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 436 días |
| Meta | | 2030: 425 días |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|---|--|
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE8. I2 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos en el Hospital San Vicente de Paul |
| Definición conceptual | | Medir el tiempo promedio que transcurre entre la fecha de inclusión en lista de espera y la fecha de realización del ultrasonido, para evaluar la oportunidad de acceso a estudios diagnósticos en el Hospital San Vicente de Paul. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Cantidad de días: $\frac{\text{Fecha realización} - \text{Fecha inclusión en lista}}{\text{Número total de ultrasonidos realizadas en el periodo}}$</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Suma de días transcurridos entre inclusión en lista y realización del ultrasonido. Denominador: Total de ultrasonidos realizados en el período. |
| Unidad de medida | | Cantidad de días |
| Interpretación | | Un plazo promedio elevado indica demora en diagnóstico, lo que puede afectar la calidad y seguridad del paciente. Debe analizarse junto con indicadores de productividad del servicio de imágenes, cancelaciones y capacidad instalada. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 667 días |
| Meta | | 2030: menor a 600 días |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |

| | |
|---|-----------------------------|
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE8. I3 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Plazo Promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS |
| Definición conceptual | | Medir el tiempo promedio que transcurre entre la fecha de inclusión en lista de espera y la fecha de realización de la endoscopia alta (esófago-gastro-duodenoscopia), para evaluar la oportunidad de acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos en la CCSS. |
| Fórmula de cálculo | | $\frac{\text{Cantidad de días: } \underline{\text{Fecha realización} - \text{Fecha inclusión en lista}}}{\text{Número total de endoscopías altas realizadas en el periodo}}$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Suma de días transcurridos entre inclusión en lista y realización de la endoscopia alta. Denominador: Total de endoscopías altas realizadas en el periodo. |
| Unidad de medida | | Cantidad de días |
| Interpretación | | Un plazo promedio elevado indica demora en diagnóstico y tratamiento, lo que puede afectar la calidad y seguridad del paciente. Debe analizarse junto con indicadores de productividad del servicio, cancelaciones y capacidad instalada. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 250 días |
| Meta | | 2030: menor a 230 días |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|---|--|
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE8. I4 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de ocupación hospitalaria |
| Definición conceptual | | Medir el grado de utilización de las camas hospitalarias disponibles, para evaluar la eficiencia en el uso de recursos y la capacidad de respuesta del hospital. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje: } \frac{\text{Total de días-camas ocupados en un periodo} \times 100}{\text{Total de días-camas disponibles en un periodo}}$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Suma de días-cama ocupados (cada cama ocupada por un paciente durante un día). Denominador: Suma de días-cama disponibles (número de camas habilitadas × número de días del período). |
| Unidad de medida | | Porcentaje % |
| Interpretación | | Un valor alto indica alta demanda o saturación, lo que puede afectar la calidad y seguridad del paciente. Un valor bajo puede reflejar subutilización o exceso de capacidad instalada. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 96% |
| Meta | | 2030: menor a 90% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |

| | |
|---|-----------------------------|
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE8. 15 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de hospitalizaciones prevenibles |
| Definición conceptual | | Medir la proporción de hospitalizaciones que podrían haberse evitado mediante atención ambulatoria oportuna, manejo adecuado de enfermedades crónicas y acciones preventivas , para evaluar la efectividad del primer nivel de atención y la continuidad del cuidado. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de egresos hospitalarios por condiciones prevenibles}}{\text{Total de egresos hospitalarios en el periodo}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>❓ Numerador: Egresos hospitalarios por diagnósticos definidos como prevenibles (según lista oficial CCSS o normativa nacional).</p> <p>❓ Denominador: Total de egresos hospitalarios en el período.</p> |
| Unidad de medida | | Porcentaje % |
| Interpretación | | Un valor alto indica fallas en atención primaria, baja adherencia al tratamiento, o problemas de acceso. Un valor bajo refleja mejor control ambulatorio y prevención efectiva. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 6,25% |
| Meta | | 2030: menor a 7% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | |

| | |
|---|-----------------------------|
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE9. I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de los servicios de salud para Unidades de Cuidados Paliativos que solicitan fondos públicos de la JPS acreditadas |
| Definición conceptual | | Medir la proporción de servicios de salud que brindan cuidados paliativos, que solicitan fondos públicos a la Junta de Protección Social (JPS) y cuentan con acreditación oficial, para evaluar el cumplimiento de estándares y la transparencia en el uso de recursos públicos. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de servicios de cuidados paliativos que solicitan fondos a JPS y están acreditados}}{\text{Total de de servicios de cuidados paliativos que solicitan fondos a JPS}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Servicios que solicitan fondos JPS y están acreditados. Denominador: Total de servicios que solicitan fondos JPS. |
| Unidad de medida | | Porcentaje % |
| Interpretación | | Un valor alto indica mayor cumplimiento de estándares y transparencia en el uso de fondos públicos. Un valor bajo puede reflejar brechas en acreditación o falta de control normativo. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje integral |
| Línea base | | 2024: 100 % |
| Meta | | 2030: 100 % |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección General, Hospital San Vicente de Paul. CCSS |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|---|--|
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

| Indicador O1. AE9. I2 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de Hogares de Larga Estancia que solicitan fondos públicos en proceso de acreditación |
| Definición conceptual | | Medir la proporción de hogares de larga estancia (HLE) que han solicitado fondos públicos y se encuentran formalmente en proceso de acreditación , para evaluar el avance hacia el cumplimiento de estándares de calidad y la transparencia en el uso de recursos públicos. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje} = \frac{\text{Número de HLE que solicitan fondos públicos y están en proceso de acreditación}}{\text{Total de HLE que solicitan fondos públicos}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Hogares que solicitan fondos públicos y están en proceso de acreditación. Denominador: Total de hogares que solicitan fondos públicos. |
| Unidad de medida | | Porcentaje % |
| Interpretación | | Un valor alto indica mayor compromiso con la calidad y regulación . Un valor bajo puede reflejar brechas en acreditación o falta de control normativo . |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Abordaje Integral |
| Línea base | | 2024: 6% |
| Meta | | 2030: 10 % |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Municipalidad de Heredia - Dirección de Desarrollo Social y Económico - Oficina de Persona Adulta Mayor |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |

| | |
|---|-----------------------------|
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | |
| Tipo de relación con ODS | () Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | |
| Comentarios generales | |

Eje 2. Vigilancia de la Salud

| Indicador 2.1 | | |
|--|------------------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de letalidad por dengue. |
| Definición conceptual | | 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. |
| Fórmula de cálculo | | $TL = (ned) / (NfD) \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | TL: tasa de letalidad. Ned: número de enfermos por dengue. Nfd: número de fallecidos por dengue. |
| Unidad de medida | | Porcentaje. |
| Interpretación | | La tasa de letalidad por dengue en Heredia para el periodo x es del x %. |
| Desagregación | Geográfica Temática | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural Enfermedad vectorial. |
| Línea base | | 2024: 0%. |
| Meta | | 2030: menos del 1 %. |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | 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. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |

| | |
|---|--|
| Tipo de operación estadística | 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. |
| Indicador de ODS Vinculado | N/A |
| Tipo de relación con ODS | N/A |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | N/A |
| Comentarios generales | 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. |

| Indicador 2.2 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de casos de malaria de transmisión autóctona en el territorio nacional. |
| Definición conceptual | <p>Caso autóctono: 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> |
| Fórmula de cálculo | $N: \frac{NCA}{TCM}$ |

| | | |
|---|--|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | N: número de casos. NCA: número de casos autóctonos de Malaria. TCM: total de casos confirmados de Malaria por cualquier clasificación. | |
| Unidad de medida | Número. | |
| Interpretación | N personas se han contagiado de malaria localmente en el territorio nacional. | |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Enfermedades transmisibles. |
| Línea base | 2024: 0 casos. | |
| Meta | 2030: 0 casos | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | Base de datos nacional de Malaria de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.3.3 | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | N/A | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador 2.3 | | |
|---|---|---|
| Elemento | Descripción | |
| Nombre del indicador | Tasa de incidencia de tuberculosis. | |
| Definición conceptual | 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. | |
| Fórmula de cálculo | $X = (CNT/PT) \times 100.000$. | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | X: tasa de incidencia de tuberculosis. CNT: casos nuevos de tuberculosis. PT: población total. | |
| Unidad de medida | Tasa. | |
| Interpretación | Casos nuevos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes en el año en el período. | |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |

| | |
|---|---|
| Temática | Sexo, grupo de edad, nacionalidad. |
| Línea base | 2024: 5 |
| Meta | 2030: 4 |
| Periodicidad | Anual |
| Fuente de información | 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 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 . Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registros administrativos de la CCSS |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.3 |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C 26. |
| Comentarios generales | Es importante mencionar que la TB es una enfermedad en eliminación. |

| Indicador 2.4 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa anual de casos sospechosos sarampión- rubéola por cada 100 000 habitantes |
| Definición conceptual | 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. |
| Fórmula de cálculo | $X = (\text{CSSRN} / \text{PT}) \times 100\,000$ X= Tasa anual de casos sospechosos sarampión- rubéola por cada 100 000 habitantes. |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | CSSRN= casos sospechosos de sarampión rubéola notificados durante un año. PT= población total de país según el año del estudio. |

| | |
|---|--|
| Unidad de medida | Tasa por cada 100 000 habitantes en un año. |
| Interpretación | 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. |
| Desagregación | Geográfica Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática Sexo, grupos de edad. |
| Línea base | 2024: 0 |
| Meta | 2030: 2 casos |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente de información | Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología. |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro del sistema de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | N/A |
| Tipo de relación con ODS | N/A |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | C 26. |
| Comentarios generales | 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. |

| Indicador 2.5 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa anual de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) por cada 100 000 habitantes en menores de 15 años. |
| Definición conceptual | Parálisis Flácida Aguda (PFA): 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. |
| Fórmula de cálculo | $X = (CPFAMQA / PTMQA) \times 100.000$ |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | 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. |
| Unidad de medida | | Tasa por cada 100 000 habitantes menores de 15 años en un año. |
| Interpretación | | 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. |
| Desagregación | Geográfica Temática | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural Sexo, grupos de edad. |
| Línea base | | 2024: 0 casos |
| Meta | | 2030: 1 caso |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia. Unidad Epidemiología. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud |
| Indicador de ODS Vinculado | | N/A |
| Tipo de relación con ODS | | N/A |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | C 26. |
| Comentarios generales | | El compromiso país, consiste en mantener la vigilancia epidemiológica activa de casos sospechosos por dicha patología. |

| Indicador 2.6 | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de cobertura de vacunación contra Hepatitis B. |
| Definición conceptual | Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra Hepatitis B en un año determinado (es una tasa). |
| Fórmula de cálculo | $\text{NNM1AVCTDHB} / \text{NNM1A} * 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | NNM1AVCTDHB= número de niños menores de 1 año vacunados con tres dosis de Hepatitis B. NNM1A= número de niños menores de 1 año. |
| Unidad de medida | Tasa. |

| | | |
|---|---|---|
| Interpretación | 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". | |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Sexo, grupo etario. |
| Línea base | 2024: 85% | |
| Meta | 20230: 95% | |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente de información | Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud. | |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.3.4 | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | N/A | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador 2.7 | | |
|---|--|---------------------|
| Elemento | Descripción | |
| Nombre del indicador | Tasa de cobertura de vacunación contra PCV-13. | |
| Definición conceptual | Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra Vacuna antineumocócica (PCV-13) en un año determinado. | |
| Fórmula de cálculo | $X = \frac{NNM1AVCDDPCV13}{NNM1A} \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>X= tasa de cobertura de vacunación contra PCV-13.</p> <p>NNM1AVCDDPCV13= número de niños menores de 1 año vacunados con dos dosis de PCV13.</p> <p>NNM1A= número de niños menores de 1 año.</p> | |
| Unidad de medida | Tasa. | |
| Interpretación | 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". | |
| Desagregación | Geográfica | cantón. |
| | Temática | Sexo, grupo etario. |
| Línea base | 2024: 90% | |
| Meta | 2033: 95% | |

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

| Indicador 2.8 | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de cobertura de vacunación contra sarampión, rubéola y paperas. |
| Definición conceptual | | Es la proporción de niños vacunados con segunda dosis contra sarampión, rubéola y paperas (SRP) en un año determinado. |
| Fórmula de cálculo | | $X = \frac{NN4AVCDDSRP}{NN4A} \times 100$ X= tasa de cobertura de vacunación contra sarampión, rubéola y paperas. |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | NN4AVCDDSRP= número de niños con 4 años vacunados con dos dosis de sarampión, rubéola y paperas. NN4A= número de niños con 4 años. |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | El número de niños con 4 años vacunados con dos dosis contra SRP, por cada 100 niños con 4 años en el año "x". |
| Desagregación | Geográfica Temática | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural Sexo, grupo etario. |
| Línea base | | 2024: 85%. |
| Meta | | 2030: 95% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |

