



LA GACETA

Diario Oficial



Año CXLI

San José, Costa Rica, martes 12 de febrero del 2019

88 páginas

ALCANCE N° 32

PODER EJECUTIVO

DECRETOS

REGLAMENTOS

MUNICIPALIDADES

NOTIFICACIONES

HACIENDA

FE DE ERRATAS

PODER EJECUTIVO

PODER EJECUTIVO

DECRETOS

DECRETO EJECUTIVO N° 41541-S

EL SEGUNDO VICEPRESIDENTE

EN EJERCICIO DE LA PRESIDENCIA DE LA

REPÚBLICA Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 50, 140 incisos 3), 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1), 28 inciso 2) acápite b) de la Ley No. 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 4, 7, de la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 2 y 6 de la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

CONSIDERANDO

1- Que el artículo 1 de la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud” establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2- Que la acción rectora del Ministerio de Salud le faculta para dictar la normativa que proceda en resguardo de la salud de la población.

3- Que la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, se ha pronunciado sobre la naturaleza de los colegios profesionales, en que “...son entidades de derecho público de base corporativa. Sus miembros se asocian con la finalidad de hacer valer intereses comunes y

propios de una determinada profesión. Velan por el respeto de los ámbitos competenciales de las respectivas profesiones, luchan contra el ejercicio indebido de la profesión y la competencia desleal, procuran la mejora de las condiciones del ejercicio profesional, de las condiciones personales y familiares de sus agremiados, así como la cooperación y el mutuo auxilio entre éstos. Sin embargo, adicionalmente a estos fines eminentemente privados y sectoriales, el ordenamiento jurídico o la Administración por delegación legal expresa, le atribuyen funciones que son propias de ésta última. Se trata de facultades en el orden administrativo a ejercer sobre sus propios miembros, como lo son el control objetivo de las condiciones de ingreso en la profesión y la potestad disciplinaria... Además poseen la potestad de auto regulación mediante la promulgación de reglamentos y el dictado de pautas de ingreso, ejercicio profesional y fijación de emolumentos". (Resolución N° 000625-F-S1-2013 de las 08 horas y 50 minutos del 21 de mayo de 2013).

4- Que la sociedad contemporánea requiere de cambios cualitativos en el sistema de salud, a fin de incrementar la satisfacción de las necesidades de la población y de la comunidad, mediante la utilización óptima de los recursos humanos y materiales existentes.

5- Que la calidad de un servicio de salud, parte del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales.

6- 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-DAR-INF-153-18 emitido por la Dirección de Mejora Regulatoria y Reglamentación Técnica del Ministerio de Economía, Industria y Comercio

POR TANTO,

DECRETAN:

**“REGLAMENTO DE PERFILES DE PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD”**

Artículo 1º. – Objetivo y alcance. El presente reglamento tiene por objetivo establecer los mecanismos para que se definan los perfiles profesionales de las profesiones en ciencias de la salud, con el fin de mejorar las condiciones del ejercicio profesional y la calidad del servicio ofrecido a la población.

Las disposiciones del presente reglamento son de orden público, de interés general y de acatamiento obligatorio, por ende, aplicable a toda persona física o jurídica que esté relacionada directa o indirectamente con la práctica profesional de las profesiones en ciencias de la salud.

Artículo 2º. – Definiciones:

- a) **Perfil Profesional:** descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión
- b) **Profesional en ciencias de la salud:** Aquella persona que posee el grado académico de licenciatura o uno superior en los siguientes campos: farmacia, medicina, microbiología química clínica, odontología, veterinaria, enfermería, nutrición y psicología clínica. Según lo definido en el Artículo 40 de la Ley N° 5395 “Ley General de Salud”.

- c) **Profesional especialista:** Profesional egresado de un programa de posgrado de una universidad.
- d) **Profesional generalista:** Profesional egresado de un programa de grado de una universidad.

Artículo 3º. – Sobre el perfil de los profesionales en ciencias de la salud. Los Colegios Profesionales de las profesiones en ciencias de la salud, deberán contar con los diferentes perfiles profesionales de sus agremiados, debiendo coordinar con las autoridades del Ministerio de Salud, ya sean estos de profesionales generales, especialistas o tecnólogos.

Los perfiles profesionales deberán contener al menos los siguientes componentes: requisitos para el ejercicio de la profesión, ámbito de acción, funciones asistenciales, funciones en investigación, funciones docentes, funciones administrativas, destrezas.

Artículo 4º. – Sobre la vigilancia de la práctica profesional. Le corresponderá a los Colegios Profesionales velar para que el ejercicio de los profesionales en ciencias de la salud se desarrolle en apego a lo estipulado en los respectivos perfiles profesionales.

De igual manera, los Colegios Profesionales tendrán el deber de emitir criterio técnico sobre el cumplimiento de los mencionados perfiles, cuando le sea solicitado por las autoridades públicas competentes de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. Para lo cual, deberán establecer los mecanismos y controles fiscalizadores necesarios.

Artículo 5º. – Inclusión de nuevas especialidades. Previo a incluir una nueva especialidad o subespecialidad en su catálogo, el Colegio Profesional respectivo deberá de elaborar el respectivo perfil profesional.

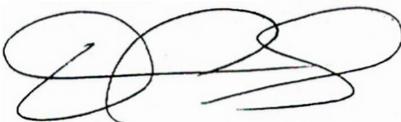
Transitorio Único: Los respectivos colegios profesionales contarán con un plazo de un año a partir de la publicación del presente Decreto Ejecutivo para elaborar los correspondientes perfiles de profesionales generalistas. Posterior a esta fecha deberán iniciar la elaboración de los perfiles de los profesionales especialistas de acuerdo a un cronograma que será convenido con el Ministerio de Salud.

Artículo 6º. – Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.- San José, a los veintidós días del mes de enero del dos mil diecinueve.


MARVIN RODRÍGUEZ CORDERO




DR. DANIEL SALAS PERAZA
MINISTRO DE SALUD



DECRETO EJECUTIVO N° 41547-S

EL SEGUNDO VICEPRESIDENTE

EN EJERCICIO DE LAPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA,

EL MINISTRO DE LA PRESIDENCIA Y EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades que les confieren los artículos 11, 50, 140 incisos 3), 18) y 146 de la Constitución Política, 25, inciso 1), 27 inciso 1), 28 incisos 1 y 2) literal b) Ley N° 6227 de 2 de mayo de 1978 Ley General de la Administración Pública y sus reformas, 1, 7, 264 al 277 y concordantes de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud" y sus reformas, y los artículos 1, 2, 3,11, 21, 22, 23 de la Ley N°2726 de 14 de abril de 1961 "Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados" y sus reformas.

CONSIDERANDO

1º. Que es función del Estado velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.

2°. Que la Constitución Política en su artículo 50 enuncia el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, el cual se logra, entre otros factores, a través de la protección y conservación de la calidad y cantidad del agua para consumo y uso humano, para mantener el equilibrio ecológico en los hábitats de la flora y fauna, en general de la biosfera como patrimonio común de la humanidad.

3°. Que la Salud de la población es un bien de interés público, tutelado por el Estado, asimismo, el abastecimiento de agua potable es un determinante de la salud pública y un derecho humano fundamental, así declarado por la Organización de las Naciones Unidas y la jurisprudencia Constitucional Nacional.

4°. Que se debe brindar agilidad técnica y administrativa para buscar nuevas fuentes de agua a fin de sustituir las ya existentes en los acueductos afectados, reponer los sistemas deteriorados e interconectar sistemas cuando resulte viable, potabilizar las aguas entregadas a la población y adoptar las soluciones tecnológicas que resulten necesarias.

5° Que el artículo N° 1 de la Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados N ° 2726 del 14 de abril de 1961, señala:" Con el objeto de dirigir, fijar políticas, establecer y aplicar normas, realizar y promover el planeamiento, financiamiento y desarrollo y de resolver todo lo relacionado con el suministro de agua potable y recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos, lo mismo que el aspecto normativo de los sistemas de alcantarillado pluvial en áreas urbanas, para todo el territorio nacional se crea el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, como institución autónoma del Estado.

6° Que mediante el Decreto Ejecutivo N° 41043-S-MINAE del 26 de enero del 2018, el Poder Ejecutivo oficializó en Costa Rica la Política Nacional de Agua Potable, que establece el marco de acción que orientará las gestiones de la Administración Pública y demás actores sociales, en el corto, mediano y largo plazo, mediante un plan de acción construido acorde con las condiciones del país, para garantizar una gestión integral del agua potable.

7°. Que mediante Decreto Ejecutivo N° 38642-MP-MAG del 30 de setiembre del 2014, se declara estado de emergencia la situación generada por la sequía que afecta a varias comunidades del Pacífico Norte y Pacífico Central entre las que se ubica el Cantón de Cañas, quien se ha visto afectado en el acceso al servicio público de agua potable en términos de cantidad y calidad.

8°. Que el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados con el fin de cumplir con la misión de normar y garantizar los servicios de agua potable, según los requerimientos de la Sociedad y contribuyendo al desarrollo económico y social del país, se encuentra gestionando el proyecto denominado “Reposición del abastecimiento del acueducto Cañas-Bebedero”.

9°. Que el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, suscribió un convenio de cooperación con el Gobierno de la República Popular de China, para el estudio de factibilidad técnica, diseño y construcción de las obras del proyecto “Reposición del Abastecimiento del Acueducto Cañas- Bebedero”.

10°. Que mediante donación del Gobierno de la República Popular de China, la Empresa Urban Construction Desing and Research Institute Co. Ltd, será la encargada de realizar el diseño y construcción de las obras, bajo la modalidad de llave en mano.

11°. Que las obras del Acueducto a desarrollar son una captación al embalse sandillal, por medio de un pozo tipo seco, que impulsará agua cruda de tipo II, al sitio de planta potabilizadora, donde se realizará un tratamiento completo, se conducirá el caudal ya potabilizado a los tanques existentes de Cañas, hasta la planta de eliminación de arsénico en Bebedero. Este proyecto brindará servicio a una población al año 2040 de 29000 personas (Cañas, Palmira, San Miguel, Bebedero, Porozal).

12°. Que por medio de oficio GG-2019-00135, la Gerencia General del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, solicita se declare de Interés Público y Nacional el proyecto “Reposición del Abastecimiento del Acueducto Cañas – Bebedero”

13°. Que de conformidad con el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo N° 37045-MP-MEIC de 22 de febrero de 2012, “Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos” y sus reformas, se considera que por la naturaleza del presente reglamento no es necesario completar la Sección I denominada Control Previo de Mejora Regulatoria, que conforma el formulario de Evaluación Costo Beneficio, toda vez que el mismo no establece trámites ni requerimientos para el administrado.

POR TANTO,

DECRETAN

**DECLARATORIA DE INTERÉS PÚBLICO Y NACIONAL DEL PROYECTO
“REPOSICIÓN DEL ABASTECIMIENTO DEL ACUEDUCTO CAÑAS –
BEBEDERO”**

Artículo 1º— Declárese de Interés Público y Nacional, el proyecto “*Reposición del Abastecimiento del Acueducto Cañas – Bebedero*”, financiado por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Gobierno de la República Popular de China.

Artículo 2º— Las dependencias del Sector Público y del Sector Privado, dentro del marco legal respectivo, podrán contribuir con recursos económicos, capacitación, conservación ambiental y rescate cultural, en la medida de sus posibilidades y sin perjuicio del cumplimiento de sus propios objetivos, para la exitosa realización del proyecto indicado.

Artículo 3º— El presente decreto no otorga beneficios fiscales, tales como exoneraciones o cualquier otro beneficio fiscal, tal y como lo establece el artículo 5 del Decreto Ejecutivo N° 40540-H del 1 de agosto de 2017.

Artículo 4º — Rige a partir de su publicación.

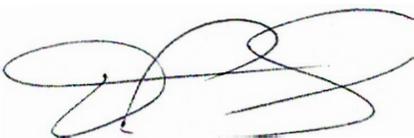
Dado en la Presidencia de la República. San José, a los veintiún días del mes de enero del dos mil diecinueve.


MARVIN RODRIGUEZ CORDERO




RODOLFO PIZA ROCAFORTE
MINISTRO DE LA PRESIDENCIA




DR. DANIEL SALAS PERAZA
MINISTRO DE SALUD



1 vez.—O. C. N° 3400038914.—Solicitud N° 21930.—(D41547 - IN2019318060).

DECRETO EJECUTIVO N° 41555-S
EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1) y 28 inciso 2) acápite b) de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 3, 4 y 7 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 1 y 2 incisos b) y c) de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud” y la Ley N° 9222 del 13 de marzo del 2014 “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos”.

CONSIDERANDO:

1. Que la salud de la población es tanto un derecho humano universal, como un bien de interés público tutelado por el Estado.

2. Que el Ministerio de Salud es competente para adoptar todos aquellos actos necesarios para la protección de la salud. La Ley General de Salud establece además que toda persona, natural o jurídica, queda sujeta a los mandatos de esa ley, 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 orgánicas.

3. Que la Ley N° 9222 del 13 de marzo del 2014 “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos”, regula las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos y tejidos humanos, incluidos la donación, la evisceración, la preparación, el transporte, la distribución, el trasplante y su seguimiento para fines terapéuticos.
4. Que los criterios de distribución de órganos y tejidos cadavéricos, deben sustentarse en normas técnicas que contemplen la equidad en el acceso al trasplante, en la asignación de los órganos y tejidos y en la transparencia de los procedimientos.
5. Que dichos criterios deben ser uniformes y específicos en todo el territorio nacional, en la medida que regulan aspectos esenciales y comunes para la protección de la salud y la seguridad de las personas, debiendo contemplar aspectos bioéticos, médicos y de territorialidad.
6. Que asimismo, el Decreto Ejecutivo N° 39895-S del 6 de setiembre del 2016 “Reglamento a la Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos”, en su artículo 17, dispone que la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, será el órgano encargado de dictar las normas para la distribución de órganos y tejidos.
7. Que mediante Decreto Ejecutivo N° 40004-S del 3 de octubre del 2016, publicado en el Alcance N° 309 a La Gaceta N° 241 del 15 de diciembre del 2016, se promulgaron los “Criterios de Distribución Hepática proveniente de Donante Cadavérico”, no obstante, debido a la actualización clínica de la mayoría de dichos criterios se hace necesaria y oportuna su reforma.

