

ALCANCE N° 206

**PODER EJECUTIVO
DECRETOS**

**INSTITUCIONES
DESCENTRALIZADAS**

PODER EJECUTIVO

DECRETOS

N° 40556 - S

EI PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 50, 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1) y 28 párrafo segundo inciso b), de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 4, 5, 41, 42, 147, 158, 339, 342, 340 y 353 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 1, 2, 3, 5 y 6 de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”; 1, 2, 3, 28, 52 y 69 del Decreto Ejecutivo No 34510-S del 04 de abril del 2008, “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”.

CONSIDERANDO:

1°- Que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2°- Que la competencia Rectora del Ministerio de Salud es conducir a la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como a la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan los determinantes de la salud de la población.

3°- Que la Vigilancia de la Salud constituye una función esencial de salud pública que el Ministerio de Salud, como ente rector en salud y autoridad sanitaria está obligado a conducir a nivel nacional.

4°- Que, a partir del año 2009, el Ministerio de Salud adoptó el Modelo Conceptual y Marco Estratégico del Ejercicio de la Función Rectora de Vigilancia de la Salud.

5°- Que dicha función, bajo el nuevo modelo conceptual y estratégico adoptado por el Ministerio de Salud, está enfocada en el seguimiento y análisis integral del estado de salud de la población y de sus determinantes sociales, económicos, culturales, ambientales, biológicos y de servicios de salud, y no sólo en la “vigilancia de la enfermedad”, como tradicionalmente ha sucedido.

6°- Que para el cumplimiento efectivo de la función de Vigilancia de la Salud se requiere contar con estrategias y mecanismos que permitan articular, de forma efectiva, la amplísima red de actores sociales que, de una u otra forma, tienen la responsabilidad de ejecutar acciones sustantivas y de apoyo en esta materia.

7°- Que tanto para el Ministerio de Salud, como para otros actores sociales y el público en general, el contar con información oportuna y de alta calidad sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias, es vital para poder tomar decisiones, basadas en la evidencia, que contribuyan a proteger y mejorar la salud individual, familiar y colectiva, de la que son responsables o garantes, según las potestades y ámbitos de acción asignados.

8°- Que el abordaje de los problemas de salud pública que presenta la población y el país, parten de la base del análisis de la información de salud que se presenta, basado en el tratamiento estadístico - epidemiológico de la información referente.

9°- Que las transformaciones en el tamaño y dinámicas poblacionales, unido a la necesidad de vigilar los diversos eventos de la salud mediante sistemas de información más sensibles y específicos que permitan tomar decisiones oportunas en salud pública, requiere de sistemas de información automatizada y estandarizada que mejoren la eficiencia de los sistemas de salud.

10°- Que las migraciones internas e internacionales y la acelerada movilidad geográfica de las personas con el consiguiente cambio de establecimiento de salud o personal que lo atiende, torna más complejo el seguimiento de casos sujetos de vigilancia epidemiológica, de acuerdo con el compromiso adquirido con base al Decreto Ejecutivo No 34038-S de 14 de agosto del 2007 “Decreto Ejecutivo para la Oficialización del Reglamento Sanitario Internacional”, de ser oportunos en la detección de eventos que con los movimientos migratorios internacionales han aumentado el riesgo.

11°- Que es necesario contar con los registros de notificación obligatoria, mortalidad, resultados de laboratorios y sobre determinantes de la salud (ambientales, socioeconómicos, culturales, biológicos y de servicios de salud), los cuales deben ser completos, oportunos y actualizados, para tomar decisiones efectivas que permitan avanzar en el mejoramiento de la salud de la población.

12°- Que con respecto a las estrategias de inmunización, es necesario conocer con precisión las coberturas reales de vacunación, el detalle del historial de vacunación de cada persona, para determinar cuáles individuos requieren vacuna o poblaciones con riesgo de

adquirir alguna enfermedad prevenible por vacunación y evitar el que se formen grupos de susceptibles que pongan en riesgo la salud pública.

13°- Que la variedad de proveedores de salud hace que la cantidad de registros se encuentre dispersa en diversos puntos del país. Sin embargo, el avance en los procesos de registros automatizados en los diferentes entes de salud, públicos y privados, ofrecen un marco de oportunidades para integrar y estandarizar la información requerida para la vigilancia de la salud.

14°- Que es necesario estandarizar las herramientas tecnológicas y registros evitando “islas” de información. Para ello, se requiere definir métodos y mecanismos seguros de envío electrónico de información que eviten la posibilidad de pérdida, secuestro o alteración de los datos.

15°- Que las políticas actuales de salud requieren de un sistema automatizado integrado de información oportuna y ágil, que facilite el intercambio y uso de datos de calidad para apoyar la toma de decisiones en salud pública en los niveles de gestión.

16°- Que la normalización de los procedimientos del sistema automatizado, permiten entre otras cosas, asegurar la confidencialidad y la seguridad de los datos.

17°- Que el proceso de automatización de las funciones de Vigilancia de la Salud, pretende evitar la duplicidad de trabajo, así como, minimizar errores por digitación de la

información, optimizar el tiempo y recursos, además de lograr la toma de decisiones de forma oportuna, ya que se contaría con el envío y recepción de datos de forma ágil.

18°- Que le corresponde al Ministerio de Salud velar por la protección de la salud de la población, realizando lo pertinente para prevenir y controlar la ocurrencia y difusión de eventos adversos y la exposición a riesgos o factores que puedan afectarla, así como potenciar aquellos factores que tengan un efecto protector sobre el estado de salud de las personas.

19°- Que para poder proteger y mejorar la salud de la población de manera efectiva, se requiere establecer la obligatoriedad de la notificación de eventos de salud acorde con este decreto, en los cuales este mecanismo permite contar con datos completos y oportunos para su respectivo análisis y toma de decisiones.

20°- Que para cumplir este mandato, el Ministerio de Salud requiere de manera oportuna y sistemática la información relacionada con los eventos de salud que se presentan en el país, con base en las variables y condiciones técnicas que establezca, a fin de garantizar el cumplimiento eficiente de esta labor.

21°- Que existen múltiples mecanismos que brindan información esencial y complementaria, que apoyan el quehacer de la Vigilancia de la Salud.

22°- Que es potestad del Ministerio de Salud formular, dirigir y orientar las estrategias de promoción de la salud, detección, prevención y control de riesgos y eventos adversos para

la salud de la población, promoviendo y facilitando la participación de los actores sociales en la toma de decisiones y en la implementación de las intervenciones seleccionadas.

23°- Que de conformidad con el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo No. 37045 del 22 de febrero de 2012 y su reforma “Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, la persona encargada de la Oficialía de Simplificación de Trámites del Ministerio de Salud, ha completado como primer paso la Sección I denominada Control Previo de Mejora Regulatoria, que conforma el formulario de Evaluación Costo Beneficio. Las respuestas brindadas en esa Sección han sido todas negativas, toda vez que la propuesta no contiene trámites ni requisitos.

POR TANTO,

DECRETAN:

“REGLAMENTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD”

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°- Objetivo: El presente reglamento tiene como objetivo, regular la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, a fin de que las autoridades y diferentes actores sociales, cuenten con información de calidad que permita la toma de decisiones basada en evidencia, la cual impacte positivamente en el estado de salud de la población.

Artículo 2° - Ámbito de Aplicación

El presente reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional, e involucra a todas las instituciones, entidades u organizaciones del sector salud público y privado.

Artículo 3° - Definiciones y abreviaturas.

A. DEFINICIONES:

1. Actor social: Todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de la producción de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas.

2. Alerta/Alerta epidemiológica: Comunicación que emite una entidad nacional o internacional de salud reconocida, sobre un fenómeno, situación, hecho o evento de potencial riesgo para la salud de la población.

3. Análisis epidemiológico: Proceso sistemático y continuo, que realiza el Ministerio de Salud con insumos y/o participación de los actores sociales, mediante el cual se examina, describe y explica, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, el perfil epidemiológico de la población y sus tendencias, en un momento y espacio dado, con el propósito de facilitar la toma de decisiones.

4. Análisis de situación de salud: Proceso sistemático y continuo, que realiza el Ministerio de Salud con la participación de los actores sociales, mediante el cual se examina, describe y explica, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias, en un momento y espacio dado, con el propósito

de identificar necesidades y prioridades en salud, así como facilitar la toma de decisiones tendientes a proteger y mejorar la salud de la población.

5. Área Silenciosa: Zona o ámbito geográfico del país, en el cual, de manera persistente o prolongada, no reportan eventos de notificación obligatoria, o sitios en los que, de forma inesperada, se deja de hacerlo.

6. Autoridades de Salud: Para todos los efectos de la aplicación de esta ley y de otras leyes pertinentes a salud o sanitarias y sus reglamentos, se considerarán autoridades de salud: el Ministro de Salud, los Viceministros y los funcionarios de su dependencia en posiciones de Dirección General, de Dirección o de Jefatura de unidades organizativas en materia de rectoría o de área geográfica de salud, así como aquellos que por leyes especiales tengan tal calidad y atribuciones o que por delegación de funciones se le otorgue dicha autoridad.

7. Base de datos: Una base de datos consiste en una organización sistemática de una serie de contenidos pertenecientes al mismo ámbito o contexto y que son almacenados para su posterior búsqueda y uso. Los Sistemas de Bases de Datos permiten guardar los documentos, pero su función principal es la rápida recuperación de los mismos, empleando el menor tiempo y esfuerzo posible.

8. Brote: Aumento inusual en el número de casos de un evento relacionado epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un tiempo y espacio específico.

9. Centro de Operaciones de Emergencia (según Ley N° 8488): El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) es la instancia permanente de coordinación, adscrita a la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias; reúne en el nivel nacional todas las instituciones públicas y los organismos no gubernamentales que trabajan en la fase de primera respuesta a la emergencia. Su responsabilidad es preparar y ejecutar,

mediante procedimientos preestablecidos, labores coordinadas de primera respuesta ante situaciones de emergencia. Constituyen este Centro representantes designados por el máximo jerarca de cada institución que ejerzan al menos cargos con nivel de dirección. La coordinación del COE la ejerce un funcionario de la Comisión con un cargo igual al de los demás representantes. Dependiendo del tipo de emergencia, la responsabilidad de responder recae en distintas instituciones. En el caso de las emergencias sanitarias, esa responsabilidad la asume el Ministerio de Salud.

10. Centro Nacional de Referencia (del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud): Es una unidad estratégica responsable de la vigilancia basada en laboratorio, para enfermedades y eventos de importancia en salud pública.

11. Centro Nacional de Enlace: Es el centro nacional designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) previstos en el Reglamento.

12. Contacto: Persona que, por haber tenido una relación directa o indirecta con la persona infectada (el caso), tiene el riesgo de sufrir la misma condición o de convertirse en su portador.

13. Dato: Es el elemento primario de la información conformado por símbolos (letras, números, dibujos, señas, gestos) que reunidos pueden cobrar significación. Solo o aislado el dato no posee relevancia, pero utilizado en las premisas de un razonamiento puede llevarnos a una conclusión. En el caso de datos informáticos, estos son expresiones generales que describen características de las entidades sobre las que operan los algoritmos. Estas expresiones deben presentarse de una cierta manera para que puedan ser tratadas por una computadora.

14. Declaración General de Aeronave: documento oficial que presenta el capitán respectivo sobre el estado general de la aeronave que está atracando.

15. Declaración Marítima de Sanidad: documento oficial que presenta el capitán de la nave, en caso de existir médico en la misma refrendada por este último, que informa sobre los antecedentes epidemiológicos más relevantes en el trayecto actual de esa nave y sobre el estado general de salud, especialmente de interés para la salud pública del país destino, de las personas a bordo.

16. Declaración oficial de alerta epidemiológica: Comunicación o declaración oficial nacional o internacional que emite una autoridad del Ministerio de Salud (nacional, regional o local), sobre un fenómeno, situación, hecho o evento de potencial riesgo para la salud de la población.

17. Definición de caso: Es una estandarización de criterios empleada para decidir si se clasifica o no como caso a cada individuo en quien se sospecha la enfermedad o evento, objeto de la investigación.

18. Determinantes de la Salud: Aquellos elementos, situaciones o circunstancias de naturaleza biopsicosocial, cultural, de servicios de salud y ambiental, incluido el ambiente laboral, que de forma individual o asociada, son la causa directa o indirecta de algún efecto positivo o negativo en el estado de salud de la población.

19. Determinante Patogénico: Aquel determinante que tiene un efecto negativo sobre el estado de salud de la población.

20. Determinante Salutogénico: Aquel determinante que tiene un efecto positivo sobre el estado de salud de la población.

21. Emergencia Sanitaria: 1) Suceso, situación o evento grave, de cualquier naturaleza, que afecta o pone en riesgo la salud de la población; y que requiere la aplicación

de medidas extraordinarias para atenderla o controlarla. 2) Estado así declarado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la normativa legal vigente.

22. Ente Notificador: Persona, instancia, institución o empresa pública o privada que, de acuerdo al marco normativo vigente, tiene la obligación de remitir información al Ministerio de Salud sobre los determinantes, eventos y riesgos de salud sujetos a notificación obligatoria.

23. Epidemia: Evento de salud que se propaga en una población a un ritmo que supera la tasa de incidencia habitual o esperada, en un tiempo y un espacio determinados. (Ver brote)

24. Equipo de Respuesta Rápida: es el equipo de funcionarios capacitados para la atención de eventos agudos de salud pública, conformado por funcionarios del nivel central de las instituciones integrantes del Centro Nacional de Enlace (artículo 60 del presente reglamento) -quien coordinará su capacitación y accionar-, que tendrán la responsabilidad de responder en primera instancia y en coordinación con los niveles de gestión correspondientes, con las medidas sanitarias básicas ante un brote o evento sujeto a investigación según Reglamento Sanitario Internacional, con el fin de neutralizar la expansión de ese evento y permitir la toma de decisiones oportuna para su ulterior control.

25. Eventos de Salud: Problemas, condiciones, hechos vitales o acontecimientos de relevancia en la salud de las personas, que son generados por la influencia de uno o más determinantes. Por lo común se expresan en términos de enfermedad, discapacidad, deficiencia, minusvalía, muerte o daño biopsicosocial; pero también, son eventos de interés para la salud, algunas condiciones especiales del organismo como el embarazo, exposición a radiaciones ionizantes, químicos u otros que se establezcan.

26. Factor de Riesgo/Riesgo de Salud: 1) Elemento, situación o circunstancia de naturaleza biopsicosocial, cultural y ambiental, que incrementa la probabilidad que tiene una población de experimentar un daño o efecto adverso en su estado de salud. 2) es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud

27. Grupo étnico: Grupos que se distinguen por compartir características fenotípicas y genotípicas, además los miembros de un grupo étnico comparten elementos como el lenguaje, creencias, valores, costumbres, etc.

28. Indicadores de desempeño: Es aquel parámetro que nos permite evaluar el funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia, como son oportunidad, calidad, eficiencia, completitud entre otros.

29. Indicador de Vigilancia: Es aquel parámetro que nos permite valorar la tendencia, gravedad, magnitud, grupos vulnerables, distribución espacial entre otros, de los eventos y determinantes sujetos a la vigilancia.

30. Información: Conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

31. Laboratorio oficial: Laboratorio reconocido oficialmente como tal por el Ministerio de Salud, a los cuales se les responsabiliza de realizar análisis de laboratorio para diagnóstico y o confirmación diagnóstica, de sustancias químicas, radioactivas, agentes microbianos y otros factores que afectan la salud pública.

32. Parte sanitario: documento oficial que presenta el capitán de la aeronave que informa sobre los antecedentes epidemiológicos más relevantes en el trayecto actual de la aeronave y sobre el estado general de salud, especialmente de interés para la salud pública del país destino, de las personas a bordo de la aeronave que está ingresando.

33. Red Nacional de Laboratorios: Bajo la coordinación de los Centros Nacionales de Referencia, se articula y evalúa la calidad de los diagnósticos de laboratorios públicos y privados del sector salud, para la vigilancia de eventos de importancia en salud pública. Dependiendo del evento, estas redes de laboratorios pueden trascender el área clínica humana. Su conformación depende de las características del evento o determinante que se vigila y se organizan en niveles según la prevalencia, complejidad, competencia, costo de los análisis, nivel de bioseguridad e infraestructura requeridos, entre otros.

34. Reglamento Sanitario Internacional: Es el Decreto Ejecutivo No. 34038-S del 14 de agosto del 2007 “Decreto Ejecutivo para la Oficialización del Reglamento Sanitario Internacional”, publicado en el Alcance No. 37 de La Gaceta No 243 de 18 de diciembre del 2007, cuya finalidad y alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. El RSI (2005) proporciona un marco para las actividades de la OMS de alerta y respuesta rápida ante epidemias que ya se llevan a cabo en colaboración con los países para controlar los brotes internacionales y reforzar la seguridad internacional en materia de salud pública.

35. Sala de Situación: Espacio físico y virtual que se utiliza para el análisis de la información de vigilancia de la salud.

36. Unidad Centinela: Es el conjunto de establecimientos de salud de atención directa a las personas, con su espacio poblacional, que se elige para la vigilancia y seguimiento de determinados eventos de salud.

37. Vigilancia basada en laboratorio: Surge en respuesta a la necesidad de utilizar la información generada por el laboratorio para poder detectar y monitorear el comportamiento de eventos prioritarios en salud pública.

38. Vigilancia de la Salud: Función Rectora que realiza el Ministerio de Salud, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, que consiste en seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.

39. Vigilancia Epidemiológica: Observación sistemática y continua de la frecuencia, la distribución de los eventos de salud y sus tendencias en la población.

40. Vigilancia Epidemiológica Especializada: Es la vigilancia de un problema de salud en particular, que ha sido considerado de prioridad nacional o internacional, que requiere de personal altamente capacitado según la complejidad del evento o determinante a vigilar. Puede utilizar elementos de vigilancia activa o pasiva y está orientada a la detección, acción y prevención específicas.

41. Vigilancia Nutricional: Conjunto de actividades organizadas, programadas y orientadas a la recolección y registro sistemático de información actual y oportuna sobre la situación del estado nutricional de la población, focalizado hacia la más vulnerable. Se constituye en un insumo útil para direccionar las políticas, intervenciones de promoción, prevención y atención.

42. Farmacovigilancia: Comprende la recolección, investigación, mantenimiento y evaluación de los reportes espontáneos de fenómenos adversos, asociados con el uso de un producto medicinal (ya comercializado o en fase de investigación). Su objetivo general es

contribuir al uso seguro y racional de los medicamentos, mediante la supervisión y evaluación de sus riesgos en forma permanente.

43. Vigilancia Centinela: Es la vigilancia basada en la recolección de datos de una muestra (randomizada o no) que son utilizados para: referencia de lo que ocurre en la población, identificar casos de enfermedad de forma temprana y tipos de microorganismos circulantes, y datos indicativos de la tendencia de una enfermedad o evento de salud.

44. Vigilancia Sindrómica. Vigilancia activa de un conjunto de enfermedades con características en común que representan un problema de salud pública, mediante instrumentos de alta sensibilidad. Se utiliza ante situaciones en que la propagación ha sido interrumpida en gran parte y no es posible observar casos típicos.

B. ABREVIATURAS:

1. ASIS: Análisis de Situación de Salud.
2. AYA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
3. CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.
4. CCP: Centro Centroamericano de Población.
5. CEN: Centro de Educación y Nutrición
6. CINAI: Centro Infantil de Atención Integral
7. CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
8. CONIS: Consejo Nacional de Investigación en Salud.
9. CNE: Centro Nacional de Enlace.
10. CNR: Centro Nacional de Referencia.
11. COE: Centro de Operaciones de Emergencia.
12. CONAVI: Consejo Nacional de Vialidad.
13. CREC: Centro de Registro de Enfermedades Congénitas.

- 14. DARS:** Dirección Área Rectora de Salud.
- 15. DTIC:** Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación.
- 16. DVS:** Dirección de Vigilancia de la Salud.
- 17. ERR:** Equipos de Respuesta Rápida.
- 18. ESAVI:** Evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización.
- 19. INCIENSA:** Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.
- 20. INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- 21. INS:** Instituto Nacional de Seguros.
- 22. LANASEVE:** Laboratorio Nacional de Servicios Veterinarios.
- 23. MEP:** Ministerio de Educación Pública.
- 24. MINAE:** Ministerio de Ambiente y Energía.
- 25. OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- 26. OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- 27. RSI:** Reglamento Sanitario Internacional.
- 28. SE:** Semana epidemiológica.
- 29. SENASA:** Servicio Nacional de Salud Animal.
- 30. SFE:** Servicio Fitosanitario del Estado.
- 31. SINAVIS:** Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- 32. SINAVISA:** Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.
- 33. VE.01:** Boleta de notificación individual.
- 34. VE.02:** Boleta de notificación colectiva.
- 35. VE03:** Boleta de notificación de Intoxicaciones agudas por plaguicidas.
- 36. VE.04:** Boleta de notificación de alertas.

CAPÍTULO II

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD.