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

| Indicador 2.9 | | |
|---|--|--|
| Elemento | Descripción | |
| Nombre del indicador | Tasa de cobertura de vacunación contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG) | |
| Definición conceptual | Es la proporción de niños vacunados con una dosis contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG) en un año determinado. | |
| Fórmula de cálculo | $X = \text{NNRNBCG} / \text{NNRN} * 100$ <p>X= tasa de cobertura de vacunación contra Tuberculosis Extra Miliar (BCG).</p> | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>NNRNBCG= número de niños recién nacidos con una dosis de BCG.</p> <p>NNRR= número de niños recién nacidos.</p> | |
| Unidad de medida | Tasa. | |
| Interpretación | El número de niños recién nacidos vacunados con una dosis de BCG, por cada 100 niños con recién nacidos en el año “x”. | |
| Desagregación | Geográfica Temática | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural Sexo, grupo etario. |
| Línea base | 2024: 84% | |
| Meta | 2030: 95% | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Tipo de operación estadística | Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud. | |
| Indicador de ODS Vinculado | 3.b.1 | |
| Tipo de relación con ODS | (X) Directa () Indirecta | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | N/A | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador 2.10 | | |
|---|-------------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de cobertura de vacunación contra Varicela. |
| Definición conceptual | | Es la proporción de niños vacunados con una dosis contra Varicela en un año determinado. |
| Fórmula de cálculo | | $X = \text{NN15MVCUDV} / \text{NN15M} * 100$ X= tasa de cobertura de vacunación contra Varicela. |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | NN15MVCUDV= número de niños con 15 meses vacunados con una dosis de Varicela. NN15M= número de niños con 15 meses. |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | El número de niños con 15 meses vacunados con una dosis contra varicela, por cada 100 niños con 15 meses en el año "x". |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Sexo, grupo etario. |
| Línea base | | 2024: 89% |
| Meta | | 2030: 95% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 3.b.1 |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | N/A |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador 2.11 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de cobertura de vacunación contra Virus del Papiloma Humano. |
| Definición conceptual | Es la proporción de niñas vacunados con segunda dosis contra Virus de Papiloma Humano (VPH) en un año determinado. |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Fórmula de cálculo | | $X = \text{NN10AVDDVPH} / \text{NN10A} * 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | 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. |
| Unidad de medida | | Tasa. |
| Interpretación | | El número de niñas con 10 años vacunadas con dos dosis contra VPH, por cada 100 niñas con 10 años en el año “x”. |
| Desagregación | Geográfica | Nacional; Heredia, Heredia y distritos Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Sexo, grupo etario. |
| Línea base | | 2024: 84% |
| Meta | | 2030: 95% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro del sistema de vigilancia de la salud del Ministerio de Salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 3.b.1 |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | N/A |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O2. AE1.1 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de avance en la Comunicación y Planificación de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales (EGI). |
| Definición conceptual | Este indicador refleja el progreso en la implementación de acciones orientadas a informar, sensibilizar y organizar recursos y procesos estratégicos, con el fin de garantizar una respuesta efectiva y coordinada frente a estas enfermedades. |
| Fórmula de cálculo | Porcentaje de avance=Número de actividades planificadas/ Número de actividades ejecutadas ×100 |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Número de actividades planificadas: Total de acciones definidas en el plan operativo para los componentes de Comunicación y Planificación dentro de la EGI. |
| Unidad de medida | | Porcentaje (%) Valor cercano a 100% Indica que la mayoría o todas las actividades planificadas en comunicación y planificación se han ejecutado, lo que refleja un alto nivel de cumplimiento y una adecuada implementación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI). Valor entre 70% y 90% Señala un avance significativo, aunque puede haber actividades pendientes. Es aceptable si está dentro del cronograma, pero requiere seguimiento para asegurar el cumplimiento total. |
| Interpretación | | Valor menor a 70% Indica rezago en la ejecución de actividades, lo que puede afectar la efectividad de la estrategia. Se recomienda analizar causas (falta de recursos, coordinación, tiempo) y aplicar medidas correctivas. Valor igual a 0% Significa que no se ha iniciado la ejecución de las actividades planificadas, lo que representa un riesgo crítico para la implementación de la EGI. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | |
| Línea base | | 2024: 0%. |
| Meta | | 2030: 100% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registro de plan de ejecución MEP |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo / Monitoreo de gestión (operación continua, no muestral). |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 3: Salud y Bienestar, ODS 3.3.5 |
| Tipo de relación con ODS | | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | N/A |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O2. AE2.1 | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de casos de notificación obligatoria de los eventos de Salud Pública, notificados y cerrados oportunamente. (entre ellos eventos vectoriales) |
| Definición conceptual | Es un indicador de desempeño que mide la eficacia y oportunidad del sistema de vigilancia epidemiológica para captar, analizar y cerrar los casos reportados de eventos de salud pública que requieren notificación obligatoria, incluyendo los eventos de origen vectorial (como dengue, chikungunya, zika, malaria, entre otros). Este indicador permite evaluar la capacidad del sistema de salud para responder de forma oportuna y completa a los eventos que pueden afectar la salud colectiva, garantizando que se activen las medidas de control, prevención y seguimiento adecuadas en tiempo real o dentro de los plazos establecidos por el Reglamento de Vigilancia de la Salud (Decreto Ejecutivo N° 40556-S) |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{Número de casos notificados y cerrados oportunamente}}{\text{Total de casos de notificación obligatoria registrados}} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | total de casos de eventos de notificación obligatoria que reportaron dentro del plazo establecido por la normativa y que además fueron cerrados dentro del periodo estipulado. Total de casos notificados durante el periodo de análisis independientemente del tiempo en que fueron cerrados. |
| Unidad de medida | Porcentaje (%) |
| Interpretación | Un porcentaje alto (cercano al 100%) indica que la mayoría de los casos están siendo notificados dentro del plazo estipulado y con cierre completo en tiempo, lo cual es deseable. Esto refleja: Un sistema de vigilancia ágil y efectivo. Buena capacidad de respuesta del personal de salud. Flujo adecuado de información. Mayor probabilidad de implementar acciones de control a tiempo para evitar brotes. Un porcentaje bajo (lejano del 100%) sugiere que: |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Desagregación | Geográfica | Existen retrasos en la notificación o en el cierre de casos. Hay débil seguimiento o registros incompletos. Puede haber subregistro o fallas en la capacidad de respuesta. Aumenta el riesgo de propagación de brotes por falta de acciones oportunas. Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Eventos de notificación obligatoria |
| Línea base | | 2024: 70%. |
| Meta | | 2030: 80% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Boletas de notificación obligatoria de la CCSS Bases de registro de eventos notificados del ARS Heredia |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Boletas de notificación, bases de datos |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 3: Salud y bienestar, Meta 3.3, “poner fin a las epidemias de enfermedades transmisibles” (incluyendo enfermedades tropicales y eventos de salud pública). |
| Tipo de relación con ODS | | Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Respuesta oportuna a eventos de salud pública y la mejora de la calidad de los datos sanitarios. |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O2. AE2.2 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de casos y brotes cerrados, según protocolo de vigilancia |
| Definición conceptual | El número de casos y brotes cerrados es un indicador de seguimiento epidemiológico que cuantifica la cantidad de eventos individuales (casos) y colectivos (brotes) que han sido investigados, documentados y finalizados conforme a los criterios establecidos por el protocolo de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de Costa Rica. |
| Fórmula de cálculo | Número total de casos y brotes cerrados en un período determinado |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>Número de casos cerrados: Total de casos individuales de enfermedades o eventos de interés en salud pública que han sido cerrados conforme a los criterios establecidos por el protocolo nacional de vigilancia.</p> <p>Número de brotes cerrados: Total de brotes (dos o más casos relacionados epidemiológicamente en tiempo, lugar y persona) que han sido oficialmente cerrados tras cumplir con todos los requisitos del protocolo.</p> |
| Unidad de medida | | Número entero (valor absoluto) |
| Interpretación | | <p>El indicador “número de casos y brotes cerrados” muestra cuántos eventos de salud (como enfermedades o brotes infecciosos) han sido completamente atendidos y finalizados por las autoridades sanitarias, según los procedimientos oficiales.</p> <p>Cerrar un caso o brote significa que se ha investigado, clasificado, intervenido y registrado adecuadamente, cumpliendo con los pasos establecidos por el protocolo nacional de vigilancia en salud pública.</p> <p>A nivel cantonal, este indicador permite conocer qué tan eficaz es el sistema de salud para responder y dar seguimiento a los problemas sanitarios que afectan a la población. Un número alto de casos y brotes cerrados sugiere una buena capacidad de gestión epidemiológica; por el contrario, un número bajo puede indicar debilidades en la respuesta institucional</p> |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles, gestión de brotes y respuesta institucional ante eventos sanitarios. |
| Línea base | | 2024: 1. |
| Meta | | 2030: 1 por año (al menos un informe de cierre completo de casos y brotes según protocolo de vigilancia). |
| Periodicidad | | Anual. |

| | |
|---|---|
| Fuente de información | Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISVE) Reportes de las Áreas Rectoras de Salud. Informes del Departamento de Vigilancia de la Salud. Bases de datos de los Comités de Vigilancia Epidemiológica cantonales. |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo continuo, proveniente del sistema nacional de información en salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.3: Poner fin a las epidemias de enfermedades transmisibles y fortalecer la capacidad de respuesta ante riesgos sanitarios. |
| Tipo de relación con ODS | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Medida 35 — Fortalecer los sistemas de información en salud para la toma de decisiones, la vigilancia epidemiológica y la gestión oportuna de emergencias sanitarias |
| Comentarios generales | |

| Indicador O2. AE3.1 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Total anual de sintomáticos respiratorios detectados y total anual de sintomáticos respiratorios examinados |
| Definición conceptual | Un sintomático respiratorio se define como toda persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días consecutivos o con otros signos clínicos sugestivos de tuberculosis pulmonar. |
| Fórmula de cálculo | Fórmula de cálculo , Total anual de sintomáticos respiratorios detectados y total anual de sintomáticos respiratorios examinados. 1. Sintomáticos respiratorios detectados: total de personas identificadas con síntomas respiratorios durante el año. 2. Sintomáticos respiratorios examinados: total de personas detectadas que fueron sometidas a exámenes diagnósticos. |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <ul style="list-style-type: none"> • Sintomáticos respiratorios detectados: Personas identificadas por el personal de salud con tos y expectoración por más de 15 días consecutivos. • Sintomáticos respiratorios examinados: Personas detectadas que se sometieron a exámenes diagnósticos de laboratorio (baciloscopía, cultivo, pruebas moleculares). |
| Unidad de medida | | Número entero (valor absoluto) |
| Interpretación | | <p>Este indicador permite evaluar la cobertura y eficiencia de las actividades de detección y diagnóstico de tuberculosis.</p> <p>Un número alto de detectados refleja un buen desempeño en la búsqueda activa de casos, mientras que un número alto de examinados indica una adecuada capacidad diagnóstica.</p> <p>Una baja proporción de examinados puede evidenciar debilidades en el acceso a servicios diagnósticos.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Vigilancia epidemiológica y control de la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias. |
| Línea base | | 2024: 450 sintomáticos respiratorios detectados y 420 sintomáticos respiratorios examinados. |
| Meta | | 2030: 580 sintomáticos respiratorios detectados y 530 sintomáticos respiratorios examinados |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | <p>Registros clínicos y epidemiológicos de los establecimientos de salud.</p> <p>Bases de datos de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).</p> <p>Reportes del Programa Nacional de Tuberculosis.</p> |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo continuo, proveniente de los sistemas nacionales de información en salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | | <p>ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.</p> <p>Meta 3.3: Poner fin a las epidemias de tuberculosis, malaria y enfermedades transmisibles prioritarias.</p> |

| | |
|---|--|
| Tipo de relación con ODS | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Medida 35 — Fortalecer los sistemas de información en salud para la toma de decisiones, la vigilancia epidemiológica y la gestión oportuna de emergencias sanitarias |
| Comentarios generales | |

| Indicador O2. AE4.1 | |
|---|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de análisis de coberturas de vacunación |
| Definición conceptual | Cuantifica la cantidad de evaluaciones realizadas para medir y analizar el nivel de cobertura alcanzado por los programas de inmunización en un período determinado. Su objetivo es monitorear el desempeño del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y contribuir a la toma de decisiones para mejorar la cobertura, identificar brechas geográficas o poblacionales y fortalecer las estrategias de vacunación. El análisis de coberturas permite determinar el grado de cumplimiento de las metas establecidas, garantizar la equidad en la aplicación de las vacunas y fortalecer la gestión local y nacional en materia de inmunización. |
| Fórmula de cálculo | Número total de análisis de coberturas de vacunación realizados durante el período de referencia (mensual, trimestral o anual). |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <ul style="list-style-type: none"> -Número de análisis de coberturas realizados: Total de informes, reportes o evaluaciones formales de coberturas de vacunación elaboradas. - Período de análisis: Tiempo establecido para la evaluación (por ejemplo, un año calendario). |
| Unidad de medida | Número entero (valor absoluto) |
| Interpretación | Refleja la frecuencia con la que los equipos de salud evalúan la cobertura de vacunación. Un número mayor de análisis indica un sistema de vigilancia activo y comprometido con la mejora continua. Un número bajo puede señalar debilidades en el seguimiento o en la gestión de datos. |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Vigilancia epidemiológica, inmunización y control de enfermedades inmunoprevenibles. |
| Línea base | | 2024: 1 análisis anual de coberturas de vacunación. |
| Meta | | 2030: Realizar como mínimo 1 análisis de coberturas de vacunación por año, por área de salud. |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes de análisis de coberturas del Área Rectora de Salud, PAI y CCSS. |
| Clasificación | | Indicador de gestión y desempeño en salud pública. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo continuo. |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluidos los servicios de vacunación esenciales. |
| Tipo de relación con ODS | | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Medida 35 – Fortalecer los sistemas de información en salud para la gestión, vigilancia y evaluación de las políticas públicas. |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O2. AE4.2 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de cumplimiento de planes remediales implementados por áreas de salud (en caso de tener coberturas extremas) |
| Definición conceptual | El indicador mide el grado de cumplimiento de los planes remediales implementados por las áreas de salud de la CCSS ante la detección de coberturas extremas por parte del Área Rectora del Ministerio de Salud. Evalúa la efectividad y seguimiento de las acciones correctivas emprendidas para mejorar los niveles de cobertura y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. |
| Fórmula de cálculo | Porcentaje promedio anual de cumplimiento = (Total de planes remediales implementados y cumplidos / Total de planes remediales programados) × 100 |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Numerador: Número de planes remediales cumplidos. Denominador: Total de planes remediales programados. |
| Unidad de medida | | Porcentaje (%) |
| Interpretación | | Un valor alto refleja una adecuada capacidad institucional para ejecutar los planes remediales. Un valor bajo sugiere dificultades en la implementación o seguimiento de las acciones correctivas. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Gestión y seguimiento de planes remediales en salud pública / Vacunación |
| Línea base | | 2024: 70 |
| Meta | | 2030: 75% de cumplimiento anual de los planes remediales implementados. |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Reportes administrativos de las Áreas Salud, según registros del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). |
| Clasificación | | Indicador de gestión y desempeño institucional |
| Tipo de operación estadística | | Cálculo porcentual basado en registros administrativos |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.8: Cobertura sanitaria universal. |
| Tipo de relación con ODS | | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Medida 45: Fortalecimiento de los sistemas de salud pública, vigilancia y control de enfermedades transmisibles. |
| Comentarios generales | | |

| Indicador O2. AE5.1 | |
|-----------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de pruebas rápidas de malaria realizadas por personal de salud de las Áreas de Salud en el cantón de Heredia |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Definición conceptual | | Se refiere a la cantidad total de pruebas diagnósticas rápidas (PRM) aplicadas por funcionarios de los servicios de salud (tanto en establecimientos como en campo) con el propósito de detectar de manera oportuna la presencia del parásito Plasmodium en personas con sospecha clínica de malaria dentro del territorio del cantón de Heredia. |
| Fórmula de cálculo | | Número de pruebas rápidas de malaria realizadas en el cantón |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Número de pruebas rápidas de malaria, población del cantón, periodo de tiempo |
| Unidad de medida | | Número absoluto |
| Interpretación | | Un mayor número de pruebas rápidas aplicadas refleja un fortalecimiento de la vigilancia activa y del sistema de detección temprana de malaria. Por el contrario, una disminución sostenida podría indicar reducción de casos sospechosos o limitaciones en la cobertura operativa del personal de salud. La interpretación debe hacerse en conjunto con los indicadores de incidencia de malaria y casos confirmados, para valorar la efectividad de las acciones preventivas. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Gestión y seguimiento de planes remediales en salud pública / Vacunación |
| Línea base | | 2024: 15 pruebas realizadas |
| Meta | | 2030: Realizar 30 pruebas de detección rápida anual en el cantón |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros de CCSS del cantón de Heredia |
| Clasificación | | Indicador de resultado en salud pública – Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles (malaria). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo de servicios de salud. |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.3: Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades |

| | |
|---|---|
| | tropicales desatendidas. Indicador relacionado: 3.3.3 – Incidencia de malaria por cada 1 000 habitantes. |
| Tipo de relación con ODS | Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Capítulo B – Salud sexual y reproductiva integral. Medida 24: Fortalecer los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica para la prevención y control de enfermedades transmisibles y emergentes. |
| Comentarios generales | |