8. Que de conformidad con el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo N° 37045-MP-MEIC de 22 de febrero de 2012 "Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos" y su reforma, se considera que por la naturaleza del presente reglamento, no es necesario completar la Sección I denominada Control Previo de Mejora Regulatoria, que conforma el formulario de Evaluación Costo Beneficio, toda vez que el mismo no establece trámites ni requerimientos para el administrado. Esta norma contiene criterios clínicos que tienen los pacientes que padecen una enfermedad y que los hace como tal, candidatos a un trasplante.

Por tanto,

DECRETAN:

**NORMA NACIONAL DE DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN HEPÁTICA
PROVENIENTE DE DONANTE CADAVERÍCO**

CAPÍTULO 1

**CANDIDATOS A SER INSCRITOS EN LA LISTA NACIONAL DE
RECEPTORES DE HÍGADO**

Artículo 1.- Objeto. Esta normativa tendrá como objetivo regular la distribución de órganos humanos, los cuales son provenientes de un donante cadavérico, que serán distribuidos a los receptores más adecuados inscriptos en la lista de espera, para que sean trasplantados. Por lo tanto, el ordenamiento numérico de las listas se establece en cada operativo de donación, una vez conocidas las características de compatibilidad entre el donante y el receptor.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación. El presente decreto será de aplicación a nivel nacional, por parte de los establecimientos de salud autorizados por la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud para realizar procesos de donación y trasplantes.

Artículo 3.- Definiciones y abreviaturas. Para efectos de la presente normativa y su aplicación se entiende por:

- a) **CDC:** por sus siglas en inglés Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- b) **Criterios de San Francisco:** criterios utilizados para incluir pacientes con hepatocarcinoma en lista de espera.
- c) **INR:** El International Normalized Ratio (INR) es una forma de estandarizar los cambios obtenidos a través del tiempo de protrombina. Se usa principalmente para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento anticoagulante.
- d) **SHUNT:** derivación.
- e) **PaO2:** Presión parcial de Oxígeno.
- f) **MDRD6:** por sus siglas en inglés, Modification of Diet in Renal Disease, Modificación de la dieta en la enfermedad renal.

Artículo 4.- Inscripción de pacientes nacionales o con residencia permanente. Todo paciente nacional o con residencia permanente que vaya a ser incluido en la lista de receptores, deberá estar asegurado por la Caja Costarricense del Seguro Social.

Artículo 5.- Inscripción de extranjeros a la lista nacional de receptores. Todo extranjero que desee ingresar a la lista nacional de receptores, deberá:

- a) Ser residente permanente con estatus legal, emitido por la Dirección General de Migración y Extranjería.

b) Asegurado por la Caja Costarricense de Seguro Social

Artículo 6.- Los receptores en espera de trasplante hepático, solo pueden estar inscritos en un establecimiento de salud a la vez. El paciente sólo podrá estar inscrito en un establecimiento de salud público o privado, con el fin de no duplicarse en otros establecimientos y la cirugía se realizará en el establecimiento de salud autorizado que lo tiene registrado en la lista nacional de receptores.

Artículo 7.- Trasplante hepático con donante vivo. Todo paciente, adulto o pediátrico, que tenga programado un trasplante hepático con donante vivo, deberá estar inscrito en la lista nacional de receptores, hasta una vez que haya sido trasplantado, con el objetivo de que participe de la distribución de órganos para trasplante con donante fallecido. Una vez reportado el trasplante, pasará a formar parte de la lista nacional de receptores trasplantados con donante vivo.

Artículo 8.- Inscripción de receptores en la lista nacional para trasplante hepático. La inscripción sólo puede ser realizada por los médicos autorizados para tal fin por la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, la cual se realizará a través del Sistema Nacional de Donación de Costa Rica (SINADOC), cumpliendo con los procesos de verificación que ésta establecerá para tal efecto.

Artículo 9.- Asignación de injertos hepáticos dentro de la lista nacional de receptores de hígado. La asignación se establecerá de acuerdo a las condiciones clínicas específicas de cada candidato admitido e inscrito en la lista nacional de receptores de hígado. Las características clínicas de cada receptor determinan categorías y una categorización clínica, en base a la cual se establece el orden de asignación de un determinado injerto, para un candidato específico en un momento determinado, ya que cada categoría clínica es per se un universo dinámico en cada paciente.

Artículo 10.- Asignaciones de Categorías Clínicas y Puntuación Clínica. A cada candidato de trasplante inscrito y admitido en la lista nacional de receptores de hígado, se le asigna un puntaje que refleja la probabilidad de muerte dentro de un período de tres meses, según lo determinado por el sistema de puntuación de Modelo para el Estadío Final de Enfermedad Hepática (MELD, por sus siglas en inglés) o el sistema de puntuación Modelo Pediátrico para Enfermedad Terminal Hepática (PELD, por sus siglas en inglés). A los candidatos a un trasplante de hígado también se les puede asignar un estado de prioridad clínico, si el candidato cumple con los requisitos para ese estado clínico.

Artículo 11.- Categorías clínicas de candidatos a trasplante hepático con 18 años. Los candidatos a trasplante de hígado con 18 años de edad cumplidos en el momento del registro, pueden ser asignados a cualquiera de las siguientes categorías clínicas:

- a) Estatus Adulto 1A
- b) Puntaje MELD calculado
- c) Puntuación MELD de Excepción
- d) Estado inactivo

Artículo 12.- Categorías clínicas de candidatos a trasplante hepático menores a 18 años. Los candidatos a trasplante de hígado menores a 18 años de edad en el momento del registro, pueden ser asignados a cualquiera de las siguientes categorías clínicas:

- a) Estatus Pediátrico 1A
- b) Estatus Pediátrico 1B
- c) Puntaje PELD o MELD calculado (según peso y talla del candidato)
- d) Puntuación PELD o MELD de Excepción (según peso y talla del candidato)
- e) Estado inactivo

Artículo 13.- Sistemas de estadiaje clínico. Se aplicarán sistemas de estadiaje clínico validados internacionalmente y reconocidos por su efectividad para categorizar la gravedad y riesgo de mortalidad de los receptores en lista de espera y priorizar la asignación del órgano, a saber, Modelo Pediátrico para Enfermedad Terminal Hepática (PELD score), el Modelo para Enfermedad Terminal Hepática (MELD score) y Modelo para Enfermedad Terminal Hepática con Nivel de Sodio sérico (MELD-Na⁺ score).

Sin embargo, la categorización clínica es una guía cuantitativa para asignar el injerto al receptor de hígado más idóneo y más prioritario en base a la mayor objetividad médica y científica, pero debe entenderse que la asignación final puede estar sujeta a innumerables condiciones clínicas cambiantes que pueden presentar los pacientes en el curso de su enfermedad y en el momento de la asignación de un injerto, así como sujeta a los procesos logísticos de donación y trasplantes en cada establecimiento autorizado. Toda condición clínica y/o logística no contemplada por los puntajes clínicos de PELD, MELD que puedan influir en la asignación de un determinado injerto hepático, deben ser oficialmente reportadas y comunicadas a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud.

Artículo 14.- Requisitos para Inclusión de Estatus Adulto 1A. Para asignar el Estatus 1A de adulto, el centro hospitalario debe justificar su ingreso en esta categoría clínica. El candidato se ingresará en la nueva categoría hasta que esté justificado.

El grupo trasplantador puede asignar el status 1A de adulto, cuando el candidato cumpla con las siguientes características:

- a) El candidato es > o igual a 18 años al momento de ingresar en lista de espera para trasplante.
- b) El candidato tiene una expectativa de vida sin trasplante menor de siete días y cumple al menos una de las siguientes condiciones:
 1. Fallo hepático fulminante, sin enfermedad hepática preexistente, se encuentre en la unidad de vigilancia estricta, encefalopatía hepática dentro de los primeros 56 días del inicio de los signos y/o síntomas de la enfermedad hepática y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:
 - i. Depende de ventilación mecánica asistida
 - ii. Requiere diálisis, hemofiltración veno-venosa continua o hemodiálisis veno-venosa continua.
 - iii. INR > 2
 2. Anhepático
 3. Fallo primario del injerto, de un injerto completo en los primeros 7 días del trasplante, con Aspartato Aminotransferasa (AST) > a 3000 U/L y por lo menos una de las siguientes condiciones:

- i. INR \geq o igual 2,5
- ii. pH arterial $<$ o igual 7,30
- iii. pH venoso $<$ o igual 7,25
- iv. Lactato $>$ o igual 4 mmol/L

Todos los resultados de laboratorio de las condiciones descritas anteriormente, deben ser de la misma muestra tanto sangre venosa como arterial y deben ser tomadas 24 horas a siete días después del trasplante.

4. Fallo primario del injerto, de un injerto parcial de donador vivo o cadavérico en los primeros 7 días del trasplante, con al menos una de las siguientes condiciones:

- i. INR \geq o igual 2,5
- ii. pH arterial $<$ o igual 7,30
- iii. pH venoso $<$ o igual 7,25
- iv. Lactato $>$ o igual 4 mmol/L

5. Trombosis de la arteria hepática dentro de los primeros 7 días del trasplante, con Aspartato Aminotransferasa (AST) $>$ o igual a 3000 U/L y por lo menos una de las siguientes condiciones:

- i. INR \geq o igual 2,5
- ii. pH arterial $<$ o igual 7,30
- iii. pH venoso $<$ o igual 7,25
- iv. Lactato $>$ o igual 4 mmol/L

Todos los resultados de laboratorio de las condiciones descritas anteriormente, deben ser de la misma muestra y deben ser tomadas 24 horas a 7 días después del trasplante.

Todos los pacientes trasplantados que desarrollen trombosis de la arteria hepática dentro de los 14 días post trasplante que no cumplan con los criterios anteriores recibirán una clasificación de MELD de 40.

6. Enfermedad de Wilson aguda descompensada: en pacientes que presentan insuficiencia hepática aguda o cirrosis descompensada debido a la enfermedad de Wilson.

Artículo 15.- Requisitos para Inclusión de Estatus 1A Pediátricos. Para asignar el Status 1A pediátrico, el centro hospitalario debe justificar su ingreso en esta categoría clínica. El candidato se ingresará en la nueva categoría hasta que esté justificado.

El grupo trasplantador puede asignar el status 1A pediátrico, cuando el candidato cumpla con las siguientes características:

- a) El candidato es < de 18 años al momento de ingresar en lista de espera para trasplante. Incluye los candidatos que cumplen 18 años estando en lista de espera. Pero no incluye a los candidatos excluidos de la lista de espera que luego reingresan a la lista con 18 años cumplidos.
- b) El candidato tiene al menos una de las siguientes condiciones:
 1. Fallo hepático fulminante, sin enfermedad hepática preexistente, encefalopatía hepática dentro de los primeros 56 días del inicio de los signos y/o síntomas de la enfermedad hepática y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- i. Depende de ventilación mecánica asistida
 - ii. Requiere diálisis, hemofiltración veno-venosa continua o hemodiálisis veno-venosa continua.
 - iii. INR > o igual 2
2. Fallo primario del injerto, en los primeros siete días del trasplante, y por lo menos dos de las siguientes condiciones:
 - i. Alanina Aminotransferasa (ALT) > o igual a 2000 U/L
 - ii. INR > o igual a 2,5
 - iii. Bilirrubina total > 10mg/dL
 - iv. Acidosis definida como:
 - i. pH arterial < o igual 7,30
 - ii. pH venoso < o igual 7,25
 - iii. Lactato > o igual 4 mmol/L

Todos los resultados de laboratorio de las condiciones descritas anteriormente, deben ser de la misma muestra y deben ser tomadas 24 horas a siete días después del trasplante.

3. Diagnóstico de Trombosis de la arteria hepática en los primeros 14 días del Trasplante hepático.
4. Enfermedad de Wilson aguda descompensada.

Artículo 16.- Requisitos para Inclusión de Estatus 1B Pediátrico: Para asignar el Status 1B pediátrico, el centro hospitalario debe justificar su ingreso en esta categoría clínica. El candidato se ingresará en esta categoría hasta que esté justificado.

El grupo trasplantador puede asignar el status 1B pediátrico, cuando el candidato cumpla con las siguientes características:

- a) El candidato es < de 18 años al momento de ingresar en lista de espera para trasplante. Incluye los candidatos que cumplen 18 años estando en lista de espera. Pero no incluye a los candidatos excluidos de la lista de espera que luego reingresan a la lista con 18 años cumplidos.
- b) El candidato tiene al menos una de las siguientes condiciones:
 1. Biopsia positiva por hepatoblastoma sin evidencia de enfermedad metastásica extrahepática.
 2. Acidemia orgánica o defecto en el ciclo de la urea y excepción de puntaje MELD/PELD de 30 puntos por al menos 30 días.
 3. Enfermedad hepática crónica con MELD calculado > de 25 para candidatos adolescentes de 12 a 17 años inclusive, o PELD calculado > de 25 para candidatos menores de 12 años y por lo menos una de las siguientes condiciones:
 - i. Está en ventilación mecánica
 - ii. Tiene un sangrado gastrointestinal que requiere reposición de por lo menos 30ml/kg de glóbulos rojos empacados dentro de las 24 horas previas.
 - iii. Tiene fallo renal o insuficiencia renal que requiere diálisis, hemofiltración veno- venosa continua o hemodiálisis veno-venosa continua.
 - iv. Tiene un puntaje menor de 10 en la Escala de Glasgow dentro de las 48 horas anteriores al estatus 1B.