Artículo 4°- Del establecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Se establece el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVIS), como una estrategia y un mecanismo de coordinación, asesoría y apoyo técnico, de carácter interinstitucional e intersectorial, a cargo del Ministerio de Salud, específicamente de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Artículo 5°- Del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Se entiende como SINAVIS, al conjunto interrelacionado de actores sociales, que, bajo la conducción del Ministerio de Salud, participan en el proceso de selección, recopilación, integración, análisis y difusión de información sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias. Lo anterior mediante, la aplicación de normas, protocolos y procedimientos estandarizados, a fin de contribuir a adoptar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.

Artículo 6°- Roles de los actores dentro del SINAVIS.

Los actores sociales desempeñan diferentes roles en la ejecución del proceso de Vigilancia de la Salud:

a) Producen datos sobre eventos y determinantes de la salud o aportan otros insumos necesarios para la operación del sistema.

b) Participan en forma instrumental en la recopilación, procesamiento y difusión de la información.

c) Aportan conocimientos técnicos especializados que son necesarios para la elaboración de protocolos, el análisis de determinantes y eventos.

d) Utilizan los productos finales o intermedios de Vigilancia de la Salud y le generan demandas de información.

Artículo 7°- De las competencias y responsabilidades de los actores.

El Ministerio de Salud como ente Rector de la Salud, debe ejercer la Vigilancia de la Salud Pública. Para dicha función, contará con la participación y suministro de datos de las instancias públicas y privadas generadoras de información. Dentro de ellas:

A. El INEC en el marco de sus competencias proporcionará la información de estadísticas vitales, sociales, demográficas, ambientales, la procedente de los censos nacionales de población y vivienda y encuesta nacional de hogares, entre otros.

B. Instituciones académicas universitarias públicas y privadas que tienen dentro de sus competencias el manejo de datos e información provenientes de estudios, laboratorios e investigaciones en diferentes ámbitos atinentes a la salud pública.

C. El Centro Centroamericano de Población, también tienen dentro de sus competencias, el manejo de datos estadísticos, demográficos y provenientes de encuestas y estudios de investigación.

D. El INCIENSA en su condición de laboratorio oficial del Ministerio de Salud y responsable de la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio, realiza el análisis de laboratorio de productos de interés sanitario, ejecuta el proceso de

aseguramiento de la calidad de los diagnósticos de la red nacional de laboratorios públicos y privados, realiza investigaciones prioritarias en salud pública y acciones de enseñanza en su ámbito de especialización.

- E.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como lo es la CCSS y privadas inclusive, que atienden las contingencias por el seguro obligatorio de automóviles y riesgos de trabajo, son responsables de suministrar, de acuerdo con la periodicidad y formato que el Ministerio de Salud defina, los datos requeridos para la vigilancia y análisis de la situación de salud, así como aquellos resultados de estudios o investigaciones epidemiológicas que realicen.
- F.** El A Y A por medio del Laboratorio Nacional de Aguas es responsable de suministrar información sobre la cobertura y la calidad de agua, que recibe la población del país, así como apoyar en los estudios de brotes de probable origen hídrico.
- G.** El SENASA y el LANASEVE, que tienen dentro de sus competencias la vigilancia, atención y control de la salud animal proveerán datos e información sobre los eventos zoonóticos y participarán junto con el personal de Salud en la investigación de los mismos.

Desde el enfoque de salud como producto social, otras instituciones como el Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Ambiente y Energía, Consejo de Seguridad Vial, Ministerio de Educación Pública, entre otras, generan datos referentes a las variables sociales, culturales y ambientales que se incorporan en el proceso de análisis y monitoreo de la situación de salud.

Artículo 8° - Obligatoriedad de los actores dentro del SINAVIS.

Cualquier actor social que sea requerido por el Ministerio de Salud para la ejecución de las tareas que se derivan de los roles mencionados en el artículo 6°, se encuentra en la obligación de cumplir con lo solicitado en el plazo concreto en días hábiles que el Ministerio de Salud le señale, con los criterios de calidad indicados.

Artículo 9° - De las redes de actores sociales del SINAVIS.

Para mejor proceder, el Ministerio de Salud organiza y designa a los actores sociales que conforman el SINAVIS en redes que apoyen la ejecución de los procesos de Vigilancia de la Salud. Estas redes son:

9.1. Red de Análisis de la Vigilancia de la Salud: La red de análisis de la vigilancia de la salud tiene como propósito contribuir en articular las acciones y los esfuerzos de los actores sociales que apoyan a la Dirección de Vigilancia de la Salud en la realización de análisis generales o específicos sobre la situación de salud del país.

Está conformada por todos los actores sociales del sistema que tienen capacidad y experiencia en materia de análisis e investigación del estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias.

9.2. Red de Alertas y Emergencias en Salud: Responsable de apoyar las acciones de detección, valoración y comunicación oportuna, de toda sospecha o situación de riesgo para la salud de la población, frente a la cual sea necesario adoptar acciones inmediatas. Asimismo, es la encargada de apoyar las labores de vigilancia de la salud en caso de emergencias por eventos de Salud Pública o desastres de cualquier naturaleza.

Está coordinada por la Dirección de Vigilancia de la Salud y conformada por todos aquellos actores sociales del sistema que, según el tipo de alerta o emergencia que ponga en riesgo la salud pública, estén obligados a realizar o apoyar las acciones de vigilancia. La coordinación de esta red recae en el Centro Nacional de Enlace (CNE-RSI), abarcando de esta manera las alertas nacionales e internacionales.

9.3. Red de Laboratorios: Responsable de la realización, bajo condiciones controladas y normalizadas, de exámenes, pruebas, mediciones o estudios de diversa naturaleza, con el fin de diagnosticar o comprender mejor los eventos de salud y sus determinantes. Es coordinada por la Dirección de Vigilancia de la Salud y se subdivide en las siguientes redes:

9.3.1. Red Nacional de Laboratorios Oficiales: Está coordinada por la Dirección de Vigilancia de la Salud y conformada por los laboratorios designados como oficiales por parte del Ministerio de Salud, entre ellos el INCIENSA, Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, Laboratorios de Universidades (ambiente y medicamentos), LANASEVE, y por todos aquellos otros laboratorios públicos o privados que el Ministerio de Salud designe. Es responsable de la realización de exámenes, pruebas, mediciones o estudios de diversa naturaleza, bajo las condiciones de normalización y de control oficialmente establecidas, con el fin de diagnosticar o comprender mejor los eventos de salud y sus determinantes, o de verificar que los productos, bienes o servicios inscritos ante el Ministerio de Salud, cumplan con las características nutricionales y de inocuidad requeridas conforme a las disposiciones legales contenidas en los artículos 353 y 354 de la Ley No 5395 de 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”.

En caso de brotes, epidemias u otras emergencias o alertas sanitarias internacionales, los laboratorios oficiales nacionales de referencia, y cualquier otro laboratorio de carácter

público, iniciará las acciones correspondientes con las instancias que competan, y darán prioridad a los análisis requeridos por el Ministerio de Salud, para atender tales situaciones.

9.3.2. Red Nacional de Laboratorios para la vigilancia de la salud. Bajo la coordinación de los Centros Nacionales de Referencia del INCIENSA, de acuerdo a la Ley No. 8270 de 2 de mayo de 2002 “Otorga Personalidad Jurídica Instrumental al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), a la Oficina de la Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) y al Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud”, se articula el trabajo de laboratorios públicos y privados del sector salud, para la vigilancia de eventos de importancia en salud pública. Dependiendo del evento, estas redes de laboratorios pueden trascender el área clínica humana. Su conformación depende de las características del evento que se vigila (ejemplo, prevalencia, distribución geográfica) y se organizan en niveles de competencia según la complejidad, costo de los análisis, nivel de bioseguridad e infraestructura requeridos, entre otros.

9.3.3. Red Nacional de Laboratorios de alimentos y agua: Está conformada por los laboratorios nacionales de referencia y todos aquellos otros laboratorios públicos y privados del país, que realicen o apoyen acciones de vigilancia en este campo.

9.3.4 Red nacional de laboratorios ambientales: Está conformada por los laboratorios nacionales de referencia y por todos aquellos otros laboratorios públicos y privados del país que realicen o apoyen acciones de vigilancia en este campo

9.4. Red de Información: Encargada de brindar el apoyo sobre el Sistema de Información Nacional para la Vigilancia de la Salud y los medios de comunicación, necesarios para que la información fluya a todos los actores. Está conformada por los responsables del Sistema de Información de las instituciones que participan en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, tales como INEC, CCP, CCSS, INS, SENASA, SFE,

CONAVI, MINAE, MEP, IMAS, Observatorios de la Salud, entre otros. Será coordinada por la DVS y el Departamento de Tecnologías de información y comunicación (DTIC) del Ministerio de Salud.

9.5. Otras Redes de Actores Sociales: El Ministerio de Salud puede conformar redes para temas específicos, o utilizar aquellas ya existentes para apoyarse en la ejecución de actividades de vigilancia de la salud. Como ejemplo de estas se pueden citar las redes de violencia intrafamiliar, las redes de análisis de mortalidad infantil y materna, la red de Farmacovigilancia, la red de vigilancia de la resistencia antimicrobiana, entre otras.

CAPÍTULO III

De la Organización y Funcionamiento del Ministerio de Salud en el nivel nacional para la Vigilancia de la salud

Artículo 10°- De la Dirección de Vigilancia de la Salud. La Dirección de Vigilancia de la Salud se ubica en el nivel central del Ministerio de Salud y depende organizativamente de la Dirección General de Salud.

Su objetivo general consiste en conducir a nivel nacional la ejecución armoniosa de la Vigilancia de la Salud, comprendida como la función esencial en salud pública que permite obtener el permanente análisis epidemiológico del país y en los diferentes estratos geopolíticos, por medio de la identificación, cuantificación y monitoreo de las tendencias y patrones de los eventos y factores involucrados en el proceso salud/enfermedad, para facilitar la planificación en salud y la toma eficaz y eficiente de decisiones por las partes involucradas en la producción social de la salud.

Es responsable de la producción de información oportuna y veraz sobre la situación de salud del país, que permita fundamentar la toma de decisiones para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción - prevención, para garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población.

Artículo 11°- Objetivos estratégicos de la función Rectora de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud para el ejercicio de la misma.

1. Articular de manera efectiva las acciones que ejecutan múltiples actores sociales para la vigilancia de la salud; orientándolos hacia el análisis integral del estado de salud, sus determinantes y tendencias, de tal forma que la evidencia generada permita generar intervenciones efectivas que contribuyan a proteger y mejorar las condiciones de salud de la población.

2. Establecer que los múltiples actores sociales relacionados con salud acaten las normas, protocolos e instrumentos comunes y estandarizados elaborados por el Ministerio de Salud como ente Rector, que permitan asegurar la calidad de la información y de las recomendaciones generadas por el proceso de vigilancia de la salud.

3. Realizar el análisis de situación integral de salud y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, en todos los niveles, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población, de tal manera que ésta sea oportuna, pertinente, objetiva y útil para la toma de decisiones.

4. Contribuir al fortalecimiento de las unidades de vigilancia de la salud de los entes públicos y privados, a nivel nacional, regional y local, de tal manera que puedan cumplir con excelencia, las funciones asignadas dentro del sistema.

5. Apoyar y promover el desarrollo de la investigación sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias.

6. Impulsar la ampliación, fortalecimiento y modernización de la red de laboratorios públicos y privados que apoyan la función de vigilancia de la salud; y contribuir a incrementar la capacidad de respuesta de los centros nacionales de referencia.

7. Contar con una moderna plataforma tecnológica, que permita intercambio y manejo de la información en tiempo real, entre los diferentes actores sociales que alimentan el mismo, permitiendo automatizar la captación, integración y el análisis de los datos.

Artículo 12°- Del alcance de la función Rectora de Vigilancia de la Salud.

Las acciones de Vigilancia de la Salud cubrirán toda la población e instituciones públicas y privadas, dentro del territorio nacional.

Artículo 13°- De las funciones de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

1. Coordinar y vincular a las instituciones del sector salud para realizar los procesos de vigilancia de la salud.
2. Propiciar el desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
3. Informar oportunamente a las autoridades (nacionales, regionales y locales) sobre eventos epidemiológicos de importancia para la nación.

4. Desarrollar programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
5. Buscar y consolidar el apoyo de redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
6. Dirigir y conducir los procesos de vigilancia de la salud en el ámbito nacional.
7. Articular los actores sociales para el fin anterior mediante la conformación de redes.
8. Conducir técnicamente los procesos relacionados con la formulación, actualización y difusión de las normas, leyes, decretos, reglamentos, protocolos, planes y otros instrumentos en materia de vigilancia de la salud.
9. Asegurar la correcta operación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, así como de su plataforma informática.
10. Realizar el análisis epidemiológico de los eventos sujetos a vigilancia para la toma de decisiones.
11. Monitorear el cumplimiento de los procesos básicos de Vigilancia Epidemiológica en los entes que deben ejecutarlos.
12. Brindar supervisión capacitante al nivel regional y puntos de entrada, así como asesoría y acompañamiento técnico cuando se requiera a las unidades organizativas de los diferentes niveles de gestión institucional, según corresponda.
13. Coordinar la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos internacionales y nacionales, relacionados con la vigilancia de la salud y el análisis epidemiológico de la salud.

14. Promover el desarrollo de destrezas en los actores sociales claves, mediante la participación en la definición de prioridades nacionales de capacitación y formación del recurso humano, para garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
15. Realizar un análisis epidemiológico constante con cortes anuales, basada en la información en salud generada en el territorio nacional.
16. Dar seguimiento permanente a los determinantes salutogénicos y patogénicos prioritarios, incluidas las coberturas de vacunación y la condición de aseguramiento de la población nacional.
17. Apoyar la gestión de laboratorios capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
18. Verificar que los laboratorios públicos y privados de la red, proporcionen los resultados de los análisis en forma oportuna al SINAVIS.
19. Evaluar, actualizar y mejorar continuamente, los procesos de vigilancia de la salud, con base en indicadores de desempeño establecidos, así como de las necesidades y expectativas del cliente interno - externo.
20. Planificar las acciones a desarrollar en el corto, mediano y largo plazo, para cumplir con las metas estratégicas de las funciones o procesos asignados a la dirección.
21. Asesorar, técnicamente a los responsables institucionales y actores sociales que lo requieran, en el ejercicio de las funciones de vigilancia de la salud que les competen.
22. Gestionar oportunamente la provisión de los recursos humanos, bienes muebles e inmuebles, servicios y recursos financieros requeridos para la correcta operación de la

unidad organizativa y garantizar el control, la custodia, el mantenimiento y el uso correcto, eficiente y equitativo de los mismos, siguiendo los lineamientos técnicos establecidos por la División Administrativa.

CAPÍTULO IV

De la Organización y Funcionamiento de la Vigilancia de la Salud en el Ámbito Regional

Artículo 14°- De la vigilancia de la salud en el ámbito regional.

En este nivel, el Director Regional del Ministerio de Salud, será responsable de que la Función Rectora de Vigilancia de la Salud sea ejecutada de manera eficaz y eficiente mediante la articulación de los actores sociales de su área de atracción.

Artículo 15°- Función Rectora de Vigilancia de la Salud en el ámbito regional.

El Director Regional debe garantizar que el componente de Vigilancia de la Salud se ejecute de manera articulada, estandarizada, eficaz y con la calidad requerida en toda su área de atracción.

Además, están encargados de la selección, recopilación, integración, análisis epidemiológico y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias para la toma de decisiones, de toda su área de atracción.

Artículo 16°- De las funciones específicas de Vigilancia de la Salud en el ámbito regional.

1. Recopilar y analizar los datos de las diferentes fuentes de su área de atracción sobre eventos y determinantes, para generar información requerida en la vigilancia de la salud.

2. Realizar a nivel regional, los controles de la calidad de los datos y de la información obtenida de las diferentes fuentes.

3. Elaborar y difundir, cuando así le corresponda, reportes epidemiológicos, alertas y demás informes sobre la situación regional de salud.

4. Mantener actualizados los indicadores seleccionados para el monitoreo continuo del estado de salud de la población regional, sus determinantes y tendencias.

5. Dar seguimiento permanente a los determinantes salutogénicos y patogénicos prioritarios, incluidas las coberturas de vacunación y la condición de aseguramiento de la población regional.

6. Conducir y dirigir al Equipo Rector para realizar un análisis epidemiológico con base a la información en salud generada en su región.

7. Verificar que se realicen las investigaciones, los estudios de campo de los eventos y determinantes de la salud de notificación obligatoria y participar operativamente, cuando la norma o la situación así lo requiera. Además de analizar los resultados de dichos estudios, emitir informes:

a- Periódicamente para toma de decisiones, así como para mantener informada a las autoridades.

b- De cierre del evento.

8. Enviar de forma oportuna, la información sobre la situación regional de salud requerida o solicitada por el nivel central; así como la información sobre la aparición de un

brote y su evolución, solicitudes puntuales de las autoridades de salud o cualquier otra información requerida.

9. Supervisar, capacitar y asesorar a las áreas rectoras de salud en la ejecución del proceso de Vigilancia de la Salud.

10. Articular los diferentes actores sociales que conforman el sistema de vigilancia de la salud de su área de atracción, mediante las redes y comisiones existentes.

11. Actualizar periódicamente los indicadores de la vigilancia del ámbito regional.

12. Velar porque los laboratorios públicos y privados de la red, proporcionen los resultados de los análisis en forma oportuna al SINAVIS.

13. Verificar que los niveles locales de su área de atracción, estén entregando la información de forma oportuna, completitud y con calidad.

14. Mantener actualizada la información de la sala de situación regional.

15. Apoyar las actividades de formulación, socialización, evaluación y seguimiento del marco legal y normativo requeridas por el nivel nacional en el marco de la vigilancia de la salud.

16. Participar en la definición de prioridades regionales de capacitación en el quehacer de la vigilancia de la salud y apoyar las acciones que en este campo se establezcan.

17. Brindar asesoría, supervisión capacitante y acompañamiento técnico al nivel local, en el quehacer de la Vigilancia de la Salud.

CAPÍTULO V

De la Organización y Funcionamiento de la Vigilancia de la Salud en el

Ámbito Local

Artículo 17°- Del nivel Local de Vigilancia de la Salud.

El Director del Área Rectora de Salud debe garantizar que el componente local del proceso Vigilancia de la Salud se ejecute de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Este equipo realiza la selección, recopilación, integración, análisis y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, para la toma oportuna de decisiones.

Artículo 18°- De las funciones del Área Rectora en el proceso de Vigilancia de la Salud.

Para cumplir de manera efectiva la función rectora encomendada, el Director del Área Rectora velará porque se ejecuten las siguientes funciones específicas:

1. Velar porque los diferentes entes notificadores del área de atracción, proporcionen la información oportunamente.
2. Realizar búsqueda de nuevos entes notificadores, con el fin de actualizar el registro.
3. Realizar la verificación de la calidad, la consolidación y el análisis de la información obtenida de las diferentes fuentes de acuerdo a los procedimientos existentes.
4. Recopilar y analizar los datos de las diferentes fuentes de su área de atracción sobre eventos y determinantes, para generar información requerida en la vigilancia de la salud.
5. Elaborar y difundir, cuando así le corresponda, reportes epidemiológicos, alertas y demás informes sobre la situación local de salud.
6. Mantener actualizados los indicadores seleccionados según prioridad para el monitoreo continuo del estado de salud de la población local, sus determinantes y tendencias.
7. Elaborar el análisis epidemiológico de Salud de su área de atracción.

8. Enviar de forma oportuna, la información sobre la situación de salud requerida o solicitada por el nivel regional; así como la información sobre la aparición de un brote y su evolución, solicitudes puntuales de las autoridades de salud o cualquier otra información requerida.

9. Participar activamente en los estudios de campo de los eventos que se presenten en el área de atracción.

10. Investigar las áreas silenciosas en materia de notificación obligatoria.

11. Articular los diferentes actores sociales que conforman el sistema de vigilancia de la salud de su área de atracción, mediante las redes y comisiones existentes.

12. Velar porque los laboratorios públicos y privados de la red, proporcionen los resultados de los análisis en forma oportuna al SINAVIS.

13. Definir las necesidades locales de capacitación en vigilancia de la salud.

14. Apoyar las actividades de formulación, socialización, evaluación y seguimiento del marco legal y normativo requeridas por el nivel nacional en el marco de la vigilancia de la salud.

15. Apoyar con información oportuna y de calidad, el desarrollo de actividades enfocadas a controlar o disminuir los riesgos que amenacen la salud de la población local. Así como mitigar el impacto negativo ante las emergencias y desastres de distinta naturaleza que se presenten.

Artículo 19º - De las redes o equipos técnicos de Vigilancia de la Salud

Constituyen una instancia de coordinación y articulación de los actores en los tres ámbitos de gestión, con el fin de que el accionar en materia de vigilancia de la salud se realice en forma armónica, sinérgica y coordinada, para evitar traslapes, omisiones o

duplicidades. Será coordinada por el responsable del proceso de Vigilancia de la Salud en cada uno de los ámbitos de gestión del Ministerio de Salud.

Artículo 20° - Del funcionamiento y la integración de las redes y/o equipos técnicos.

Las redes se conformarán de acuerdo a las prioridades identificadas e involucrará a los actores sociales del sistema de vigilancia de acuerdo con la temática. Son de carácter permanente.