Eje 3. Salud Ambiental

| Indicador 3.1 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de población del cantón cubierta con servicio de agua potable en forma segura. |
| Definición conceptual | 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. |
| Fórmula de cálculo | <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> $PP (\%) = PAACP \times 100 PTA$ <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> $PPAGFS (\%) = PASTD \times 100 PTACH$ <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 (ENAHG) (30) 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 | <p>PP: porcentaje de potabilización.</p> <p>PAACP: población abastecida con agua de calidad potable.</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | 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. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal. |
| | Temática | Calidad de agua potable. |
| Línea base | | 2024: 99% |
| Meta | | 2030: 99% |
| Periodicidad | | |
| Fuente de información | | ESPH |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 6.1.1 |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | |

| Indicador 3.2 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de tratamiento de aguas residuales en plantas de tratamiento de aguas residuales del cantón. |
| Definición conceptual | <p>Agua residual: Agua que ha recibido un uso y cuya calidad ha sido modificada por la incorporación de agentes contaminantes.</p> <p>Agua residual tratada: 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> <p>Agua residual tratada PTARs: volumen de agua residual que es</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | 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. |
| Fórmula de cálculo | | $\% = \text{VARTPTAR} / \text{VTARG} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | % = 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. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal. |
| | Temática | Tratamiento de aguas residuales. |
| Línea base | | 2024: 25,49% (ESPH) 2024: 100% (Sector privado) |
| Meta | | 2030: 27% (ESPH) 2024: 100% (Sector privado) |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Regulación de la Salud. Dirección de Área Rectora de Salud Heredia |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | | 6.3.1 |
| Tipo de relación con ODS | | (X) Directa () Indirecta |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador 3.3 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de generación de residuos valorizables por habitante. |
| Definición conceptual | | Mide la cantidad promedio de residuos sólidos valorizables (reciclables o aprovechables) generados por habitante en un período determinado. Permite evaluar los niveles de generación de residuos con potencial de valorización y apoyar la planificación de estrategias de gestión integral de residuos sólidos. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Tasa de generación de residuos valorizables por habitante = Total de residuos valorizables generados en el período / Población total del período</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | a) Cantidad total de residuos valorizables generados (en toneladas o kilogramos). b) Población total estimada en el mismo período. |
| Unidad de medida | | Kilogramos por habitante por año (kg/hab/año). |
| Interpretación | | Un valor alto indica una mayor generación de residuos valorizables por persona, lo cual puede reflejar altos niveles de consumo, pero también oportunidades para el reciclaje y la economía circular. Valores bajos pueden indicar menor generación o deficiencias en la identificación y separación de residuos valorizables. |
| Desagregación | Geográfica | Cantón Central de Heredia. |
| | Temática | Tipo de residuo valorizable (papel, cartón, plástico, vidrio, metal, entre otros). |
| Línea base | | Valor del indicador calculado para el primer año disponible de información oficial. |
| Meta | | Incrementar o mantener controlada la tasa de generación de residuos valorizables por habitante, en concordancia con las políticas nacionales de gestión integral de residuos y economía circular. |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Registros administrativos de municipalidades, entidades gestoras de residuos, ministerios de ambiente y censos o proyecciones oficiales de población. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Tipo de operación estadística | | Cálculo derivado a partir de registros administrativos y estadísticas de población. |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 12: Producción y consumo responsables, meta 12.5 (reducir considerablemente la generación de desechos mediante |

| | |
|---|---|
| | actividades de prevención, reducción, reciclado y reutilización). |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Relacionado con el desarrollo sostenible y la protección del medio ambiente, promoviendo patrones de producción y consumo sostenibles. |
| Comentarios generales | La calidad del indicador depende de la disponibilidad y confiabilidad de los datos sobre residuos valorizables y de estimaciones poblacionales actualizadas. Es fundamental contar con sistemas de recolección y clasificación adecuados. |

| Indicador 3.4 | | |
|---|-------------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de cobertura de recolección de residuos en el cantón. |
| Definición conceptual | | 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. |
| Fórmula de cálculo | | $\% = \text{NURCSRRO} / \text{TURCP} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | $\%$ = porcentaje de cobertura de recolección de residuos en el cantón. NURCSRRO= número de unidades residenciales y comerciales atendidas con el servicio de recolección de residuos ordinarios. TURCP= total de unidades residenciales y comerciales del cantón. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | Corresponde al porcentaje de cobertura de recolección de residuos ordinarios en el cantón. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Salud Ambiental |
| Línea base | | 2024: 100% |
| Meta | | 203: 100% |

| | |
|---|---|
| Periodicidad | Quinquenal. |
| Fuente de información | 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. |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Indicador de ODS Vinculado | 11.6.1 y 12.5.1 |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | A1, A2, A3.A4.A5.A6; B7, C31, C32:E47, E48, E50, E62, G76, G77; G78; G79, G80; G81. |
| Comentarios generales | - |

| Indicador O3. AE 1.1 | | |
|---|--|---|
| Elemento | Descripción | |
| Nombre del indicador | Porcentaje de avance del Proyecto de Alcantarillado Sanitario en el Cantón Central de Heredia | |
| Definición conceptual | Este indicador mide el grado de progreso físico y financiero del Proyecto de Alcantarillado Sanitario desarrollado en el Cantón Central de Heredia, en relación con las metas establecidas en su planificación anual o plurianual. Representa la proporción del total de actividades o componentes ejecutados respecto al total programado | |
| Fórmula de cálculo | $\text{Porcentaje de avance} = \left(\frac{\text{Actividades ejecutadas o monto ejecutado}}{\text{Actividades o monto total programado}} \right) \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Actividades o componentes programados del proyecto. Actividades o componentes ejecutados. Monto financiero total presupuestado y ejecutado. | |
| Unidad de medida | Porcentaje (%) | |
| Interpretación | Un valor elevado del indicador refleja un buen avance en la ejecución del proyecto, lo que contribuye al fortalecimiento del sistema de saneamiento en el cantón. Valores bajos pueden indicar retrasos administrativos, financieros o constructivos. | |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Infraestructura sanitaria / Servicios de saneamiento. |
| Línea base | Por definir según avance al año base del proyecto (por ejemplo, 2023). | |

| | |
|---|---|
| Meta | 100 % de avance físico y financiero al cierre del proyecto |
| Periodicidad | Trimestral / Anual |
| Fuente de información | Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), informes de avance de obra, Municipalidad de Heredia, Ministerio de Salud. |
| Clasificación | Indicador de gestión de infraestructura sanitaria |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo |
| Indicador de ODS Vinculado | ODS 6: Agua limpia y saneamiento – Meta 6.3 “Mejorar la calidad del agua mediante la reducción de la contaminación”. |
| Tipo de relación con ODS | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Medida priorizada en el Consenso de Montevideo: Medida 68: Acceso a servicios de saneamiento y gestión segura del agua. |
| Comentarios generales | El indicador permite evaluar la eficiencia en la ejecución de obras de saneamiento que inciden directamente en la salud pública y en la calidad ambiental del cantón. |

| Indicador O3.AE 2.1 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de entes administradores de agua potable que presentan reportes de calidad de vertidos en el Cantón Central de Heredia. |
| Definición conceptual | Mide la cantidad de entidades administradoras de sistemas de agua potable (ASADAS, Municipalidad, ESPH u otras) que cumplen con la obligación de presentar reportes de calidad de vertidos de aguas residuales ante la autoridad de salud. |
| Fórmula de cálculo | $\text{Número de entes con reportes presentados}$ $= \sum \text{Entes que entregan reportes válidos durante el periodo de referencia}$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Total de entes administradores registrados. Entes administradores que presentan reportes de calidad de vertidos. |
| Unidad de medida | Número absoluto. |
| Interpretación | Un mayor número de entes que reportan indica cumplimiento normativo y fortalecimiento en la gestión ambiental. Niveles bajos podrían reflejar debilidades en la |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | supervisión o en la capacidad técnica de las administraciones locales. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Infraestructura sanitaria / Servicios de saneamiento. |
| Línea base | | Por determinar (por ejemplo, año 2024) |
| Meta | | 100 % de los entes administradores presentando reportes válidos anualmente. |
| Periodicidad | | Anual |
| Fuente de información | | Área Rectora de Salud de Heredia, ESPH, SENARA, Ministerio de Salud |
| Clasificación | | Indicador de cumplimiento regulatorio y ambiental. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 6: Agua limpia y saneamiento – Meta 6.3. |
| Tipo de relación con ODS | | Directa |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Medida priorizada en el Consenso de Montevideo: Medida 66: Fortalecimiento de la gestión sostenible de los recursos hídricos. |
| Comentarios generales | | Contribuye al seguimiento del cumplimiento de la normativa sanitaria ambiental y al control de la calidad del agua y de los vertidos en el territorio. |

| Indicador O3.AE 3.1 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de cumplimiento de parámetros de reportes operacionales de aguas residuales presentados en el Área Rectora de Salud de Heredia. |
| Definición conceptual | Refleja el grado de cumplimiento de los parámetros técnicos y legales establecidos en los reportes operacionales de las plantas de tratamiento y sistemas de disposición de aguas residuales, conforme a la normativa nacional vigente (Decreto Ejecutivo N° 33601-MINAE-S y sus reformas). |
| Fórmula de cálculo | $\text{Cumplimiento(\%)} = \left(\frac{\text{Número de reportes conformes}}{\text{Número total de reportes recibidos}} \right) \times 100$ |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total de reportes operacionales recibidos. Reportes que cumplen los parámetros de calidad establecidos (DQO, DBO, SST, pH, etc.). |
| Unidad de medida | | Porcentaje (%) |
| Interpretación | | Un valor alto indica un cumplimiento adecuado de los parámetros de calidad de las aguas residuales vertidas; valores bajos sugieren deficiencias en el tratamiento o en el monitoreo de los sistemas. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. Zona Urbana y Rural |
| | Temática | Calidad ambiental / Aguas residuales |
| Línea base | | 2024: 92,3% |
| Meta | | 2030: 94.5% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Área Rectora de Salud de Heredia, Ministerio de Salud, ESPH, Entes Generadores |
| Clasificación | | Indicador de desempeño ambiental y sanitario. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo con verificación técnica. |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 6: Agua limpia y saneamiento – Meta 6.3. |
| Tipo de relación con ODS | | Directa. |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Medida 67: Control de contaminación de fuentes de agua y fortalecimiento de la infraestructura de saneamiento. |
| Comentarios generales | | El indicador permite monitorear la eficiencia y efectividad de las acciones de control y fiscalización de vertidos, promoviendo la mejora continua en el manejo de aguas residuales conforme normativa. |

| Indicador O3.AE 3.2 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de denuncias atendidas en el Área Rectora de Salud de Heredia por manejo inadecuado de aguas residuales. |
| Definición conceptual | Mide la cantidad de denuncias recibidas y gestionadas por el Área Rectora de Salud relacionadas con el manejo inadecuado de aguas residuales domésticas, comerciales o industriales, en el marco de las competencias de vigilancia sanitaria y ambiental. |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{Número de denuncias atendidas}}{\sum \text{Denuncias gestionadas y con resolución emitida}}$ |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Denuncias recibidas durante el periodo. Denuncias atendidas (investigadas, verificadas y con resolución) |
| Unidad de medida | | Número absoluto. |
| Interpretación | | Un mayor número de denuncias atendidas refleja una gestión activa de vigilancia sanitaria. Sin embargo, un aumento sostenido en el total de denuncias recibidas puede evidenciar problemáticas persistentes en el manejo de aguas residuales. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Control sanitario ambiental / Gestión de denuncias sanitarias |
| Línea base | | 2024: 131 casos atendidos |
| Meta | | 2030: 170 casos atendidos |
| Periodicidad | | Mensual / Trimestral / Anual |
| Fuente de información | | Área Rectora de Salud de Heredia, Ministerio de Salud, ESPH, Entes Generadores |
| Clasificación | | Indicador de desempeño ambiental y sanitario. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo con verificación técnica. |
| Indicador de ODS Vinculado | | ODS 6: Agua limpia y saneamiento – Meta 6.3. |
| Tipo de relación con ODS | | Directa. |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | | Medida 67: Control de contaminación de fuentes de agua y fortalecimiento de la infraestructura de saneamiento. |
| Comentarios generales | | El indicador permite monitorear la eficiencia y efectividad de las acciones de control y fiscalización de vertidos, promoviendo la mejora continua en el manejo de aguas residuales conforme normativa. |

| Indicador O3.AE 3.3 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de averías atendidas de manera oportuna por la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH). |
| Definición conceptual | Refleja la proporción de averías o interrupciones en el servicio de agua potable que son atendidas dentro del tiempo establecido por los protocolos de respuesta institucional. |