4. Enfermedad hepática crónica y los candidatos de hígado-intestino combinados con puntaje PELD/ MELD ajustado > de 25 de acuerdo a la política 9.1.F Candidatos de hígado-intestino. Deben cumplir con al menos uno de las siguientes condiciones:

- v. Está en ventilación mecánica
- vi. Tiene un sangrado gastrointestinal que requiere reposición de por lo menos 10ml/kg de glóbulos rojos empacados dentro de las 24 horas previas.
- vii. Tiene fallo renal o insuficiencia renal que requiere diálisis, hemofiltración veno-venosa continua o hemodiálisis veno-venosa continua.
- viii. Tiene un puntaje menor de 10 en la Escala de Glasgow dentro de las 48 horas anteriores al estatus 1B.

Artículo 17.- Requisitos para Inclusión de Política 9.1.D Puntaje MELD. Los Candidatos mayores de 12 años reciben un puntaje MELD(i) inicial igual a:

$$0.957 \times \text{Log}(\text{creatinina mg/dL}) + 0.378 \times \text{Log}_e(\text{bilirubin mg/dL}) + 1.120 \times \text{Log}_e(\text{INR}) + 0.643.$$

Los valores de laboratorio < a 1,0 se tomarán como 1,0 cuando se calcule el puntaje MELD.

Los siguientes candidatos recibirán un valor de creatinina de 4,0mg/dL:

- a) Candidatos con valores de creatinina > de 4,0mg/dl
- b) Candidatos con 2 o más sesiones de diálisis en los 7 días previos.
- c) Candidatos que han recibido 24hrs de hemodiálisis veno-venosa continua en los 7 días previos.

El puntaje MELD máximo es 40. El puntaje MELD derivado de este cálculo se redondeará a su decimal mayor.

Para candidatos con un puntaje MELD inicial > de 11, el puntaje MELD es recalculado de la siguiente manera: $MELD = MELD(i) + 1.32 \cdot (137 - Na) - [0.033 \cdot MELD(i) \cdot (137 - Na)]$.

Valores de sodio menores de 125 mmol/L se dejarán en 125, y valores de sodio mayores de 137 mmol/L se dejarán en 137.

Si el valor del puntaje MELD recalculado requiere recertificación en los próximos 7 días de implementación, basados en el esquema de actualización del estatus hepático, el hospital tendrá 7 días para actualizar estos laboratorios. Si después de 7 días los valores no son actualizados al candidato se le reasignará el puntaje MELD previo más bajo.

Artículo 18.- PELD: Puntaje PELD. Los pacientes con doce años (12) años de edad o menos, susceptibles de ser tratados mediante trasplante hepático, no incluidos en la situación de status 1A o 1B, serán inscritos en la lista nacional de receptores de hígado, mediante la asignación de un puntaje de riesgo de mortalidad, calculado de acuerdo al Puntaje del Modelo Pediátrico para Enfermedad Hepática Terminal (PELD).

Este sistema de puntuación se basa en la siguiente fórmula:
 $0.436(\text{edad (menor a 1 año)}) - 0,687 \times \text{LOG}_e(\text{albumina g/dl}) + 0,480 \times \text{log}(\text{bilirrubina total mg/dl}) + 1.857 \times \text{log}_e(\text{INR}) + 0,667(\text{falla para progresar (menor ó igual a 2 desviaciones estándar)})$.

El puntaje PELD derivado de esta fórmula se redondeará al décimo decimal y después se multiplicará por diez.

El puntaje PELD de los candidatos a trasplante hepático antes de cumplir el primer año de edad, continúa incluyendo el valor de 0.436, hasta que el candidato cumpla 2 años de edad.

Los valores de laboratorio de menos de uno (1) se consignarán como uno (1) para el propósito del cálculo de PELD.

Se define falla para progresar, cuando el candidato tiene más de dos desviaciones estándar por debajo del crecimiento esperado según su edad y género, esto utilizando la tabla de crecimiento clínico pediátrico más reciente establecida por el CDC.

Todo paciente admitido oficialmente en la lista Nacional de Receptores de Hígado, obligatoriamente tendrá una actualización de MELD y PELD. Esta actualización es fundamental porque garantiza ante todo el principio de justicia, igualdad de oportunidad, transparencia y beneficio, para que cada receptor enlistado tenga una oportunidad equivalente de ser trasplantado, ajustada a la gravedad de su estado clínico real. La misma se establece en el Anexo 1 del presente reglamento.

Artículo 19.- Actualización de laboratorios. Será responsabilidad de cada equipo de trasplante de hígado autorizado, mantener actualizado los laboratorios de los pacientes, en base a las condiciones clínicas determinadas por los puntajes de MELD/PELD establecidos en esta normativa, así como reportarlos al Sistema Nacional de Donación de Órganos de Costa Rica (SINADOC).

Artículo 20.- Excepciones específicas estandarizadas de MELD/PELD. Se considerarán excepciones para MELD/PELD las siguientes:

a) Fibrosis Quística:

El equipo médico trasplantador debe aportar información que confirme que el candidato tiene signos de compromiso de la función pulmonar con un volumen espiratorio forzado a 1 segundo (FEV1) menor a 40%. El candidato recibirá un puntaje MELD de 22, o PELD de 28. Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje total de MELD o PELD cada 3 meses.

b) Polineuropatía Amiloidótica Familiar (PAF):

Los médicos tratantes deben aportar la siguiente información para el diagnóstico claro de PAF:

- i. Ecocardiograma que muestre que el candidato tiene una fracción de eyección (FE) mayor del 40%
- ii. Status ambulatorio
- iii. Identificación de la mutación del gen TTR
- iv. Biopsia confirmatoria de amiloide en hígado
- v. El candidato recibirá un puntaje MELD de 22, o PELD de 28.
Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje total MELD o PELD cada 3 meses.

c) Trombosis de la Arteria Hepática:

Aportar estudios de imagen o hallazgos por laparotomía que confirme que el candidato tiene trombosis de la arteria hepática dentro de los primeros 14 días del post-trasplante pero no cumple criterios para ser considerado Status 1^a. El candidato recibirá un puntaje MELD de 40 y PELD de 40.

d) Síndrome Hepatopulmonar: Aportar información que confirme todo lo siguiente:

1. Evidencia clínica de hipertensión portal
- ii. Evidencia de shunt
- iii. PaO₂ aire ambiente menor a 60mmHg
- iv. Que no haya evidencia clínica significativa de enfermedad pulmonar primaria de fondo

El candidato recibirá un puntaje MELD de 22, PELD de 28. Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje adicional MELD o PELD cada 3 meses si la PaO₂ se mantiene menor a 60mmHg.

e) Hipertensión Portopulmonar:

Aportar información que confirme que el candidato tiene una presión media en arteria pulmonar (PmAP) menor a 35 mmHg posterior a intervención. El diagnóstico debe incluir todo lo siguiente:

1. Valor inicial de PmAP
- ii. Valor inicial de resistencia vascular pulmonar (RVP)
- iii. Valor inicial del gradiente transpulmonar para corregir por sobrecarga de volumen
- iv. documentación del tratamiento
- v. PmAP post tratamiento menor a 35 mmHg
- vi. RVP post tratamiento menor a 400 dynes/seg/cm-5
- vii. El candidato recibirá un puntaje MELD de 22, PELD de 28. Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje MELD o PELD cada 3 meses.

f) Hiperoxaluria Primaria:

Aportar información que confirme que el candidato tiene todo lo siguiente:

1. Está registrado para un trasplante combinado hepato-renal
11. Biopsia hepática confirmatoria de deficiencia de alanino glioxilato aminotransferasa (AGT)
111. Tasa de filtración glomerular (TFG) menor o igual a 25 mL/min según MDRD6 o medición directa de iotalamato o iohexol, por 42 o más días.

El candidato recibirá un puntaje al MELD de 28, o PELD de 41. Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje MELD o PELD cada 3 meses

g) Candidatos pediátricos con enfermedad metabólica:

Un candidato pediátrico con trastorno del ciclo de la urea con acidemia orgánica recibirá un MELD/PELD de 30. Si el candidato no recibe un trasplante hepático en los primeros 30 días de haber sido incluido en lista de espera para trasplante con el MELD/PELD de 30, el médico tratante puede registrar al candidato con Status 1B.

Si el candidato tiene una enfermedad metabólica distinta, ingresará a la lista de trasplante con un MELD/PELD de 15 y recibirá un aumento de un 10% del puntaje MELD o PELD cada tres meses. Si el grupo de trasplante al que está adscrito el candidato considera que el MELD/PELD actual no refleja apropiadamente la urgencia médica del candidato, el médico tratante puede solicitar una excepción al MELD a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, quien podrá convocar al Comité Técnico Asesor conformado en el artículo 40 del presente reglamento.

h) Colangiocarcinoma:

El tumor debe considerarse irresecable por consideraciones técnicas o por enfermedad hepática de fondo.

El candidato recibirá un puntaje MELD de 22, y PELD de 28. Además, recibirá un aumento de un 10% del puntaje MELD o PELD cada tres meses.

i) Colangiocarcinoma Intrahepático:

El médico tratante debe documentar que el candidato cumple el criterio diagnóstico para Colangiocarcinoma hiliar con estrechez de apariencia maligna en la colangiografía y que cumpla con uno de los siguientes parámetros:

- i. Biopsia o citología que evidencie malignidad
- ii. Ca 19-9 mayor a 100 U/mL en ausencia de colangitis
- iii. Tumor menor a 3 cm de diámetro.
- iv. Terapia neoadyuvante completada.
- v. Laparotomía exploradora previa, descarte diseminación ganglionar, invasión perineural y vascular, así como la necesidad de duodenopancreatectomía cefálica asociada.
- vi. Se debe excluir metástasis intra o extrahepáticas en estudios de imagen de tórax y abdomen al momento inicial de la aplicación de la excepción del MELD/PELD, y cada tres meses, antes de aumentar el puntaje MELD/PELD.

j) Hepatocarcinoma:

Los candidatos con hepatocarcinoma con lesiones dentro de los criterios de San Francisco (hígado cirrótico), se incluirán en lista nacional de receptores de hígado, con su puntaje MELD/PELD calculado, una vez que cumplan con los requisitos de evaluación inicial para inclusión en lista de espera. Las lesiones dentro de los criterios de San Francisco incluyen cualquiera de las siguientes:

1. una lesión menor o igual a 6,5 cm.
- ii. hasta 3 lesiones menores o iguales a 4,5 cm y la suma de sus diámetros menor o igual a 8 cm.

La evaluación inicial para inclusión en lista nacional de receptores de hígado, debe incluir todo lo siguiente:

1. evaluación del número y tamaño de los tumores mediante TAC o RM dinámica
- ii. TAC o RM que descarte enfermedad extrahepática o compromiso macrovascular
- iii. TAC de tórax que descarte enfermedad metastásica
- iv. indicación que el candidato no es elegible para resección
- v. valor de alfa-fetoproteína del candidato

Requisitos de Imágenes para Lesiones Clase 5:

Los nódulos encontrados en imágenes de hígados cirróticos se clasifican de acuerdo a la tabla 1, contenida en el Anexo 2 de la presente normativa. Se usa la dimensión más larga de cada tumor para reportar el tamaño de las lesiones de hepatocarcinoma. Los nódulos menores de 1 cm son indeterminados y no se pueden considerar para prioridad adicional.

Excepción automática, Lesiones elegibles para puntos de excepción automáticos:

- i. Los candidatos con clase 5B y 5T son elegibles para prioridad automática.
- ii. Un nódulo único clase 5A corresponde a un hepatocarcinoma estadio T1 y no califica para prioridad automática en puntaje MELD/PELD.
- iii. Múltiples nódulos clase 5A que cumplan los criterios de San Francisco son elegibles para prioridad automática.

Extensión de la excepción: Para que un candidato mantenga una excepción al MELD/PELD por hepatocarcinoma, el grupo de trasplante debe solicitar la aplicación de la excepción al MELD/PELD cada 3 meses. El candidato recibirá prioridad adicional hasta que se trasplante o sea no elegible para trasplante por progresión. Cuando se solicite la primera extensión, el candidato se incluirá en lista con el puntaje MELD/PELD calculado. Cuando se solicite la segunda extensión, se le asignará un puntaje MELD 28 / PELD 41. Para cada extensión subsecuente, el candidato recibirá un puntaje con 10 % de aumento en el riesgo de mortalidad del candidato a los 3 meses cada 3 meses.

El puntaje de excepción MELD tendrá tope a los 34 puntos. Los candidatos con puntajes de excepción mayores a 34, recibirán un puntaje de 34 para las restantes extensiones de excepción.

Estudios invasivos, tales como biopsias o procedimientos de evisceración, o TAC de tórax a repetición no son necesarios una vez que la excepción inicial fue aprobada. Si los tumores se resecaron desde la aplicación de la excepción previa, el grupo de trasplante debe enviar la extensión de la excepción a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud y/o Comité técnico asesor para su revisión prospectiva.

Los candidatos con lesiones clase 5T recibirán un puntaje MELD/PELD con 10% de aumento de su riesgo de mortalidad cada 3 meses, sin la revisión del Comité Técnico Asesor, aunque el tamaño estimado del tumor viable sea menor a 2 cm dada su terapia de evisceración.

Candidatos que no cumplen criterios: Un paciente con hepatocarcinoma en hígado no cirrótico, puede ser elegible para trasplante hepático, siempre y cuando sea irreseccable, o recidiva post resección y se haya excluido invasión macrovascular y diseminación extrahepática, a éste se le asignará un puntaje MELD/PELD de 28 con un aumento del 10% a los 3 meses por 6 meses para llegar a un total máximo de MELD 34 PELD 41.