Los equipos técnicos ad hoc son conformados por un grupo de expertos para definir lineamientos, protocolos, analizar una situación o evento específico. Son de carácter temporal.

Las nueve Comisiones Regionales de Vigilancia de la Salud (CIREVIS) y las ochenta y dos Comisiones Locales de Vigilancia de la Salud (CILOVIS) constituyen la instancia de coordinación de las redes y equipos técnicos en su respectivo nivel de gestión. En ambos casos, estarán conformadas por un representante del Ministerio de Salud como ente coordinador y un representante de la Caja Costarricense de Seguro Social, nombrado por esa entidad, quienes fungirán como la base de la Comisión. Adicionalmente y de acuerdo a los temas prioritarios según la agenda de salud pública, puede haber representantes de diferentes instituciones o entidades, como por ejemplo, Acueductos y Alcantarillados, las Municipalidad, la Cruz Roja, la Comisión Local de Emergencias, Ministerio de Educación Pública, quienes en caso de requerirse, serán nombrados por el jerarca institucional.

La convocatoria de los actores la realizará el Ministerio de Salud y tiene carácter obligatorio para los que integran el sector salud.

CAPÍTULO VI

De la Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA)

Artículo 21°- Establecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.

El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA) está conformado por los componentes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que se encuentran disponibles para reporte o ingreso vía electrónica, entre los que se encuentran tumores malignos, vacunas aplicadas o eventos de notificación inmediata correspondientes al grupo A de los eventos que se definen posteriormente en este mismo reglamento. Este sistema estará disponible 24 horas al día, siete días a la semana, y permitirá en muchos de los eventos más importantes que cualquier persona que deba hacer reportes sobre eventos de notificación obligatoria lo haga en tiempo real, vía web. Para el ingreso a este sistema para los responsables definidos de notificaciones dentro del sector salud, se asignarán de manera previa a una capacitación básica de su uso, usuarios y contraseñas por parte de la Dirección Vigilancia de la Salud.

El Director de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud es el responsable de este sistema automatizado.

En el caso de entes notificadores que cuenten con otros sistemas que permitan realizar la transferencia de información al SINAVISA, deberán de cumplir con las condiciones técnicas establecidas por el Ministerio de Salud.

Artículo 22°- Visión del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.

El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud automatizado, será un medio estratégico para

el análisis de situación, gestión, planificación, definición de políticas que propicie la toma de decisiones basadas en hechos. Con información de cobertura nacional, segura, confiable, oportuna y de fácil acceso de acuerdo a los roles establecidos.

Artículo 23°- Misión del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.

Proveer a los entes públicos y privados de un sistema automatizado, que permita la notificación de eventos en los diferentes niveles de gestión, para la toma de decisiones con base a información oportuna y confiable.

Artículo 24°- Objetivos estratégicos del Sistema de Información Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.

1. Contar con un repositorio central de datos e información de fuentes públicas y privadas existentes en el país.

2. Proveer una herramienta que apoye la vigilancia de la salud en materia de recolección, integración, procesamiento y análisis de la información sobre la situación de salud de la población, de tal manera que ésta sea oportuna y útil para la toma de decisiones.

3. Fortalecer la vigilancia de la salud en sus diferentes niveles de gestión, de tal manera que puedan cumplir las funciones asignadas, con oportunidad y calidad, dentro del sistema.

4. Proveer información que permita el desarrollo de las investigaciones sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias.

5. Permitir el acceso a datos entre los diferentes actores del Sistema, según tipo de usuario

6. Estandarizar la forma y periodicidad de entrega de los datos y de la información por parte de los proveedores del sistema, de acuerdo a los procedimientos definidos por el Ministerio de Salud.

Artículo 25°- De la cobertura y alcance del Sistema de Información Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado.

El sistema cubrirá todas las instituciones, organizaciones, entes nacionales públicos y privados e internacionales que aporten información referente a los determinantes y eventos de salud definidos por este reglamento, inclusive aquellos eventos o determinantes nuevos o de origen o causa desconocida que pongan en riesgo la salud de la población.

Artículo 26°- Protocolos informáticos: para la importación de datos al Sistema de Información Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado

Todas las instituciones públicas y privadas deberán cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud, en sus procedimientos y protocolos nacionales de transferencia de datos que serán cargados al SINAVISA, adjuntos en los anexos de este reglamento.

En los casos donde no exista la importación de datos, se digitará la información directamente en los módulos del SINAVISA.

Artículo 27°- Protocolos del envío de información para la Vigilancia de la Salud

Los eventos y determinantes que no estén contemplados para ser cargados en el SINAVISA, deberán notificarse según las normas, protocolos nacionales y sus instrumentos, que para tal fin establece el Ministerio de Salud.

Están en la obligatoriedad de cumplir con esta disposición tanto los entes públicos como los privados.

Artículo 28° - Modificaciones a los protocolos nacionales y sus instrumentos

Cuando se requiera el Ministerio de Salud tiene la potestad de realizar modificaciones tanto para el envío y carga de la información, proveniente de los diferentes entes públicos y privados, dichas modificaciones se harán de conocimiento a los notificadores.

CAPÍTULO VII

De la Obligatoriedad, Oficialización y Confidencialidad de la Información del SINAVISA.

Artículo 29° - De la oficialización de la información.

Será competencia del Ministerio de Salud oficializar cualquier información del SINAVISA, excepto aquella que por ley sea responsabilidad del INEC, ente rector de estadísticas nacionales. Lo anterior sin menoscabo de las potestades de las instituciones integrantes del SINAVISA de publicar informes o estudios sobre la situación de salud, en los ámbitos de su competencia legal.

Artículo 30° - Del respeto a las fuentes de información.

Toda la información publicada por el Ministerio de Salud en SINAVISA u otros medios, indicará la o las fuentes de información utilizadas.

Artículo 31° - De la seguridad y confidencialidad de la información.

En materia de datos personales y sin demérito del interés colectivo, el Ministerio de Salud y los proveedores de información aplicarán estrictas normas éticas y mecanismos efectivos que permitan salvaguardar la privacidad e intimidad de las personas afectadas por un evento, la de sus familias y contactos, en el marco de la Ley No. 8968 del siete de julio del 2011 “Ley de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales”.

En todos los ámbitos o componentes del sistema se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de tales datos. Todas las personas que en virtud de sus funciones tengan acceso a ellos, quedan sometidos al deber de la confidencialidad.

Artículo 32° - De la obligatoriedad de entregar información al Ministerio de Salud.

1. Los entes públicos y privados del país que presten servicios de salud a las personas así como todas las personas y organismos públicos y privados que produzcan, manipulen o concentren información que tenga relación con los eventos de salud incluidos en el presente decreto y sus determinantes, así como de cualquier evento imprevisto o inusitado que pueda afectar la salud humana, deberán de notificarlos de manera oportuna, así como cualquier otra información requerida por el Ministerio de Salud, ente Rector en Salud del país a través de sus diferentes niveles de gestión (artículo No.5 de la Ley General de Salud).

El no cumplimiento de lo anterior compromete el permiso de habilitación, requisito indispensable para funcionar como establecimiento de salud.

2. Esta notificación deberá de cumplir los parámetros de calidad, oportunidad y completitud de la información según variables de los instrumentos de notificación.

La notificación debe ser remitida por medios electrónicos de acuerdo a los formatos, periodicidad y estándares establecidos por el Ministerio de Salud, de manera que se

garanticen los criterios de confidencialidad y seguridad requeridos a excepción de las alertas que deben ser de notificación inmediata al nivel de gestión que corresponda, máxime si existe protocolo específico.

3. La periodicidad, el formato y el medio de comunicación y todo lo relacionado con la organización técnica-operativa del proceso será facilitado y coordinado por el Ministerio de Salud y deberá ser de cumplimiento obligatorio por los entes notificadores.

4. Los entes públicos y privados prestarán toda la colaboración necesaria a los funcionarios del Ministerio de Salud cuando se requiera completar, ampliar, corregir o verificar información de los casos atendidos por ellos o de la información suministrada.

Artículo 33°- De información sobre egresos hospitalarios.

Todos los establecimientos de salud, públicos y privados, que posean camas hospitalarias deberán entregar al Ministerio de Salud, la información epidemiológica y estadística general sobre sus egresos hospitalarios de manera digital con la forma y periodicidad que éste determine.

CAPÍTULO VIII

De la Notificación Obligatoria de los Determinantes,

Riesgos y Eventos de Salud Bajo Vigilancia

Artículo 34°- De los entes notificadores y sus obligaciones.

Las siguientes personas o entidades están obligadas a notificar las enfermedades o eventos y riesgos, considerados de notificación obligatoria:

1. Los profesionales o funcionarios de salud que atiendan a una persona afectada por un evento de notificación obligatoria.

2. El director o persona responsable del laboratorio que haya realizado exámenes, pruebas, mediciones o estudios de diversa naturaleza, en los cuales haya identificado, diagnosticado, aislado, tipificado o confirmado la existencia de enfermedades, agentes patógenos, riesgos y determinantes de salud de notificación obligatoria.

3. Los directores o responsables de los servicios de atención a las personas y al hábitat humano, públicos y privados; los directores o encargados de los centros educativos y de trabajo; los directores o encargados de centros como hogares de personas de la tercera edad, albergues, centros penitenciarios, guarderías infantiles, los CEN-CINAI, centros de atención a menores (PANI), centros de atención de denuncias por violencia, los gerentes de hoteles, empresas turísticas, el personal de migración y policía; que sospechen o detecten la presencia de un evento o riesgo que afecte o ponga en peligro la salud de la población.

4. Los profesionales o técnicos, de cualquier disciplina, que realicen estudios de impacto ambiental o que, en virtud de sus funciones, detecten riesgos para la salud de la población.

5. Aquellas personas que por su trabajo se enteren de eventos que pongan en riesgo la salud de la población, tales como periodistas, educadores, cuidadores entre otros.

6. Cualquier miembro de la comunidad que se entere de un problema o riesgo de salud que esté afectando su comunidad.

Artículo 35° - De la lista de eventos de salud sujetos a notificación obligatoria.

El Ministerio de Salud será el responsable de definir y mantener actualizada la lista de determinantes, riesgos, patógenos, material biológico y eventos de salud, cuya notificación es obligatoria por parte de las personas físicas y jurídicas que los registran, detectan, investigan o atiendan; así como de establecer los medios, plazos y condiciones en que tal notificación debe ser realizada.

En caso necesario, la actualización de esta lista de eventos se realizará por medio de Directriz Ministerial para su oportuna ejecución y cumplimiento.

Artículo 36° - De la introducción de un nuevo evento a notificar.

Para incorporar un nuevo evento al sistema de vigilancia y por tanto de notificación obligatoria, debe dar respuesta a las siguientes preguntas de priorización en orden de mayor a menor impacto en la salud:

- a- ¿El evento tiene una clara importancia en Salud Pública, debido a una posibilidad de expansión rápida dentro de la población?
- b- ¿Tiene la enfermedad o evento alta morbilidad y / o alta mortalidad?
- c- ¿La información recopilada del evento conduce a una acción de control a corto plazo significativa en Salud Pública?
- d- ¿El evento es una meta específica de eliminación o erradicación de un programa de control nacional o internacional?

En caso de que un evento sea incluido para la notificación obligatoria, éste debe clasificarse acorde a la Clasificación Internacional de enfermedades vigente u otras existentes y su acatamiento de notificación obligatoria, se hará por medio de Directriz Ministerial.

Artículo 37° - Eventos de salud de notificación obligatoria.

Para efectos de la notificación obligatoria de los eventos de salud, se clasifican en los siguientes grupos:

Grupo A:

Comprende todos aquellos eventos cuya notificación es inmediata, e individual; cuyo estudio de campo, que incluye la ficha de investigación y el reporte del mismo, debe realizarse dentro de las 24 horas posteriores a su detección o bien el día hábil siguiente, excepto los indicados como de notificación obligatoria por Reglamento Sanitario Internacional (RSI), los cuales deben ser notificados e investigados de forma inmediata sin importar si ocurren en horas no laborales o en días no hábiles, al correo alertasrsi.costarica@misalud.go.cr, o al teléfono del Punto Focal del RSI que se indica en la página Web del Ministerio de Salud (<http://www.ministeriodesalud.go.cr>). Es importante agregar que serán sujetos a notificación vía RSI además de los específicos indicados en el Grupo A, los siguientes:

1. Cuadros infecciosos a causa de microorganismos de fácil contagio y/o que pueden originar complicaciones clínicas con frecuencia, cuya presencia es nueva para el país y
2. Cualquier evento no contemplado en el presente decreto que puede tener un impacto para la salud pública internacional de potencial evolución en pocas horas o días.

Los demás eventos del grupo A deben notificarse vía telefónica, en horario de 8:00 am a 4:00 pm, según localidad de la ocurrencia del evento a cualquiera de los números de las 82 Áreas Rectoras de Salud, 9 Direcciones Regionales de Rectoría de Salud o a la Dirección

Vigilancia de la Salud (guía telefónica disponible en la página Web del Ministerio de Salud <http://www.ministeriosalud.go.cr>).

Todo brote, independientemente de su etiología, deberá ser manejado como un evento de este grupo.

Eventos de Notificación obligatoria del Grupo A.	
Evento	Código de la CIE10
Ántrax ^{3 y 5}	A22.1 - A22.8
Cólera ^{3 y 5}	A00.0 – A00.9
Dengue Clásico	A90.X
Dengue Hemorrágico ³	A91.X
Difteria ³	A36.0 – A36.9
Ébola ^{3 y 5}	A98.4
Encefalitis variante ³ Creutzfeldt-Jakob	A81.0
Encefalitis viral transmitida por mosquitos ³	A83.1- A83.3
Otras encefalitis virales no clasificadas en otra parte ³	A85.0 – A85.8
Encefalitis equina venezolana ³	A92.2
Enfermedad por virus de Oropouche ³	A93.0
Exposición a fuerza de la naturaleza	X30.0-X39.9

Exposición a la radiación	Z58.4
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas ³	T36.0-T50.9
Fiebre amarilla ^{3 y 5}	A95.0 – A95.9
Fiebre tifoidea y paratifoidea	A01.0 - A01.4
Fiebre Chikungunya	A92.0
Enfermedad por Virus del Zika	A92.5
-Microcefalia asociado a Zika.	Asignado según SINAVISA
-Síndrome congénito asociado a Zika ³	Asignado según SINAVISA
-Síndrome de Guillain-Barré asociado a Zika ³	Asignado según SINAVISA
Filariasis ³	B74.0
Infección por virus del Oeste del Nilo(VNO) ³	A92.3
Influenza por virus de primera detección (atípicos) ^{3 y 5}	J09.X, J11
Influenza debida a otros virus de influenza identificados	J10.0 – J10.8
Influenza por virus no identificados ³ y 5	J11.0 –J11.8
Intoxicación alimentaria.	A05.0-A05.9

Intoxicación por sustancias ingeridas como alimentos	Asignado según SINAVISA
Intento de suicidio ³	Z91.5 <i>causa primaria</i> X60.0 - X84.9 <i>causa secundaria</i>
Marea roja	T61.2
Meningitis meningocócica	A39.0
Meningococemia aguda	A39.2
Meningitis por <i>Haemóphilus tipo b</i>	G00.0
Meningitis neumocócica	G00.1
Meningitis estreptocócica	G00.2
Meningitis estafilocócica	G00.3
Otras meningitis bacterianas(especificar)	G00.8
Meningitis bacterianas no especificadas	G00.9
Meningitis Viral	A87.0 – A87.9
Neumonía viral no clasificada en otra parte ¹	J12.0 – J12.9
Neumonía por <i>Streptococcus pneumoniae</i> ²	J13.X
Neumonía por <i>Haemóphilus influenzae</i> ²	J14.X

Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte ¹	J15.0-J15.9
Negligencia y abandono ⁴	Y06.1-Y06.9
Paludismo por <i>plasmodium falciparum</i> ³	B50.0 – B50.9
Paludismo por <i>plasmodium vivax</i> ³	B51.0 – B51.9
Paludismo por <i>plasmodium malariae</i> ³	B52.0 – B52.9
Paludismo por <i>plasmodium ovale</i> ³	B53.0
Parálisis flácida aguda ³	G61.0, G11.9, G37.3, G61.0, G61.9, G62.9, G62.2, G90.0, G04.9, A86.x, A88.8, G72.8
Peste ^{3 y 5}	A20.0-A20.9
Problemas relacionados con ambiente físico	Z58.0-Z58.3, Z58.5-Z58.9
Poliomielitis ^{3 y 5}	A80.0-A80.9
Rabia ³	A82.0-A82.9
Rubéola ^{3 y 5}	B06.0-B06.9
Síndrome de rubéola congénita ³	P35.0
Salmonelosis (enteritis)	A02.0
Sarampión ^{3 y 5}	B05.0-B05.9
Shigelosis	A03.0-A03.9
Sífilis gestacional	O98.1

Síndrome de Guillain – Barré ³	G61.0
Síndrome pulmonar por Hantavirus ³	J17.1
Síndrome Respiratorio Agudo Severo ^{3 y 5}	U04.9
Síndrome Respiratorio del Medio Oriente ^{3 y 5}	Asignado según SINAVISA
Tétano neonatal ³	A33.X
Tétanos obstétrico ³	A34.X
Tos ferina ³ (incluye síndromes tosferinosos)	A37.0-A37.9
Varicela ²	B01.0-B01.9
Viruela ^{3 y 5}	B03.X

1: No requiere investigación de campo.

2: Se realiza investigación sólo a los niños o adultos en edad de ser cubiertos con vacunación.

3: Requiere investigación epidemiológica.

4: Requiere investigación con un equipo conformado entre otros, por un responsable de epidemiología y por Trabajo Social.

5: Sujeto a notificación vía RSI.

Grupo B:

Comprende los eventos cuya notificación es en boleta individual; pero periodicidad de reporte semanal. El estudio de campo y su respectivo reporte, el cual incluye la ficha de

investigación, deben realizarse en un periodo máximo de una semana, posterior a la detección.

Eventos de Notificación obligatoria del Grupo B	
Evento	Código de la CIE10
Accidentes laborales ²	Y96.X
Autismo de la niñez	F84.0
Autismo atípico	F84.1
Síndrome de Rett	F84.2
Otro trastorno desintegrativo de la niñez	F84.3
Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados	F84.4
Síndrome de Asperger	F84.5
Otros trastornos generalizados del desarrollo	F84.8
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	F84.9
Otros trastornos del desarrollo psicológico	F88.X
Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado	F89.X
Brucelosis	A23.0-A23.9
Desnutrición proteico calórica no especificado ⁴	E46.X
Kwashiorkor	E40.X
Marasmo nutricional	E41.X
Kwashiorkor marasmático	E42.X
Desnutrición proteico calórica severa no especificada	E43.X
Retardo en el desarrollo debido a desnutrición proteico calórica severa ⁵	E45.X
Riesgo nutricional en adulto > <u>a 65 años.</u>	Asignado según

	SINAVISA
Diabetes Mellitus tipo I (insulino dependiente) ²	E10.0 – E10.9
Diabetes Mellitus tipo II (no insulino dependiente) ²	E11.0 – E11.9
Diabetes Mellitus no especificada ²	E14.0 – E14.9
Demencia en la enfermedad Alzheimer	G30.0 – G30.9
Demencia Vascular	F01.0 – F01.9
Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte ⁹	F02.0 – F02.4, F03X
Depresión	F32.0- F33.9
Distimia	F34.1
Embarazo de Alto Riesgo	Z35.0 - Z35.9
Enfermedad de Chagas	B57.0 – B57.5
Enfermedad diarreica por Rotavirus	A08.0
Enfermedades laborales ²	Use clasificación vigente de enfermedades profesionales de la OIT*
Enfermedad renal crónica	N18.1 –N18.5
Esquizofrenia ³	F 20.0 – F20.9
Explotación sexual comercial (ESC) Use código adicional (Y07.8-Y07.9) para identificar causa secundaria.	Asignado según SINAVISA
Hepatitis aguda tipo A	B15.0 – B15.9
Hepatitis aguda tipo B	B16.0 – B16.9
Infección aguda por agente delta en el portador de hepatitis B	B17.0
Hepatitis aguda tipo C	B17.1
Hepatitis aguda tipo E	B17.2

Otras hepatitis virales agudas especificadas	B17.8
Hepatitis viral aguda no especificada	B17.9
Hepatitis viral tipo B crónica con agente delta	B18.0
Hepatitis viral tipo B crónica sin agente delta	B18.1
Hepatitis viral tipo C crónica	B18.2
Otras hepatitis virales crónicas	B18.8
Hepatitis viral crónica sin especificar	B18.9
Hipertensión arterial ²	I10.X
Ictus ²	G45.0 – G45.9
<p>Infecciones asociadas a atención en salud^{6,8}</p> <p><i>En caso de que no se localice el agente use código secundario para localizar sitio de la infección</i></p> <p>Infecciones de vías respiratorias altas J00.X-J01.9, J06.0-J06.9</p> <p>Infecciones de vías respiratorias bajas. J12-J18, J20, J86.9, J98.5</p> <p>Infecciones tracto gastrointestinal (Diarreas) A01.0-A09.9</p> <p>Infecciones de vías urinarias N39.0</p> <p>Absceso epidural o subdural H65.0, H66.0</p>	<p>Y95.X <i>causa primaria</i></p> <p><i>Use código secundario para indicar agente infeccioso</i></p>