| | | |
|---|---|---|
| Fórmula de cálculo | Porcentaje de averías atendidas oportunamente $= \left(\frac{\text{Averías resueltas dentro del tiempo meta}}{\text{Total de averías reportadas}} \right) \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Total de averías reportadas. Averías atendidas dentro del tiempo establecido (por ejemplo, 24 o 48 horas). | |
| Unidad de medida | Porcentaje (%). | |
| Interpretación | Un porcentaje alto refleja eficiencia en la gestión operativa y satisfacción del usuario; valores bajos pueden indicar limitaciones logísticas o técnicas. | |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Gestión del servicio de agua potable / Infraestructura. |
| Línea base | 2024: 98 % averías atendidas. | |
| Meta | 2030: 99 % de averías atendidas. | |
| Periodicidad | Mensual / Trimestral. | |
| Fuente de información | ESPH – Departamento de Operaciones y Mantenimiento. | |
| Clasificación | Indicador de desempeño operativo. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Indicador de ODS Vinculado | ODS 6: Agua limpia y saneamiento – Meta 6.1 “Acceso universal y equitativo al agua potable”. | |
| Tipo de relación con ODS | Directa. | |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Medida 66: Fortalecer la gestión sostenible del agua. | |
| Comentarios generales | Este indicador facilita la evaluación continua de la eficiencia institucional ESPH en la atención de incidencias del servicio y la mejora de la continuidad del suministro. | |

| Indicador O3.AE 4.1 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Porcentaje de avance en la implementación del Plan cantonal para la Gestión Integral de Residuos (PGRS Municipal) |
| Definición conceptual | Se refiere al cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos ordinarios elaborados por la Municipalidad de Heredia, para el cantón central de Heredia, elaborado para los años 2020 al 2025. El PMGIR consta de 7 proyectos: Sensibilización, |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | Incentivos, Coordinación Institucional, Limpieza de vías, Residuos Valorizables, Residuos no tradicionales y botaderos clandestinos y Acciones en Varablanca con un total de 42 indicadores |
| Fórmula de cálculo | | $\% C = \frac{ICXA}{IPXA} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | ICxA: indicadores que se cumplen por año IPxA: indicadores que contiene el Plan por año $\%C = x100$ |
| Unidad de medida | | Porcentaje. |
| Interpretación | | El porcentaje de cumplimiento de los indicadores |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Abarca a toda la población en general que genera residuos sólidos. |
| Línea base | | 2024 : 82 % |
| Meta | | Se establece como meta lograr la cantidad de entes operadores reportando por año lo siguiente: 2026: 85% 2027: 88% 2028: 91% 2029: 94% 2030: 97% |
| Periodicidad | | Cada seis meses, periodo mínimo obligatorio para informar sobre el avance del cumplimiento al Plan Cantonal de gestión integral de residuos sólidos municipal |
| Fuente de información | | La fuente de información será la oficina de gestión integral de residuos de la Municipalidad de Heredia |
| Clasificación | | Efecto |
| Tipo de operación estadística | | Cuestionarios sobre el avance de cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos de la Municipalidad de Heredia. Cuestionarios sobre la cobertura de las Municipalidades y Concejos Municipales de Distrito, en cuanto a la recolección de los residuos ordinarios |

| | |
|---|---|
| Indicador de ODS Vinculado | <p>La gestión de residuos está relacionada con al menos seis de los ODS más importantes de la Agenda 2030</p> <p>Los siguientes indicadores de los ODS se relacionan con residuos:</p> <p>ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles ODS 12: Producción y consumo responsables ODS 13: Acción por el clima ODS 3, 6 y 15: Salud, agua limpia y ecosistemas ODS 3: Salud y bienestar ODS 6: Agua limpia y saneamiento ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres</p> |
| Tipo de relación con ODS | <p>Relación directa.</p> <p>La gestión de los residuos tiene un papel directo en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible porque impacta el ambiente, la salud, el bienestar de las comunidades y el equilibrio de los ecosistemas. No es solo un tema ambiental: es social, económico y ético.</p> <p>Varios ODS hacen referencia específica al problema de los residuos, desde cómo se generan hasta cómo deben ser tratados para no causar más daño. Estos objetivos promueven modelos de gestión de la basura que sean sostenibles, inclusivos y accesibles para todas las personas.</p> |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | 11.6.1 y 12.5.1 |
| Comentarios generales | No Aplica. |

| Indicador O3.AE 5.1 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número anual de inspecciones realizadas en materia de Control de Tabaco y sus derivados |
| Definición conceptual | <p>Las inspecciones a las que se refiere el indicador son las realizadas por las tres instituciones Fuerza Pública, Policía Municipal y Ministerio de Salud, para regular el cumplimiento a la Ley 9028.</p> <p>Por otra parte la empresa BSS está contratada para valoraciones de cumplimiento a la Ley 9028 hasta el año 2026.</p> |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Fórmula de cálculo | | Numero anual de inspecciones= \sum (Inspecciones realizadas en materia de control de tabaco y derivados durante el año) |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>Numerador: Total de inspecciones realizadas en establecimientos, espacios públicos, o lugares regulados por la Ley de Control de Tabaco y sus derivados.</p> <p>Denominador: No aplica (es un indicador de conteo absoluto, no una tasa).</p> <p>Unidad de medida: Número de inspecciones.</p> <p>Periodo: Anual (1 de enero al 31 de diciembre).</p> |
| Unidad de medida | | Numero de inspecciones |
| Interpretación | | En Heredia, cantón central, la cantidad de inspecciones realizadas por las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento a la Ley 9028, en los establecimientos y espacios públicos o lugares regulados por la Ley de Control de Tabaco, para el año 2024, es de 456 cantidad. |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | Abarca a toda la población en general que genera residuos sólidos. |
| Línea base | | 2024: 415 Ministerio de Salud-Área Rectora de Salud de Heredia 2024: XX Policía Municipal de Heredia 2024: XX Fuerza Pública |
| Meta | | 2024: 456 |
| Periodicidad | | Anual (con seguimiento semestral). |
| Fuente de información | | Actas de inspección, informes técnicos, bases de datos, entre otros de las instituciones involucradas |
| Clasificación | | <p>Tipo de indicador: De proceso</p> <p>Porque mide la ejecución de una acción regulatoria (inspecciones) que forma parte de la estrategia institucional.</p> <p>Dimensión: Sanitaria y regulatoria Está vinculado al cumplimiento de la normativa sobre control de tabaco y derivados.</p> <p>Naturaleza: Cuantitativo, absoluto Se expresa como número entero (cantidad de inspecciones realizadas).</p> <p>Nivel: Institucional</p> |

| | |
|---|--|
| | Evalúa la implementación de la estrategia por parte de la institución responsable. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo Justificación: Este indicador se obtiene a partir de los registros internos de la institución (informes, actas, reportes de actividades, bases de datos de programas), no mediante encuestas ni censos. Se trata de datos generados en el curso de la gestión institucional. |
| Indicador de ODS Vinculado | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. |
| Tipo de relación con ODS | Relación: Directa, porque las inspecciones aseguran el cumplimiento de la normativa que protege la salud frente al consumo y exposición al tabaco. Contribuye directamente al logro de la meta ODS 3.a |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Este indicador se relaciona con el Consenso de Montevideo en el marco de las Medidas Prioritarias para la Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), específicamente con: Fortalecer la aplicación del CMCT de la OMS para el Control del Tabaco, que incluye: Supervisión y fiscalización del cumplimiento de la normativa nacional sobre ambientes libres de humo. Control de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Regulación de la venta y consumo de productos derivados del tabaco. |
| Comentarios generales | Las inspecciones son realizadas por las tres instituciones Fuerza Pública, Policía Municipal y Ministerio de Salud La empresa BSS está contratada para valoraciones hasta 2026 |

| Indicador O3.AE 5.2 | |
|-----------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de acciones institucionales orientadas al manejo de los residuos de productos de tabaco (colillas, SEAN, SSSN y PTC) |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Definición conceptual | | Este indicador mide la cantidad total de inspecciones efectuadas por la autoridad sanitaria en un año calendario para verificar el cumplimiento de la normativa nacional e internacional relacionada con el control del tabaco y sus derivados. Incluye acciones de supervisión en establecimientos, espacios públicos y otros lugares regulados por la Ley de Control de Tabaco y el Convenio Marco de la OMS, con el objetivo de reducir la exposición al humo de tabaco y garantizar ambientes libres de humo. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Número de acciones} = \sum (\text{Acciones institucionales ejecutadas en el año para el manejo de residuos de productos de tabaco})$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>-Inspecciones realizadas</p> <p>-Cantidad de visitas efectuadas por la autoridad sanitaria para verificar el cumplimiento de la normativa sobre control de tabaco y derivados.</p> <p>-Periodo de referencia Año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre).</p> <p>Ámbito de aplicación</p> <p>Establecimientos y espacios regulados por la Ley de Control de Tabaco (ej. restaurantes, bares, centros educativos, transporte público).</p> <p>Fuente de datos: Registros oficiales de inspecciones (formularios, sistemas informáticos, actas).</p> |
| Unidad de medida | | Número Absoluto. |
| Interpretación | | <p>Este indicador refleja el nivel de compromiso y capacidad institucional para implementar medidas que reduzcan el impacto ambiental y sanitario de los residuos generados por productos de tabaco y sus derivados.</p> <p>Un valor alto indica que se están ejecutando múltiples acciones (campañas, operativos, capacitaciones, instalación de puntos de recolección, etc.), lo que contribuye a la protección del ambiente y la salud pública.</p> <p>Un valor bajo puede evidenciar falta de recursos, planificación o prioridad en la gestión de estos residuos, lo que implica riesgos ambientales y sociales.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Heredia cantón central y distritos: Heredia, Ulloa, San Francisco, mercedes y Vara Blanca |
| | Temática | En Heredia, cantón central, la cantidad de acciones institucionales orientadas al manejo de los residuos de productos de tabaco (colillas, SEAN, SSSN Y PTC) para el año 2024, es de 456 cantidad. |

| | |
|---|--|
| Línea base | Año 2024: 10 acciones institucionales. |
| Meta | 2026: 10 2027: 12 2028: 14 2029: 14 2030: 16 |
| Periodicidad | Anual (con seguimiento semestral). |
| Fuente de información | Registros de la Unidad de Gestión de Residuos de la Municipalidad de Heredia |
| Clasificación | De proceso Porque mide acciones concretas ejecutadas por la institución para cumplir con objetivos relacionados con la gestión de residuos de tabaco. |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo Justificación: Este indicador se obtiene a partir de los registros internos de la institución (informes, actas, reportes de actividades, bases de datos de programas), no mediante encuestas ni censos. Se trata de datos generados en el curso de la gestión institucional. |
| Indicador de ODS Vinculado | ODS 12: Producción y consumo responsables Meta 12.4: Lograr la gestión ambientalmente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales acordados, y reducir significativamente su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo para minimizar sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente. |
| Tipo de relación con ODS | Tipo de relación: Directa, porque las acciones institucionales para el manejo de residuos de productos de tabaco contribuyen a la gestión adecuada de desechos y a la reducción de contaminación ambiental. |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | Este indicador se vincula directamente con una Medida priorizada del Consenso de Montevideo que busca fortalecer la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), incluyendo aspectos ambientales. Medida priorizada relacionada: “Promover políticas integrales para el manejo ambientalmente adecuado de los residuos derivados |

| | |
|------------------------------|--|
| | del consumo de productos de tabaco”, en el marco del CMCT y sus directrices. |
| Comentarios generales | Las acciones institucionales involucran a: Gestión Residuos Municipalidad de Heredia y Ministerio de Salud |

| Indicador O3.AE 5.3 | |
|---|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de acciones institucionales orientadas al control muestreo de productos de tabaco y dispositivos de vapeo |
| Definición conceptual | <p>Este indicador mide la cantidad de acciones ejecutadas por la institución para garantizar el cumplimiento de la normativa relacionada con el control y muestreo de productos de tabaco y dispositivos de vapeo (incluyendo cigarrillos electrónicos y sistemas similares).</p> <p>Estas acciones pueden incluir inspecciones, toma de muestras para análisis, operativos de verificación, y otras actividades que aseguren la calidad, composición y legalidad de dichos productos en el mercado.</p> <p>Propósito: Evaluar el grado de implementación de estrategias regulatorias y de fiscalización orientadas a proteger la salud pública frente a riesgos asociados al consumo de tabaco y dispositivos electrónicos.</p> |
| Fórmula de cálculo | Numero de inspecciones realizadas en el año= Σ (Inspecciones ejecutadas en establecimientos y espacios regulados por la normativa de control de tabaco) |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>Numerador: Total de inspecciones realizadas en el período (anual).</p> <p>Denominador: No aplica (es un indicador de conteo absoluto).</p> <p>Unidad de medida: Número de inspecciones.</p> <p>Periodo: 1 de enero al 31 de diciembre</p> |
| Unidad de medida | Número Absoluto |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------|---|
| Interpretación | | <p>Este indicador muestra el grado de ejecución de la estrategia regulatoria para garantizar el cumplimiento de la normativa sobre control de tabaco y sus derivados.</p> <p>Un valor alto indica que se están realizando inspecciones de manera sistemática y suficiente, lo que contribuye a la protección de la salud pública y al cumplimiento de la Ley y del Convenio Marco para el Control del Tabaco.</p> <p>Un valor bajo puede reflejar limitaciones en recursos, planificación o priorización, lo que podría afectar la efectividad de la regulación y aumentar el riesgo de incumplimiento normativo.</p> |
| Desagregación | Geográfica | Heredia, Heredia y distritos. |
| | Temática | <p>Control del Tabaco y Regulación Sanitaria</p> <p>Justificación: Este indicador se centra en la fiscalización y cumplimiento de la normativa relacionada con el consumo, comercialización y exposición al tabaco y sus derivados, en el marco de la protección de la salud pública.</p> |
| Línea base | | 2024: 2 acciones institucionales |
| Meta | | 2026: 2 2027: 2 2028: 2 2029: 2 2030: 2 |
| Periodicidad | | Anual (con seguimiento semestral). |
| Fuente de información | | Actas de inspección, informes técnicos, bases de datos, entre otros de las instituciones involucradas |
| Clasificación | | De proceso Porque mide acciones concretas ejecutadas por la institución para cumplir con objetivos relacionados con la gestión de residuos de tabaco. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo Justificación: Este indicador se calcula a partir de los registros internos generados por la institución durante la ejecución de inspecciones (informes, actas, bases de datos de fiscalización), no mediante encuestas ni censos. Por lo tanto, se basa en información |

| | |
|---|--|
| | administrativa documentada en el proceso de gestión. |
| Indicador de ODS Vinculado | <p>ODS 3: Salud y Bienestar</p> <p>Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.</p> |
| Tipo de relación con ODS | Directa, porque las inspecciones son una acción concreta para garantizar el cumplimiento de la normativa que protege la salud frente al consumo y exposición al tabaco. |
| Medida priorizada en el Consenso de Montevideo | <p>La medida priorizada por el Consenso de Montevideo relacionada con el indicador: “Implementación de la estrategia de regulación mediante las inspecciones en materia de control de tabaco y sus derivados” es:</p> <p>Medida priorizada:</p> <p>Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que incluye: Garantizar el cumplimiento de la normativa nacional sobre ambientes libres de humo. Supervisar la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Regular la venta y consumo de productos derivados del tabaco.</p> |
| Comentarios generales | <p>Las inspecciones son realizadas por las tres instituciones Fuerza Pública, Policía Municipal y Ministerio de Salud</p> <p>La empresa BSS está contratada para valoraciones hasta 2026</p> |