Los pacientes cuyo tumor original sobrepasan los criterios de San Francisco, y que post tratamientos lograrán disminución del tamaño tumoral que los ubica dentro de los criterios de San Francisco, serán considerados clase 5.

Artículo 21.- Excepciones al MELD. Las siguientes excepciones de MELD, serán evaluadas por el Comité Técnico Asesor, para discutir su priorización en la lista nacional de receptores de hígado:

- a) Prurito intratable,
- b) Ascitis refractaria,
- c) Hemorragia digestiva recurrente que no se ha podido manejar con terapia endoscópica,
- d) Síndrome hepatorenal,
- e) Encefalopatía crónica o recurrente,
- f) Falla para progresar o desnutrición,
- g) Colangitis recurrente,
- h) Hígado poli quístico,
- i) Tolanquiectasia hemorrágica hereditaria,
- j) Síndrome de Budd Chiari,

CAPÍTULO 2

**PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE INJERTO HEPÁTICO PROVENIENTE
DE UN DONANTE CADAVÉRICO**

Artículo 22.- Distribución del Injerto Hepático. El proceso de distribución de un injerto hepático dentro de la lista nacional de receptores de hígado y la asignación de dicho injerto hepático a un receptor específico, iniciará ante el reporte y comunicación oficial a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud por parte de un establecimiento de salud de la existencia de un Donador Cadavérico de Órganos efectivo en tiempo real, las 24 horas del día, los 365 días del año. Se entiende por donador cadavérico de órganos efectivo, aquél donador cadavérico que ha cumplido con los requisitos secuenciales, legales y oficiales de certificación de muerte encefálica, entrevista familiar, consentimiento de donación, evaluación de patología forense cuando sea pertinente, y se hayan realizado los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes para legitimar los criterios mínimos que garanticen seguridad, adecuada función y calidad de los órganos a trasplantar, determinando qué órganos son viables para ser trasplantados. Así mismo, el establecimiento de salud que realiza la notificación de un donador cadavérico de órganos efectivo tiene la obligación de procurar un mantenimiento de calidad y cuidado especializado del donante potencial y efectivo, que incluya un adecuado estado hemodinámico, perfusión y oxigenación tisular, manejo de manifestaciones y alteraciones hormonales, hidroelectrolíticas e inflamatorias, que permitan un proceso de donación y evisceración seguro y funcional, optimizando así las probabilidades de éxito en la función del injerto post-trasplante.

Artículo 23.- Distribución del Injerto Hepático. El proceso de distribución y asignación de un Injerto Hepático, una vez ha sido comunicado oficialmente un donante cadavérico efectivo de órganos, estará basado en la mayor eficiencia, transparencia y fiscalización para garantizar la mayor justicia dentro de la lista de espera de receptores hepático y el mayor beneficio a los pacientes más prioritarios, de acuerdo a grado y puntaje de severidad de su enfermedad hepática terminal y/o tumoral. Para este fin la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, contará con un sistema informático automatizado en tiempo real para el manejo de información concerniente a los candidatos incluidos en la lista nacional de receptores de hígado, puntaje de severidad de su enfermedad terminal, condiciones y características clínicas de los receptores y donadores. Hasta que la implementación del sistema informático automatizado se lleve a cabo, todas las actividades de asignación y distribución de un injerto hepático para los receptores en la lista nacional serán llevados a cabo por la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud en forma manual con documentación oficial y legal de respaldo de todos los procesos.

Artículo 24.- Criterios de Asignación. Los criterios para asignar un injerto hepático, por orden de prioridad, será el siguiente:

- a) Primero los casos asignados como status 1A y 1B
- b) Segundo, se basa en compatibilidad grupo sanguíneo ABO
- c) Tercero puntaje PELD/MELD

- d) Los donantes de 18 o menos años serán asignados prioritariamente a receptores pediátricos.
- e) Los donantes de 19 años o mayores, serán asignados prioritariamente a receptores con el MELD/PELD de mayor puntaje.
- f) En casos de empate de MELD/PELD, el tiempo en espera en la lista nacional de receptores de hígado será el criterio a desempatar.

Artículo 25.- Donante menor de 18 años. Cuando se trate de un órgano proveniente de un donante menor de 18 años, la distribución se realizará en función de los receptores con mayor puntaje PELD, en primera instancia, y sólo de no existir pacientes en esta clase, continuará en función del mayor puntaje MELD.

Artículo 26.- Recepción y Aceptación de la Oferta de un Injerto Hepático. Los Hospitales de Trasplante de Hígado deben recibir las ofertas de injertos hepáticos y responder a estas ofertas a través del sistema de comunicación correspondiente y oficial establecido por el Ministerio de Salud. Para esto es obligatorio que cada oferta de injerto hepático cuente con el respaldo de información completa, accesible y actualizada del donador cadavérico efectivo, correspondiente a datos de laboratorio, imágenes médicas, condición clínica, estado hemodinámico, tratamientos e intervenciones realizadas, que respalden en forma objetiva, científica, responsable y sin dilación, el proceso de aceptación o rechazo de la oferta de un injerto hepático por parte del hospital trasplantador de hígado.

El cirujano de trasplante de hígado en el hospital de trasplantes donde se recibe la oferta de un injerto hepático, con la información esencial y pertinente del donador cadavérico efectivo, es responsable de determinar y garantizar la idoneidad y viabilidad funcional y

médica del injerto hepático ofrecido a los receptores potenciales para trasplante de hígado de su centro , incluyendo la previsión de si un donante cadavérico y los grupos sanguíneos de los potenciales receptores, son compatibles o incompatibles entre sí, determinando si se aceptará o no el injerto hepático asignado.

Artículo 27.-Límite de Tiempo de Aceptación. El equipo de trasplante de hígado a través del coordinador hospitalario, al momento de recibir la oferta de un injerto y después de tener acceso y disponibilidad a la información del donante cadavérico a partir del cual se hace la oferta, tendrá un lapso máximo de dos (2) horas para informar a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos de la aceptación o rechazo a la oferta del injerto hepático asignado.

Si el hospital de trasplantes no responde a la oferta del injerto hepático asignado bajo ninguna modalidad o medio oficial disponible, dentro de este intervalo de tiempo (2 horas), la oferta EXPIRA y se considera como rechazada y el órgano puede ser ofrecido a otro hospital de trasplantes de hígado para optimizar la utilización del injerto y su beneficio para algún receptor de hígado en la lista nacional de receptores de hígado.

Artículo 28.-No aceptación de la oferta del injerto hepático. En caso de no aceptación de la oferta del injerto hepático, la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos procederá a asignar y ofertar el injerto hepático al siguiente receptor en orden de prioridad, establecida en la lista nacional de receptores de hígado.

Artículo 29.- De la no aceptación de una Oferta de Injerto Hepático. El Equipo de Cirujanos de Trasplante de Hígado de cada hospital, será responsable de determinar y evaluar si la oferta del injerto hepático específico proveniente de un donante cadavérico es apta para el paciente asignado de la lista nacional de receptores de hígado y podrá aceptarla o rechazarla. Las causas de la no aceptación de un Injerto Hepático deberán ser notificadas por escrito, por el cirujano responsable, remitiéndose vía física, digital y/o electrónica, dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores al momento de la oferta inicial, a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, utilizando el documento contenido en el Anexo 3 del presente reglamento.

Artículo 30.- De la aceptación y no implantación de una Oferta de Injerto Hepático. Cuando una oferta del injerto hepático es aceptada por el establecimiento de salud trasplantador de hígado y el injerto extraído no es implantado, deberán informarse los motivos por los que no se implantó el injerto extraído a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos y deberá enviarse el injerto hepático al servicio de patología correspondiente.

El cirujano responsable de la aceptación y evisceración de todo injerto hepático debe dejar constancia por escrito, de las características, calidad, anormalidades, anatomía vascular y tipo del injerto hepático extraído , así como el inicio de los tiempos de clampaje e isquemia fría, tipo y volumen de solución de preservación perfundida, lavado o no de la vía biliar, volumen de solución de preservación para lavado del injerto extraído (portal y arterial, peso del injerto extraído y tipo de empaque y cadena de frío del injerto hepático extraído), en el documento contenido en el Anexo 3 del presente reglamento.

Artículo 31.-Protocolo de verificación del Injerto Hepático Extraído. El protocolo de verificación (CHECK-IN) del injerto extraído, descrito en este artículo, debe ser completado a su llegada al hospital de trasplantes antes de la abertura del recipiente de transporte externo del Injerto hepático. Esto en concordancia con lo ya establecido en el Anexo 1 “El Transporte de órganos y tejidos desde el Establecimiento de Salud extractor hasta el establecimiento de Salud Trasplantador”, del Decreto Ejecutivo N° 39895 -S del Reglamento a la Ley 9222 Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos.

El recipiente de transporte externo del injerto extraído debe tener adherido en su superficie externa las siguientes etiquetas claramente visibles y corroborada su colocación por el coordinador hospitalario de donación del centro donde se realiza la evisceración:

- a) Órgano/tejido humano para trasplante. manipular con cuidado
- b) Etiqueta del Ministerio de Salud de Costa Rica documentando:
 - 1. Número de Identificación y/o Código de barras de Identificación del Donador
 - 2. Fecha de Evisceración
 - 3. Injerto para Trasplante
 - 4. Tipo de injerto (Completo o Parcial)
 - 5. Lateralidad (si aplica)
- c) El hospital de trasplantes (cirujano implantador y coordinador hospitalario de donación) dónde se llevará a cabo la implantación del injerto, debe verificar y constatar que el recipiente externo que contiene el injerto, tiene las respectivas etiquetas, la información consignada en las etiquetas es correcta y que el contenido es el consignado en la etiqueta.

- d) Si la información consignada y/o contenido del recipiente transportador del injerto es conflictiva o errónea, esto debe ser informado a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud dentro de un intervalo de tiempo máximo de 1 hora, con la finalidad de aclarar o enmendar la información errónea o conflictiva.
- e) El hospital de trasplantes (cirujano implantador y coordinador hospitalario de donación) dónde se llevará a cabo la implantación del injerto, debe comunicar a la Secretaría de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud que el protocolo de verificación (CHECK-IN) del injerto extraído y transportado está completo y correcto.

Artículo 32.- Información requerida del donante cadavérico. Para que el Equipo de Cirujanos de Trasplante de Hígado de cada hospital pueda realizar una determinación y evaluación eficiente, segura, responsable y sin dilación (retraso) de la idoneidad o no del injerto hepático donado para trasplantar al receptor en lista de espera asignado, debe obligatoriamente disponer con la siguiente información mínima del donante cadavérico al momento de recibir la oferta del injerto hepático, siendo la misma debidamente recolectada y verificada por el coordinador hospitalario dónde se coordinó la donación cadavérica:

- a) Nombre del Donante.
- b) Número de Expediente del Donante / Identificación.

- c) Fecha de ingreso, Servicio de Ingreso, Diagnóstico de ingreso / Días estancia UCI, Antecedente Neoplasia.
- d) Hora Diagnóstico de Muerte Encefálica
- e) Hora de Consentimiento
- f) Autorización Judicial (Sí / No)
- g) Raza. Talla, Peso.
- h) Grupo y Rh.
- i) Signos vitales, como mínimo: la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura.
- j) Historia social, incluyendo el uso de drogas.
- k) Antecedentes de tratamiento en el hospital, incluyendo los medicamentos actuales, vasopresores (tipo, dosis y duración) y estado de hidratación.
- l) Historia actualizada (no mayor a una hora de vigencia) de los episodios de hipotensión, y / o paro cardio respiratorio, tiempo, si fue asistido o no, cuantificación de orina, y oliguria. Diuresis en 24 horas, Diuresis en última hora.
- m) Vía central, Inotrópicos y dilución.
- n) Indicaciones clínicas o de laboratorio de sepsis y valoración de Riesgo Infeccioso. Si hay uso de Antibiótico, cuál, dosis, cuánto tiempo de uso.
- o) Indicar si hay Hemocultivo, Urocultivo o Cultivo Bronquial.
- p) Otras pruebas de laboratorio dentro de las últimas 8 horas: Glicemia, UN, Creatinina, Na⁺, K, Cl, Ca, CPK, AST, ALT, ALP, GGT, DHL, BT, ALB, Amilasa, TP, TPT, INR, Hb, Hto, Leucocitos, Segmentados, Linfocitos, Monocitos, Bandas, pH, CO₂, O₂, HCO₃, EB.

q) Serologías:

1. VIH
2. VHC
3. CMV
4. VHB:
 - i.HbsAg
 - ii.HbeAg
 - iii.Anti HBc (IgM IgG)
 - iv.Anti HBs
 - v.Anti HBe

r) Otras pruebas complementarias:

1. EBV
2. Chagas
3. TOXO
4. HTLV 1
5. HTLV 1

s) Ultrasonido de Abdomen que describa el grado de Esteatosis.

t) Si alguna de las determinaciones de laboratorio tiene una alteración significativa detectada dentro de las últimas 8 horas, dichas alteraciones deben al menos estar en proceso de revaloración al momento de la oferta del injerto hepático a través de la repetición de las pruebas de laboratorio respectivas.

Artículo 33.- De la aceptación del Injerto hepático. Una vez sea aceptada la oferta del injerto hepático por el equipo de cirujanos de trasplante de hígado, así como los demás órganos distribuidos y aceptados por los demás equipos de trasplante (corazón, pulmón, riñón, páncreas-riñón, intestino), será la coordinación hospitalaria del establecimiento de salud donde se alerta del donante; la que, una vez valorada la condición del mismo, su entorno; y previa comunicación y organización con los coordinadores hospitalarios y los equipos trasplantadores de la red; quien determine la hora de evisceración, en el entendido que la hora de evisceración no comprende la intención de obtener solamente órganos aislados para trasplantar, sino obtener órganos de calidad en estructura y función que sean trasplantables, con el menor tiempo de isquemia posible y que signifique un real impacto en la supervivencia del injerto (s) y del receptor (es). Así mismo un donante inestable o la inestabilidad repentina de un donante efectivo, debe determinar la hora de evisceración.