<p>Meningitis G00.0-G03.9</p> <p>Infecciones de tejidos blandos. L04.0-L04.9, L08.0-L08.9,</p> <p>Bacteriemias A49.9</p> <p>Endometritis N71.0</p> <p>Infección por quemaduras T20.0-T32.9</p> <p>Infección de heridas quirúrgicas</p>	
Infección gonocócica ²	A54.0 – A54.9
Infección anogenital debida a virus del herpes ²	A60.0 – A60.9
Infecciones por virus de papiloma humano ²	B97.7
Leishmaniasis visceral	B55.0
Leishmaniasis cutánea	B55.1
Leishmaniasis mucocutánea	B55.2
Leishmaniasis no especificada	B55.9
Lepra o Enfermedad de Hansen	A30.0 – A30.9
Leptospirosis	A27.0 – A27.9
Obesidad	E66.0 – E66.9
Otros tétanos	A35.X
Parotiditis infecciosa	B26.0 – B26.9

Quemaduras ²	T20.0 – T30-7
Rickettsiosis incluye erlichiosis	A75.o, A75.2, A77.0, A79.8
<p>Resistencia a antibióticos betalactámicos</p> <p>Use código adicional (B95-B98), si desea identificar a los agentes resistentes a tratamiento con antibióticos betalactámicos.</p> <p>Resistencia a penicilina (U82.0)</p> <ul style="list-style-type: none"> • amoxicilina • ampicilina <p>Resistencia a meticilina (U82.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • cloxacilina • oxacilina <p>Resistencia a betalactamasa de espectro extendido (BLEE) (U82.2)</p> <p>Resistencia a otros antibióticos betalactámicos (U82.8)</p> <p>Resistencia a antibióticos betalactámicos, no especificados</p> <p>Resistencia a otros antibióticos (U83)</p> <p>Use código adicional (B95-B98), si desea identificar a los agentes resistentes a tratamiento con otros antibióticos.</p> <p>Resistencia a vancomicina</p>	<p>U82</p> <p>U82.0</p> <p>U82.1</p> <p>U82.2</p> <p>U82.9</p> <p>U83</p> <p>U83.0</p> <p>U83.1</p> <p>U83.2</p>

(U83.0)	
	U83.7
Resistencia a otros antibióticos similares a vancomicina (U83.1)	U83.8
Resistencia a quinolonas (U83.2)	
	U83.9
Resistencia a múltiples antibióticos (U83.7)	
	U84
Resistencia a otros antibióticos únicos especificados	
Resistencia a antibióticos no especificados (U83.9)	
Resistencia a antibióticos SAI (U83.9)	
Resistencia a otras drogas antimicrobianas (U84)	
Use código adicional (B95-B98), si desea identificar a los agentes resistentes a tratamiento con otras drogas antimicrobianas.	
Excluye: resistencia a antibióticos (U82-U83)	
Sospecha de violación sexual	Asignado según SINAVISA
Sífilis congénita	A50.0 – A50.9
Sífilis precoz ²	A51.0 – A51.9
Sífilis tardía ²	A52.0 – A52.9
Sífilis gestacional	O98.1
Otras sífilis y las no especificadas ²	A53.0 – A53.9
Trastorno bipolar afectivo ³	F31.0 – F31.9
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	F10.0 - F19.0

Victimas de accidente de tránsito ²	V01.0 - V99 .9 <i>causa primaria</i> S00 - T14 <i>causa secundaria</i>
Violencia intrafamiliar ⁷	Y07.0 – Y07.9 <i>causa primaria</i> T74.0 – T74.9 <i>especifica el síndrome del maltrato.</i>

1: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_125164.pdf

2: No requieren investigación de campo.

3: Sólo lo notifica especialista en psiquiatría y no requiere investigación de campo.

4: Incluye los niños menores de 5 años que presentan menor o igual a - 2 desviaciones estándares o más de las gráficas de peso/talla vigente, en niños mayores de 5 años (baja talla severa), adolescentes y adultos, menor o igual a -2 desviaciones estándares o más según IMC, patrón de referencia de OMS.

5: Menor o igual a -3 DE según tabla de talla edad vigente en niños de 0 a 5 años.

6: Requiere investigación epidemiológica

7: Requiere investigación con un equipo conformado entre otros, por responsable de epidemiología y por Trabajo Social.

8: Infecciones asociadas a atención en salud: Siempre se utiliza Y95 como código principal y secundario cuando se identifica agente infeccioso, si no se identifica agente se coloca código secundario para localización.

9: excluye demencia senil con delirio o con estado confusional agudo (F05.1)

Senilidad, no especificada (R54)

Grupo C:

Comprende eventos cuya notificación es semanal, en reporte colectivo.

Eventos de Notificación obligatoria del Grupo C	
Evento	Código de la CIE10
Accidentes ofídicos	T63.0
Amebiasis	A06.0 – A06.9
Anquilostomiasis y necatoriasis	B76.0 – B76.9
Ascariasis	B77.0 – B77.9
Asperger	F84.5
Autismo	F84.0
Conjuntivitis epidémica aguda hemorrágica	B30.3
Enfermedad diarreica aguda (EDA) de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados	A04.0- A05.9, A08.1 - A09.9
Enfermedad tipo Influenza (ETI)	
Estrongiloidiasis	B78 .0 –B78.9
Enterobiasis	B80.X
Giardiasis	A07.1
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores (IRAS)	J00.0 - J06.9
Otras helmintiasis	B83.0 – B83.9
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	B81.0 – B81.8
Parasitosis intestinal sin especificar	B82.0 – B82.9

Tricuriasis	B79.X
-------------	-------

Grupo D:

Incluye los determinantes y eventos no incluidos en los grupos anteriores. Por lo general, su notificación e investigación no son inmediatas, y requieren del llenado de formularios o boletas especiales de notificación y algunos tienen su propio registro y se debe cumplir con la periodicidad establecida en los protocolos o normas específicas.

Eventos de Notificación obligatoria del Grupo D.	
Evento	Código de la CIE10
Cáncer ²	C00.0- D48.5
Contaminación del agua	
Contaminación del aire	
Evento supuestamente atribuido a vacunación e inmunización (ESAVI) ¹	
Intoxicación por plaguicidas ³	T60.0 –T60.9
IRAG (Proxys J09 a J18 y J20.0 J22.X)	
Insuficiencia Cardíaca ⁴	I50.0
Malformaciones congénitas	Q00.0 - Q99.9
Mortalidad infantil	
Mortalidad materna	
Mortalidad hospitalaria	
Otras intoxicaciones	T51.0-T51.9,

	T64.X-T65.1, T65.3- T65.9
Registro nominal de vacunación	
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ² e Infección por VIH ²	B20.0 - B24.X Z21.X
Tuberculosis, en todas sus formas	A15.0 - A19.9

1: Se investigan sólo los ESAVI graves.

2: No requiere investigación de campo de rutina

3: Requieren investigación de campo.

4: Se implementa mediante Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca con las variables dispuestas en el anexo 9.

Artículo 38° - De los instrumentos de notificación contemplados en el SINAVISA.

Los eventos de notificación del grupo A y B individual VE.01 (Anexo 1), Inmunizaciones, Tumores y Mortalidad Infantil podrán ser notificados por algunos de los siguientes medios:

- a-** Plataforma del SINAVISA: según el permiso y rol del notificador podrá realizar en línea las notificaciones por medio de la plataforma.
- b-** Por carga de datos al SINAVISA: los entes tanto públicos o privados podrán solicitar al Ministerio de Salud la carga de datos para módulos del sistema que tengan contemplada esta función, para esto se tomarán en cuenta los protocolos nacionales y sus instrumentos de notificación vigentes.

- c- Los entes notificadores que no cuenten con acceso a la plataforma seguirán utilizando los formularios impresos para la notificación de eventos siguiendo los procedimientos establecidos para el envío de las boletas según el nivel de gestión.

Artículo 39°- De los instrumentos de notificación no contemplados en el SINAVISA.

Aquellos eventos que no estén contemplados en la plataforma SINAVISA pero que sean de interés del presente decreto, se notificarán de acuerdo a los protocolos nacionales, normas e instrumentos que para tal fin se diseñen, además de los anexos incluidos en este decreto.

Los eventos del grupo D se notificarán en los instrumentos o medios específicos que establezca el Ministerio de Salud en cada caso (ver protocolos específicos en página Web del Ministerio de Salud).

La información contenida en estas boletas deberá ser enviada al Ministerio de Salud de manera electrónica ya sea por carga o digitación directa en el SINAVISA o en las tablas de Excel especificadas en artículos anteriores.

La boleta de notificación individual de vigilancia epidemiológica VE.01 deberá contener los siguientes datos:

1. Número de cédula de identidad.
2. Nacionalidad.
3. Nombre completo de la persona.
4. Fecha inicio del evento / síntomas: día, mes, año.
5. Diagnóstico de notificación.

6. Diagnóstico específico
7. Fecha del diagnóstico: día, mes, año.
8. Sexo.
9. Etnia.
10. Fecha de nacimiento: día, mes, año.
11. Edad: años, meses, días.
12. Nombre del encargado (en caso de menores de 18 años, o persona con discapacidad).
13. Residencia-provincia-cantón-distrito-otras señas.
14. Número de teléfono de la casa de habitación.
15. Lugar de trabajo.
16. En caso de accidentes de tránsito lugar del accidente-provincia-cantón y distrito.
17. Establecimiento que informa.
18. Nombre de la persona que informa.

Los siguientes ítems de la boleta VE.01 deberán ser completados por el profesional que asista al enfermo o que en razón de sus funciones conozca el caso: nombre, fecha de inicio de síntomas, diagnóstico, fecha de diagnóstico y la verificación de la dirección del paciente.

El resto de los datos serán llenados por el personal de registros médicos o de apoyo de la entidad notificadora respectiva.

En caso de que el establecimiento cuente con expediente electrónico, el sistema deberá tener los mecanismos para reconocer los diagnósticos de notificación obligatoria, y remitir por medios electrónicos el contenido de las boletas al Ministerio de Salud.

Artículo 40° - Del estudio de campo.

Son objeto de un “estudio de campo” los eventos del grupo A y B que se indiquen directamente en el presente reglamento y los que estén estipulados en las normas y protocolos nacionales de vigilancia, en caso que así se especifique en los mismos.

Estas investigaciones serán efectuadas por los equipos locales de salud, con el apoyo del nivel regional y nacional en caso de que se requiera.

Estos estudios son parte del quehacer de la vigilancia, y no requieren de la presentación de protocolos ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).

Artículo 41°- Del estudio de brotes.

Ante la denuncia, sospecha o presencia de un brote, se procederá de la siguiente forma:

1. Los responsables de la vigilancia a nivel local o regional, emitirán la respectiva “alerta epidemiológica” Siguiendo el flujo establecido por nivel de gestión y la comunicarán a la Dirección de Vigilancia de la Salud y ésta a su vez a las autoridades de salud, por el medio más expedito al alcance. En caso de que sea el nivel nacional quién detecta la alerta, la comunicará además al nivel regional respectivo.

2. De forma inmediata, la Dirección del Área Rectora correspondiente procederá a coordinar y participar en el estudio del brote, con las instituciones involucradas.

3. El estudio del brote deberá iniciarse dentro de las primeras 24 horas posteriores a su conocimiento.

4. Todo brote implicará la emisión de una alerta, el estudio inicial de los casos e informes de evolución hasta su cierre.

5. La notificación, estudio y seguimiento de los brotes se realizará de acuerdo a las características de cada evento, según lo estipulado en las normas o protocolos vigentes.

6. El cierre del brote deberá contar con el estudio de laboratorio, cuando así lo requiera el tipo de evento y la normativa vigente enviando el informe respectivo a las autoridades locales y éstas seguirán el flujo correspondiente.

7. Todo padecimiento nuevo (emergente) o desconocido en el país o una de sus zonas, deberá ser notificado de inmediato por el medio más expedito y se manejará como un brote.

Artículo 42° - Otros estudios epidemiológicos.

La práctica de la vigilancia en salud pública requiere de la realización de estudios epidemiológicos que incorporan la recolección de datos relevantes mediante entrevista, análisis de bases de datos, revisión de expedientes clínicos, certificados de defunción u otras fuentes de datos dirigidas a:

1. Prevenir y controlar enfermedades endémicas y epidémicas, facilitando la respuesta oportuna y efectiva ante situaciones brotes o epidemias.

2. Evaluar programas e intervenciones en salud pública para determinar sus resultados e impacto en la población.

3. Realizar acciones de farmacovigilancia intensiva de medicamentos y biológicos en apoyo a la toma de acciones relacionadas con la seguridad, advertencias o comercialización de los mismos.

En los casos anteriores, no es necesario contar con la aprobación de un CONIS, pero los investigadores están obligados a respetar los principios éticos fundamentales que protejan la confiabilidad de los datos, garanticen la difusión apropiada y oportuna de resultados estadísticos, asegurando la privacidad y autonomía de los participantes.

Artículo 43° - Del flujo de información y su periodicidad.

La notificación de todas las boletas se hará de forma digital sin excepción alguna al Ministerio; una vez que esté funcionando el SINAVisa, la información ingresará o se cargará por parte de los entes notificadores, y todos los usuarios tendrán acceso a la misma de acuerdo con los códigos de usuarios suministrados.

En caso de aquellos eventos que no estén incluidos en el SINAVisa, estos mantendrán la notificación de las boletas al Área Rectora correspondiente, quien tendrá la responsabilidad de la custodia de las mismas.

Las bases electrónicas y / o las boletas deben ser entregadas a la DARS, los días martes antes del mediodía por parte de los entes notificadores, las DARS, deben realizar el control de calidad de la información, y pasar esta información a la Dirección Regional Rectora de la Salud (DRRS), a más tardar el miércoles antes del mediodía. La DRRS, a su vez realizará el control de calidad, consolidará la información y enviará esta a la DVS, a más tardar los días jueves antes del mediodía. Una vez que esté funcionando el SINAVisa, la información ingresará en línea por parte del ente notificador, y todos los niveles de gestión tendrán acceso a la misma.

Artículo 44° - De los medios para la notificación inmediata.

Los eventos de notificación inmediata deberán ser reportados, con carácter urgente de manera electrónica, personal, telefónica, o por fax, a la autoridad de salud más cercana o disponible en el momento. Cuando esta información sea recibida por los niveles local y regional del Ministerio de Salud, éstos procederán a comunicarla de inmediato a la Dirección de Vigilancia de la Salud en el Nivel Central.

En el caso de los eventos sujetos a declaración internacional definidos en este reglamento en el artículo 37, o bajo directriz ministerial, toda alerta debe notificarse al Punto Focal del RSI los 7 días de la semana, las 24 horas del día los 365 días del año, al correo electrónico: alertasrsi.costarica@misalud.go.cr y al teléfono celular que se establezca para el punto focal del Reglamento Sanitario Internacional de la Dirección Vigilancia de la Salud, el cual estará indicado en la página Web del Ministerio de Salud <http://www.ministeriodesalud.go.cr>.

Artículo 45° - De la notificación negativa.

Todo ente notificador que no haya detectado eventos que están eliminados o en proceso de eliminación tales como polio, sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, tétano y tétano neonatal, malaria y filariasis deberá realizar la notificación negativa al Ministerio de Salud, los días lunes de cada semana, en el formato Excel de notificación negativa. Dado por el Ministerio de Salud.

Artículo 46° - De la verificación del cumplimiento con la notificación obligatoria.

Los directores o responsables de los establecimientos de salud y otros mencionados en el artículo 32° de este reglamento, tienen la obligación de verificar que los funcionarios a su cargo cumplan, oportunamente, con la notificación de los eventos y riesgos de declaración obligatoria, cuando así les corresponda.

A su vez, la Dirección de Vigilancia de la Salud, las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud, controlarán que los entes notificadores cumplan de forma oportuna con sus obligaciones.

Artículo 47° - Del registro de eventos.

Con el propósito de poder determinar tendencias y de facilitar los estudios comparativos, la declaración y el registro de los eventos y riesgos de notificación obligatoria se realizarán de acuerdo al calendario internacional de semanas epidemiológicas (SE), unidad básica temporal, oficializado por el Ministerio de Salud.

La SE, debe corresponder a la fecha de inicio de los síntomas en el caso de los eventos transmisibles agudos, y a la fecha de diagnóstico, en el caso de eventos transmisibles crónicos o no transmisibles. En el caso de riesgos o determinantes corresponderá a la fecha en que se detecte.

Para incluir la información extemporánea que se reciba, el Ministerio de Salud realizará ajustes mensuales y anuales de las cifras correspondientes a cada semana epidemiológica.

En el caso de notificación de niños vacunados la información se dará con una periodicidad mensual

Artículo 48° - De los registros especiales de eventos y determinantes de la salud.

Además de los registros de los eventos de notificación obligatoria, la Dirección de Vigilancia de la Salud podrá crear bases de datos, registros especiales para aquellos eventos y determinantes que el Ministerio considere de particular importancia o que son de interés de análisis por otras direcciones del Ministerio de Salud. Todos las cuales formarán parte del Sistema Nacional de Información de Vigilancia de la Salud o estarán enlazados a él. Formarán parte de dicho sistema, entre otros, el Registro Nacional de Tumores, el Registro Nacional de Quemados, el Registro de Enfermedades Congénitas, el Registro de Inmunizaciones, registros sobre determinantes y cualquier otro registro que según el contexto se considere necesario.

Artículo 49°- De las obligaciones de los directores de laboratorios y bancos de sangre.

Los directores de laboratorios públicos y privados, de enseñanza o de investigación, así como los laboratorios oficiales y bancos de sangre están obligados a notificar al Ministerio de Salud, el diagnóstico de patógenos causantes de enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria u otros de interés en salud pública.

A su vez los directores de laboratorios y bancos de sangre públicos y privados, de enseñanza o de investigación, así como los Laboratorios Oficiales, están obligados a notificar al Centro Nacional de Referencia correspondiente, el diagnóstico de patógenos causantes de enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria u otros de interés en salud pública que requieran confirmación o tipificación en un Centro Nacional de Referencia , así mismo la resistencia a los antimicrobianos, en la boleta o el medio establecido por el CNR para este fin. Los Centros de Referencia deberán depurar esta información y hacerla llegar a la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los aislamientos microbianos de agentes de notificación obligatoria realizados en laboratorios públicos o privados del país y que se definan de interés para la salud pública se deberán poner a disposición de los Centros Nacionales de Referencia. De la misma manera deben proceder cuando aislen o manipulen otros agentes patógenos que no circulan libremente en el territorio nacional o cuando descubran su existencia por primera vez. Este material biológico se deberá acompañar de la información clínica-epidemiológica solicitada.

Artículo 50° - De otros mecanismos de vigilancia de la salud.

Además de los elementos contemplados para la notificación obligatoria, serán sujetos a vigilancia, por mecanismos distintos a la notificación obligatoria (encuestas, sitios centinela, registro de egresos hospitalarios, vigilancia laboratorial, captación de datos sobre determinantes de diferentes instituciones para la construcción de indicadores etc.), cualquier otro determinante, riesgo o evento de salud que el Ministerio considere de interés para el mejor conocimiento de la situación de la salud de la población, para lo cual el Ministerio de Salud, definirá la forma y periodicidad con que se captará dicha información, por ejemplo: residuos sólidos, los problemas y necesidades relacionados con la salud oral, las adicciones, la seguridad alimentaria, la salud ocupacional, la salud mental, la salud reproductiva y la contaminación del hábitat humano.

Artículo 51° - De la codificación de los eventos.

Para la codificación de los eventos sujetos a vigilancia y según aplique, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en el país y las demás clasificaciones que adopte oficialmente el Ministerio de Salud, excepto aquellos eventos que son de carácter sindrómico por lo que agrupan una serie de eventos y por lo tanto no tienen un código específico como por ejemplo las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) o la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), entre otros.

CAPÍTULO IX

De la Entrega o Comunicación de otra Información Relevante a las Autoridades de Salud y a los Organismos Internacionales de Salud.

Artículo 52°- De la comunicación diaria de información relevante a los diferentes niveles de gestión y a las Autoridades de Salud.

Las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud informarán diariamente a la respectiva Dirección Regional de Rectoría de la Salud, acerca de cualquier evento cuya magnitud o trascendencia social o institucional lo conviertan en un hecho de interés para la salud pública. Así mismo las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud informarán a la Dirección de Vigilancia de la Salud y ésta a las Autoridades Superiores.

La Dirección de Vigilancia de la Salud deberá mantener informados, en forma permanente, al despacho del Ministro, Viceministro y a la Dirección General de Salud, de los aspectos más relevantes sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias.

Artículo 53°- De la comunicación de información a los Organismos Internacionales de Salud.

La Dirección de Vigilancia de la Salud, deberá suministrar a la OMS/OPS y otros organismos internacionales los informes y datos estipulados en el Reglamento Sanitario Internacional o en otros compromisos o convenios oficiales del país.

Artículo 54°- De la colaboración que deben prestar al Ministerio de Salud los directores médicos, otros profesionales en ciencias de la salud y responsables o gerentes de empresas.