Eje 4. Promoción de la Salud

| Indicador 4.1 | | |
|---|-------------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Tasa de mortalidad en accidentes de tránsito por cada cien mil habitantes. |
| Definición conceptual | | Número de fallecimientos, por causas relacionadas con accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes, en un período determinado. Los fallecimientos, se obtienen a partir de la clasificación por causa de muerte - CIE-10 con actualizaciones vigentes según INEC. Los habitantes, se obtienen de las proyecciones nacionales realizadas para Costa Rica para un año calendario. |
| Fórmula de cálculo | | $TDATAC/THPMAC \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | TDATAC: total de defunciones por accidentes de tránsito en un año calendario. THPMAC: total de habitantes proyectados en el mismo año calendario. |
| Unidad de medida | | Tasa por cada 100 000 habitantes |
| Interpretación | | Una tasa más alta indica una mayor mortalidad por accidentes de tránsito, lo que puede reflejar deficiencias en la seguridad vial, infraestructura, educación vial o cumplimiento de la normativa. Una disminución en la tasa sugiere mejoras en estos aspectos. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mortalidad por causas externas |
| Línea base | | 2023: 2.1 |
| Meta | | 2030: 2 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Área de Investigación de Estadística de la Dirección de Proyectos del COSEVI, datos suministrados por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). https://www.csv.go.cr/estad%C3%ADsticas |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.6 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |

| | |
|---|-----|
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | N/A |
| Comentarios generales | - |

| Indicador 4.2 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Prevalencia de obesidad en niñas y niños de 6 a 12 años. |
| Definición conceptual | | <p>Obesidad: 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>Índice de Masa Corporal (IMC): 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> |
| Fórmula de cálculo | | $P = \frac{NON}{P} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <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> |
| Unidad de medida | | Prevalencia. |
| Interpretación | | 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%"). |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Obesidad, grupo etario. |
| Línea base | | 2016: 16 |
| Meta | | 2030: 14 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | <p>- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud</p> <p>- Censo Escolar Peso/Talla</p> |

| | |
|--|---|
| | - Informe Anual de Obesidad 2024: <u>INFORME ANUAL: INCIDENCIA DE OBESIDAD EN COSTA RICA, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</u> |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Clasificación | () Impacto. (x) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 2.2 |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - |
| Comentarios generales | - |

| Indicador 4.3 | | |
|---|-------------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de nacimientos en personas adolescentes menores de 20 años. |
| Definición conceptual | | Nacimientos: se refiere nacidos vivos. Personas adolescentes: población de mujeres en un rango etario de 10 a 19 años, 11 meses y 30 días. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Nacimientos vivos en mujeres menores de 20 años</i> <i>Total de mujeres menores de 20 años x100</i> <i>Se excluyen del numerador y del denominador los casos en el grupo "99" que registra el INEC sin edad identificada.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | 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. |
| Unidad de medida | | Porcentaje |
| Interpretación | | 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. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Nacimientos en mujeres adolescentes. |
| Línea base | | 2024: 8.8% |
| Meta | | 2030: 7.3% |

| | |
|---|--|
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente de información | - INEC: Estadísticas Vitales 2022 Población, Nacimientos Defunciones Y Matrimonios repobla-estadísticas vitales 2022.pdf - Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial País registra disminución de nacimientos en mujeres adolescentes |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. |
| Clasificación | () Impacto. (x) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 1,2, 3.7.1, 3.7.2, 4, 5.5.1, 5.6.2. |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | B 7 / D 34 / E 49 |
| Comentarios generales | - |

| Indicador 4.4 | |
|--|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Tasa de mortalidad por suicidios por 100 000 habitantes. |
| Definición conceptual | <p>Tasa de mortalidad: 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>Suicidio Consumado: 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>Tasa de mortalidad por suicidio: 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> |
| Fórmula de cálculo | $TMS = \frac{DS_a}{PT_a} \times 100.000$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>TMS: tasa mortalidad por suicidio en un año.</p> <p>DS_a: defunciones atribuidas a suicidio (códigos X60-X84 de la CIE-10) en el año.</p> <p>PTa: población total en un año.</p> |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Unidad de medida | | Tasa anual por 100.000 habitantes. |
| Interpretación | | Representa el número de muertes por suicidio por cada cien mil habitantes en Costa Rica por cada año. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Suicidio. |
| Línea base | | 2021: 2.7 |
| Meta | | 2030: 2.0 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Secretaría Técnica de Salud Mental. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (x) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | B 8 / G 79 / H 86 / H 90 |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador 4.5 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Prevalencia de desnutrición moderada y severa en niñas y niños de 6 a 12 años. |
| Definición conceptual | <p>Prevalencia: 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>Desnutrición: 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>Índice de Masa Corporal (IMC): 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</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | cuadrado (OPS, 2021). |
| Fórmula de cálculo | | $Ps = NPS \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | PS: prevalencia de desnutrición moderada y severa en la población de 6 a 12 años NS: número de personas encuestadas de 6 a 12 años con desnutrición moderada y severa. P: población total de 6 a 12 años durante el periodo de estudio. |
| Unidad de medida | | Prevalencia |
| Interpretación | | 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%") |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Edad |
| Línea base | | 2016: 0 |
| Meta | | 2030: 0 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología / Censo Escolar Peso Talla |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 2.2 2.2.2 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | B 8 / G 79 / H 86 / H 90 |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador 4.6 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Prevalencia de baja talla en niñas y niños de 6 a 12 años. |
| Definición conceptual | Prevalencia: proporción de personas en un grupo |

| | | |
|---|--|----------|
| | <p>específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico (NIH, s.f.).</p> <p>Baja talla o Retardo en talla: 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>Talla o longitud para la edad: indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad.</p> | |
| Fórmula de cálculo | $P = \frac{NS}{P} \times 100$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <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> | |
| Unidad de medida | Prevalencia | |
| Interpretación | 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%") | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Edad |
| Línea base | 2016: 2.2% | |
| Meta | 2030: 2.1% | |
| Periodicidad | Decenal. | |
| Fuente de información | Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología / Censo Escolar Peso Talla | |
| Tipo de operación estadística | Encuesta. | |
| Clasificación | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 2.1 2.2 | |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | N/A | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador O4.AE1. I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de campañas de educación en Estilos de Vida Saludable ejecutadas. |
| Definición conceptual | | Instituciones educativas que adoptan la estrategia nacional para integrar acciones de promoción de la salud en su gestión, fomentando estilos de vida sanos, según lineamientos del Ministerio de Salud y MEP. |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | N: número total de instituciones educativas. C: cada centro educativo que cumple los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y MEP. |
| Unidad de medida | | Número |
| Interpretación | | Refleja el avance en la implementación de la estrategia en el cantón. Un valor mayor indica mayor compromiso institucional con la promoción de la salud en entornos educativos. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Actividad física y recreación. |
| Línea base | | 2024: 9 |
| Meta | | 2030: 10 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud; MEP. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4.AE1. I2 | |
|----------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número centros educativos públicos, que participan en programas de prevención universal para el fomento de habilidades para la vida. |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Definición conceptual | | Instituciones educativas que adoptan la estrategia nacional para integrar acciones de promoción de la salud en su gestión, fomentando entornos saludables, estilos de vida sanos y participación comunitaria, según lineamientos del Ministerio de Salud y MEP. |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | N: número total de centros educativos que implementan la estrategia. C: cada centro educativo que cumple los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y MEP. |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de centros educativos). |
| Interpretación | | Refleja el avance en la implementación de la estrategia en el cantón. Un valor mayor indica mayor compromiso institucional con la promoción de la salud en entornos educativos. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Educación y salud. |
| Línea base | | 2024: 9 |
| Meta | | 2030: 10 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud; MEP; Comité Cantonal de Deporte y Recreación (cuando aplica). |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4.AE1.I3 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número de centros educativos públicos que participan del Programa de prevención selectiva "Dynamo". |
| Definición conceptual | Programa Dynamo: Programa de prevención integral del consumo de drogas en la comunidad educativa (escuelas y colegios). Su objetivo principal es apoyar al personal de los centros educativos mediante asesoría |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | del IAFA para construir programas de detección e intervención temprana, así como políticas institucionales que promuevan estilos de vida sanos, ayudando a prevenir, resistir y desestimular el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población escolarizada (niños y adolescentes). |
| Fórmula de cálculo | | $N=\sum P$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | N: número total de adolescentes participantes. P: cada persona adolescente inscrita y que participa en las sesiones del programa Dynamo. |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de adolescentes). |
| Interpretación | | Refleja el alcance del programa Dynamo en la población adolescente escolar. Un valor mayor indica mayor cobertura y efectividad en la implementación de estrategias preventivas selectivas. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Prevención selectiva y salud mental. |
| Línea base | | 2024: 6 |
| Meta | | 2030: 6 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del IAFA; registros del MEP; reportes del Programa Dynamo. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.5 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE2. I1 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | Número acciones desarrolladas en la ejecución de la Política Migratoria Municipal del Cantón de Heredia |
| Definición conceptual | Política migratoria del Cantón de Heredia: Conjunto de lineamientos, estrategias y acciones diseñadas por |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| | <p>un gobierno local para gestionar, atender e integrar a la población migrante en su territorio, garantizando derechos, promoviendo la inclusión y fortaleciendo la convivencia comunitaria.</p> <p>Municipalidad: es el gobierno local encargado de administrar los intereses y servicios de una comunidad o cantón, con autonomía política, administrativa y financiera.</p> | |
| Fórmula de cálculo | $N = \sum C$ | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <p>N: número de acciones de la política migratoria del cantón.</p> <p>C: acciones registradas en la municipalidad durante el periodo anual.</p> | |
| Unidad de medida | Número (cantidad de acciones). | |
| Interpretación | Indica la cantidad de acciones realizadas para el cumplimiento de la política local, en el tema de migración. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Política migratoria cantonal |
| Línea base | 2024: 7 | |
| Meta | 2030: 5 | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | Informes de la Municipalidad de Heredia, Oficina de Gestión social Inclusiva. | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 3.4 | |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador O4. AE3. I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número acciones desarrolladas en la ejecución de Ejecución de la estrategia de Ciudades Amigables con las Personas Adultas Mayores del cantón de Heredia. |
| Definición conceptual | | <p>Estrategia de Ciudades Amigables: es un enfoque de planificación urbana que busca crear entornos inclusivos, accesibles y seguros, especialmente para personas mayores, fomentando su participación, autonomía y calidad de vida.</p> <p>Municipalidad: es el gobierno local encargado de administrar los intereses y servicios de una comunidad o cantón, con autonomía política, administrativa y financiera.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones de la Estrategia de Ciudades Amigables del cantón de Heredia.</p> <p>C: acciones registradas en la municipalidad durante el periodo anual.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para el cumplimiento de la Estrategia de Ciudades Amigables. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Estrategia de Ciudades Amigables |
| Línea base | | 2024: 10 |
| Meta | | 2030: 10 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes de la Municipalidad de Heredia, Oficina de Gestión social Inclusiva. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE4. I1 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número acciones desarrolladas en la ejecución del plan cantonal del cantón de Prevención de la Violencia Intra familiar y femicidio de Heredia. |
| Definición conceptual | | <p>Plan cantonal del cantón de Prevención de la Violencia Intra familiar y femicidio: El Plan Cantonal de Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Femicidio se entiende como un instrumento de política pública local que organiza, coordina y orienta las acciones de un municipio para prevenir, atender y erradicar la violencia en el ámbito familiar y los femicidios.</p> <p>Red de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres: Es un mecanismo de coordinación interinstitucional y comunitaria que articula esfuerzos entre diferentes actores locales (municipalidades, instituciones públicas, organizaciones sociales y comunitarias) para prevenir, atender y erradicar la violencia de género en el territorio.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones de la Estrategia de la red cantonal de prevención de la violencia de Heredia.</p> <p>C: acciones registradas en la red durante el periodo anual.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para el cumplimiento de la prevención de Violencia intra familiar y femicidio. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Estrategia de la Red de Prevención de Violencia intrafamiliar y femicidio. |
| Línea base | | 2024: 17 |
| Meta | | 2030: 15 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes de la Red de Prevención de La Violencia DEL cantón de Heredia, Municipalidad de Heredia, Oficina de Gestión social Inclusiva. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |

| | |
|---|-----------------------------|
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - |
| Comentarios generales | - |

| Indicador O4. AE5. I1 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número acciones desarrolladas en la promoción de las acciones interinstitucionales en el tema de la seguridad alimentaria y Nutrición. |
| Definición conceptual | | <p>Seguridad alimentaria y nutricional: es la condición en la que todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos, que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias culturales para llevar una vida activa y saludable.</p> <p>Acciones interinstitucionales: son las actividades, programas o proyectos que se desarrollan de manera conjunta entre diferentes instituciones públicas, privadas o comunitarias, con el fin de coordinar esfuerzos, optimizar recursos y alcanzar objetivos comunes en beneficio de la población.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones de la Seguridad alimentaria y Nutrición.</p> <p>C: actividades realizadas por las instituciones, durante el periodo anual.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para la promoción de la seguridad alimentaria y nutrición. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Seguridad Alimentaria y Nutrición. |
| Línea base | | 2024: 5 |
| Meta | | 2030: 5 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Comité de Salud y Nutrición Cantonal, informes del MEP. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |

| | |
|---|--|
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - |
| Comentarios generales | - |