Artículo 34.- Trasplante Hepático y Renal. En caso de que se tenga un paciente en la lista nacional de receptores de hígado y que éste necesite a la vez un trasplante renal, se le otorgará riñón e hígado de un mismo donante, para ello se deberán asignar estos órganos al mismo receptor de manera conjunta, basado en el criterio hepático, una vez que exista un caso.

Artículo 35.- Receptores en igualdad de condición clínica. En caso de encontrarse dos (2) pacientes en igual condición clínica, el orden de prioridad será determinado por el tiempo cuantificado en días y horas de incorporación a la lista nacional

de receptores de hígado, lo anterior se podrá obviar, en caso de existir consenso de distribución por parte de los equipos de trasplantes. Dicho consenso deberá ser informado a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Artículo 36.- Variable de Grupo Sanguíneo. La selección se realizará basada en la compatibilidad, entendiéndose:

- a) Donante Grupo O: Receptores O, A, B y AB.
- b) Donante Grupo A: Receptores A y AB.
- c) Donante Grupo B: Receptores B y AB.
- d) Donante Grupo AB: Receptores AB.

Artículo 37.- Injertos hepáticos de donantes con criterios extendidos (DCE). Puede ser definido como un órgano con un mayor riesgo de No Función Primaria del injerto (NFPI) y/o Disfunción Primaria del Injerto (DPI) o Función Retardada del Injerto (FRI) que pueden causar mayores riesgos de morbilidad o mortalidad en el receptor. Un injerto hepático de DCE, se caracteriza por factores o combinaciones de los mismos que pueden o deben excluir el injerto de ser utilizado debido a un riesgo inaceptable para el receptor.

Algunos de los hígados de DCE son definidos como aquellos provenientes de donadores con las siguientes características:

- a) obesidad (peso > 100 kg o IMC > 27 kg / m²)
- b) Edad > 60 años
- c) Esteatosis macrovesicular > 30%
- d) Permanencia en unidad de terapia intensiva > 4 días

- e) Tiempo de isquemia fría > 12 h
- f) Episodios hipotensivos prolongados de > 1 h
- g) Presiones arteriales medias <60 mm Hg con alto soporte inotrópico
- h) Hipernatremia (pico de suero sérico > 155 mEq / L)
- i) Infecciones virales; septicemia; fúngicas.
- j) Alcoholismo activo;
- k) Neoplasia extrahepática;
- l) Injertos hepáticos extraídos después de parada cardiaca del donador
- m) Trauma hepático, con un grado lesión I o II

Artículo 38.- Baja Transitoria y Definitiva de la Lista Nacional de Receptores.

El fallecimiento y la baja transitoria o definitiva de los potenciales receptores inscritos en lista nacional de receptores de hígado, deberán ser reportados a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud. Dicha información deberá ser remitida por los médicos tratantes.

Artículo 39.- Procedimiento para la remisión de información vinculada al trasplante y a la evaluación de pacientes trasplantados. En caso de efectuar un trasplante con donante cadavérico, el médico tratante del equipo de trasplante informará vía correo electrónico dentro de las setenta y dos (72) horas de efectuado el mismo, a la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, a fin de mantener actualizado el registro de pacientes trasplantados.

Artículo 40.- Comité Técnico Asesor. Para efectos de análisis de casos de distribución hepática cadavérica, se conforma el Comité Técnico Asesor. El Ministerio de Salud designará a los profesionales que integrarán dicho Comité:

- a) Un especialista de cada establecimiento de salud trasplantador de hígado autorizado, el cual tendrá voz y voto, los mismos se podrán hacer acompañar de otros especialistas los cuales tendrán voz, pero no voto. Éste especialista, no podrá ser representante de más de un establecimiento de salud autorizado.
- b) Un miembro de la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, con voz, pero sin voto.

Artículo 41.- Misiones y Funciones del Comité Técnico Asesor.

- a) Establecer cuando corresponda, puntajes adicionales al determinado por el SINADOC.
- b) Confeccionar un acta sobre cada situación evaluada, la cual será custodiada por la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante Técnica de Donación y Trasplantes.
- c) En caso necesario, analizar retrospectivamente los casos de situaciones evaluadas y las vías de excepción otorgadas, a efectos de verificar la concordancia de los dictámenes emitidos, los resultados y proponer las correcciones necesarias.

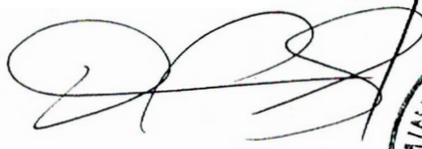
d) El Ministerio de Salud en conjunto con los especialistas que conforman el Consejo Técnico Asesor, determinarán la metodología de funcionamiento que se establecerá, así como su frecuencia.

Artículo 42.- Deróguese el Decreto Ejecutivo N° 40004-S del 3 de octubre del 2016 “Criterios de Distribución Hepática proveniente de Donante Cadavérico”, publicado en el Alcance N° 309 a La Gaceta N° 241 del 15 de diciembre del 2016.

Artículo 43.- El presente decreto ejecutivo comienza a regir a partir de su publicación en el diario oficial La Gaceta.

Dado en la Presidencia de la República. -San José, a los veintinueve días del mes de noviembre del dos mil dieciocho.


CARLOS ALVARADO QUESADA


DR. DANIEL SALAS PERAZA
MINISTRO DE SALUD


1 vez.—O. C. N° 3400038915.—Solicitud N° 21933.—(D41555 - IN2019318104).

ANEXO 1 "ACTUALIZACIÓN DE LABORATORIOS SEGÚN CLASIFICACION CLINICA"

Estado Clínico del Candidato	Actualización de Laboratorios	Vigencia de Laboratorios
Status 1A or 1B	cada 7 días	menor o igual a 48 horas
MELD 25 o mayor (> 18 años)	cada 7 días	menor o igual a 48 horas
MELD/PELD 25 o mayor (menor de 18 años)	cada 14 días	menor o igual a 72 horas
MELD/PELD 19 to 24	cada 1 mes	menor o igual a 7 días
MELD/PELD 11 to 18	cada 3 meses	menor o igual a 14 días
MELD/PELD 10 ó menor	cada 12 meses	menor o igual a 30 días

ANEXO 2. “SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PARA NÓDULOS EN HÍGADO CIRRÓTICO”

Tabla 1. Sistema de clasificación para nódulos en hígado cirrótico	
Clase	Descripción
0	Estudio incompleto o técnicamente inadecuado
5A	<p>Debe cumplir todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nódulo único mayor o igual a 1 cm y menor a 2 cm. El diámetro mayor de la lesión debe ser medido en fase arterial o portal. 2. Captación de contraste en fase arterial tardía (relativo al parénquima hepático) 3. Lavado en fase portal o tardía y reforzamiento periférico de la lesión (cápsula o pseudocápsula) en fase tardía o biopsia (no es obligatorio biopsiar antes de incluir en lista nacional de receptores de hígado)
5A-g (crecimiento)	<p>Debe cumplir todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nódulo único mayor o igual a 1 cm y menor a 2 cm. El diámetro mayor de la lesión debe ser medido en fase arterial o portal. 2. Captación de contraste en fase arterial tardía (relativo al parénquima hepático) 3. Crecimiento (aumento del diámetro mayor) del 50% o más, documentado en RM o TAC control con menos de 6 meses del anterior. El criterio de crecimiento no aplica en lesiones ablacionadas.
5B	<p>Debe cumplir todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nódulo único mayor o igual a 2 cm y menor o igual a 6,5 cm. El diámetro mayor de la lesión debe ser medido en fase arterial o portal. 2. Captación de contraste en fase arterial tardía (relativo al parénquima hepático) 3. Una de las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Lavado en fase portal o tardía b. Reforzamiento periférico de la lesión (cápsula o pseudocápsula) en fase tardía c. Crecimiento (aumento del diámetro mayor en ausencia de terapia de evisceración) del 50% o más, documentado en RM o TAC control con menos de 6 meses del anterior. El seguimiento de imágenes debe ser en la misma fase y con método de preferencia. El criterio de crecimiento no aplica en lesiones ablacionadas. d. Biopsia (no es obligatorio biopsiar antes de incluir en LETH)
5T (tratados)	<p>Cualquier clase 5 o una lesión con biopsia positiva por hepatocarcinoma que fue automáticamente aprobada para excepción del MELD/PELD y a la que se le realizó subsecuentemente tratamiento locoregional. Los nódulos clase 5T califican para puntaje de priorización basados en la clasificación pretratamiento de los nódulos, y se define como: Post tratamiento locoregional para hepatocarcinoma (lesión clase 5 o con biopsia positiva previa a evisceración). Evidencia de persistencia o recurrencia de hepatocarcinoma como captación en tejido extrazonal o intrazonal en fase arterial tardía.</p>

ANEXO 3. "COMUNICADO OFICIAL. INVIABILIDAD DE ÓRGANOS Y
TEJIDOS PARA TRASPLANTE"

SECRETARÍA EJECUTIVA TÉCNICA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
HUMANOS



secretaria.trasplante@misalud.gov.co

"Comunicado Oficial. Inviabilidad de órganos y tejidos para trasplante"

**BOLETA: INJERTO HEPATICO
PARA LOS EQUIPOS TRASPLANTADORES**

Fecha del Operativo: DD: ____ MM: ____ AÑO: ____

Datos del donante

Diagnóstico de muerte encefálica: Fecha DD: ____ MM: ____ AÑO: ____ Hora: ____

HÍGADO: (marcar con x)

No (indicar motivo): ____.

Establecimiento salud al que pertenece el receptor: _____

Motivo: _____

Nombre, Firma y código del Médico que certifica: _____

REGLAMENTOS

MUNICIPALIDADES

MUNICIPALIDAD DE ESPARZA

REGLAMENTO DE CONSTRUCCION, MANTENIMIENTO, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DIURNOS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DEL CANTÓN DE ESPARZA

Habiéndose cumplido con el plazo de Ley para someter a consulta pública **EL REGLAMENTO DE MERCADOS MUNICIPALES DEL CANTÓN DE ESPARZA**, y sin haberse recibido observaciones al respecto, este Concejo Municipal acuerda ratificarlo como Reglamento definitivo y ordenar que se realice su publicación definitiva en el diario oficial la Gaceta, mediante acuerdo de Acta N°142, Artículo V, Inciso 4, de Sesión Ordinaria celebrada el día catorce de enero dos mil diecinueve.

Considerando:

1º—Que la Municipalidad de Esparza es el Gobierno Local y como tal debe impulsar un desarrollo local integral, que asegure el acceso a los beneficios del mismo en igualdad de condiciones a toda la población.

2º—Que el envejecimiento de la población adulta mayor es un tema inherente al desarrollo de toda sociedad. La disminución de los niveles de mortalidad y el descenso de la fecundidad además de los avances en medicina permiten que una porción considerable de la población viva hasta una edad avanzada. Uno de los países en la región centroamericana que más rápido envejecerá será Costa Rica lo que origina cambios y plantea desafíos en todos los ámbitos de la vida familiar, social y económica de los habitantes del país.

3º—Que este proceso ha venido a cambiar las estructuras tradicionales de la familia que demandan del desarrollo de una estrategia de parte del Estado y de la sociedad que contribuyan a facilitar su efectiva incorporación en los procesos sociales y económicos que el contexto actual demanda.

4º—Que toda estrategia que en este sentido se impulse, debe estar orientada a disminuir o evitar el abandono, maltrato, aislamiento, discriminación e invisibilidad de las personas adultas mayores y los posibles riesgos que podrían sufrir producto del ajuste en las familias a las nuevas condiciones referidas en los considerandos anteriores, con lo cual la desatención en el cuidado podría conllevar a problemas dirigidos a aumentar la violencia, agresión intrafamiliar, desnutrición, enfermedades, entre otros fenómenos que incrementan y profundizan las desigualdades sociales.

5º—Que de acuerdo con el Capítulo II, Artículo 8.- del Reglamento de la Ley 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, para obtener los beneficios contemplados en la Ley 7935 y su reglamento será necesario que tenga 65 años cumplidos.

6º—Que las estadísticas nacionales han venido mostrando cómo aumenta la cantidad de adultos mayores que son agredidos o que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad, ante lo cual la estrategia a desarrollar, según el artículo cuatro, inciso h del Código Municipal, ordena promover un desarrollo local participativo e inclusivo, que contemple la diversidad de las necesidades y los intereses de la población.

7º—Que la Municipalidad de Esparza ha incluido en su “Plan de Desarrollo Humano Local del Cantón de Esparza” 2010-2020” líneas de acción orientadas al cuidado y la atención integral de la persona adulta mayor del Cantón.

8º—Que de conformidad con lo establecido en los artículos 13 inciso c) y d) y 43 del Código Municipal, y 103 de la ley General de la Administración Pública, corresponde al Concejo Municipal dictar los reglamentos y organizar mediante éstos, la prestación de los servicios públicos.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°—Objetivo. Por medio del presente Reglamento, se regulará la construcción, el mantenimiento, la operación y funcionamiento de los **CENTROS DIURNOS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DEL CANTÓN DE ESPARZA**, los cuales son concebidos con la finalidad de establecer centros para la atención integral de la persona adulto mayor.

Los CENTROS, se constituyen en un proyecto que es concebido como un proceso de interés, participación e intervención interinstitucional, en el que la Municipalidad, como impulsora de los CENTROS a nivel local, y a fin de asegurar su éxito en el Cantón, buscará contar en todo momento con el apoyo técnico y financiero del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), y de otras instituciones del sector social, tales como, Ministerio de Salud, CONAPAM, JPS y CCSS, lo mismo que en una efectiva y real participación de las familias de la población beneficiada, y de la sociedad civil que directamente reciba los beneficios del proyecto.