Los directores médicos de los establecimientos de salud, los profesionales en ciencias de la salud, en el ejercicio público o privado de la profesión, los responsables, gerentes o directores de empresas u organizaciones, están obligados a prestar toda su colaboración y a

brindar las facilidades necesarias a los responsables de vigilancia de la salud y otros funcionarios del Ministerio de Salud, en las investigaciones y estudios de los determinantes, riesgos y eventos de interés para la salud de la población.

Dicha colaboración incluye la toma de muestras, poner a la disposición toda la información existente en los registros de salud, en los archivos de documentos médicos, en los laboratorios y otras dependencias del establecimiento, así como cualquier otra información necesaria, que sea del conocimiento de los profesionales que atendieron el caso.

El suministro o acceso a esta información debe ser oportuna, eliminando los obstáculos administrativos para brindarla.

CAPÍTULO X

Del Centro Nacional de Enlace

Artículo 55°- Sobre el Centro Nacional de Enlace

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), busca prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional. Además sirve de base jurídica a importantes documentos sanitarios relativos a los viajes y al transporte internacional, así como para la protección sanitaria de los usuarios de aeropuertos, puertos internacionales y pasos fronterizos terrestres.

Complementario a lo anterior dicta la creación de un Centro de coordinación directa por país, el cual deberá de fungir como instancia enlace en todo momento, para recibir las comunicaciones de los puntos de contacto de la OMS para el RSI, con el fin de cumplir con

los objetivos de dicho reglamento. Por tal razón, se crea el Centro Nacional de Enlace constituido por diferentes instituciones que tienen un rol primario en el cumplimiento de los objetivos del RSI.

Su sitio habitual de reunión será la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, y su coordinador(a) será el Punto Focal para el RSI de Costa Rica, quien será funcionario(a) de dicha Dirección.

Artículo 56° - Objetivo general.

Detectar, analizar y comunicar, los eventos que puedan ser un riesgo a la salud pública nacional o internacional generando información para la toma de decisiones.

Artículos 57 ° - Objetivos específicos.

1. Coordinar con el Sistema de Vigilancia de la Salud para la notificación oportuna, las 24 horas los 7 días de la semana, de las alertas de eventos nacionales imprevistos o emergentes y que puedan tener repercusiones graves para la salud pública, o con posibilidades de constituir un problema de salud pública de importancia internacional.
2. Dar continuidad y seguimiento a la implementación del RSI.
3. Dar continuidad y seguimiento a la implementación de la Estrategia de Comunicación.
4. Asesorar y apoyar la elaboración de lineamientos, protocolos y otros documentos técnicos, relacionados con nuevos eventos de importancia en salud pública.
5. Analizar los eventos, utilizando el anexo 2 del RSI, para determinar si son de importancia internacional, con el fin de notificar a las Autoridades de Salud nacionales, RSI-OPS y/o a los puntos focales de RSI de los países involucrados.

6. Velar por el desarrollo y mantenimiento de las capacidades básicas, acorde con el Anexo 1 del RSI.

Artículo 58°- Funciones del Centro Nacional de Enlace.

1. Se desempeña como Punto de Contacto permanente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el RSI.
2. Convoca, a través de su Coordinador, a los miembros del Centro Nacional de Enlace para dar continuidad y seguimiento a la implementación del RSI.
3. Divulga el RSI a los actores claves para reforzar el proceso de Vigilancia de la Salud.
4. Vela por la implementación y seguimiento del RSI en los diferentes niveles de gestión de las entidades o instituciones que integran el CNE, así como en los puntos de entrada al país.
5. Monitorea la información de las fuentes formales, e informales a fin de detectar alertas que pongan a riesgo la Salud Pública, nacional o internacional.
6. Divulga información proveniente de los Puntos de Contacto de OPS/OMS para el RSI, en particular sobre riesgos para la salud pública, eventos que puedan constituir emergencias de salud pública de importancia internacional y recomendaciones temporales, así como toda otra información que la OMS aporte en virtud del RSI.
7. Realiza el análisis de eventos empleando el Anexo 2 del RSI en conjunto con expertos relacionados con el mismo.
8. Envía a los contactos de la OMS para RSI, en nombre del país, comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del presente Reglamento en particular las previstas en los artículos 6 a 12.
9. Da seguimiento y respuesta a las solicitudes de información de RSI-OPS y OMS.

- 10.** Convoca a expertos según evento para la asesoría y apoyo en la elaboración de lineamientos, protocolos y otros documentos técnicos, relacionados con nuevos eventos de importancia en salud pública.
- 11.** Apoya al equipo de Comunicación de Riesgo en la elaboración de documentos con información relativa a eventos, dirigidos a la población y a los medios de comunicación.
- 12.** Brinda asesoría y apoyo técnico al nivel que lo solicite ante la presencia de un posible evento que afecte la salud pública, así como en la elaboración y seguimiento de los planes de contingencia.
- 13.** Convoca, coordina y lidera al Equipo de Respuesta Rápida (ERR) ante una situación que amerite su participación.
- 14.** Coordina la capacitación a los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) en la investigación epidemiológica sobre eventos de salud pública.
- 15.** Contacta al Centro de Operaciones de Emergencia (COE) en caso de requerir del apoyo de la Comisión Nacional de Emergencias, para la respuesta ante eventos, dependiendo de su magnitud y riesgo.
- 16.** Coordina y apoya la elaboración de protocolos específicos para la vigilancia de eventos de salud pública emergentes y otros de importancia internacional.
- 17.** Realiza seguimiento a los planes de contingencia de los diferentes niveles.
- 18.** Valida los planes de contingencia a través de los ejercicios de simulación.
- 19.** Asesora y brinda apoyo técnico a los países que lo soliciten.
- 20.** Realiza las autoevaluaciones de las capacidades básicas de RSI.

Artículo 59°- Integrantes del Centro Nacional de Enlace.

El Centro Nacional de Enlace cuenta con dos funcionarios por institución (titular y permanente) de las siguientes instituciones:

- a-** Dos funcionarios del Ministerio de Salud.
- b-** Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA).
- c-** Instituto Nacional de Investigación en Nutrición y Salud (INCIENSA).
- d-** Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS).
- e-** Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Laboratorio Nacional de Aguas.
- f-** Servicio Fitosanitario del Estado (SEFITO).

Estos funcionarios, exceptuando el Punto Focal del RSI que es un puesto técnico permanente del Ministerio de Salud, serán nombrados por el máximo jerarca de cada institución de acuerdo al perfil de las funciones que se deben asumir. Esta solicitud de nombramiento la extenderá el Ministro(a) de Salud y su nombramiento tendrá vigencia hasta que exista una indicación oficial de la institución a la que representa de que el(los) funcionario(s) designado(s) no podrá(n) continuar, en cuyo caso se solicitará que se nombre(n) su(s) sustituto(s); o bien, si existiera un problema reiterado de participación efectiva en las funciones del Centro Nacional de Enlace, el Ministro de Salud podrá solicitar al máximo jerarca de esa institución que se nombre a otro funcionario. Ningún funcionario puede renunciar al CNE a menos que cuente con la autorización por escrito de quien lo designó.

La coordinación general de la CNE recae sobre el Punto Focal del RSI para Costa Rica, quien será uno de los integrantes del Centro.

El procedimiento en cuanto a la logística y orden de las sesiones se regirá por la Ley General de Administración Pública.

En las sesiones del CNE solo podrán participar el funcionario titular de cada institución, y el suplente solo ante ausencia justificada del primero.

De forma ordinaria, el CNE se reunirá mensualmente en la Dirección de Vigilancia de la Salud previo cronograma acordado de reuniones.

Se contará con asesorías o apoyo técnico de otras entidades, según evento y cuando sea requerido, mediante solicitud formal coordinada con antelación.

CAPÍTULO XI

Disposiciones Finales

Artículo 60°- Del Monitoreo y Evaluación del Sistema.

El Ministerio de Salud, establecerá los indicadores de seguimiento y evaluación del sistema. Asimismo, realizará una evaluación general de tipo cualitativo y cuantitativo, de la estructura, los procesos y los resultados, con el objetivo de tomar las medidas correctivas pertinentes y de mejorar el desempeño alcanzado.

Artículo 61°- De las Infracciones.

Las infracciones al presente reglamento serán sancionadas de acuerdo con las disposiciones y procedimientos contenidos en la Ley General de Salud y el Decreto Ejecutivo No 39251-S de 2 de junio del 2015, publicado en el Alcance No. 87, del Diario Oficial La

Gaceta No. 208 del 27 de octubre del 2015 “Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y sus reformas”.

Los establecimientos de salud de atención a las personas que no cumplan con el presente Reglamento, no se les otorgará el Permiso Sanitario de Funcionamiento, o se les suspenderá el ya otorgado.

En el caso de la Vigilancia de Salud marítima o aérea, en que se informa al país a través del Parte Sanitario de la Declaración General de Aeronave y la Declaración Marítima de Sanidad, ambas son consideradas una declaración jurada, por lo tanto su omisión o falta a la verdad lo hace acreedor a una causa penal según la legislación nacional.

Artículo 62°- Derogatoria.

Deróguese el Decreto Ejecutivo No. 37306-S del 27 de agosto del 2012, publicado en el Alcance No. 160, al Diario Oficial La Gaceta No. 203 del 22 de octubre del 2012 “Reglamento de Vigilancia de la Salud”.

Artículo 63°- Aquellas instituciones o profesionales que no cuenten con la plataforma tecnológica para ingresar la información, se les dará un plazo de 6 meses a partir de la publicación del mismo para que solucionen la situación, mientras tanto deberán entregar al Área Rectora de Salud correspondiente, la información solicitada con la periodicidad que establece el presente reglamento.

Artículo 64°- Aquellas instituciones o profesionales que tengan problemas de conectividad, deberán entregar al Área Rectora de Salud correspondiente la información solicitada en digital con la periodicidad que establece el presente decreto.

Artículo 65º- Vigencia.

Rige a partir de su publicación.


Dado en la Presidencia de la República. –San José, a los siete días del mes de julio del año dos mil diecisiete.

LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA


DR. KAREN MAYORGA QUIRÓS
MINISTRA DE SALUD

1 vez.—O. C. N° 3400031658.—Solicitud N° 18201.—(D40556 - IN2017161166).

Anexo 1.

Ministerio de Salud			
Boleta de Notificación Individual de Vigilancia Epidemiológica VE01			
No de cédula o identificación	<input type="text"/>		
Nombre del paciente	<input type="text"/>		
Diagnóstico de notificación	<input type="text"/>		
Diagnóstico específico	<input type="text"/>		
Fecha de inicio del evento / síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	día	mes	año
Fecha de diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	día	mes	año
Sexo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Etnia <input type="text"/>
	Masculino	Femenino	
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	día	mes	año
Edad cumplida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	años	meses	días
Nombre del padre, madre o encargado (solo en caso de < de 18 años)			
<input type="text"/>			
Residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Dirección exacta	<input type="text"/>		
Teléfono de casa / celular	<input type="text"/>		
Lugar de trabajo	<input type="text"/>		
Localización lugar de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Lugar de ocurrencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Establecimiento que informa	<input type="text"/>		
Nombre del notificador:			

Anexo 2

Ministerio de Salud		Boleta de notificación colectiva VE 02																															
Establecimiento														SEGÚN RESIDENCIA DE LOS CASOS																			
Semana N°:		DEL				AL				PROVINCIA			CANTON		DISTRITO																		
		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO		PROVINCIA		CANTON		DISTRITO															
Tipo de evento		Grupos de edad																															
		< 1 año		1 a 4 a		5 a 9 a		10 a 14 a		15 a 19 a		20 a 24 a		25 a 29 a		30 a 34 a		35 a 39 a		40 a 44 a		45 a 49 a		50 a 54 a		55 a 59 a		60 a 64 a		65 y más		Total	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Acc. Ofídicos																																	
Conjuntivitis Hemorrágica																																	
Dengue*																																	
Depresion																																	
Enfer. Diarreica Aguda (EDA)																																	
Enfer. Tipo Influenza (ETI)																																	
Escabiosis																																	
Infec. Respiratoria Aguda Superior IRAS																																	
Leishmaniasis																																	
Pediculosis																																	
P A R A S I T O S I S	Anquilostomiasis y necatoriasis																																
	Ascariasis																																
	Estrongiloidiasis																																
	Trichuriasis																																
	Enterobiasis																																
	Otras helmintiasis intestinales																																
	Parasitosis intestinal sin especificar																																

*Cuando se declara brote

Anexo 3



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE LA SALUD
BOLETA DE NOTIFICACIÓN DE INTOXICACIONES AGUDAS CON PLAGUICIDAS**

1. INFORMACION /IDENTIFICACIÓN DEL INTOXICADO

N° cédula	Expediente /pasaporte		Telefono	
1 er apellido	2do apellido	Nombre		
Sexo	Edad	Grupo edad	Caso	
Fecha is	Fecha dx	Manifes clínicas	Gravedad	
Lugar resid	Provincia	Cantón	Distrito	
Dirección exacta				
Hospitaliz	Fecha egreso	Condición	Fecha defun	

2. INFORMACION DE LA INTOXICACIÓN

< de edad	> 65 a	Mujer c/embaraz
Nomb comerc del plaguic	Nombre químico	Acción biocida
		Modo de intox

3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CENTRO ATENCIÓN QUE NOTIFICA

Nombre del establecimiento que notifica					
Provincia	Cantón	Distrito	Región CCSS		

4. INFORMACION DEL CENTRO LABORAL

Nombre de la empresa		Actividad principal	
Provincia	Cantón	Distrito	
Dirección exacta		Tipo de cultivo	

Observaciones

Nombre funcionario que llena la boleta _____ firma _____

UAPSS 9/5/11

Nombre comercial: El nombre con que el fabricante identifica, registra y promociona el plaguicida y que, si está protegido por la legislación nacional, puede ser utilizado exclusivamente por el fabricante para distinguir su producto de otros plaguicidas que contengan el mismo ingrediente activo.

Nombre químico: Se refiere al nombre de la molécula del ingrediente activo de un producto.

Anexo 4.



MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA
Dirección Vigilancia de la Salud
Unidad de Seguimiento de Indicadores
Telefono: 22210183

[Informe preliminar](#)

Notificación de alertas, brotes y epidemias

Fecha Región:

Provincia: Cantón: Distrito:

Area Rectora Salud:

Nombre de la localidad:

No. casos reportados: No. de funciones:

Probable fuente transmisión:

Muestras humanas No. hospitalizados

Muestra de alimentos

¿A donde enviaron las muestras?

Nombre del notificador

Anexo 5 Eventos que requieren investigación clínica y/o epidemiológica

Evento	Tiempo para realizar la investigación*	Ubicación de la Ficha de Investigación
Ántrax	24 horas	No tiene ficha
Chikungunya	Según lineamiento vigente	Lineamiento vigente
Cólera	Según protocolo vigente	Protocolo
Dengue	Según lineamiento vigente	Lineamiento vigente
Difteria	24-48 horas	Página Web Ministerio de Salud
Ébola	Según protocolo vigente	Protocolo
Encefalitis	Según protocolo vigente	Protocolo
Enfermedad por virus de Oropouche	24-48 horas	Ficha de arbovirosis
Enfermedad por Virus del Zika	Según protocolo vigente	Protocolo
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	24-48 horas	No tiene
ESAVI Grave	24 horas	Página Web Ministerio de Salud

Fiebre amarilla	24 horas	Ficha de arbovirosis
Filariasis	1 semana	Página Web Ministerio de Salud
Infecciones asociadas a atención en salud	24-48 horas	Página Web Ministerio de Salud
Intento de suicidio	1 semana	Coordinado con otras instancias atinentes, Página Web del Ministerio de Salud
Intoxicación por plaguicidas	Según Protocolo vigente	Protocolo
Lepra o Enfermedad de Hansen	Según protocolo vigente	Protocolo
Microcefalia asociado a Zika.	Según protocolo vigente	Protocolo
Negligencia y abandono	24-48 horas	Coordinado con otras instancias atinentes
Paludismo por plasmodium falciparum	Según Norma	Norma de Malaria
Paludismo por plasmodium malariae	Según Norma	Norma de Malaria
Paludismo por plasmodium ovale	Según Norma	Norma de Malaria
Paludismo por plasmodium vivax	Según Norma	Norma de Malaria
Parálisis flácida aguda	Según protocolo vigente	Protocolo
Peste	24 horas	Página Web Ministerio de Salud

Poliomielitis	Según protocolo vigente	Protocolo
Rabia	Según protocolo vigente	Protocolo
Rubéola	Según protocolo vigente	Protocolo
Sarampión	Según protocolo vigente	Protocolo
Síndrome congénito asociado a Zika.	Según protocolo vigente	Protocolo
Síndrome de Guillain-Barré asociado a Zika	Según protocolo vigente	Protocolo
Síndrome de rubéola congénita	Según protocolo vigente	Protocolo
Síndrome pulmonar por Hantavirus	24 horas	Página Web Ministerio de Salud
Síndrome Respiratorio Agudo Severo	Según protocolo vigente	Protocolo
Tétanos neonatal	Según protocolo vigente	Protocolo
Tétanos obstétrico	Según protocolo vigente	Protocolo
Tos ferina	Según protocolo vigente	Protocolo
Trastornos mentales y del comportamiento	24-48 horas	Página Web

debidos al uso de sustancias psicoactivas		Ministerio de Salud
Varicela	24-48 horas	Página Web Ministerio de Salud
Viruela	24 horas	En coordinación con la Dirección Vigilancia de la Salud
Violencia intrafamiliar	24-48 horas	Coordinado con otras instancias atinentes

***Desde el momento de la notificación**

Resistencia a Medicamentos										
Fecha TAMIZAJE /VIH	Resultado Prueba VIH	Prueba Confirmatoria	OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS	Grupo de riesgo	Monorresistencia	Medicamento	Fecha	Polirresistencia	Medicamento	Fecha

Medicamentos de Primera Línea:						
Multirresistencia	Medicamento	Fecha	XDR	Medicamento	Fecha	Observaciones

Diccionario datos Base Tuberculosis (TB)

Fecha de registro: corresponde a la fecha en que se realizó el diagnóstico.

No. de caso: corresponde a un número consecutivo.

Primer apellido: anote el primer apellido del paciente en mayúscula.

Segundo apellido: anote el segundo apellido del paciente en mayúscula.

Nombre: anote bien claro nombre del paciente en mayúscula. Verifique con documento de identificación.

Sexo: seleccione 1 si es masculino, 2 si es femenino.

Edad: en años, la que corresponda en el momento del diagnóstico (número absoluto).

Edad en meses: la que corresponda solo para menores de 1 año en el momento del diagnóstico.

Provincia: seleccione la provincia de residencia del paciente.

Cantón: seleccione el cantón de residencia del paciente.

Distrito: seleccione el cantón de residencia del paciente.

Otras señas: anote la dirección que corresponda a cada paciente.

Nacionalidad: seleccione la opción correspondiente, si no existe, anótela en "Otros"

dando doble click en esta opción para poder escribir.

No. expediente: anote los números sin separar con guiones.

No. teléfono: anote los números sin separar con guiones.

Región de Salud Ministerio de Salud: seleccione la Región que corresponda según residencia del paciente.

Área Rectora de Salud M.S.: seleccione el ARS que corresponda según residencia del paciente. (Recuerde previamente haber marcado la Región MS).

Región de Salud CCSS: seleccione la región de salud a la que se encuentre adscrito el paciente.

Área de Salud CCSS: seleccione el área de salud a la que se encuentre adscrito el paciente. (Recuerde previamente haber marcado la Región CCSS).

Sintomático Respiratorio (SR): seleccione 1 si es un SR, 2 si no es SR.

Forma clínica de TB: seleccione 1 si es TBP, 2 si es TBE.

Tipo de TBE: seleccione la opción correspondiente, si no existe, anótela en "Otros".

Categoría de paciente: seleccione 1 si es Caso Nuevo, 2 Recaída, 3 Fracaso, 4 Tratamiento después de la pérdida en el seguimiento, 5 Traslado Entrante, 6 Otros previamente tratados, 7 Historia desconocida de tratamientos previos.

Pacientes bacteriológicamente confirmados

Frotis de esputo: seleccione # cruces en rojo o (-).

Fecha frotis de esputo: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado) de uno de los esputos realizados para diagnóstico.

Cultivo de esputo: seleccione 1 si es positivo o 2 si es negativo.

Fecha cultivo de esputo: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

PCR de esputo: seleccione 1 si es detectado o 2 si no es detectado.

Fecha PCR esputo: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

Aspirado bronquial (Resultado BAAR): seleccione 1 si es positivo o 2 si es negativo.

Fecha frotis de aspirado bronquial: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

Cultivo del aspirado bronquial: seleccione 1 si es positivo o 2 si es negativo.

Fecha Cultivo del aspirado bronquial: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

PCR de aspirado bronquial: seleccione 1 si es detectado o 2 si no es detectado.

Fecha PCR aspirado bronquial: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

Otros cultivos y PCR

Otras muestras para cultivo: Escoja de la lista que se despliega el tipo de muestra que corresponda.

Cultivo de muestra seleccionada: 1 si es positivo o 2 si es negativo.