| Indicador O4. AE6. I1 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de acciones orientadas a la disminución del porcentaje de nacimientos en personas adolescentes. |
| Definición conceptual | | <p>Disminución de nacimientos: reducción en el número de hijos que nacen dentro de una población en un período determinado, lo cual se refleja en una baja de la tasa de natalidad.</p> <p>Personas adolescentes: Son aquellas que transitan la etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que marcan la transición hacia la madurez.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones que contribuyen a la disminución de nacimientos.</p> <p>C: personas adolescentes.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para la prevención de nacimientos en adolescentes. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Disminución de nacimientos en personas adolescentes |
| Línea base | | 2024: 3 |
| Meta | | 2030: 3 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Gobierno Local, de actividades implementadas. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |

| | |
|---|-----------------------------|
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - |
| Comentarios generales | - |
| | |

| Indicador O4. AE7. I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de acciones en programas especializados para orientadas a las adolescentes madres. |
| Definición conceptual | | <p>Programas especializados: Son iniciativas, planes o proyectos diseñados para atender las necesidades existentes en las adolescentes madres, de acuerdo con recursos técnicos adecuados.</p> <p>Personas adolescentes: son jóvenes que, encontrándose en la etapa de la adolescencia (generalmente entre los 10 y 19 años, según la Organización Mundial de la Salud), han asumido la maternidad como consecuencia de un embarazo en esta etapa de desarrollo.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones en programas especializados.</p> <p>C: Adolescentes madres.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para la fortaleces a las adolescentes madres. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Educación a una mayor calidad de vida a adolescentes madres. |
| Línea base | | 2024: 27 |
| Meta | | 2030: 27 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informe actividades implementadas en el PANI. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |

| | |
|---|---|
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - |
| Comentarios generales | - |

| Indicador O4. AE8. 11 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de proyectos en Salud Mental dirigidos a la población. |
| Definición conceptual | | <p>Proyectos: proyecto es un conjunto de actividades planificadas, interrelacionadas y coordinadas que se realizan con el propósito de alcanzar un objetivo específico en un período determinado, utilizando recursos humanos, materiales y financieros.</p> <p>Salud Mental: se refiere al estado de bienestar en el cual una persona es capaz de reconocer sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de proyectos.</p> <p>C: población.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para la fortalecer a la población. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Educación a una mayor calidad de vida a adolescentes madres. |
| Línea base | | 2024: 9 |
| Meta | | 2030: 8 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informe actividades implementadas en el PANI. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE9. I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de cumplimiento del Plan anual de la Comisión Local de Salud Mental (COLOSAM) de Heredia |
| Definición conceptual | | COLOSAM: Instancia local de coordinación interinstitucional para la promoción de la salud mental, prevención del suicidio y fortalecimiento de redes comunitarias, según lineamientos del Ministerio de Salud. Plan anual: Documento que establece las actividades y metas para la gestión de salud mental en el cantón durante el año. |
| Fórmula de cálculo | | $\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Total de actividades programadas}}{\Sigma X} \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Σ: sumatoria de actividades ejecutadas. X: actividades programadas en el plan anual de COLOSAM. Total: número total de actividades planificadas en el año. |
| Unidad de medida | | Porcentaje (%) |
| Interpretación | | Indica el grado de ejecución del Plan Anual de COLOSAM respecto a las actividades programadas. Un valor cercano al 100% refleja cumplimiento total y fortalecimiento de la gestión local en salud mental. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Salud mental y prevención. |
| Línea base | | 2024: No aplica (primer año de implementación). |
| Meta | | 2030: 100% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; actas de COLOSAM; registros de ejecución del plan anual. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE9. I2 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de acciones desarrolladas por la COLOSAM para la promoción de la salud mental. |
| Definición conceptual | | <p>Acciones: es un conjunto de actividades planificadas, interrelacionadas y coordinadas que se realizan con el propósito de alcanzar un objetivo específico en un período determinado, utilizando recursos humanos, materiales y financieros.</p> <p>Salud Mental: se refiere al estado de bienestar en el cual una persona es capaz de reconocer sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad.</p> |
| Fórmula de cálculo | | $N = \sum C$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | <p>N: número de acciones.</p> <p>C: población.</p> |
| Unidad de medida | | Número (cantidad de acciones). |
| Interpretación | | Indica la cantidad de acciones realizadas para la fortalecer a la población. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Promover la salud mental en la mayor calidad de la población de Heredia |
| Línea base | | 2024: 0 |
| Meta | | 2030: 5 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informe actividades implementadas en DARS Heredia, Gobierno Local, y otras instituciones que trabajen el tema |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE10.11 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Porcentaje de avance del Plan Nacional de Salud Mental |
| Definición conceptual | | Plan Nacional: Documento que establece las actividades y metas para la gestión de salud mental en el cantón durante el año. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Porcentaje de cumplimiento=Total de actividades programadas</i> $\Sigma X \times 100$ |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Σ: sumatoria de actividades ejecutadas. X: actividades programadas en el plan nacional. Total: número total de actividades planificadas en el año. |
| Unidad de medida | | Porcentaje (%) |
| Interpretación | | Indica el grado de ejecución del Plan nacional de salud mental, respecto a las actividades programadas. Un valor cercano al 100% refleja cumplimiento total y fortalecimiento de la gestión local en salud mental. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Salud mental y prevención. |
| Línea base | | 2024: No aplica (primer año de implementación). |
| Meta | | 2030: 10% |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; actas de redes interinstitucionales; registros de ejecución del plan anual. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE10.12 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de acciones desarrolladas. para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud Mental. |
| Definición conceptual | | Política Nacional: Documento que establece las actividades y metas para la gestión de salud mental en el cantón durante el año. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Número de acciones programadas / total de acciones ejecutadas</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de actividades planificadas en el año. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Indica el grado de ejecución de la Política Nacional de Salud Mental, respecto a las actividades programadas. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Salud mental y prevención. |
| Línea base | | 2024: 5. |
| Meta | | 2030: 5 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; actas de redes interinstitucionales; registros de ejecución del plan anual. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE11. 11 | | |
|------------------------|--|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | Número de personas con trastorno por uso de sustancias atendidas a nivel institucional que reciben abordaje integral. |
| Definición conceptual | | Personas atendidas: la capacidad institucional de brindar atención integral a personas con trastorno por |

| | | |
|---|-------------------|--|
| | | uso de sustancias, midiendo tanto la cobertura como la calidad del abordaje. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: Personas con trastorno por uso de sustancias que reciben atención integral en instituciones. / Total de personas con trastorno por uso de sustancias atendidas en instituciones.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de personas atendidas en el año. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | capacidad de la institución de salud para brindar atención completa y multidimensional a quienes presentan un trastorno por consumo de sustancias |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Consumo sustancias psicoactivas. |
| Línea base | | 2024: 1352. |
| Meta | | 2030: 1068 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; actas de redes interinstitucionales; registros de ejecución del plan anual. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE11.12 | |
|------------------------------|--|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | O4. AE11.2. Número de personas con depresión y conducta de riesgo suicida, atendidas a nivel institucional que reciben abordaje integral. |
| Definición conceptual | Depresión: O4. AE11.2. Número de personas con depresión y conducta de riesgo suicida, atendidas a nivel institucional que reciben abordaje integral. Conductas de riesgo Suicida: probabilidad de que una |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | persona lleve a cabo conductas suicidas, ya sea en forma de ideación, intentos o suicidio consumado. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: Personas con depresión que reciben atención integral en instituciones. / Total de personas con riesgo suicida atendidas en instituciones.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de personas atendidas en el año. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Un incremento en el riesgo suicida señala la urgencia de reforzar estrategias de prevención, atención integral y reducción de factores de riesgo sociales y psicológicos. Una disminución refleja mayor efectividad en programas de apoyo, reducción del estigma y fortalecimiento de redes comunitarias. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Salud mental y prevención. |
| Línea base | | 2024: 105. |
| Meta | | 2030: 90 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; actas de redes interinstitucionales; registros de ejecución del plan anual. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (x) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE12.11 | |
|------------------------------|---|
| Elemento | Descripción |
| Nombre del indicador | O4. AE12.1. Número de niñas y niños de 0 a menos de 12 años con desnutrición y desnutrición severa detectados y atendidos con servicios CENCINAL. |
| Definición conceptual | Desnutrición: condición de ingesta insuficiente de energía y nutrientes esenciales, o de una absorción deficiente de los mismos, que afecta negativamente el |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | <p>crecimiento, el desarrollo y el estado de salud de una persona. Se manifiesta principalmente en niños y niñas, pero puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Refleja el estado nutricional de la población y permite identificar niveles de vulnerabilidad en comunidades específicas.</p> <p>Desnutrición severa: es la forma más grave de desnutrición, caracterizada por una deficiencia crítica de energía y nutrientes que compromete seriamente la salud y la supervivencia. Se diagnostica cuando existen signos clínicos como emaciación extrema (peso muy bajo para la talla), edema nutricional o deficiencias múltiples de micronutrientes. En la infancia, se asocia con un alto riesgo de mortalidad, retraso irreversible en el desarrollo físico y cognitivo, y mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas. Permite monitorear situaciones críticas de salud pública y orientar intervenciones urgentes en comunidades vulnerables.</p> | |
| Fórmula de cálculo | <p><i>Numerador: niñas y niños con desnutrición y desnutrición severa que reciben atención integral en instituciones. / Total de niños atendidos en instituciones.</i></p> | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Total: número total de niños con desnutrición tendidos en el año. | |
| Unidad de medida | Valor absoluto | |
| Interpretación | Un incremento en el riesgo severa (o desnutrición aguda grave) se basa en criterios clínicos y medidas del cuerpo (antropometría) que indican una pérdida de peso reciente y extrema. | |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Nutrición Infantil. |
| Línea base | 2024: 197. | |
| Meta | 2030: 197 | |
| Periodicidad | Anual. | |
| Fuente de información | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; Informes de CENCINAI, informes CCSS | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo. | |
| Clasificación | () Impacto. () Efecto. (X) Producto. | |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | 3.4 | |
| Tipo de relación con ODS | (x) Directa. () Indirecta. | |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | - | |
| Comentarios generales | - | |

| Indicador O4. AE13.I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE13.1. Número de Centros Educativos que implementan la Estrategia de Centros Educativos Promotores de la Salud (CEPS). |
| Definición conceptual | | Centros CEPS: instituciones educativas que han incorporado y facilitan la implementación de la estrategia CEPS, busca promover la salud integral mediante la participación activa de estudiantes, docentes y comunidad educativa. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de instituciones CEPS implementados/ Total de instituciones CEPS articulados.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de Instituciones que implementan la estrategia de promotores de la salud (CEPS). |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja un mayor alcance de la estrategia, fortaleciendo la cultura de salud y la participación comunitaria desde edades tempranas. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Promoción de la Salud. |
| Línea base | | 2024: 0. |
| Meta | | 2030: 4 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; Informes de MEP |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE14.I1 | | |
|--|------------|--|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE14.1. Número de acciones realizadas para el avance en la implementación de la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2022-2026. |
| Definición conceptual | | Estrategia nacional para el envejecimiento saludable: es la política pública integral que busca promover el bienestar físico, mental y social de las personas en todas las etapas de la vida, con el fin de garantizar un envejecimiento activo, digno y saludable. Se fundamenta en el enfoque de curso de vida, que reconoce que las condiciones de salud y bienestar en la niñez, adolescencia y adultez influyen directamente en la calidad del envejecimiento. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de acciones programadas para el avance en la implementación/ Total de acciones ejecutadas.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones para el avance en la implementación de la estrategia nacional para el envejecimiento saludable. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja un compromiso institucional y comunitario con la salud integral y la preparación para un envejecimiento digno. La baja implementación, evidencia debilidades en la articulación de políticas y necesidad de reforzar acciones preventivas desde etapas tempranas de la vida. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Envejecimiento Saludable. |
| Línea base | | 2024: 0. |
| Meta | | 2030: 4 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; Informes de Oficina de Gestión Social Inclusiva, Gobierno Local |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE15.11 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE15.1. Acciones implementadas para el desarrollo de la Política Pública para el Desarrollo Inclusivo de las Personas con Discapacidad. |
| Definición conceptual | | Desarrollo Inclusivo: proceso mediante el cual se promueve el crecimiento económico, social y cultural de una comunidad o país, garantizando que todas las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, tengan acceso equitativo a oportunidades, recursos y beneficios. Mide el grado en que las políticas, programas y acciones logran reducir desigualdades y fomentar la participación plena de todos los grupos sociales. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de acciones programadas para el desarrollo inclusivo de personas con discapacidad / Total de acciones ejecutadas.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones para el avance en la implementación de la Política Pública para el Desarrollo Inclusivo de las Personas con Discapacidad. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja sociedades más equitativas, con acceso universal a servicios básicos, educación, salud y empleo digno. Evidencia temas de exclusión social, desigualdad y falta de oportunidades para sectores vulnerables. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Inclusión de las personas con Discapacidad. |
| Línea base | | 2024: 10. |
| Meta | | 2030: 10 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Área Rectora de Salud Heredia; Informes de la municipalidad, informes de CONAPDIS, informes MEP. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (X) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE16.11 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE16.1. Número de grupos comunitarios con el plan de mejoramiento de vida comunitario elaborado. |
| Definición conceptual | | Mejoramiento de Vida: es una metodología participativa que busca que las familias y comunidades identifiquen sus problemas cotidianos y desarrollen soluciones prácticas, sostenibles y de bajo costo, con el fin de elevar su bienestar integral. Estrategia para fortalecer la autogestión comunitaria, mejorar la organización social y promover cambios en áreas como: Salud y nutrición, Vivienda y entorno, Ingresos y productividad, Alimentación y seguridad alimentaria, Organización comunitaria |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de grupos comunitarios de mejoramiento de vida implementados / Total de grupos programados.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones para el avance en la metodología de mejoramiento de vida. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja comunidades organizadas, con capacidad de autogestión y mejoras sostenibles en su calidad de vida. Evidencia las debilidades en la participación comunitaria y necesidad de fortalecer procesos de acompañamiento y capacitación. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Mejoramiento de vida comunitario. |
| Línea base | | 2024: 0. |
| Meta | | 2030: 3 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del grupo facilitador. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE17.11 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE17.1 Número acciones desarrolladas desde el Subsistema de la Niñez y adolescencia. |
| Definición conceptual | | Subsistema de Niñez y Adolescencia: forma parte del Sistema Nacional de Protección Social y se refiere al conjunto de programas, servicios, instituciones y acciones coordinadas que tienen como finalidad garantizar los derechos, la protección integral y el desarrollo pleno de las personas menores de edad en Heredia. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de acciones desarrolladas / Total de acciones programadas.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones programadas. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja un entorno protector y garante de derechos, con mayor acceso de niños, niñas y adolescentes a servicios básicos y oportunidades de desarrollo. Se detecta la brechas en la atención y necesidad de fortalecer la articulación institucional. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Niñez y adolescencia. |
| Línea base | | 2024: 28. |
| Meta | | 2030: 28 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del Subsistema de la Niñez y adolescencia. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. (x) Efecto. () Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE18.11 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE18.1. Número de acciones intersectoriales realizadas para la prevención del fumado o vapeo |
| Definición conceptual | | <p>Fumado: consumo de productos derivados del tabaco mediante combustión, como cigarrillos, puros o tabaco en pipa, que generan humo inhalado por la persona consumidora y por quienes se encuentran en su entorno.</p> <p>Vapeo: Uso de dispositivos electrónicos (cigarrillos electrónicos, vaporizadores, pods) que generan un aerosol inhalado, generalmente a partir de líquidos que contienen nicotina, saborizantes y otras sustancias químicas.</p> |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de acciones desarrolladas / Total de acciones programadas.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones programadas. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | En tabaco, se refleja mayor exposición a riesgos de enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias). En vapeo, indica un cambio en patrones de consumo, con riesgos emergentes para la salud y necesidad de regulación y educación preventiva. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Consumo de Tabaco y Vapeo |
| Línea base | | 2024: 0. |
| Meta | | 2030: 1 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes del IAFA, CCSS, MEP, Fuerza Pública |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