Artículo 2°—Definiciones y siglas. Para efectos del presente reglamento se especifican los siguientes términos y siglas:

1. **Adulto Mayor:** Persona que cuenta con sesenta y cinco años de edad cumplidos o más.
2. **Alcalde:** Alcalde de la Municipalidad de Esparza. Funcionario de elección popular, con competencia de índole técnica, de connotación gerencial y de ejecución; con funciones ejecutivas y de administración.
3. **CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social.
4. **Centro:** Centro Diurno de Adulto Mayor.
5. **Código Municipal:** Ley N° 7794 del 30 de abril de 1998.
6. **CONAPAM:** Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
7. **Concejo:** Concejo de la Municipalidad de Esparza, órgano colegiado de elección popular, con capacidad de deliberación, con funciones políticas y normativas.
8. **IMAS:** Instituto Mixto de Ayuda Social.
9. **JPS:** Junta de Protección Social.
10. **Ley 7935:** Ley Integral para la Persona Adulta Mayor del 15 de noviembre 1999.
11. **Municipalidad. Municipalidad de Esparza:** Persona jurídica estatal, con patrimonio propio y personalidad, y capacidad jurídica plenas para ejecutar todo tipo de actos y contratos necesarios para cumplir sus fines.
12. **ONG:** Organización no Gubernamental.
13. **Tarifa:** Cifra dineraria a pagar en razón de la prestación de los servicios del Centro Diurno de Adulto Mayor.

CAPÍTULO II

Operación y funcionamiento de los CENTROS

Artículo 3°-Operación y funcionamiento. La operación y funcionamiento de los CENTROS la podrá operar directamente la Municipalidad de Esparza o la organización social que esta designe.

Artículo 4°—Población beneficiada. Serán admitidos adultos mayores a partir de los sesenta y cinco años de edad cumplidos, que sean autovalentes al menos en un 80% en la realización de sus funciones básicas, en la cantidad que se determine técnicamente en función de cada CENTRO a establecer. Esa población debe provenir de las comunidades y zonas aledañas al lugar en el que se establezcan los CENTROS y será seleccionada utilizando criterios técnicos que para tales efectos emplea el CONAPAM.

Adicionalmente, se considerará que la población se encuentre en situación de riesgo u vulnerabilidad, sin redes de apoyo, aislamiento social de familia que se encuentren realizando alguna actividad productiva, asalariados, de familias que se ubican bajo la línea de pobreza, que exista interés real y efectivo de las personas adultas mayores en ser beneficiario del centro, en caso de contar con familia, que ésta desee en participar en capacitaciones, actividades, cursos y demás acciones, que tiendan a mejorar las relaciones con sus familiares.

Igualmente podrán ser aceptados personas adultas mayores con una condición económica de clase media o alta que requieran del servicio., Para lo cual el operador del centro mediante un estudio tarifario conforme a las disposiciones del presente reglamento.

La Municipalidad de Esparza por medio de un estudio tarifario conforme las disposiciones del presente reglamento, establecerá la cuota para cada caso en particular. En el caso de los CENTROS administrados por la Municipalidad, dichas tarifas serán aprobadas por el Concejo Municipal y en el caso de los CENTROS administrados por terceros su aprobación corresponderá a la Alcaldía Municipal.

Artículo 5º—Aceptación para el Ingreso. Para tener por admitido a un adulto mayor en el CENTRO, debe cumplirse el proceso anterior de selección.

Artículo 6º—Servicios Mínimos para la Población Beneficiada. Los servicios mínimos consistirán en cuidado, alimentación incluyendo dietas especiales, tres tiempos de comida al día (merienda media mañana, almuerzo y merienda tarde).

Adicionalmente y de acuerdo a las posibilidades, podrá incluir actividades recreativas, deportivas, programas de memoria, actividades educativas y formativas, acondicionamiento físico, terapia física entre otras.

Artículo 7º—Horario de los CENTROS. El horario de atención para la población beneficiada será de las 7 am a 4 pm, de lunes a viernes. Se excluyen los días feriados de ley y aquellos que sean declarados asueto de acuerdo con la normativa correspondiente.

El centro podrá ser habilitado por el operador los días de lunes a viernes después de las 4 p.m. sábados, domingos y feriados para realizar actividades sociales, educativas, recreativas, deportivas, culturales, y de salud, para beneficio de la operación y mantenimiento del CENTRO.

CAPÍTULO III

Establecimiento de los CENTROS

Artículo 8º—Fases Necesarias para el Establecimiento de los CENTROS. El establecimiento de los CENTROS deberá observar las siguientes fases:

- a) **Fase de anteproyectos y estudios preliminares:** En esta fase, se realizan todas las coordinaciones preliminares para definir aspectos como, viabilidad del proyecto, ubicación, alcances, presupuesto, fuentes de financiamiento, instituciones que participan, responsables del proyecto, entre otros aspectos. Se hace un análisis de los posibles terrenos a utilizar, y se realizan los estudios de suelo correspondientes. Se coordina la elaboración y términos en que se van a preparar los convenios e incluye también, la firma del Convenio que va a regir el proyecto.

También se incluye en esta fase, el análisis para determinar la forma en que se va a ejecutar el proyecto y las Instituciones que van a participar en el mismo.

Asimismo, se analizan opciones para la coordinación Interinstitucional, la forma de administrar el proyecto, y la figura jurídica para operar.

Para continuar con el proyecto, se deben elaborar los anteproyectos constructivos más adecuados de acuerdo a la propiedad y los requerimientos deseados.

- b) **Fase de planos constructivos y autorizaciones:** La siguiente fase es la elaboración de los Planos constructivos y especificaciones técnicas. Estos deben incluir toda la información gráfica y técnica necesaria para la correcta ejecución de la obra constructiva e incorporar todos los criterios establecidos en el anteproyecto y los necesarios para cumplir con la legislación vigente, incluyendo los principios de diseño universal, y otros formalismos exigidos por las instituciones encargadas de dar la aprobación a los proyectos de construcción.

Se elabora también un Presupuesto Detallado, el cual servirá para tener una estimación más precisa del costo real de la obra, que ayudará a determinar las verdaderas necesidades presupuestarias en las etapas posteriores.

Adicionalmente, cuando se cuente con los planos y especificaciones se puede iniciar la etapa de visados institucionales previos para la obtención del permiso de construcción, estos incluyen entre otros, el visado por parte del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, el visado del Ministerio de Salud, el visto bueno de las empresas encargada de suplir los servicios de agua potable, alcantarillado y electricidad.

Se requiere también de un presupuesto detallado, para tener la estimación precisa del costo real de la obra.

- c) **Fase de construcción de la obra.** Esta fase incluye el levantamiento de la construcción, la cual deberá contemplar las normas para la Habilitación de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores Año 2001-2 B105 del Ministerio de Salud.

Esta fase comprende también las labores de supervisión técnica de la obra, con el objeto de verificar que las indicaciones contenidas en los planos constructivos, así como las especificaciones técnicas, sean llevadas a cabo. Se realizará un control periódico del proceso construcción de las obras, en sus aspectos técnicos, de acuerdo con las especificaciones técnicas del proyecto y sus planos constructivos. Estas labores serán realizadas por el ingeniero municipal quien deberá revisar, que la cantidad de trabajo llevado a cabo por la empresa constructora se ajuste al cronograma de actividades del proyecto, donde destacará la calidad de los trabajos, uso de procesos constructivos modernos que garanticen la obtención de un producto de calidad.

- d) **Fase de implementación y operación.** Consiste en la preparación paralela a la fase constructiva, para poner en funcionamiento el centro. La fase de implementación estará a cargo de la Municipalidad de Esparza o del operador que esta designe. Asimismo, en esta fase se deberán identificar las personas que estarán siendo beneficiarias del centro que cumplan con los criterios establecidos según línea de pobreza y se definen los requisitos para el acceso a los servicios de aquellas personas cuya condición económica no clasifique para el servicio gratuito.

Esta fase incluye la compra del equipamiento básico, (cocinas, refrigeradoras, utensilios de cocina, mesas sillas, alacenas, equipo para oficina, entre otros).

Artículo 9º—Habilitación para el establecimiento de los CENTROS. Conforme a las Normas de Costa Rica para la Habilitación de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores, se requerirá la habilitación del Área Rectora de Salud, en especial en lo referente a Planta física, Requisitos del personal, Requisitos de las instalaciones y mobiliario.

Artículo 10. —Propiedad de los Inmuebles en los que se Establecerán los CENTROS. La titularidad de los terrenos corresponderá a la Municipalidad de Esparza, institución que deberá asegurar que los terrenos sean aptos para construir; que cuenten con agua potable, electricidad, y caminos.

Artículo 11. —Financiamiento de los CENTROS. Los Centros Diurnos podrán ser construidos con recursos municipales, o cualquier otro recurso previo convenio interinstitucional. Ese convenio podrá ser marco o específico para cada Centro Diurno que se establezca en el cantón.

Sin perjuicio de ello, tanto para la construcción como para la operación de los Centros Diurnos, la Municipalidad promoverá la participación efectiva entre las diferentes instituciones para maximizar los recursos estatales y garantizar el uso eficiente y eficaz de los mismos, como estrategia de combate a la pobreza.

En los casos en que los operadores de los CENTROS sea la Municipalidad de Esparza esta deberá de dotar de los recursos económicos necesarios para su operación y funcionamiento.

En los casos en los que organizaciones sociales operen nuestros centros diurnos podrán recibir de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria recursos económicos de la Municipalidad de Esparza.

Asimismo, y como estrategia de sostenibilidad del proyecto, se podrán articular recursos como los del CONAPAM, así como Junta de Protección Social y otros para financiar a las personas adultas mayores a través de un subsidio depositado a nombre del operador del CENTRO.

El operador del centro podrá recibir directamente los recursos económicos de otras instituciones públicas, de ONGS, de otras personas físicas y jurídicas, así como cualquier clase de donaciones que fortalezca el funcionamiento de los centros diurnos y sus beneficiarios.

CAPÍTULO IV

Obligaciones, deberes, prohibiciones y derechos de la población beneficiada

Artículo 12. —Obligaciones de la Población Beneficiada. La población beneficiada deberá cumplir con las siguientes normas de conducta:

- a) Cumplir los deberes en los aspectos de formación moral, cívica, patriótica; intelectual y psicomotora.
- b) Asistir con puntualidad al centro.
- c) Respetar la dignidad y el honor del resto de la población beneficiada y del personal que labora en el centro.
- d) Practicar y fomentar los principios de igualdad y equidad de géneros y la no discriminación por razones de ningún tipo.
- e) Demostrar respeto a los símbolos patrios.
- f) Respetar la propiedad privada y pública, dentro y fuera del Centro.
- g) Fomentar la amistad, sinceridad, ayuda y comprensión y el respeto a la diversidad.
- h) Justificar oportunamente las ausencias o llegadas tardías.
- i) Cuidar los muebles, juegos, útiles y otros materiales del Centro, así como mantener el orden y la limpieza.
- j) Aceptar, con respeto las observaciones por las faltas, errores u omisiones en que incurra, y asumir su responsabilidad
- k) Usar correctamente y mantener limpios y aseados los servicios higiénicos y demás instalaciones del Centro.
- l) Presentarse debidamente aseados todos los días.

Artículo 13. —Deberes de la Población Beneficiada:

- a) Respetar las regulaciones internas definidas por el operador y la Municipalidad en cada CENTRO.
- b) Los beneficiarios que no son subsidiados y que paguen mensualidad deberán de cancelar la misma dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes. En caso de que un beneficiario por motivos personales requiera suspender temporal o definitivamente el beneficio deberá comunicarlo por escrito con un mínimo de 15 días de anticipación ante el operador.

- c) Cumplir con las regulaciones respecto al uso de los dispositivos móviles.
- d) Guardar orden en el desplazamiento; así como en los distintos sectores del Centro, para estimular el respeto y evitar la interrupción del programa impartido a las demás personas.
- e) Observar y mantener en todas partes la mayor decencia y compostura, procurando mantener el decoro y prestigio de su persona, su familia y su Centro.
- f) Cuidar la infraestructura, mobiliario, materiales educativos y didácticos, así como el equipamiento del edificio en general.
- g) Tener autocontrol y comportamiento autónomo, individual y responsable, así como el compromiso asumido por el respeto a las normas básicas de convivencia, todo ello condicionado a la población beneficiada.

Artículo 14. —Prohibiciones. Está prohibido a la población beneficiada:

- a) Hacer uso de vocabulario inapropiado.
- b) Llevar al Centro, sin autorización, revistas, periódicos, radios, valores pecuniarios, fósforos y otros objetos que perturben o causen daño.
- c) Salir del Centro durante el horario de estadía sin el aviso correspondiente.
- d) Hacer inscripciones en las paredes, puertas, mobiliario y pisos.
- e) Faltar a las normas de cortesía y las buenas costumbres.
- f) Cualquier tipo de manifestación de agresión física, psicológica, patrimonial o sexual hacia el personal administrativo o compañeros (as).

Artículo 15. —Derechos. Son derechos de la población beneficiada:

- a) Recibir una atención y servicios integrales, coherentes con el objeto de los Centros Diurnos, que tome en cuenta sus necesidades, intereses y los avances de la gerontología.
- b) Recibir una atención y servicios integrales dentro de un ambiente que le brinde seguridad moral y física.
- c) Ser valorados, respetados y acogidos como personas, así como recibir apoyo y orientación en su vida.
- d) Recibir comprensión y guía oportuna de parte del personal, administrativo, y profesional y otros servicios especiales que preste el Centro.
- e) Recibir trato respetuoso a sus iniciativas, expresando libre y creativamente sus ideas para el pleno desarrollo de su persona.
- f) Recibir el apoyo institucional requerido de acuerdo a sus necesidades.
- g) Recibir el respaldo psicológico pertinente o afines, para que puedan superar problemas propios de su edad.
- h) Ser respetado en su integridad y dignidad personales, en su libertad de conciencia y en sus convicciones religiosas y morales.
- i) Ser informado de las disposiciones que le conciernen como beneficiado directo del Centro.
- j) Presentar con todo respeto cualquier reclamo u observación que considere conveniente.
- k) Ser atendidos integralmente en un espíritu de comprensión, democracia, tolerancia, amistad y responsabilidad.