Fecha: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

PCR de muestra seleccionada: seleccione 1 si es detectado o 2 si no es detectado.

Fecha de PCR muestra seleccionada: anote la fecha de la confirmación diagnóstica (resultado).

TB No Confirmada Bacteriológicamente

Otros métodos diagnósticos: seleccione 1 si se hace por nexos epidemiológico, clínica y Rayos X; 2. Si se hace por nexos epidemiológico, clínica, Rayos X y PPD; 3 si se hace por nexos epidemiológico, clínica y TAC. 4. si la opción no existe anótela en "Otros" (No olvide dar doble click para poder escribir).

Fecha otro método diagnóstico: anote la fecha que corresponda.

Tipo de Esquema: anote 1 para acortado, 2 pediátrico, 3 retratamiento, 4 modificado

Centro donde inicia el tratamiento: anote el nombre del Área de Salud u hospital según corresponda.

Fecha de inicio de Tx.: anote la fecha que corresponda.

Frotis esputo 2 mes: seleccione # cruces en rojo, Positivo # exacto o (-). Lo mismo aplica para: frotis esputo 3, 5, 6 y 8 mes.

Fecha frotis de esputo 2 meses: anote la fecha del resultado según corresponda. Lo mismo aplica para: frotis 3, 5, 6 y 8 mes.

Cultivo esputo 2 meses: seleccione 1 si es positivo o 2 si es negativo. Lo mismo aplica para: cultivo 3 y 5 mes.

Fecha cultivo 2 meses: anote la fecha del resultado según corresponda. Lo mismo aplica para cultivo 3 y 5 mes.

Condición de egreso: seleccione 1 para Curado BK, 2 Tratamiento completo, 3 Fracaso, 4 Fallecido, 5 No evaluado, 6 Pérdida en el seguimiento.

Fecha condición egreso: anote la fecha en que el paciente concluye el esquema de tratamiento.

Tamizaje por VIH: seleccione 1 si el paciente fue tamizado, 2 si no fue tamizado.

Fecha Tamizaje/VIH: anote la fecha del resultado de la prueba.

Resultado de la prueba VIH: seleccione 1 si es positivo y 2 si es negativo.

Prueba confirmatoria: seleccione 1 si es positiva o 2 si es negativa.

Otras enfermedades asociadas: seleccione el nombre de la enfermedad de las alternativas que se presentan. Si la enfermedad no aparece en la lista o, son varias enfermedades, seleccione "Otro(s)" y anótelas en observaciones. Si el paciente no tiene otras enfermedades asociadas, escoja la opción Ninguna.

Grupo de riesgo: seleccione 1.migrante, 2. indígena, 3. privado libertad, 4. personal de salud, 5. Otro: si no existe y especificar en observaciones. 6. Ninguno, anote esta opción si el paciente no tiene riesgo.

Resistencia a medicamentos de primera línea

Monorresistencia: seleccione 1 si hay resistencia o 2 si es sensible.

Medicamento: anotar nombre del medicamento al que hay resistencia.

Fecha: anotar fecha prueba PSA.

Polirresistencia: seleccione 1 si hay resistencia o 2 si es sensible.

Medicamento: anotar nombre de los medicamentos a los que hay resistencia.

Fecha: anotar fecha prueba PSA.

Multirresistencia: seleccione 1 si hay resistencia o 2 si es sensible.

Medicamento: anotar nombre de los medicamentos a los que hay resistencia.

Fecha: anotar fecha prueba PSA.

XDR (extensamente resistente): seleccione 1 si hay resistencia o 2 si es sensible.

Medicamento: anotar nombre de los medicamentos a los que hay resistencia.

Fecha: anotar fecha prueba PSA.

Observaciones: anote cualquier cosa en relación al paciente que considere relevante.

Anexo 7

Variables para reporte de IRAG de parte de los hospitales

Reg	UP	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Expediente	Fecha nacimiento	T_Edad	Edad	Sexo	FI_fiebre
F_Ingreso	F_muestra	EPOC	Asma	Tabaquismo	Enf Hepática crónica	Enf Neurológica Crónica	Enfermedad renal crónica	Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento	Diabetes_M	Cardiopatía
Obesidad	Embarazo	Pos parto	Otro_FR	Sala	Antiviral	Antibiótico	Centro	Condición Actual	Fecha de salida	Región

Anexo 8

PROTOCOLO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN

Definición de la estructura de los archivos del módulo de importación de eventos y vacunas

Todos los archivos que importa el Sistema de Información de Vigilancia de Enfermedades Integrada (SIVEI) son de tipo *Extensible Markup Language* (XML). A continuación se define la estructura de cada uno de los mismos según el tipo de evento.

Importación de personas

Formato

<persona>

<tipoIdentificacion></tipoIdentificacion>

<numeroIdentificacion></numeroIdentificacion>

<nombre></nombre>

<apellido1></apellido1>

<apellido2></apellido2>

<fechanac></fechanac>

<sexo></sexo>

<nombreEncargado></nombreEncargado>

<apellido1Encargado></apellido1Encargado>

<apellido2Encargado></apellido2Encargado>

<lugarTrabajo></lugarTrabajo>

<celular></celular>

<telefono></telefono>

<codigoProvincia></ codigoProvincia >

<codigoCanton></codigoCanton>

<codigoDistrito></codigoDistrito>

<otrasSenas></otrasSenas>

</persona>

Tabla 1: Definición de etiquetas de persona

Etiqueta	Tipo de dato	Es Requerido	Descripción
TipoIdentificacion	Texto	X	INDOCUMENTADO CEDULA_FISICA_NACIONAL NUMERO_INTERNO

NUMERO_ASEGURADO

PASAPORTE

CEDULA_RESIDENCIA

numeroIdentificacion

Texto (20)

Depende de

tipoIdentificacion: Si

el valor de

tipoIdentificacion es

INDOCUMENTADO

este campo no es

requerido; si el valor

es cualquiera de los

otros sí.

nombre

Texto (30)

X

apellido1

Texto (30)

X

apellido2

Texto (30)

X

fechanac	Fecha:	X	
	dd/MM/aaaa		
sexo	Texto		NO_DEFINIDO MASCULINO FEMENINO
nombreEncargado	Texto (90)		
apellido1Encargado	Texto (30)		
apellido2Encargado	Texto (30)		
lugarTrabajo	Texto (30)		
celular	Numérico		
teléfono	Numérico		
codigoProvincia	Numérico	X	Debe indicarse el código de la provincia.
codigoCantón	Numérico	X	Debe indicarse el código del cantón.

codigoDistrito	Numérico	X	Debe indicarse el código del distrito.
otrasSeñas	Texto(150)	X	Indica la dirección exacta de la persona.

Nota

La fase de importación de personas antecede a la importación de cualquier evento. Todos los eventos que se importan al SIVEI deben incluir el XML correspondiente a una persona.

Importación de casos

Formato

<caso>

<diagnostico> </diagnostico>

<nombreInformante> </nombreInformante>

<apellido1Informante> </apellido1Informante>

<apellido2Informante> </apellido2Informante>

<fecha></fecha>

<fechaInicioSint></fechaInicioSint>

<establecimiento></establecimiento>

<muestra> </muestra>

<fechaMuestra></fechaMuestra>

<cerrado> </cerrado>

<clasificacion> </clasificacion>

<observaciones></observaciones>

<sistema></sistema>

<fechaExportacion></fechaExportacion>

</caso>

Tabla 2: Definición de etiquetas de caso

Etiqueta	Tipo	Nota	Valores
	de dato		
diagnostico	Texto		Código del diagnóstico.

nombreInformante	Texto	Nombre del informante ¹		
apellido1Informante	Texto	Primer apellido del informante		
apellido2Informante	Texto	Segundo apellido del informante		
fecha	Fecha: dd/MM/aaaa			
fechaInicioSint	Fecha: dd/MM/aaaa			
establecimiento	Texto	Código del establecimiento		
muestra	Texto	Si	los	LABORATORIO_LOCAL
		valores	no	INCIENSA
		corresponden		NO_HUBO
		con	los	_
		indicados en la		

¹ Si el nombre del informante y sus apellidos se insertan dentro de la etiqueta nombre Informante los datos se procesan de la siguiente forma: si hay dos palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre y la segunda al apellido, si hay tres palabras separadas por espacio se asume lo anterior y que la tercera corresponde al segundo apellido, si hay cuatro palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre, la penúltima al primer apellido y la última al segundo apellido.

columna

descripci3nse

almacena _

fechaMuestra

cerrado

Caracter

Si

el

S

valor

es

N

diferente de S

se almacena N

clasificaci3n

Texto

Si

los

PENDIENTE

valores

no

SOSPECHOSO

corresponden

PROBABLE

con

los

DESCARTADO

indicados en la

CONFIRMADO_LABORATORIO

columna

CONFIRMADO_NEXO_EPIDEMIOLOGICO

descripci3n se

CONFIRMADO_CLINICA

almacena _ _

observaciones Texto

(200)

fuelleContagio Texto

(100)

sistema Texto

Sistema del cual proviene el registro.

(15)

fechaExportacion Fecha:
dd/MM/aaaa

Fecha en la que se generó el archivo
XML (fecha en la que se exportaron los datos).

Importación de exámenes

Formato

<examen>

<tipoExamen></ tipoExamen >

<diagnostico> </diagnostico>

<diagnosticoPresuntivo> </diagnosticoPresuntivo>

<numeroBoleta></numeroBoleta>

<codigoReferencia></codigoReferencia>

<fechaInicioSint></fechaInicioSint>

<fechaTomaMuestra></fechaTomaMuestra>

<fechaIngresoMuestra></fechaIngresoMuestra>

<tipoResultado></tipoResultado>

<establecimiento></establecimiento>

<observaciones> </observaciones>

<nombreInformante> </nombreInformante>

<apellido1Informante> </apellido1Informante>

<apellido2Informante></apellido2Informante>

<fechaRecepcionMuestra></fechaRecepcionMuestra>

<sistema></sistema>

<fechaExportacion></fechaExportacion>

</examen>

Tabla 3: Definición de etiquetas de examen

Etiqueta	Tipo de dato	Es Requerido	Descripción
tipoExamen	Texto		Nombre del tipo de examen.
diagnostico	Texto		Código del diagnóstico.
diagnosticoPresuntivo	Texto		Código del diagnóstico presuntivo.
numeroBoleta	Numérico		
codigoReferencia	Numérico		
fechaInicioSint	Fecha: dd/MM/aaaa		
fechaTomaMuestra	Fecha: dd/MM/aaaa		
fechaIngresoMuestra	Fecha:		

dd/MM/aaaa

tipoResultado	Texto	Si los valores no corresponden con los indicados en la columna descripción se almacena _	NO_REALIZADO POSITIVO NEGATIVO PENDIENTE INADECUADO _
establecimiento	Texto		Código del establecimiento.
observaciones	Texto		
nombreInformante	Texto		Nombre del informante ²
apellido1Informante	Texto		Primer

² Si el nombre del informante y sus apellidos se insertan dentro de la etiqueta nombre Informante los datos se procesan de la siguiente forma: si hay dos palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre y la segunda al apellido, si hay tres palabras separadas por espacio se asume lo anterior y que la tercera corresponde al segundo apellido, si hay cuatro palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre, la penúltima al primer apellido y la última al segundo apellido.

Apellido del
informante

apellido2Informante

Texto

Segundo

Apellido del
informante

fechaRecepcionMuestra

Fecha:

dd/MM/aaaa

sistema

Texto (15)

Sistema del
cual proviene el
registro.

fechaExportacion

Fecha:

dd/MM/aaaa

Fecha en la que se
generó el archivo
XML (fecha en la
que se exportaron
los datos).

Importación de vacunas

Formato

<vacuna>

<tipoVacuna></tipoVacuna>

<nombreInformante> </nombreInformante>

<apellido1Informante> </apellido1Informante>

<apellido2Informante>

</apellido2Informante>

<aplicacion></aplicacion>

<dosis></dosis>

<establecimiento></establecimiento>

<aplicada></aplicada>

<sistema></sistema>

<fechaExportacion></fechaExportacion>

</vacuna>

Etiqueta	Tipo de dato	Es Requerido	Descripción
----------	--------------	--------------	-------------

tipoVacuna	Texto(30)	X	Nombre completo del tipo de vacuna.
nombreInformante	Texto(90)		Nombre del informante ³
apellido1Informante	Texto(30)		Primer apellido del informante
apellido2Informante	Texto(30)		Segundo apellido del informante
aplicacion	Fecha: dd/MM/aaaa	X	Fecha en la que se aplicó la vacuna
dosis	Texto. Si los	X	Dosis aplicada:

³ Si el nombre del informante y sus apellidos se insertan dentro de la etiqueta nombre Informante los datos se procesan de la siguiente forma: si hay dos palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre y la segunda al apellido, si hay tres palabras separadas por espacio se asume lo anterior y que la tercera corresponde al segundo apellido, si hay cuatro palabras separadas por espacio se asume que la primera corresponde al nombre, la penúltima al primer apellido y la última al segundo apellido.

valores	no	I_DOSIS
corresponden con los		II_DOSIS
indicados en la		III_DOSIS
columna descripción		I_REFUERZO
se almacena _		II_REFUERZO
		I_ADICIONAL
		II_ADICIONAL

-

establecimiento	Texto	X	Código del establecimiento.
sistema	Texto (15)	X	Sistema del cual proviene el registro.
fechaExportacion	Fecha: dd/MM/aaaa	X	Fecha en la que se generó el archivo

XML (fecha en la
que se exportaron los
datos).

Anexo 9 Variables Registro Insuficiencia Cardiaca

Ficha Identificación	Género
	Edad
	Usuario
	Estado Evaluación
	Fecha
	Provincia
	Cantón
	Distrito
	Detalle Registro de Muerte
	Tipo CV

Antecedentes	
Detalle de Antecedentes	HTA
	Dislipidemia
	Sedentarismo
	DM Tipo 2
	Tabaquismo
	Drogas ilícitas
	Alcoholismo
	DM Tipo 1
Comorbilidades	
Detalle Comorbilidades	Angioplastía
	SCA
	Enfermedad Tiroidea
	Fibrilación atrial crónica
	IRC

	EPOC
	AVC
	Reemplazo valvular
	Bypass coronario
	CRT-Def
	Cáncer
	Vasculopatía
	Angina estable
	Anemia
Síntomas de arriba	
Detalle Síntomas de arriba	Disnea
	Angina
	Edemas
	Palpitaciones
	Síncope

	Tos
	Fatiga
	Bendopnea
	Ortopnea
	Nicturia
	Asintomático
	Hospitalización anterior por IC
	Hospitalizaciones por IC (en los últimos 12 meses)
	Clasificación Funcional
	Etapas de HFSA- ACC/AHA
	Valoración previa de la FVI
	FEVI
Etiología de la IC	Isquémica
	Hipertensiva
	Valvular

	Otra
	Tóxica
	Desconocida
	Metabólica
	Genética
	Chagásica
	Idiopática
	Congénita
	Periparto
Especifique Etiología de la IC "Otra"	
Medicación Previa	
Detalle Medicación Previa	Sacubitril / Valsartán
	Betabloqueadores
	Tiazidas

	Antiagregantes plaquetarios
	Furosemida
	ECA/ARA2
	Estatinas
	Vasodilatadores
	Espironolactona/Eplerenone
	Anticoagulantes
	Amiodarona
	Trimetazidina
	Digoxina
	Ivabradina
Dispositivos previos	
Detalle Dispositivos previos	Desconocido
	Resincro
	MPD unicameral

	CDI
	MPD bicameral
Detalle	Congestión venosa sistémica
	Estable
	EAP
	Choque
Saturación de Oxígeno	
Factor de descompensación	
Detalle Factor de descompensación	Isquemia
	Progresión de la enfermedad
	Infección
	Arritmia
	Tratamiento insuficiente
	Abandono de tratamiento

	Transgresión alimentaria
	HTA no controlada
PAS	
FC	
Rx de tórax	
Detalle Rx de tórax	Congestión hiliar
	Cardiomegalia
	Derrame pleural
ECG	Sinusal
	Fibrilación atrial
	Marcapaso
	QRS
	ECO IV actual
	Valvulopatías
	DDVI

Diástole
Hb
Creatinina
K+
Na+
Urea
Troponina
BNP
Valor BNP
NT-proBNP
Valor NT-proBNP
Glicemia
Leucocitos
Pertenencia a programa hospitalario de IC
Este paciente fue atendido en

N° 40557 - S

EI PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y

LA MINISTRA a.i. DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 50, 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1) y 28 párrafo segundo inciso b), de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 4 y 7 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 1, 2 y 6 de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”; 69 de la Ley N°. 7554 del 04 de octubre de 1995 “Ley Orgánica del Ambiente”; 28, 29, 30, 31, 32 y 33 de la Ley N° 7779 del 30 de abril de 1998 “Ley sobre Uso, Manejo y Conservación de Suelos”; 7 de la Ley N° 8839 del 24 de junio de 2010 “Ley para la Gestión Integral de Residuos”; 1 de la Ley N° 7438 del 6 de octubre de 1994 “Convenio de Basilea sobre Control Fronterizo de Desechos Peligrosos y su Eliminación”; 1 de la Ley N° 7223 del 8 de abril de 1991 “Aprobación del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono”; y 1 de la Ley N° 8538 del 23 de agosto de 2006 “Aprobación del “Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes”.

CONSIDERANDO:

1º—Que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2º—Que toda persona, natural o jurídica queda sujeta a los mandatos de la Ley General de Salud, de sus reglamentos y de las órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias.

3º—Que para proteger apropiadamente la salud de las personas y el ambiente durante la disposición de residuos en hornos cementeros en la actividad conocida como co-procesamiento se requiere establecer y mantener condiciones operativas, requisitos y controles técnicos rigurosos, con el fin de reducir en el mayor grado posible cualquier impacto negativo sobre el medio ambiente y los riesgos resultantes para la salud humana.

4º—Que el co-procesamiento en hornos cementeros es una actividad formalmente establecida e internacionalmente reconocida por las Naciones Unidas en sus Directrices Técnicas del Convenio de Basilea, del cual Costa Rica es un país signatario.

5º—Que de acuerdo con las “Directrices técnicas sobre el co-procesamiento ambientalmente racional de los desechos peligrosos en hornos de cemento,” emitidas por las Naciones Unidas en la décima reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los residuos peligrosos y su eliminación, se establece que el co-procesamiento es un concepto de desarrollo sostenible basado en los principios de la ecología industrial, que se centra en el papel potencial de la industria para reducir las cargas ambientales a lo largo de todo el ciclo vital del producto.

6º— Que la fabricación de cemento puede consumir cantidades significativas de residuos como combustibles y materias primas no combustibles, con numerosos beneficios potenciales que ofrece el uso de residuos en los procesos de fabricación de cemento, tales como la recuperación del contenido energético de los residuos, la conservación de combustibles fósiles no renovables y recursos naturales, alta eficiencia en la remoción de contaminantes en chimenea, la reducción de las emisiones de CO₂, la reducción de los costos de producción, y el uso de una tecnología existente para tratar residuos peligrosos; además es un proceso que no requiere disposición final de sub-productos o residuos.

7º— Que el incremento en la generación de los residuos peligrosos y no peligrosos en Costa Rica, requiere una solución integral, ambientalmente adecuada y que permita la valorización siguiendo los principios expuestos en la Ley N° 8839 del 24 de junio de 2010, “Ley para la Gestión Integral de los Residuos”, y que los hornos cementeros proveen las

adecuadas temperaturas, tiempo de retención y condiciones de mezcla para la destrucción efectiva de potenciales contaminantes ambientales.

8°—Que el Decreto Ejecutivo N° 31837-S del 1 de abril del 2004 “Reglamento de Requisitos, Condiciones y Controles para la Utilización de Combustibles Alternos en los Hornos Cementeros”, debe derogarse para que el país cumpla con los requisitos establecidos en convenios internacionales y ser consecuentes con los avances de la ciencia y la técnica.

9°— Que de conformidad con lo establecido en el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo No. 37045 del 22 de febrero de 2012 y su reforma “Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, esta regulación cumple con los principios de mejora regulatoria, de acuerdo con el informe No. DMR-AR-INF-032-17 emitido por la Dirección de Mejora Regulatoria y Reglamentación Técnica del Ministerio de Economía, Industria y Comercio.

POR TANTO,

DECRETAN:

**“REGLAMENTO PARA EL CO-PROCESAMIENTO Y GESTIÓN DE
RESIDUOS EN HORNOS CEMENTEROS”**

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

Artículo 1º— Objetivo y alcance.

Este reglamento tiene como propósito establecer las condiciones, requisitos y controles para normar el co-procesamiento y la gestión de residuos en hornos cementeros, así como las emisiones provenientes de éstos, desde una perspectiva sanitaria y ambientalmente sostenible. El presente reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional.

Artículo 2º— Principios.

La aplicación de este reglamento se regirá por los siguientes principios y por aquellos establecidos en el documento *“Directrices técnicas sobre el co-procesamiento ambientalmente racional de los desechos peligrosos en hornos de cemento”*, último que es parte de las Directrices Técnicas del Convenio de Basilea, los que servirán como orientadores para la aplicación e interpretación de este reglamento:

1. Trazabilidad: Toda industria cementera que realice el co-procesamiento de residuos peligrosos deberá ser capaz de demostrar la trazabilidad de los residuos que serán finalmente gestionados por la vía del co-procesamiento en hornos cementeros.