| Indicador O4. AE19.I1 | | |
|--|------------|---|
| Elemento | | Descripción |
| Nombre del indicador | | O4. AE19.1. Número de acciones realizadas en el marco del programa municipal de educación vial |
| Definición conceptual | | Educación Vial: conjunto de acciones, estrategias y contenidos pedagógicos orientados a formar, sensibilizar y capacitar a la población en normas, valores y prácticas de seguridad vial, con el fin de prevenir accidentes de tránsito y promover una movilidad segura, responsable y sostenible. Mide la implementación y alcance de actividades educativas en materia de seguridad vial, tanto en centros educativos como en comunidades. |
| Fórmula de cálculo | | <i>Numerador: número de acciones desarrolladas / Total de acciones programadas.</i> |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | | Total: número total de acciones programadas. |
| Unidad de medida | | Valor absoluto |
| Interpretación | | Refleja mayor impacto en la formación ciudadana y reducción potencial de accidentes de tránsito. Se materializa las necesidades de fortalecer campañas educativas, ampliar la participación comunitaria y mejorar la articulación interinstitucional. |
| Desagregación | Geográfica | Cantonal |
| | Temática | Educación Vial |
| Línea base | | 2024: 20. |
| Meta | | 2030: 20 |
| Periodicidad | | Anual. |
| Fuente de información | | Informes Municipalidad, MEP. |
| Tipo de operación estadística | | Registro administrativo. |
| Clasificación | | () Impacto. () Efecto. (x) Producto. |
| Indicador de Objetivo de Desarrollo | | 3.4 |
| Tipo de relación con ODS | | (x) Directa. () Indirecta. |
| Medida priorizada por el Consenso de Montevideo | | - |
| Comentarios generales | | - |

ANEXO DE CARTA DE COMPROMISOS

Carta de Compromiso

Para la implementación del Plan Local de Salud 2026-2030

Nosotros, Johanna Chavarría Víquez, Directora de Área Rectora de Salud Heredia; Jorge Salas Cabrera Ph.D, Vicerrector de Vida Estudiantil, UNA;

CONSIDERANDO:

- Que todas las personas tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y es deber del Estado garantizar este derecho.
 - Que la salud pública de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
 - Que de conformidad con lo estipulado en el artículo 2 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud", es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.
 - Que el artículo 3 del Decreto Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN del 1 de junio del 2022 "Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo", establece la Rectoría Sectorial, la cual se entenderá como la atribución de los Ministros de Gobierno de dirigir y coordinar un conjunto de órganos y entes de la Administración Pública con propósitos y competencias afines a la actividad estratégica gubernamental que les ha sido encomendada por Ley o por el Presidente de la República, con el propósito de orientar y supervisar la ejecución de las políticas públicas que conduzcan coherentemente- al accionar del Poder Ejecutivo hacia un fin público específico. La rectoría permitirá fijar los objetivos políticos propuestos, formalizándolos en políticas que deben ser ejecutadas por los distintos órganos y entes de la Administración Central y Descentralizada.
 - Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44476-S Política Nacional de Salud 2023-2033, Plan de acción 2024-2028 y sus anexos técnicos, el Ministerio de Salud como ente rector publicó la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la investigación e innovación tecnológica, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.
-

- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44839-S Oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030, el plan de acción 2025-2029 y sus anexos técnicos.
- Que el Plan Local de Salud, como instrumento de planificación, es un instrumento para considerar en toda técnica de formulación de los presupuestos; esto debido a que, el proceso presupuestario, toma como base la planificación operativa que cada institución debe realizar en concordancia con las políticas y planes de mediano y largo plazo.
- Que el Ministerio de Salud, junto con las instituciones del Sector Salud, y las aquí representadas por sus directores, ha conducido el proceso de elaboración del Plan Local de Salud 2026-2030 y su plan de acción, así como los Anexos Técnicos. Este proceso se ha llevado a cabo considerando el marco normativo y así como distintas guías, entre ellas la Guía para la elaboración de Políticas Públicas establecida por MIDEPLAN, el procedimiento institucional de Formulación de Planes Local de Salud. Lo anterior se enmarca en el modelo de Gestión para Resultados del Desarrollo en aras de lograr mejores y mayores resultados considerando la generación de valor público.
- Que, por lo anterior, se hace necesario y oportuno oficializar la "Plan Local de Salud y el Plan de Acción 2026-2030 y sus Anexos Técnicos", con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

ACORDAMOS

Oficializar y apoyar para efectos de su implementación el Plan Local de Salud 2026-2030 del cantón Heredia y el Plan de Acción, como instrumento de dirección y planificación sectorial de mediano plazo, los cuales forman parte integral del presente documento de compromiso, disponibles en formato impreso en la Dirección de Área Rectora de Salud Heredia del Ministerio de Salud y en formato digital en la página web del Ministerio de Salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr>. Estos instrumentos de planificación precisan responsabilidades institucionales en congruencia con la Política Nacional de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Políticas Institucionales, planes, programas y proyectos de las instituciones firmantes. El Plan Local de Salud, se emite como esfuerzo entre las instituciones públicas lideradas por el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, con el objetivo de Coordinar y ejecutar las acciones estratégicas para la implementación de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las

instituciones y actores sociales que presenta el cantón central de Heredia bajo la aplicación del marco de rectoría de la salud durante el periodo 2026-2030. Lo anterior basado en el enfoque de gestión para resultados en el desarrollo, interculturalidad, derechos humanos, participación social, intersectorialidad, igualdad de género, transparencia, así como principios de equidad, solidaridad, ética, diversidad e inclusión social. Para ello se trabaja desde los determinantes sociales de la salud y que se establece como ejes los siguientes:

1. Eje 1. Calidad, acceso y cobertura
2. Eje 2. Vigilancia de la Salud
3. Eje 3. Salud Ambiental
4. Eje 4. Promoción de la Salud

Firmamos como compromiso de apoyo a la instancia rectora en salud y de ésta para con las otras instituciones del Sector, y acogiendo como propias las acciones que colaborativamente se han definido en el documento PLAN LOCAL DE SALUD y su Plan de Acción y anexos técnicos del cantón de Heredia adjunto.

Heredia, 17 de Diciembre del 2025



| | |
|--|---|
| <p>JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Dra. Johanna Chavarría Viquez Directora Área Rectora de Salud Heredia Ministerio de Salud</p> <p>Firmado digitalmente por JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 11:40:46 -06'00'</p> | <p>Jorge Salas Cabrera Ph.D, Vicerrector de Vida Estudiantil Universidad Nacional</p> |
|--|---|

Nombre del documento: UNA.pdf





Formato: Pdf

Tamaño: 256 KB

Resumen:


-  Garantía de integridad y autenticidad
-  Garantía de validez en el tiempo

Firmantes:

| Firmante | Fecha oficial de la firma | Garantía de integridad y autenticidad | Garantía de validez en el tiempo |
|---|---------------------------|---|---|
| JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ Cédula: 01-0909-0098 | 17/12/2025 11:40:48 a.m. |  |  |
| JORGE ENRIQUE SALAS CABRERA Cédula: 01-0949-0676 | 17/12/2025 01:08:43 p.m. |  |  |

Detalle de la Firma Digital:



Firma Digital 1

 La firma es válida hoy 18/12/2025 11:53:08 a.m.


Autoría del firmante garantizada

Nombre: JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ
Identificación: 01-0909-0098

Resumen:

 Garantía de integridad y autenticidad
 Garantía de validez en el tiempo

Detalle:

 Jerarquía de confianza: El documento fue firmado con un certificado oficial. Certificados de la jerarquía contenidos en el documento.

Carta de Compromiso

Para la implementación del Plan Local de Salud 2026-2030

Nosotros, Johanna Chavarría Víquez, Directora de Área Rectora de Salud Heredia; Dra. Priscilla Balmaceda Chaves, Directora del Hospital San Vicente de Paul;

CONSIDERANDO:

- Que todas las personas tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y es deber del Estado garantizar este derecho.
- Que la salud pública de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
- Que de conformidad con lo estipulado en el artículo 2 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud", es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.
- Que el artículo 3 del Decreto Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN del 1 de junio del 2022 "Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo", establece la Rectoría Sectorial, la cual se entenderá como la atribución de los Ministros de Gobierno de dirigir y coordinar un conjunto de órganos y entes de la Administración Pública con propósitos y competencias afines a la actividad estratégica gubernamental que les ha sido encomendada por Ley o por el Presidente de la República, con el propósito de orientar y supervisar la ejecución de las políticas públicas que conduzcan coherentemente- al accionar del Poder Ejecutivo hacia un fin público específico. La rectoría permitirá fijar los objetivos políticos propuestos, formalizándolos en políticas que deben ser ejecutadas por los distintos órganos y entes de la Administración Central y Descentralizada.
- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44476-S Política Nacional de Salud 2023-2033, Plan de acción 2024-2028 y sus anexos técnicos, el Ministerio de Salud como ente rector publicó la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la investigación e innovación tecnológica, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44839-S Oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030, el plan de acción 2025-2029 y sus anexos técnicos.
- Que el Plan Local de Salud, como instrumento de planificación, es un instrumento para considerar en toda técnica de formulación de los presupuestos; esto debido a que, el proceso presupuestario, toma como base la planificación operativa que cada institución debe realizar en concordancia con las políticas y planes de mediano y largo plazo.
- Que el Ministerio de Salud, junto con las instituciones del Sector Salud, y las aquí representadas por sus directores, ha conducido el proceso de elaboración del Plan Local de Salud 2026-2030 y su plan de acción, así como los Anexos Técnicos. Este proceso se ha llevado a cabo considerando el marco normativo y así como distintas guías, entre ellas la Guía para la elaboración de Políticas Públicas establecida por MIDEPLAN, el procedimiento institucional de Formulación de Planes Local de Salud. Lo anterior se enmarca en el modelo de Gestión para Resultados del Desarrollo en aras de lograr mejores y mayores resultados considerando la generación de valor público.
- Que, por lo anterior, se hace necesario y oportuno oficializar la "Plan Local de Salud y el Plan de Acción 2026-2030 y sus Anexos Técnicos", con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

ACORDAMOS

Oficializar y apoyar para efectos de su implementación el Plan Local de Salud 2026-2030 del cantón Heredia y el Plan de Acción, como instrumento de dirección y planificación sectorial de mediano plazo, los cuales forman parte integral del presente documento de compromiso, disponibles en formato impreso en la Dirección de Área Rectora de Salud Heredia del Ministerio de Salud y en formato digital en la página web del Ministerio de Salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr>. Estos instrumentos de planificación precisan responsabilidades institucionales en congruencia con la Política Nacional de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Políticas Institucionales, planes, programas y proyectos de las instituciones firmantes. El Plan Local de Salud, se emite como esfuerzo entre las instituciones públicas lideradas por el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, con el objetivo de Coordinar y ejecutar las acciones estratégicas para la implementación de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las

instituciones y actores sociales que presenta el cantón central de Heredia bajo la aplicación del marco de rectoría de la salud durante el periodo 2026-2030. Lo anterior basado en el enfoque de gestión para resultados en el desarrollo, interculturalidad, derechos humanos, participación social, intersectorialidad, igualdad de género, transparencia, así como principios de equidad, solidaridad, ética, diversidad e inclusión social. Para ello se trabaja desde los determinantes sociales de la salud y que se establece como ejes los siguientes:

1. Eje 1. Calidad, acceso y cobertura
2. Eje 2. Vigilancia de la Salud
3. Eje 3. Salud Ambiental
4. Eje 4. Promoción de la Salud

Firmamos como compromiso de apoyo a la instancia rectora en salud y de ésta para con las otras instituciones del Sector, y acogiendo como propias la acciones que colaborativamente se han definido en el documento PLAN LOCAL DE SALUD y su Plan de Acción y anexos técnicos del cantón de Heredia adjunto.