Artículo 16. —Interpretación y aplicación de las normas de este capítulo: Las anteriores disposiciones de este capítulo serán interpretadas, y aplicadas a cada integrante de la población beneficiada.

CAPÍTULO V

Derechos y deberes de los familiares de la población beneficiada

Artículo 17. —Derechos de los familiares. Son derechos de los familiares (enlace familiar):

- a) Comunicarse con el personal y la Administración, respetando los horarios establecidos.
- b) Estar informados sobre la situación de avance en los programas impartidos en el centro de su familiar.
- c) Interponer las objeciones pertinentes, respetando el orden jerárquico establecido.

Artículo 18. —Deberes. Los familiares de la población beneficiada tendrán los siguientes deberes:

- a) Tener entrevistas con el personal técnico, profesional y administrativo en la forma y periodicidad que defina el Centro, para conocer el progreso y aprovechamiento de su familiar, sin que pueda pasar a las salas durante el horario de estadía, ni permanecer en las instalaciones sin autorización.
- b) Cooperar con el mantenimiento de la disciplina en sus hogares, de acuerdo a los lineamientos que el Centro solicita.
- c) Cooperar con el desarrollo de las actividades sociales, culturales, educativas, deportivas y económicas que programe el Centro.
- d) Atender con prontitud las citaciones que le comunique el Centro.
- e) Comunicar el cambio de su residencia, correo electrónico o número telefónico, cada vez que eso ocurra.
- f) Informar con tiempo y por escrito al Centro, de todas aquellas situaciones especiales (familiares, psicológicas, enfermedades y otras), que puedan afectar el estado de ánimo de su familiar.
- g) Presentarse en el Centro con vestimenta adecuada.
- h) Colaborar con el mantenimiento del Centro. A estos efectos, la Administración del Centro, mediante riguroso rol, determinará las tareas que deban cumplir los representantes.

CAPÍTULO VI

Del operador del centro.

Artículo 19. —Personal de los centros. El personal técnico, profesional, administrativo y de servicio, deberá llevar a cabo las tareas y funciones concernientes a su cargo con responsabilidad, de acuerdo a la respectiva descripción de funciones y a lo que indique el operador del Centro.

Artículo 20. —Deberes del operador del Centro. Son deberes, los siguientes:

- a) Administrar el Centro garantizando la sostenibilidad y mejora del servicio.
- b) Formular, organizar, dirigir y controlar los programas y actividades desarrollados por el Centro.
- c) Desarrollar los componentes de organización básicos que permitan garantizar un suficiente control interno del Centro, con el fin de proporcionar seguridad razonable respecto a la consecución de los objetivos del Centro.
- d) Formular los planes anuales operativos del servicio y su respectivo presupuesto.
- e) Promover y gestionar alianzas estratégicas con entidades y/o empresas y ONGs nacionales e internacionales, organizaciones sociales, instituciones públicas centralizadas y descentralizadas para fines de mejoramiento formativo y sostenibilidad del centro, previa coordinación entre el operador y la Alcaldía Municipal.

- f) Cumplir con las disposiciones administrativas y de funcionamiento que emanen del Ministerio de Salud y demás instituciones vinculantes con el centro.
- g) Controlar la disciplina de todo el personal del Centro y velar porque se mantenga el curso normal de las actividades establecidas en el cronograma de actividades.
- h) Modelar una forma de comportamiento y administración, basada principalmente en valores de honradez, equidad, transparencia, trabajo en equipo y espíritu de servicio.
- i) Conformar el archivo de los expedientes de las personas adultas mayores usuarias del Centro Diurno.
- j) Atender a los familiares de los beneficiarios, así como otras personas que visitan el Centro, previa cita.
- k) Planear y llevar a cabo eventos de capacitación con los familiares de los beneficiarios.
- l) Evaluar al final de cada año, en conjunto con el personal, entre otros posibles actores, el proceso de formación y aprovechamiento de los programas impartidos en el centro diurno a los beneficiarios y rendir el informe a la municipalidad en el mes de enero.
- m) Ejecutar otras actividades propias de la naturaleza del centro.
- n) El operador será el responsable de la custodia, mantenimiento, reparación de los equipos e infraestructura del centro.
- o) El operador será el responsable del pago de los servicios básicos del centro (agua, internet, electricidad y cualquier otro que requiera para su funcionamiento)
- p) El operador deberá tener un reglamento interno de trabajo.
- q) El operador será el responsable de las obligaciones obrero patronales con el personal que presta el servicio en el respectivo Centro Diurno, así mismo deberá suscribir la póliza de responsabilidad Civil.

CAPÍTULO VII Del cobro de servicios

Artículo 21. —Cobros especiales. En casos calificados, y previo estudio técnico que así lo justifique, será procedente brindar los servicios del Centro a personas que por su condición socioeconómica favorable no cumplan con todos los supuestos para ser considerado población beneficiada en los términos de este reglamento. En tales supuestos, el operador cobrará la tarifa autorizada por el Concejo Municipal o por el alcalde según corresponda, según lo dispuesto por el artículo 3 del presente reglamento.

Artículo 22. —Forma de calcular el precio público. Para efectos de determinar el precio público en los términos del artículo anterior, se establece hacer el cálculo basándose en lo dispuesto por el artículo 77 del Código Municipal.

Se establece un cálculo mensual el cual se obtendrá de la siguiente forma:

- a) Recabar la información financiera relevante relacionada con los costos en que incurre el operador o la Municipalidad para prestación del servicio, tales como remuneraciones, gastos operativos, materiales, etc.
- b) Determinación de los costos anuales a recuperar.
- c) Cálculo de personas usuarias ponderadas: igual a la autorización del permiso de habilitamiento.
- d) Cálculo de la Tasa Mensual: Se obtiene de dividir el costo anual a recuperar entre el total de las personas usuarias ponderadas, y el resultado se divide entre doce. Este monto corresponderá a la tasa básica mensual del servicio.

Artículo 23. —Vigencia de los precios. El precio determinado por el Concejo Municipal o por el alcalde según corresponda, entrará en vigencia un mes después de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

Artículo 24 —Rige. El presente Reglamento rige a partir de su publicación definitiva en la Gaceta.

Gerardina Ly Jiménez, Secretaria a.í del Concejo Municipal.—1 vez.—Solicitud N° 318228.—
(IN2019318228).

NOTIFICACIONES

HACIENDA

SERVICIO NACIONAL DE ADUANAS

EXP.DN-APB-079-2013
RES-APB-DN-0534-2018

RES-APB-DN-0534-2018

ADUANA DE PEÑAS BLANCAS, AL SER LAS DIEZ HORAS CINCUENTA Y SIETE MINUTOS DEL DIECISIETE DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECIOCHO.

Esta Gerencia procede a iniciar procedimiento sancionatorio contra el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, por la presunta comisión de la infracción administrativa aduanera estipulada en el artículo 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas (reformado mediante Ley N° 8373 de 18 de agosto de 2003, publicada en La Gaceta N° 171 de 05 de setiembre de 2003).

RESULTANDO

I. Que mediante Declaración de Tránsito Internacional de Mercancías (DUT) N° SV13000000210351 con fecha de inicio 16/02/2013 en Aduana La Hachadura, El Salvador, exportadores Polytec Internacional S.A., Textiles del Sur Internacional S.A., Industrias Odi S.A., Aroma S.A., Intercorp S.A., Etiflex S.A., Envases Industriales de Centro América S.A., Industria Procesadora de Guatemala S.A., Techno films S.A., consignatarios Geoplast de Costa Rica S.A., Rawlings de Costa Rica S.A., Industrias Lácteas de Costa Rica S.A., Avon de Costa Rica S.A., Coop. De Prod. De Leche Dos Pinos S.A., unidad de transporte matrícula C194BLC, país de registro Guatemala, marca Freightliner, chasis 1FUYSZYB1WL973170, remolque matrícula TC90BRP, país de registro Guatemala, transportista Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, conductor Luis Rafael Sosa Chacón, pasaporte N° 161715243, destino Costa Rica, Aduana Santamaría, origen de las mercancías y país de procedencia Guatemala, se ampara la siguiente mercancía: 136 bultos de fardos de bolsas de polietileno, inciso arancelario 39232990, peso bruto 2.941,00 kg, valor US\$7.450,14, 41 bultos de rollos de tela, inciso arancelario 60063100, peso bruto 556,61 kg, valor US\$5.496,60, 333 bultos de salsa de caramelo, jalea fresa, inciso arancelario 19019090, peso bruto 4.536,45, valor US\$8.697,18, 2 bultos de

sabores de fresa para la industria, inciso arancelario 21069099, peso bruto 34,00, valor US\$183,36, 35 bultos de jabones de tocador, inciso arancelario 34011119, peso bruto 797,98, valor US\$ 3.295,40, 5 bultos de etiquetas adhesivas, inciso arancelario 48219000, peso bruto 50,00, valor US\$ 1.125,97, 45 bultos de envase material plástico, tapader, inciso arancelario 39233099, peso bruto 471,54, valor US\$3.681,30, 670 bultos de dulces y paletas, inciso arancelario 17049000, peso bruto 5.990,76, valor US\$ 11.007,50 (ver folio 07). La DUT SV13000000210351 está asociada al viaje 201396412 que se encuentra en estado COM (ver folio 20).

II. Que a través de acta de descarga N° AS-DT-SD-DESC-167-2013 de fecha 18 de febrero de 2013 la Aduana Santamaría efectúa la descarga de la mercancía amparada a la DUT SV13000000210351, asociada al viaje 201396412, transportista Jose Raúl Robles Avalony, en la cual se determina que el movimiento de inventario N° 52889 de Almacenadora Heredia S.A., código A164, posee un faltante de un bulto (cantidad de bultos declarados: 333 / cantidad de bultos recibido: 332), a nombre del consignatario Industrias Lácteas de Costa Rica S.A., mercancía correspondiente a salsa de caramelo, jalea fresa (ver folios 01 al 05).

III. Que por medio de oficio AS-DT-SD-49-2013 de fecha 11 de marzo de 2013, la Aduana Santamaría informa a la Aduana de Peñas Blancas, que de conformidad con el artículo 278 del Reglamento a la Ley General de Aduanas, el cual indica que la aduana de destino comunicará a la aduana de salida, la llegada del vehículo y la unidad de transporte en tránsito, así como las irregularidades presentadas en la recepción. En todos los casos, la investigación de los tránsitos no recibidos, otras irregularidades y la aplicación de sanciones será responsabilidad de la aduana de salida, para ello la aduana de destino prestará toda la colaboración que sea necesaria. En razón de lo anterior, indica que con respecto a la DUT

SV1300000210351, viaje 201396412, transportista Jose Raúl Robles Avalony, se detectó un faltante de 1 bulto, según Acta N° AS-DT-SD-49-2013. Manifiesta que según indica la norma, la aduana de salida es la responsable de investigar las diferencias determinadas en los tránsitos aduaneros y de aplicar las sanciones establecidas en la ley, por lo que indica que esta es la aduana competente para iniciar posibles procedimientos sancionatorios por dichas irregularidades (ver folios 18 y 19).

IV. Que la mercancía amparada a la DUT SV1300000210351 se encontraba registrada con los siguientes movimientos de inventario del año 2013 de Almacenadora Heredia S.A., código A164, y cancelaron impuestos con los siguientes DUAS:

Mov. de inventario	DUA	Cantidad de bultos	Impuestos pagados
52847	005-2013-073262	136	¢537.279,35
52849	005-2013-072672	41	¢7.020,43
52893	005-2013-079401	332	¢609.170,96
52853	005-2013-075313	52	¢342.118,23
52848	005-2013-075892	35	¢413.431,27
52854	005-2013-075315	52	¢342.118,23
52855			
52850	005-2013-074124	670	¢792.285,75
52851	005-2013-083898	317	¢1.354.762,39

V. Que en el presente procedimiento se han observado las prescripciones de ley.

CONSIDERANDO

I. RÉGIMEN LEGAL APLICABLE: De conformidad con los artículos 6, 7, 9 del Código Aduanero Uniforme Centroamericano (CAUCA III); 4 y 17 del RECAUCA 6, 13, 22, 23, 24, 28, 33, 55, 230, 231, 231 bis, 232 y 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas y 35, 35 bis, 520 y 533 del Reglamento a la Ley General de Aduanas.

II.OBJETO: En el presente asunto esta Gerencia procede a iniciar procedimiento sancionatorio contra el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, por la presunta comisión de la infracción administrativa aduanera estipulada en el artículo 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas (reformado mediante Ley N° 8373 de 18 de agosto de 2003, publicada en La Gaceta N° 171 de 05 de setiembre de 2003).

III.COMPETENCIA DE LA GERENCIA: De conformidad con los artículos 6, 7 y 9 del Código Aduanero Uniforme Centroamericano (CAUCA III), 6 inciso c), 22, 23, 24 literales a) y b), 59, 62, 93, 98, 102 y 242 de la Ley General de Aduanas, 35, 35 bis de su Reglamento y reformas, se inicia el procedimiento administrativo sancionatorio. Es función de la Autoridad Aduanera imponer sanciones administrativas y tributarias aduaneras, cuando así le corresponda y dentro de sus atribuciones se encuentra la de verificar que los auxiliares de la función pública aduanera cumplan con los requisitos, deberes y obligaciones. Siendo que el Subgerente en ausencia del Gerente tiene sus mismas atribuciones de ley conforme a los artículos 35 y 35 bis de su Reglamento.