2. Principio precautorio: Cuando exista peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del ambiente o la salud.

3. Beneficio ambiental: Para autorizar el co-procesamiento o la destrucción de algún residuo siempre debe valorarse el beneficio ambiental.

4. Jerarquía de manejo de materiales: Deberá aplicarse la jerarquía de gestión de residuos establecida en el artículo 4° de la Ley para la Gestión Integral de Residuos No. 8839 del 24 de junio de 2010.

5. Aplicación de las mejores tecnologías disponibles (BAT, por sus siglas en inglés): Para el procesamiento de residuos en hornos cementeros y el control de emisiones deberá poderse comprobar que se cuenta con las mejores tecnologías disponibles.

6. Mejora continua: Las industrias cementeras que realicen la actividad del co-procesamiento deben demostrar que cuentan con un sistema de gestión ambiental enfocado en el mejoramiento continuo.

7. Derecho a la información y principio de transparencia: Las autoridades competentes tendrán a disposición de los administrados la información sobre el cumplimiento con la legislación ambiental y sobre aspectos administrativos existentes en los expedientes. Las industrias cementeras que realicen el co-procesamiento deben contar con un sistema para registrar reclamos o comentarios, y las autoridades deben poder ofrecer a los administrados los reportes de verificación, desempeño y cumplimiento que realizan las industrias cementeras.

Artículo 3º—Definiciones.

Para efectos de interpretación del presente reglamento se establecen las siguientes definiciones:

1. Análisis de emisiones: Determinación de las cantidades presentes de uno o más componentes en los gases emitidos por fuentes estacionarias, mediante ensayos específicos.

2. Bifenilos policlorados (BPCs): Compuestos aromáticos formados de tal manera que los átomos de hidrógeno en la molécula formada por dos anillos bencénicos,

unidos entre sí por un enlace único carbono-carbono, pueden ser sustituidos por hasta diez átomos de cloro.

3. Biomasa: Materia orgánica originada en un proceso biológico, espontáneo o provocado, utilizable como fuente de energía.

4. Clinker: Material hidráulico cuya masa está formada, como mínimo, por dos terceras partes de silicatos de calcio ($3\text{CaO}\cdot\text{SiO}_2$ y $2\text{CaO}\cdot\text{SiO}_2$) y el resto contiene óxido de aluminio (Al_2O_3), óxido de hierro (Fe_2O_3) y otros óxidos.

5. Combustibles convencionales (fósiles): Combustibles carbonados no renovables, incluyendo el carbón, coque de petróleo, fuelóleo (bunker), diésel, utilizados tradicionalmente en la fabricación del cemento.

6. Combustibles y materias primas alternativas: Material para la producción de Clinker derivado de corrientes de desechos que aportan energía o materias primas.

7. Condiciones de referencia: Son los valores de temperatura y presión sobre los cuales están fijados los límites máximos de emisión del presente reglamento. Corresponden a 0° Celsius ($273,15$ K) y $101,325$ kPa en base seca, referidos a 10 % de oxígeno.

8. Contaminantes orgánicos persistentes (COPs): Son aquellos compuestos orgánicos de alta toxicidad fabricados artificialmente, que tienen un alto tiempo de

persistencia en el ambiente. Se definen como aquellos productos y artículos en uso, así como los desechos, que consistan en un producto químico incluido en el Anexo A, Anexo B, o Anexo C del “Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes”, que contengan dicho producto químico o estén contaminados con él.

9. Co-procesamiento: Uso de materiales de residuos adecuados en los procesos de fabricación con el propósito de recuperar energía y recursos; y reducir, en consecuencia el uso de combustibles y materias primas convencionales mediante su sustitución.

10. Eficiencia de destrucción y eliminación (EDE): Eficiencia en la destrucción y la eliminación de un compuesto orgánico determinado. Matemáticamente, la EDE se calcula como sigue:

$$\text{EDE} = [(W_{\text{entrada}} - W_{\text{emisiones de escape}}) / W_{\text{entrada}}] \times 100,$$

dónde: W_{entrada} es la tasa de alimentación de masa de un constituyente orgánico peligroso principal en el flujo de desechos que alimenta el horno, y $W_{\text{emisiones de escape}}$ es la tasa de emisión de masa del mismo constituyente orgánico peligroso principal en las emisiones de escape antes de su liberación a la atmosfera.

11. Ente operador: persona física o jurídica, pública o privada, responsable de la emisión de contaminantes atmosféricos provenientes de hornos cementeros.

12. Equivalente toxicológico total (EQT): Factor para el cálculo y reporte de las emisiones (concentración \times EQT) para dioxinas, furanos y bifenilos policlorados, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ponderado por toxicidad, que se basa en la relación de toxicidad de cada congénere de dioxinas, furanos y bifenilos policlorados, respecto a la dioxina 2,3,7,8-TCDD. Se establece mediante un cálculo numérico derivado de la suma de los productos individuales de las concentraciones analizadas de cada congénere presente en la muestra, multiplicado por el EQT correspondiente, definidos en el Anexo I del presente reglamento. La suma aritmética de los productos calculados para cada congénere (concentración \times EQT) corresponde a la totalidad de toxicidad equivalentes o EQT total de la mezcla.

13. Horno cementero: Aparato calentador de una planta cementera para la fabricación de Clinker. A menos que se especifique lo contrario, se entenderá que se trata de un horno rotatorio.

14. Industria cementera: Industria de fabricación del cemento, que incluye las instalaciones con hornos que emplean el proceso húmedo o seco para producir cemento de piedra caliza, y las que emplean agregado liviano para producirlo a partir de esquisto o pizarra u otras materias primas; y que tienen capacidades para el co-procesamiento.

15. Instalación de almacenamiento de residuos co-procesables de las industrias cementeras: Todos los sitios de almacenamiento de residuos co-procesables autorizados

por el Ministerio de Salud y que se ajustan al Decreto Ejecutivo N° 35906-S del 27 de enero del 2010, “Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables”.

16. Pre calcinador: Equipo de la línea del horno cementero, normalmente combinado con un precalentador, en el que se consigue una calcinación de parcial a casi total de minerales carbonatados antes del propio horno, y que utiliza una fuente independiente de calor. El pre calcinador reduce el consumo de combustible del horno y permite que éste sea más corto, ya que no tiene que realizar la función de calcinación completa.

17. Precalentador: Equipo para calentar la mezcla cruda antes de que alcance el horno seco. En los hornos secos modernos el precalentador suele estar combinado con un pre calcinador. Los precalentadores utilizan los gases de escape calientes del horno como fuente de calor.

18. Pre-procesamiento: Los combustibles o las materias primas alternativos que no tengan características uniformes procedentes de diferentes corrientes de residuos deben prepararse antes de ser utilizados en una planta de cemento. El proceso de preparación, o pre procesamiento, es necesario para producir una corriente de residuos que satisfaga las especificaciones técnicas y administrativas de la producción de cemento y así garantizar que se cumplan las normas ambientales.

19. Residuos co-procesables: Son aquellos residuos que por sus características físico-químicas son aptos para ser usados como combustible o materias primas alternas en un horno de cemento, de forma segura sin impacto negativo en la calidad del producto y las emisiones al ambiente.

20. Residuos peligrosos: Son aquellos que por su reactividad química y sus características tóxicas, explosivas, corrosivas, radioactivas, biológicas, bioinfecciosas e inflamables, o que por su tiempo de exposición puedan causar daños a la salud y el ambiente.

21. Sistema de monitoreo continuo de emisiones: Son aquellos sistemas capaces de realizar por lo menos un análisis en chimenea cada 30 segundos.

22. Sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO): Aquellas sustancias que reaccionan con el ozono y ocasionan el agotamiento de la capa ozono. Las SAO son aquellas mencionadas en el Anexo A, Anexo B, Anexo C o Anexo E del “Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que agotan la Capa de Ozono”.

23. Trazabilidad: Posibilidad de identificar el origen y las diferentes etapas de un proceso de producción y distribución de los residuos co-procesables.

Artículo 4º—Requisitos generales.

Las industrias que deseen realizar la actividad de co-procesamiento deben ser gestores autorizados por el Ministerio de Salud y cumplir con lo establecido en la Ley 8839, Ley para la Gestión Integral de Residuos del 24 de junio del 2010, y el Decreto 37567-S-MINAET-H, Reglamento a la Ley para la Gestión Integral de Residuos del 2 de noviembre del 2012.

En el caso de modificaciones a los procesos y operaciones unitarias relacionadas al co-procesamiento, se requerirá el refrendo del Colegio de Ingenieros Químicos y Profesionales Afines para los diagramas y planos establecidos en las distintas etapas de desarrollo descritas en el artículo 219 del Decreto Ejecutivo N° 35695-MINAET del 25 de mayo del 2009 “Reglamento al Título I de la Ley Orgánica del Colegio de Ingenieros Químicos y Profesionales Afines de Costa Rica y Ley Orgánica del Colegio de Químicos de Costa Rica”; considerando las actividades de diseño y desarrollo de proyectos del artículo 151 del citado Decreto.

Artículo 5°— Información de la industria.

La industria que realice la actividad de co-procesamiento debe indicar y aportar en el registro de inscripción como gestor las características del horno cementero (temperatura alcanzada por el material a co-procesar, temperatura de gases y tiempo de residencia de los gases).

CAPITULO II

Gestión de Residuos Co-procesables

Artículo 6º—Sobre los Gestores de Residuos Autorizados.

Las industrias cementeras que realicen la actividad del co-procesamiento recibirán residuos únicamente de gestores debidamente autorizados por el Ministerio de Salud de conformidad con el artículo 32 de la Ley No. 8839 del 24 de junio de 2010 “Ley para la Gestión Integral de Residuos”, y que cuenten con el Permiso Sanitario de Funcionamiento vigente.

Artículo 7º—Almacenamiento.

Toda instalación de almacenamiento de residuos co-procesables de las industrias cementeras deberá cumplir con lo estipulado en el Decreto Ejecutivo N° 35906-S del 27 de enero del 2010, “Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables.”

Artículo 8º — Gestión de residuos peligrosos co-procesables.

Cuando se trate de residuos peligrosos destinados al co-procesamiento, las industrias cementeras deberán seguir todas las normas de caracterización, clasificación, identificación, trazabilidad, acondicionamiento, almacenamiento, acopio, transporte, tratamiento, reporte y otras estipuladas en el Decreto Ejecutivo N° 37788-S-MINAE del 15 de febrero del 2013, “Reglamento General para la Clasificación y Manejo de Residuos Peligrosos”, y el Decreto

Ejecutivo N°24715-MOPT-MEIC-S del 6 de octubre de 1995, “Reglamento para el Transporte Terrestre de Productos Peligrosos”.

CAPITULO III

Aseguramiento y Control de Calidad de los residuos co-procesables

Artículo 9°—Control de los residuos co-procesables.

La industria cementera que realice la actividad de co-procesamiento debe establecer un procedimiento de control de los residuos co-procesables de forma que pueda garantizar el cumplimiento de los límites de emisión. El plan de control debe cubrir las corrientes de residuos y los materiales que se manejan en la instalación, siguiendo los criterios propuestos en el Convenio de Basilea en sus directrices técnicas sobre el co-procesamiento y con instrucciones detalladas sobre lo siguiente:

- a) Procedimientos de muestreo de las cargas al horno garantizando un análisis representativo;
- b) Clases de residuos, cantidades y composición de los residuos a cargar al horno.

Artículo 10°— Sobre la trazabilidad de los residuos co-procesables.

Por razones de trazabilidad y control las industrias cementeras deberán mantener muestras de cada lote de residuos co-procesables (líquido, sólidos y/o pastosos) por al

menos un período de 3 meses. El contenido de cada lote debe ser trazable hasta el generador del residuo.

Las industrias cementeras deberán mantener registros accesibles y auditables del análisis de cada lote de inyección de residuos co-procesables consumidos en los tres últimos años. El registro a llevar se adjunta en el Anexo II.

Dichos registros estarán a disposición de las autoridades sanitarias y serán presentados al Ministerio de Salud de forma semestral.

CAPITULO IV

Del Co-procesamiento

Artículo 11°—Residuos prohibidos para co-procesamiento en hornos cementeros.

Por los riesgos asociados y sus características físico-químicas, se prohíbe la gestión por co-procesamiento de las siguientes corrientes de residuos:

- a)** Residuos radiactivos o nucleares;
- b)** Residuos eléctricos y electrónicos;

- c) Baterías enteras;
- d) Residuos corrosivos ($\text{pH} < 2$ ó $\text{pH} > 12,5$), incluidos los ácidos minerales sin neutralizar;
- e) Explosivos;
- f) Residuos que contengan cianuro;
- g) Residuos que contengan amianto (asbestos);
- h) Armas químicas o biológicas destinadas a su destrucción;
- i) Residuos que contengan mercurio o estén contaminados con él;
- j) Residuos de composición desconocida.
- k) Residuos que contengan PCBs.
- l) Residuos clasificados por el Ministerio de Salud como de manejo especial de conformidad con el *Reglamento para la declaratoria de residuos de manejo especial*, Decreto No. 38272-S, publicado en el diario oficial la Gaceta N° 58 del 24 de marzo del 2014.

Artículo 12° —Residuos médicos bioinfecciosos.

Las empresas co-procesadoras sólo podrán recibir los residuos bioinfecciosos tratados por gestores autorizados por el Ministerio de Salud, de conformidad con el Decreto Ejecutivo N°37567-S del 2 de noviembre del 2012, “Reglamento General a la Ley para la Gestión Integral de Residuos”.

Artículo 13°—Destrucción en hornos cementeros de contaminantes orgánicos persistentes y sustancias agotadoras de la capa de ozono.

Las industrias cementeras que deseen destruir por co-procesamiento contaminantes orgánicos persistentes (COPs), sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO) y residuos médicos bioinfecciosos deberán demostrar mediante un Protocolo de Prueba:

- a.** Lograr una Eficiencia de Destrucción y Eliminación (EDE) mayor a 99.9999% mediante un Protocolo de Prueba y,
- b.** Que no se excede el límite máximo de emisiones definidas en este Reglamento.

Con base en la evaluación técnica de los resultados obtenidos en el Protocolo de Prueba, el Ministerio de Salud autorizará:

- a.** La lista de tipos de contaminantes orgánicos persistentes (COPs) autorizados para co-procesamiento en ese horno cementero.
- b.** La lista de tipos de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO) autorizados para co-procesamiento en ese horno cementero.
- c.** La lista de tipos de residuos médicos bioinfecciosos tratados autorizados para el co-procesamiento en ese horno cementero.
- d.** La tasa de alimentación máxima de acuerdo a lo reportado durante el Protocolo de Pruebas.

Artículo 14°—Protocolo de Pruebas.

El diseño del alcance y la metodología de los Protocolos de Prueba serán presentados por cada industria cementera y deberán ser aprobados de previo por el Ministerio de Salud.

El Protocolo de Prueba debe contener la siguiente información:

- a.** Objetivo del ensayo.
- b.** Descripción diagramada del o los puntos de alimentación durante las pruebas.
- c.** Condiciones de operación durante las pruebas.
- d.** Composición detallada de la conformación de los lotes de alimentación, donde se evidencie la cantidad y tipos de residuos utilizados durante la fase de pre-procesamiento.
- e.** Tasa de alimentación máxima y tasa de alimentación estimada y medida durante las pruebas.
- f.** Propuesta de parámetros a incorporar en el informe de análisis de emisiones en chimenea.
- g.** Cronograma de ejecución del protocolo, indicando las actividades de inyección de residuos a co-procesar, la frecuencia de mediciones de emisiones y la fecha de presentación de resultados y conclusiones.

La solicitud de aprobación del Protocolo de Prueba descrito en el artículo 13° y 14° deberá presentarse para revisión ante la Dirección de Protección al Ambiente Humano del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud deberá notificar mediante oficio al solicitante, en un plazo de 10 días hábiles, el resultado de la evaluación. En caso de solicitarse información adicional, el administrado tendrá un plazo de 10 días hábiles para subsanar o

completar la información solicitada. El Ministerio de Salud tendrá un plazo de 5 días hábiles para revisar dicha ampliación y pronunciarse formalmente hacia el administrado.

Artículo 15°—Puntos de alimentación autorizados.

Los puntos de alimentación de residuos co-procesables autorizados en un horno cementero son los siguientes:

- a. El quemador principal situado en el extremo de salida del horno rotatorio;
- b. Una tolva de alimentación en la cámara de transición en el extremo de entrada del horno rotatorio (para combustible a granel);
- c. Quemadores secundarios en el conducto ascendente;
- d. Quemadores de pre calcinación en el pre calcinador;
- e. Una tolva de alimentación en el pre calcinador (para combustible a granel);
- f. Una válvula en la mitad del horno en el caso de hornos largos de fabricación por vía seca y húmeda (para combustible a granel).

CAPITULO V

De la Supervisión y Control

Artículo 16°—Sistema de Monitoreo Continuo de Emisiones.

Las industrias cementeras deberán contar con un sistema de monitoreo continuo de las emisiones en la chimenea de evacuación de los gases de la combustión del horno cementero, que mida los siguientes parámetros:

a) Velocidad de flujo de los gases de escape; Humedad; Temperatura; Partículas totales en suspensión (Polvo); O₂; NO; NO₂; SO₂; CO; Compuestos Orgánicos Totales (COT) o Compuestos orgánicos volátiles (VOC) y HCl.

b) Los sistemas de monitoreo continuo de las emisiones en chimenea deben tener la capacidad de medir y reportar, como mínimo, las concentraciones con una frecuencia horaria.

Las industrias cementeras deberán presentar cuatrimestralmente al Ministerio de Salud el reporte de los valores promedio mensuales reportados en el sistema de monitoreo continuo de los últimos cuatro meses.

Artículo 17°—Límites de las emisiones atmosféricas.

Las industrias cementeras deberán cumplir con los siguientes valores particulares de emisiones atmosféricas:

Cuadro 1: Parámetros y límites de emisiones atmosféricas.

PARÁMETRO	LÍMITE DE EMISIÓN (mg/m³)	Métodos de análisis
PARTÍCULAS	30	EPA 1 al 5 o equivalentes
CO	630	EPA 10 o

		equivalente
SO ₂	400	EPA 6, 6C o equivalentes
NOX (EXPRESADO COMO NO2)	800	EPA 7, 7E o equivalentes
Cd, + Tl	0,05 (*)	EPA 29 y 0060, o equivalentes
Hg	0,050	EPA 29, 101A y 0060
Sb, As, Pb, Cr, Co, Cu, Mn, Ni, V.	0,50 (*)	EPA 29 y 0060 EPA 29, 108 y 0060 EPA 12, 29 y 0060 EPA 29, 0060 y 0061 EPA 29 y 0060 EPA 29 y 0060 EPA 29 y 0060 EPA 29 y 0060 EPA 29 y 0060
VOCs (Compuestos	10	EPA 18

orgánicos volátiles, EXPRESADO COMO METANO.)		(recolección en bolsa Tedlar calefactada) o EPA 25 o equivalente
COT (Carbono orgánico total)	15(**)	EPA 25A (detector de ionización de llama, FID)
DIOXINAS Y FURANOS	0,10 ng/m3 EQT (***)	EPA 23, 0023A o su equivalente
HCl	10	EPA 26A, 0050 y 9057 o equivalentes
HF	1	EPA 26A o equivalentes

Notas al cuadro No. 1:

(*) LA SUMA TOTAL DE LOS METALES

(**) Las empresas cementeras podrán solicitar una modificación de este parámetro, vía reglamento, en casos en que sus yacimientos de materias primas tengan un alto contenido de compuestos orgánicos.

(***) EQUIVALENTES TÓXICOS

Los valores de las emisiones gaseosas deberán referirse a condiciones estándar: 273,15K (0 C), 101,3 kPa (760 mm Hg, 1 atm), base seca y corregidos al 10% de oxígeno, de conformidad con el Anexo III. Los valores de límites de emisión se refieren al promedio mensual, producto de los promedios diarios, reportados en el sistema de monitoreo continuo para las mediciones continuas o en el equipo de medición del laboratorio externo para las mediciones puntuales. Los métodos del cuadro 2 aplicarán solamente para las mediciones puntuales realizadas por laboratorios externos.

Artículo 18°—Monitoreo y Reporte de las emisiones atmosféricas.

Las industrias cementeras deberán realizar cada cuatro meses un análisis isocinético puntual de emisiones en chimenea de los parámetros del Cuadro 1, el cual deberá ser efectuado por un laboratorio externo con Permiso Sanitario de Funcionamiento. Para el análisis se deberán tomar muestras de los gases de la chimenea del horno cementero cuando esté operando en condiciones normales, es decir produciendo Clinker al 80% de la capacidad de producción promedio del último año; y si realiza co-procesamiento, alimentándose con residuos co-procesables. Si los gases salientes del horno son utilizados o aprovechados en otras unidades de proceso, al menos una de las mediciones anuales deberá llevarse a cabo cuando dicho aprovechamiento no se esté dando.