Heredia, 17 de Diciembre del 2025

| | |
|---|---|
| <p>JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA)</p> <p>Firmado digitalmente por JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 11:43:42 -06'00'</p> <p>Dra. Johanna Chavarría Viquez Directora Área Rectora de Salud Heredia Ministerio de Salud</p> | <p>PRISCILA BALMACEDA CHAVES (FIRMA) PERSONA FISICA, CPF-01-1081-0833. Fecha declarada: 17/12/2025 01:29:23 PM Esta es una representación gráfica únicamente, verifique la validez de la firma.</p> <p>Dra. Priscilla Balmaceda Chaves Directora del Hospital San Vicente de Paul Caja Costarricense de Seguro Social</p> |
|---|---|

Carta de Compromiso

Para la implementación del Plan Local de Salud 2026-2030

Nosotros, Johanna Chavarria Víquez, Director de Área Rectora de Salud Heredia; MSc. Alejandra Gutiérrez Vargas, Viceministra de Planificación y Coordinación Regional MEP;

CONSIDERANDO:

- Que todas las personas tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y es deber del Estado garantizar este derecho.
- Que la salud pública de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
- Que de conformidad con lo estipulado en el artículo 2 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud", es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.
- Que el artículo 3 del Decreto Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN del 1 de junio del 2022 "Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo", establece la Rectoría Sectorial, la cual se entenderá como la atribución de los Ministros de Gobierno de dirigir y coordinar un conjunto de órganos y entes de la Administración Pública con propósitos y competencias afines a la actividad estratégica gubernamental que les ha sido encomendada por Ley o por el Presidente de la República, con el propósito de orientar y supervisar la ejecución de las políticas públicas que conduzcan coherentemente- al accionar del Poder Ejecutivo hacia un fin público específico. La rectoría permitirá fijar los objetivos políticos propuestos, formalizándolos en políticas que deben ser ejecutadas por los distintos órganos y entes de la Administración Central y Descentralizada.
- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44476-S Política Nacional de Salud 2023-2033, Plan de acción 2024-2028 y sus anexos técnicos, el Ministerio de Salud como ente rector publicó la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la investigación e innovación tecnológica, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44839-S Oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030, el plan de acción 2025-2029 y sus anexos técnicos.
- Que el Plan Local de Salud, como instrumento de planificación, es un instrumento para considerar en toda técnica de formulación de los presupuestos; esto debido a que, el proceso presupuestario, toma como base la planificación operativa que cada institución debe realizar en concordancia con las políticas y planes de mediano y largo plazo.
- Que el Ministerio de Salud, junto con las instituciones del Sector Salud, y las aquí representadas por sus directores, ha conducido el proceso de elaboración del Plan Local de Salud 2026-2030 y su plan de acción, así como los Anexos Técnicos. Este proceso se ha llevado a cabo considerando el marco normativo y así como distintas guías, entre ellas la Guía para la elaboración de Políticas Públicas establecida por MIDEPLAN, el procedimiento institucional de Formulación de Planes Local de Salud. Lo anterior se enmarca en el modelo de Gestión para Resultados del Desarrollo en aras de lograr mejores y mayores resultados considerando la generación de valor público.
- Que, por lo anterior, se hace necesario y oportuno oficializar la "Plan Local de Salud y el Plan de Acción 2026-2030 y sus Anexos Técnicos", con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

ACORDAMOS

Oficializar y apoyar para efectos de su implementación el Plan Local de Salud 2026-2030 del cantón Heredia y el Plan de Acción, como instrumento de dirección y planificación sectorial de mediano plazo, los cuales forman parte integral del presente documento de compromiso, disponibles en formato impreso en la Dirección de Área Rectora de Salud Heredia del Ministerio de Salud y en formato digital en la página web del Ministerio de Salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr>. Estos instrumentos de planificación precisan responsabilidades institucionales en congruencia con la Política Nacional de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Políticas Institucionales, planes, programas y proyectos de las instituciones firmantes. El Plan Local de Salud, se emite como esfuerzo entre las instituciones públicas lideradas por el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, con el objetivo de Coordinar y ejecutar las acciones estratégicas para la implementación de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las

instituciones y actores sociales que presenta el cantón central de Heredia bajo la aplicación del marco de rectoría de la salud durante el periodo 2026-2030. Lo anterior basado en el enfoque de gestión para resultados en el desarrollo, interculturalidad, derechos humanos, participación social, intersectorialidad, igualdad de género, transparencia, así como principios de equidad, solidaridad, ética, diversidad e inclusión social. Para ello se trabaja desde los determinantes sociales de la salud y que se establece como ejes los siguientes:

1. Eje 1. Calidad, acceso y cobertura
2. Eje 2. Vigilancia de la Salud
3. Eje 3. Salud Ambiental
4. Eje 4. Promoción de la Salud

Firmamos como compromiso de apoyo a la instancia rectora en salud y de ésta para con las otras instituciones del Sector, y acogiendo como propias la acciones que colaborativamente se han definido en el documento PLAN LOCAL DE SALUD y su Plan de Acción y anexos técnicos del cantón de Heredia adjunto.

Heredia, 17 de Diciembre del 2025

| | |
|---|--|
| <p>JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA)</p> <p>Firmado digitalmente por JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 11:43:14 -06'00'</p> <p>Dra. Johanna Chavarría Víquez Directora Área Rectora de Salud Heredia Ministerio de Salud</p> | <p>ALEJANDRA GUTIERREZ VARGAS (FIRMA)</p> <p>Firmado digitalmente por ALEJANDRA GUTIERREZ VARGAS (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 14:00:48 -06'00'</p> <p>MSc. Alejandra Gutiérrez Vargas, Viceministra de Planificación y Coordinación Regional Ministerio de Educación Pública</p> |
|---|--|

Carta de Compromiso

Para la implementación del Plan Local de Salud 2026-2030

Nosotros, Johanna Chavarría Víquez, Directora de Área Rectora de Salud Heredia;
Licda. Luanis Pons Rodríguez, Directora Regional a.i. Patronato Nacional de la
Infancia Heredia;

CONSIDERANDO:

- Que todas las personas tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y es deber del Estado garantizar este derecho.
- Que la salud pública de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
- Que de conformidad con lo estipulado en el artículo 2 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud", es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.
- Que el artículo 3 del Decreto Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN del 1 de junio del 2022 "Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo", establece la Rectoría Sectorial, la cual se entenderá como la atribución de los Ministros de Gobierno de dirigir y coordinar un conjunto de órganos y entes de la Administración Pública con propósitos y competencias afines a la actividad estratégica gubernamental que les ha sido encomendada por Ley o por el Presidente de la República, con el propósito de orientar y supervisar la ejecución de las políticas públicas que conduzcan coherentemente- al accionar del Poder Ejecutivo hacia un fin público específico. La rectoría permitirá fijar los objetivos políticos propuestos, formalizándolos en políticas que deben ser ejecutadas por los distintos órganos y entes de la Administración Central y Descentralizada.
- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44476-S Política Nacional de Salud 2023-2033, Plan de acción 2024-2028 y sus anexos técnicos, el Ministerio de Salud como ente rector publicó la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura

- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44839-S Oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030, el plan de acción 2025-2029 y sus anexos técnicos.
- Que el Plan Local de Salud, como instrumento de planificación, es un instrumento para considerar en toda técnica de formulación de los presupuestos; esto debido a que, el proceso presupuestario, toma como base la planificación operativa que cada institución debe realizar en concordancia con las políticas y planes de mediano y largo plazo.
- Que el Ministerio de Salud, junto con las instituciones del Sector Salud, y las aquí representadas por sus directores, ha conducido el proceso de elaboración del Plan Local de Salud 2026-2030 y su plan de acción, así como los Anexos Técnicos. Este proceso se ha llevado a cabo considerando el marco normativo y así como distintas guías, entre ellas la Guía para la elaboración de Políticas Públicas establecida por MIDEPLAN, el procedimiento institucional de Formulación de Planes Local de Salud. Lo anterior se enmarca en el modelo de Gestión para Resultados del Desarrollo en aras de lograr mejores y mayores resultados considerando la generación de valor público.
- Que, por lo anterior, se hace necesario y oportuno oficializar la "Plan Local de Salud y el Plan de Acción 2026-2030 y sus Anexos Técnicos", con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

ACORDAMOS

Oficializar y apoyar para efectos de su implementación el Plan Local de Salud 2026-2030 del cantón Heredia y el Plan de Acción, como instrumento de dirección y planificación sectorial de mediano plazo, los cuales forman parte integral del presente documento de compromiso, disponibles en formato impreso en la Dirección de Área Rectora de Salud Heredia del Ministerio de Salud y en formato digital en la página web del Ministerio de Salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr>. Estos instrumentos de planificación precisan responsabilidades institucionales en congruencia con la Política Nacional de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Políticas Institucionales, planes, programas y proyectos de las instituciones firmantes. El Plan Local de Salud, se emite como esfuerzo entre las instituciones públicas lideradas por el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, con el objetivo de Coordinar y ejecutar las acciones estratégicas para la implementación de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las

de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las instituciones y actores sociales que presenta el cantón central de Heredia bajo la aplicación del marco de rectoría de la salud durante el periodo 2026-2030. Lo anterior basado en el enfoque de gestión para resultados en el desarrollo, interculturalidad, derechos humanos, participación social, intersectorialidad, igualdad de género, transparencia, así como principios de equidad, solidaridad, ética, diversidad e inclusión social. Para ello se trabaja desde los determinantes sociales de la salud y que se establece como ejes los siguientes:

1. Eje 1. Calidad, acceso y cobertura
2. Eje 2. Vigilancia de la Salud
3. Eje 3. Salud Ambiental
4. Eje 4. Promoción de la Salud

Firmamos como compromiso de apoyo a la instancia rectora en salud y de ésta para con las otras instituciones del Sector, y acogiendo como propias la acciones que colaborativamente se han definido en el documento PLAN LOCAL DE SALUD y su Plan de Acción y anexos técnicos del cantón de Heredia adjunto.

Heredia, 17 de Diciembre del 2025

| | |
|---|--|
| <p>JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA)</p> <p>Firmado digitalmente por JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 11:41:17 -06'00'</p> <p>Dra. Johanna Chavarría Víquez Directora Área Rectora de Salud Heredia Ministerio de Salud</p> | <p>LUANIS PONS RODRIGUEZ (FIRMA)</p> <p>Firmado digitalmente por LUANIS PONS RODRIGUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 13:48:50 -06'00'</p> <p>Licda. Luanis Pons Rodríguez Directora Regional a.i. Patronato Nacional de la Infancia Heredia</p> |
|---|--|

Carta de Compromiso

Para la implementación del Plan Local de Salud 2026-2030

Nosotros, Johanna Chavarria Víquez, Directora de Área Rectora de Salud Heredia;
Dra. Priscilla Víquez Jaikel, Directora Área Salud Heredia Cubujuquí;

CONSIDERANDO:

- Que todas las personas tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y es deber del Estado garantizar este derecho.
- Que la salud pública de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
- Que de conformidad con lo estipulado en el artículo 2 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud", es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.
- Que el artículo 3 del Decreto Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN del 1 de junio del 2022 "Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo", establece la Rectoría Sectorial, la cual se entenderá como la atribución de los Ministros de Gobierno de dirigir y coordinar un conjunto de órganos y entes de la Administración Pública con propósitos y competencias afines a la actividad estratégica gubernamental que les ha sido encomendada por Ley o por el Presidente de la República, con el propósito de orientar y supervisar la ejecución de las políticas públicas que conduzcan coherentemente- al accionar del Poder Ejecutivo hacia un fin público específico. La rectoría permitirá fijar los objetivos políticos propuestos, formalizándolos en políticas que deben ser ejecutadas por los distintos órganos y entes de la Administración Central y Descentralizada.
- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44476-S Política Nacional de Salud 2023-2033, Plan de acción 2024-2028 y sus anexos técnicos, el Ministerio de Salud como ente rector publicó la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la investigación e innovación tecnológica, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

- Que mediante el Decreto Ejecutivo Número 44839-S Oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030, el plan de acción 2025-2029 y sus anexos técnicos.
- Que el Plan Local de Salud, como instrumento de planificación, es un instrumento para considerar en toda técnica de formulación de los presupuestos; esto debido a que, el proceso presupuestario, toma como base la planificación operativa que cada institución debe realizar en concordancia con las políticas y planes de mediano y largo plazo.
- Que el Ministerio de Salud, junto con las instituciones del Sector Salud, y las aquí representadas por sus directores, ha conducido el proceso de elaboración del Plan Local de Salud 2026-2030 y su plan de acción, así como los Anexos Técnicos. Este proceso se ha llevado a cabo considerando el marco normativo y así como distintas guías, entre ellas la Guía para la elaboración de Políticas Públicas establecida por MIDEPLAN, el procedimiento institucional de Formulación de Planes Local de Salud. Lo anterior se enmarca en el modelo de Gestión para Resultados del Desarrollo en aras de lograr mejores y mayores resultados considerando la generación de valor público.
- Que, por lo anterior, se hace necesario y oportuno oficializar la "Plan Local de Salud y el Plan de Acción 2026-2030 y sus Anexos Técnicos", con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.

ACORDAMOS

Oficializar y apoyar para efectos de su implementación el Plan Local de Salud 2026-2030 del cantón Heredia y el Plan de Acción, como instrumento de dirección y planificación sectorial de mediano plazo, los cuales forman parte integral del presente documento de compromiso, disponibles en formato impreso en la Dirección de Área Rectora de Salud Heredia del Ministerio de Salud y en formato digital en la página web del Ministerio de Salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr>. Estos instrumentos de planificación precisan responsabilidades institucionales en congruencia con la Política Nacional de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Políticas Institucionales, planes, programas y proyectos de las instituciones firmantes. El Plan Local de Salud, se emite como esfuerzo entre las instituciones públicas lideradas por el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, con el objetivo de Coordinar y ejecutar las acciones estratégicas para la implementación de la política pública en el mejoramiento en las condiciones de salud, acceso y cobertura universal, vigilancia de la salud, salud ambiental y promoción de la salud; en conjunto y cooperación con las

en conjunto y cooperación con las instituciones y actores sociales que presenta el cantón central de Heredia bajo la aplicación del marco de rectoría de la salud durante el periodo 2026-2030. Lo anterior basado en el enfoque de gestión para resultados en el desarrollo, interculturalidad, derechos humanos, participación social, intersectorialidad, igualdad de género, transparencia, así como principios de equidad, solidaridad, ética, diversidad e inclusión social. Para ello se trabaja desde los determinantes sociales de la salud y que se establece como ejes los siguientes:

1. Eje 1. Calidad, acceso y cobertura
2. Eje 2. Vigilancia de la Salud
3. Eje 3. Salud Ambiental
4. Eje 4. Promoción de la Salud

Firmamos como compromiso de apoyo a la instancia rectora en salud y de ésta para con las otras instituciones del Sector, y acogiendo como propias la acciones que colaborativamente se han definido en el documento PLAN LOCAL DE SALUD y su Plan de Acción y anexos técnicos del cantón de Heredia adjunto.

Heredia, 17 de Diciembre del 2025

| | | | |
|--|---|---|--|
| JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) | Firmado digitalmente por JOHANNA CHAVARRIA VIQUEZ (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 12:10:34 -06'00' | PRISCILA VIQUEZ JAIKEL (FIRMA) | Firmado digitalmente por PRISCILA VIQUEZ JAIKEL (FIRMA) Fecha: 2025.12.17 12:43:12 -06'00' |
| Dra. Johanna Chavarría Víquez Directora Área Rectora de Salud Heredia Ministerio de Salud | | Dra. Priscilla Víquez Jaikel Directora Área Salud Heredia Cubujuquí Caja Costarricense del Seguro Social | |