Las industrias cementeras presentarán cada cuatro meses al Ministerio de Salud esta información en un Reporte de Emisiones Atmosféricas, adjuntando el Reporte de Laboratorio.

Las empresas que cumplan con todos los parámetros y límites de emisión en los Reportes Operacionales (basados en el monitoreo externo) durante dos años consecutivos, podrán solicitar al Ministerio de Salud la disminución de la frecuencia de monitoreo externo y la presentación de Reportes Operacionales a cada seis meses. Para lo anterior la empresa debe presentar ante la Dirección de Área Rectora de Salud correspondiente del Ministerio de Salud, la solicitud mediante oficio simple. El Ministerio de Salud verificará los reportes operacionales en sus registros y se pronunciará aprobando o denegando la solicitud en un plazo de 10 días hábiles.

Artículo 19°—Denuncias.

Al existir una denuncia ambiental relacionada con las emisiones atmosféricas, el Ministerio de Salud deberá contratar, previa evaluación de la denuncia, mediciones de emisiones de los hornos cementeros a fin de corroborar su cumplimiento con el presente reglamento. En el caso de atención de denuncias el Ministerio de Salud deberá prever anualmente los fondos necesarios para este fin.

Artículo 20°—Control Estatal.

Para realizar el control estatal, la Dirección de Protección al Ambiente Humano del Ministerio de Salud con el acompañamiento del Nivel Local, contratarán al menos uno de los muestreos y análisis reglamentarios anuales como parte de un proceso de control cruzado, incluyendo muestreo y análisis para dioxinas y furanos. Para ello, las Direcciones

de las Áreas Rectoras de Salud solicitarán mediante Orden Sanitaria a las empresas operadoras de hornos cementeros, depositar en la cuenta del Fideicomiso 872: Ministerio de Salud - Banco Nacional de Costa Rica, Cuenta No. 100-01-000-213715-6, el monto correspondiente para el pago de los análisis de laboratorio, y entregar los comprobantes de pago a las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud correspondientes. El informe sustituirá al reporte operacional del período correspondiente. Los funcionarios del Ministerio de Salud que realicen la supervisión del muestreo deberán emplear el documento Guía de Inspección de Muestreo de Gases de Chimeneas de Fuentes Fijas (Anexo 4) del Decreto Ejecutivo No. 36551-S-MINAE-MTSS del 27 de abril del 2011 “Reglamento sobre Emisión de Contaminantes Atmosféricos Provenientes de Calderas y Hornos de Tipo Indirecto”, y entregarán en el acto copia a los firmantes del documento. El laboratorio que se contrata, de acuerdo al artículo 34 de la Ley N° 8279 del 2 de mayo del 2002, “Sistema Nacional para la Calidad”, deberá tener los ensayos acreditados.

CAPITULO VI

Disposiciones Finales y Transitorios

Artículo 21°—Del permiso sanitario de funcionamiento.

El Ministerio de Salud no deberá otorgar la renovación del permiso sanitario de funcionamiento, a aquellos entes operadores de hornos cementeros que no hayan presentado los reportes operacionales, conforme a las disposiciones establecidas en el presente reglamento y procederá a aplicar las sanciones establecidas en el presente reglamento.

Artículo 22°—Incumplimiento.

En caso de incumplimiento con los límites de emisión del presente reglamento, el ente operador debe adjuntar al reporte operacional el Plan de Acciones Correctivas con los contenidos que establece el Anexo IV del presente reglamento, y presentar un segundo reporte operacional en un plazo de 30 días hábiles a partir de la presentación del primer reporte operacional, adjuntando informe de laboratorio externo, para los parámetros en que haya incumplido, como seguimiento del Plan. Al finalizar el Plan de Acciones Correctivas el ente operador debe presentar un Reporte Operacional de verificación final.

En caso de incumplimiento con la presentación del Plan, con la presentación del segundo reporte o con la implementación del Plan de Acciones Correctivas, el Ministerio debe proceder a suspender el Permiso Sanitario de Funcionamiento, siguiendo el debido proceso y de conformidad con los artículos 355, 356, 357, 363 y 364 de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud". Los entes que incumplan y estén presentando reportes cada seis meses, deberán retornar al esquema cuatrimestral de presentación de reportes, lo que deberá ser notificado mediante resolución previa de la autoridad competente dirigida al administrado.

Artículo 23 °—Sanciones.

El incumplimiento a las disposiciones establecidas en el presente reglamento, dará lugar a la aplicación de las sanciones y medidas especiales que señalan la Ley General de Salud y la Ley para la Gestión Integral de Residuos, sin detrimento de cualquier otra

sanción que se encuentre en cualquier otra legislación nacional, en respeto al debido proceso y derecho de defensa del administrado. Además, las autoridades de salud deben presentar la denuncia ante el Tribunal Ambiental Administrativo, según los procedimientos establecidos para tal fin, así como la demanda penal ante el Ministerio Público, de acuerdo con el artículo 281 inciso a) de la Ley N° 7594 del 10 de abril de 1996 “Código Procesal Penal”, y el artículo 329 de la Ley N° 4573 del 4 de mayo de 1970 “Código Penal”.

Artículo 24°—Derogatorias.

El presente reglamento deroga el Decreto Ejecutivo N°31837-S del 1 de abril del 2004, “Reglamento de Requisitos, Condiciones y Controles para la Utilización de Combustibles Alternos en los Hornos Cementeros”.

TRANSITORIO I

Mientras no existan laboratorios nacionales con capacidad para realizar la determinación de Carbono Orgánico Total, las empresas cementeras y el Ministerio de Salud utilizarán, como medida sustitutiva parcial, los análisis de Compuestos Orgánicos Volátiles.

TRANSITORIO II

En un plazo de 6 meses a partir de la publicación del presente reglamento los Colegios Profesionales contemplados en la Ley N°8412 del 22 de abril del 2004 “Ley Orgánica del Colegio de Ingenieros Químicos y Profesionales Afines y Ley Orgánica del Colegio de Químicos de Costa Rica”, pondrán a disposición del Ministerio de Salud, por medios electrónicos, el listado de empresas y laboratorios inscritos en sus respectivos colegios, a fin que el Ministerio de Salud verifique que cuenten con Permiso Sanitario de Funcionamiento.

Artículo 25°—Vigencia.

Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

Dado en la Presidencia de la República. —San José, a los ocho días del mes de junio del dos mil diecisiete.

LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA

DRA. MARÍA ESTHER ANCHÍA ANGULO
MINISTRA a.i. DE SALUD

ANEXO I

Factores de equivalencia para dioxinas, furanos y bifenilos poli clorados

Para determinar la concentración total de dioxinas, furanos y bifenilos poli clorados, se multiplicarán las concentraciones en masa de las siguientes dioxinas y furanos por los siguientes factores de equivalencia antes de hacer la suma total.

DIOXINAS Y FURANOS	FACTOR DE EQUIVALENCIA
---------------------------	---------------------------------------

2, 3, 7, 8 Tetraclorodibenzodioxina (TCDD)	1
1, 2, 3, 7, 8 Pentaclorodibenzodioxina (PeCDD)	0,5
2, 3, 7, 8 Tetraclorodibenzofurano (TCDF)	0,1
2,3, 4, 7, 8 Pentaclorodibenzofurano (PeCDF)	0,5
1,2, 3, 4, 7, 8 Hexaclorodibenzodioxina (HxCDD)	0,1
1, 2, 3, 6, 7, 8 Hexaclorodibenzodioxina (HxCDD)	0,1
1, 2, 3, 7, 8, 9 Hexaclorodibenzodioxina (HxCDD)	0,1
1, 2, 3, 7/4, 8, Pentaclorodibenzofurano (PeCDF)	0,05
1, 2, 3, 4, 7, 8/9 Hexaclorodibenzofurano (HxCDF)	0,1
1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Hexaclorodibenzofurano (HxCDF)	0,1
1, 2, 3, 6, 7, 8 Hexaclorodibenzofurano (HxCDF)	0,1
2, 3, 4, 6, 7, 8 Hexaclorodibenzofurano (HxCDF)	0,1
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 Heptaclorodibenzodioxina (HpCDD)	0,01
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 Octaclorodibenzodioxina (OCDD)	0,001
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, Heptaclorodibenzofurano (HpCDF)	0,01
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 Heptaclorodibenzofurano (HpCDF)	0,01
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 Octaclorodibenzofurano (OCDF)	0,001
2, 3, 7, 8 Tetrabromodibenzodioxina (TBDD)	1
1, 2, 3, 7, 8 Pentabromodibenzodioxina (PeBDD)	0,5
2, 3, 7, 8 Tetrabromodibenzofurano (TBDF)	0,1
2, 3, 7, 8 Pentabromodibenzofurano (PeBDF)	0,5
1,2, 3, 4, 7, 8 Hexabromodibenzodioxina (HxBDD)	0,1

1,2, 3, 4, 6, 7, 8 Hexabromodibenzodioxina (HxBDD)	0,1
1,2, 3, 6, 7, 8 Hexabromodibenzodioxina (HxBDD)	0,1
1,2, 3, 7, 8, 9 Hexabromodibenzodioxina (HxBDD)	0,1
1,2,3,7, 8 Pentabromodibenzofurano (PeBDF)	0,05

ANEXO II

Registro de análisis de lotes de inyección para los materiales co-procesables en el horno cementero

Coprocesador: _____

Fecha	Código de muestra	Analista	Lote de inyección	Halógenos (detallando fluor bromo y cloro.)	PCB (mg/L)	SAOS (mg/L)	Cd	Tl	Hg	Sb	As	Pb	Cr ⁺⁶	Co	Cu	Mn	Ni	V
							(mg/L ó mg/kg)*											

(* En fase líquida deberá reportarse en mg/L y para residuos sólidos o pastosos en mg/kg.

ANEXO III

Fórmulas para transformar las emisiones de base húmeda a base seca y para corregir al porcentaje de oxígeno de referencia

1) Fórmula para transformar las emisiones de base húmeda a base seca

$$E_{BS} = \frac{100 \times E_{BH}}{100 - \% H_2O}$$

Donde

E_{BS} = Emisión en base seca

E_{BH} = Emisión en base húmeda

% H_2O = Contenido de humedad de los gases

2) Fórmula para corregir las emisiones en base seca al porcentaje de oxígeno de referencia

$$ER = \frac{20,9 - Or}{20,9 - Om} \times EBS$$

Donde

ER = Emisión calculada al valor de referencia

EBS = Emisión en base seca

Or = Nivel de referencia para el O_2 (10 % de acuerdo al reglamento)

Om = Valor medido para el O_2

ANEXO IV

GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DEL REPORTE OPERACIONAL PARA EMISIONES PROVENIENTES DE HORNOS CEMENTEROS

Esta Guía se elabora con el fin de dar cumplimiento a lo que establece la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud” en sus artículos 262, 263, 293, 295 siguientes y concordantes y lo que establece el presente reglamento.

En los artículos 16, 17 y 18 del presente reglamento se enlistan los aspectos que debe contemplar un Reporte Operacional para emisiones provenientes de hornos cementeros. A continuación se explica cada uno de los puntos incluidos en el formulario “Reporte Operacional para emisiones provenientes de hornos cementeros” con el objetivo de facilitar su llenado. Se recomienda consultar el texto completo del Reglamento con el fin de conocer el contexto de aplicación de dichos Reportes.

Las dudas adicionales que pudieran surgir al confeccionar el Reporte Operacional pueden ser aclaradas en la Unidad de Normalización de la Dirección de Protección al Ambiente Humano o en las Áreas Rectoras de Salud o Sedes Regionales del Ministerio.

La información que los entes operadores consignen en los reportes, así como los registros que la sustenten, podrá ser verificada en cualquier momento por los funcionarios del Ministerio de Salud.

1. DATOS GENERALES:

Ente operador: persona física o jurídica, pública o privada, responsable de la emisión de contaminantes atmosféricos provenientes de hornos cementeros.

Código CIU: anotar el número del Código Internacional Industrial Unificado vigente en el país.

Número de Permiso Sanitario de Funcionamiento y fecha de vigencia: anotar el número de certificado que emite el Ministerio de Salud autorizando el funcionamiento del establecimiento y la fecha en la cual vence el Permiso.

Dirección exacta: anotar la dirección exacta (provincia, cantón, distrito, y dirección por señas) del ente operador.

Fax: Indicar el número del fax al cual debe notificarse al ente operador el resultado de la evaluación del Reporte Operacional presentado.

Correo electrónico: Indicar el correo electrónico para comunicaciones sobre el Reporte Operacional presentado.

Nombre y firma del Responsable Técnico del reporte: Indicar el nombre completo y firma del profesional debidamente colegiado al que el ente operador ha delegado la obligación de elaborar el reporte operacional.

Fecha del Muestreo: anotar la fecha en que el laboratorio efectuó el muestreo.

Fecha del Reporte Operacional: anotar la fecha de presentación ante el Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud.

Fecha y Número del Reporte de Laboratorio: anotar la fecha en que el Laboratorio contratado por la industria o empresa elaboró el Reporte de Laboratorio el cual no deberá tener más de tres (3) meses de haber sido emitido. Anotar también el número que el laboratorio asignó al reporte.

Periodo reportado: periodo que comprende el reporte operacional presentado.

2. DATOS TÉCNICOS DE CADA EQUIPO:

a) **Diámetro de chimenea:** anotar el diámetro en metros en el punto de muestreo de los gases a la atmósfera si es circular. En caso de ductos cuadrados o rectangulares anotar el ancho y el largo en metros en el punto de muestreo de los gases.

b) **Altura total de chimenea:** anotar la altura en metros desde el nivel del suelo hasta el punto de descarga de los gases a la atmósfera.

$$E_{BS} = \frac{100 \times E_{BH}}{100 - \% H_2O}$$

3. RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO PARA CADA EQUIPO:

a) **Observación:** los resultados de las emisiones muestreadas y analizadas deberán reportarse en base seca y estar referidos a un 10 % de oxígeno utilizando las siguientes fórmulas:

Fórmula para transformar las emisiones de base húmeda a base seca.

Donde:

E_{BS} = Emisión en base seca.

E_{BH} = Emisión en base húmeda.

% H_2O = Contenido de humedad de los gases.

Fórmula para corregir las emisiones de los gases en base seca al porcentaje de oxígeno de referencia.

$$ER = \frac{20,9 - Or}{20,9 - Om} \times EBS$$

Donde:

ER = Emisión calculada al valor de referencia

EBS = Emisión en base seca

Or = Nivel de referencia para el O_2 (10 % de acuerdo al reglamento)

Om = Valor medido para el O_2

• **m^3 (TPN) (condiciones normales de presión y temperatura):** se refiere a que los cálculos de volumen deben corregirse a condiciones normales, es decir 101,3 kPa (760 mm de Hg o una atmósfera) y 273,15 K (0°C).

• **Periodo de medición:** anotar la duración total en horas del muestreo de los parámetros físicos y químicos indicando la hora inicial y la hora final.

• **Distancia:** A= anotar la longitud en metros al punto de muestreo desde la descarga de la chimenea.

B = anotar la longitud en metros al punto de muestreo desde la última restricción (codos, válvulas, bombas, equipos de control de emisiones) del flujo.

4. REGISTRO DE ACCIDENTES Y SITUACIONES ANÓMALAS.

Se explicará en este apartado todas las situaciones anómalas de importancia que resulten en desviación de los parámetros normados en el presente Reglamento que hayan afectado el funcionamiento de los hornos y equipos co-procesadores o los sistemas de control mencionados en el Reglamento por ejemplo equipos de precalentamiento de los combustibles fósiles líquidos, aparatos para análisis de los gases que resultan del proceso de combustión o equipos de control de emisiones.

5. EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL EQUIPO CO-PROCESADOR(S) Y DEL EQUIPO DE CONTROL DE EMISIONES

Se escribirá en este apartado un comentario acerca del estado de los hornos y de los equipo(s) co-procesadores) y el (los) sistema(s) de control de emisiones con base en la información del monitoreo continuo y los resultados de análisis de laboratorio; así como con base en las inspecciones que haya(n) realizado el (los) profesional(es) responsable(s) de su operación y mantenimiento.

6. PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS.

En caso de resultar necesario por incumplirse los límites permisibles, se propondrá en este apartado el Plan de Acciones Correctivas con la finalidad de que las emisiones cumplan con los valores de emisión establecidos en el Reglamento.

Este Plan debe incluir la siguiente información:

- a) Actividades a realizar
- b) Fecha de inicio y fecha de finalización de cada actividad.
- c) Nombre del responsable de la actividad por parte del ente operador.
- d) Observaciones.

7. MÉTODOS DE ANÁLISIS, MÉTODOS DE MUESTREO Y NORMAS DE REFERENCIA PARA CADA PARÁMETRO ANALIZADO POR EL LABORATORIO.

Se anotará en este apartado cuáles fueron los métodos de análisis y de muestreo así como las normas de referencia utilizados por el Laboratorio que contrató el ente operador para cada parámetro analizado.

FORMULARIO

REPORTE OPERACIONAL PARA EMISIONES PROVENIENTES DE HORNOS CEMENTEROS

(En caso de ser necesario, utilizar hojas adicionales)

1. DATOS GENERALES:

- a) Ente operador:
- b) Código CIU:
- c) Nombre y Firma del Representante Legal o Propietario:
- d) Personería Jurídica:
- e) Numero de Permiso de Funcionamiento y Fecha de Vigencia:
- f) Dirección Exacta:
- g) Dirección Postal:
- h) Fax:
- i) Correo Electrónico:
- j) Nombre y firma del Responsable Técnico del Reporte:
- k) Fecha del muestreo:
- l) Fecha del Reporte Operacional:
- m) Fecha y Número del Reporte de Laboratorio:
- n) Periodo Reportado: Del _____ al _____

2. DATOS TÉCNICOS DE CADA EQUIPO

DIÁMETRO DE CHIMENEA O DIAMETRO EQUIVALENTE (m)	ALTURA TOTAL DE CHIMENEA (m)

3. RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO PARA CADA EQUIPO

PARAMETRO	Concentración (mg/m ³)	Flujo total de gases (m ³ /min)	Temperatura de gases de chimenea (°C)	Periodo de Medición (h)	Distancias (m)	
					A	B
Parámetro 1						
Parámetro 2						

INCLUYA TODOS LOS PARÁMETROS MEDIDOS EN FILAS ADICIONALES.

4. REGISTRO DE ACCIDENTES Y SITUACIONES ANÓMALAS:

FECHA	DESCRIPCIÓN	ACCIÓN CONTINGENTE

**5. EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL EQUIPO CO-
PROCESADOR(S) Y DEL EQUIPO DE CONTROL DE EMISIONES):**

6. PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS:

7. MÉTODOS DE ANÁLISIS, MÉTODOS DE MUESTREO Y NORMAS DE REFERENCIA PARA CADA PARÁMETRO ANALIZADO POR EL LABORATORIO.

PARAMETRO ANALIZADO	MÉTODO DE MUESTREO	MÉTODOS DE ANÁLISIS	NORMAS DE REFERENCIA

Nota : Los métodos de muestreo y análisis anotados en esta tabla deben ajustarse a lo establecido en el artículo 17 del presente reglamento y deben ser realizados por un laboratorio que cuente con Permiso Sanitario de Funcionamiento y deben cumplir con lo establecido en el Título II “Normativa del Colegio de Químicos de Costa Rica” de la Ley No. 8412 del 22 de abril del 2004 “Ley Orgánica del Colegio de Ingenieros Químicos y Profesionales Afines y Ley Orgánica del Colegio de Químicos de Costa Rica”, publicada en La Gaceta No. 109 del 04 de junio del 2004 y sus respectivos reglamentos; y lo establecido en la Ley No. 8279 del 02 de mayo del 2002 “Sistema Nacional para la Calidad”, publicada en La Gaceta No. 96 de 21 de mayo de 2002.

INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS

SUPERINTENDENCIA DE TELECOMUNICACIONES

EDICTO

La Superintendencia de Telecomunicaciones (SUTEL) hace saber que de conformidad con el expediente número C0784-STT-AUT-01029-2017, ha sido admitida la solicitud de autorización del **CONSORCIO NACIONAL DE EMPRESAS DE ELECTRIFICACIÓN DE COSTA RICA R.L.** cédula jurídica número 3-0101-08233, para brindar el servicio de transferencia de datos en la modalidad de acceso a internet, líneas arrendadas y redes virtuales privadas y el servicio de televisión por suscripción, en las zonas de cobertura autorizadas en los respectivos títulos habilitantes de Coopelesca R.L., cédula jurídica 3-004-045117; Coopesantos R.L., cédula jurídica 3-004-045260; Coopeguanacaste R.L., cédula jurídica 3-004-045202; y Coopealfaroruz R.L., cédula jurídica 3-004-061424. De conformidad con el artículo 39 del Reglamento a la Ley General de Telecomunicaciones, Decreto Ejecutivo N° 34765-MINAET, se otorga a los interesados el plazo de diez días hábiles, contados a partir de la publicación de este edicto, para que se apersonen ante la SUTEL a hacer valer sus derechos y presentar las objeciones que consideren pertinentes.

16 de agosto del 2017.—Gilbert Camacho Mora, Presidente del Concejo.—1 vez.—(IN2017161936).