IV.HECHOS CIERTOS:

Que la DUT SV13000000210351 con fecha de inicio 16/02/2013 en Aduana La Hachadura, con destino a Aduana Santamaría (ver folios 07 y 08), está asociado al viaje 201396412 que se encuentra en estado COM (ver folio 20).

Que según acta de descarga N° AS-DT-SD-DESC-167-2013 de fecha 18 de febrero de 2013, la Aduana Santamaría efectúa la descarga de la mercancía amparada a la DUT SV13000000210351, asociada al viaje 201396412, transportista Jose Raúl Robles Avalony, en la cual se determina que el movimiento de inventario N° 52889

de Almacenadora Heredia S.A., código A164, posee un faltante de un bulto (cantidad de bultos declarados: 333 / cantidad de bultos recibido: 332), a nombre del consignatario Industrias Lácteas de Costa Rica S.A., mercancía correspondiente a salsa de caramelo, jalea fresa (ver folios 01 al 05).

Que el movimiento de inventario N° 52889-2013 de Almacenadora Heredia S.A., código A164, corresponde a la mercancía de la línea 3 de la DUT SV13000000210351 (ver folio 41), dicho movimiento corresponde a un registro de faltante correspondiente a 1 bulto (ver folio 42), y que para su salida se creó el movimiento de inventario N° 52893-2013 (ver folios 43 y 44), mismo que se asoció al DUA 005-2013-079401 (ver folios 45 al 54).

Que al haberse detectado el faltante en la Aduana Santamaría, remiten el acta de descarga N° AS-DT-SD-DESC-167-2013 a la Aduana de Peñas Blancas para que sea quien efectúe el procedimiento sancionatorio, de conformidad con el artículo 278 del Reglamento de la Ley General de Aduanas, al ser esta la aduana de salida (ver folios 18 y 19).

V.SOBRE LA TEORÍA DEL DELITO DENTRO DEL DERECHO ADMINISTRATIVO

SANCIONADOR: Dentro del procedimiento sancionatorio aplicable en sede administrativa, deben respetarse una serie de principios y garantías constitucionales del Derecho Penal, como son, los principios de tipicidad, antijuricidad y culpabilidad, mismos que conforman la Teoría del Delito. Al respecto, tenemos que la Sala Constitucional en su Sentencia 2000-08193 de las 15:05 horas del 13/09/2000, indica que los principios inspiradores del orden penal son de aplicación, con ciertos matices, al derecho administrativo sancionador, dado que ambos son manifestaciones del ordenamiento punitivo del Estado. En virtud de lo anterior, esta

Autoridad Aduanera procederá a realizar el respectivo análisis de cada uno de los principios que componen la Teoría del Delito, adecuados al acto de inicio de conformidad con lo siguiente:

1- Principio de Tipicidad: Consagrado en el numeral 11 de la Constitución Política y 11 de la Ley General de la Administración Pública, que exige la delimitación concreta de las conductas que se hacen reprochables a efectos de su sanción. Para que una conducta sea constitutiva de una infracción, no es necesario que sea contraria a derecho, pero sí que esté tipificada, sea que se encuentre plenamente descrita en una norma, pues siendo materia represiva, es necesario que los administrados sujetos a un procedimiento sancionatorio puedan tener pleno conocimiento de cuáles son las acciones que deben abstenerse de cometer, bajo pena de incurrir en una conducta infraccional. El principio de tipicidad exige que toda sanción se encuentre prevista en una ley, que esa ley tenga una adecuada descripción de la conducta infractora y de las consecuencias jurídicas de la misma, siendo necesario que la norma contenga una clara y completa descripción de los tipos, ello en resguardo de la seguridad jurídica.

En el presente caso, la falta que se atribuye al transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, se da por transmitir con errores, la información referente a las mercancías que transportaba amparada en DUT número SV13000000210351.

El presente asunto, se enmarca en el artículo 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas (*reformado mediante Ley N° 8373 de 18 de agosto de 2003, publicada en La Gaceta N° 171 de 05 de setiembre de 2003*), el cual señala:

“Artículo 236.-Multa de quinientos pesos centroamericanos. Será sancionada con multa de quinientos pesos centroamericanos, o su equivalente en moneda nacional, la persona física o jurídica, auxiliar o no de la función pública aduanera, que:

[...]

10. No transmita, antes del arribo de la unidad de transporte, electrónicamente ni por otros medios autorizados, los datos relativos a las mercancías, los vehículos y las unidades de transporte, si se trata de un transportista aduanero, o los transmita incompletos o con errores; lo anterior con las salvedades que se establezcan reglamentariamente.

[...].” (Cursiva es adicional).

Sujeto al que se dirige: En el caso de la norma transcrita, encontramos que la misma se dirige a una persona física o jurídica, auxiliar o no de la función pública aduanera. Es decir la norma es clara en cuanto a los sujetos que pueden ser autores

o cometer la acción en ella descrita; en el caso concreto el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, no es un Auxiliar de la Función Pública Aduanera, quien actúa como Transportista Internacional Terrestre, con domicilio en Guatemala y que según la normativa vigente, debe transmitir antes de la llegada de la unidad de transporte a puerto de arribo (frontera terrestre), la información del manifiesto de carga y de los correspondientes conocimientos de embarque respecto de los vehículos, unidades de transporte y mercancías que transporta, con base en la disposición establecida en el numeral 42 de la LGA, que en su numeral g), señala la obligación de:

“Transmitir, por vía electrónica o por otro medio autorizado, antes del arribo de la unidad de transporte, los datos relativos a las mercancías transportadas. Esta información podrá sustituir el manifiesto de carga, para la recepción de las mercancías en las condiciones y los plazos que se establezcan por medio de reglamento.”

Esta obligación constituye el fundamento sobre el cual el legislador desarrolla la sanción prevista en el numeral 236 inciso 10 de la LGA; siendo tal acción de relevancia para el inicio del flujo del control de la mercancía.

1- Tipicidad: Sobre la conducta sancionada, el tipo establece básicamente como conducta castigada en varios aspectos.

- a) **No transmita, antes del arribo de la unidad de transporte,** electrónicamente ni por otros medios autorizados, los datos relativos a las mercancías, los vehículos y las unidades de transporte, si se trata de un transportista aduanero.
- b) **o transmita** los datos relativos a las mercancías, los vehículos y las unidades de transporte **incompletos o con errores;** lo anterior con las salvedades que se establezcan reglamentariamente

La norma sanciona el no transmitir la información en las condiciones que se establecen o que la transmisión se haga incompleta o bien que se efectúe con errores; agregando el tipo infraccional la posibilidad de que reglamentariamente se establezcan excepciones a los requerimientos de información indicados por la norma, sea que se excluyan de la aplicación del tipo determinadas conductas, siendo este el **único** aspecto que el legislador concibió para que pudiera ser dispuesto por vía de reglamento.

Para el caso concreto, está demostrado en expediente, que el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, transmitió antes de la llegada de la unidad de transporte los datos relativos a la mercancía (descripción y cantidad de bultos) con errores, específicamente porque se transmitió con error la cantidad de bultos de la mercancía, declarando en la línea 3 de la DUT SV13000000210351 un total de 333 bultos siendo lo correcto 332 bultos, lo que generó el registro del movimiento de bultos faltantes bajo el movimiento de

inventario número 52889-2013 de fecha 21 de febrero de 2013 en Almacenadora Heredia S.A., código A164, configurándose de esta forma el tipo previsto en el artículo 236 inciso 10 de la LGA.

2- Antijuricidad: Se constituye en un atributo con que se califica al comportamiento típico para señalar que el mismo resulta contrario al Ordenamiento Jurídico. En cuanto a la **antijuricidad material**, esta establece que es necesario que el bien jurídico protegido por el tipo aplicado, se haya lesionado o puesto en peligro en razón de las actuaciones del sujeto accionado. En el caso que nos ocupa, la acción del transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, de transmitir erróneamente los datos de la mercancía amparada en la línea 3 en DUT número SV1300000210351 representó una mala declaración de la información referente a la mercancía, lo que significó una vulneración al régimen jurídico aduanero, por faltar a la verdad real de la información y no consignar la información correcta. En cuanto a la **antijuricidad formal**, tenemos que esta supone que no exista ningún permiso o justificación por parte del Ordenamiento Jurídico para que en la conducta típica no concorra ninguna causa de justificación, que determinaría la inexigibilidad de responsabilidad. Al observarse las causales de posibles eximentes de culpabilidad contenidas en el artículo 231 de la Ley General de Aduanas, considera esta Administración que no se ha configurado la existencia de ninguna de ellas en el presente asunto, puesto que, primeramente, no estamos en presencia de un simple error material, mismos que pueden ser tales como errores mecanográficos, entre otros, sin necesidad de acudir a interpretación de normas jurídicas. Por lo tanto, este eximente que excluye la antijuricidad no opera en el presente asunto y la acción imputada al transportista, no se trata de una simple equivocación elemental, sino que ha incumplido de forma negligente con su deber de suministrar la información y los datos necesarios para declarar correctamente. Tampoco se da la fuerza mayor, que se entiende como un acontecimiento que no

haya podido preverse o que siendo previsto, no ha podido resistirse, ni el caso fortuito o evento que, a pesar de que se pudo prever, no se podía evitar, aunque el transportista haya ejecutado un hecho con la observancia de todas las cautelas debidas, máxime que la información se debe suministrar con anticipo al arribo de la unidad de transporte a territorio nacional. La situación en el presente asunto era totalmente previsible, puesto que quedó evidenciado al determinar la culpa en la actuación del transportista, ya que dependía en todo momento de su voluntad y pudo haberse evitado, si hubiera tomado las medidas necesarias para no transmitir con errores sustanciales los datos de la mercancía.

En virtud expuesto, una vez analizada la documentación que consta en autos, se puede presumir que el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, se le atribuyen cargos de una presunta mala declaración en cuanto a la cantidad de bultos de la mercancía amparada en la línea 3 en la DUT número SV1300000210351 por lo que, le sería atribuible una posible sanción (infracción administrativa aduanera), estipulada en el artículo 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas (*reformado mediante Ley N° 8373 de 18 de agosto de 2003, publicada en La Gaceta N° 171 de 05 de setiembre de 2003*), correspondiente a quinientos pesos centroamericanos, equivalente a USD\$500,00 (quinientos dólares exactos, moneda de curso legal de Estados Unidos), al realizar la conversión a moneda nacional, se toma como referencia el tipo de cambio de venta ₡506.86 (quinientos seis colones con ochenta y seis céntimos) de la fecha del hecho generador (artículo 55 de la LGA), sea el día 18 de febrero de 2013, 2013 fecha de la descarga de la mercancía, según Acta de descarga N° AS-DT-SD-DESC-167-2013, estableciéndose una posible multa de ₡253.430 (doscientos cincuenta y tres mil cuatrocientos treinta colones).

De encontrarse en firme la multa establecida y el presunto infractor no la cancelara dentro del plazo establecido, se encontraría la Dirección General de Aduanas facultada para proceder con la inhabilitación del auxiliar en los términos del artículo 29 de la Ley General de Aduanas y 16 del Reglamento al Código Aduanero Uniforme Centroamericano.

POR TANTO

Con fundamento en las consideraciones expuestas y citas legales invocadas, esta Gerencia, resuelve: **PRIMERO:** Iniciar procedimiento sancionatorio contra el transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, por la presunta comisión de la infracción administrativa aduanera, estipulada en el artículo 236 inciso 10 de la Ley General de Aduanas (*reformado mediante Ley N° 8373 de 18 de agosto de 2003, publicada en La Gaceta N° 171 de 05 de setiembre de 2003*), por una presunta mala declaración en cuanto a la cantidad de bultos de la mercancía amparada en la línea 3 de la DUT número SV13000000210351, lo que equivale al pago de una multa de una posible multa de **¢253.430 (doscientos cincuenta y tres mil cuatrocientos treinta colones)**, equivalente a quinientos pesos centroamericanos, USD\$500,00 (quinientos dólares exactos, moneda de curso legal de Estados Unidos), al realizar la conversión a moneda nacional, se toma como referencia el tipo de cambio de venta ¢506.86 (quinientos seis colones con ochenta y seis céntimos) de la fecha del hecho generador (artículo 55 de la LGA), sea el día 18 de febrero de 2013. **SEGUNDO:** Se otorga al transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, el plazo de cinco días hábiles, contados a partir de la notificación del presente acto, para que presente los alegatos y pruebas que considere pertinentes. **TERCERO:** Poner a disposición del transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, el expediente administrativo DN-APB-079-2013, mismo que podrá consultar y fotocopiar en el Departamento Normativo de la Aduana de Peñas Blancas. **CUARTO:** Se previene al transportista internacional terrestre Jose Raúl Robles Avalony, código GTY67, que debe señalar lugar físico o medio para atender notificaciones, en el perímetro de la Aduana de Peñas Blancas, advirtiéndosele que de no hacerlo o si el lugar indicado fuera impreciso, incierto o no existiere, las resoluciones que se dicten se les tendrá por notificadas con el solo transcurso de 24 horas. **NOTIFÍQUESE.** Al transportista internacional terrestre José Raúl Robles Avalony, código GTY67.

Lic. Juan Carlos Aguilar Jiménez, Gerente Aduanas de Peñas Blancas.—1 vez.—
Solicitud N° 139919.—(IN2019317270).

FE DE ERRATAS

PODER EJECUTIVO

En *La Gaceta* No. 196 del día miércoles 24 de octubre del 2018, en la página N° 3, se publicó el Decreto Ejecutivo N° 41304-S, del 09 de mayo del 2018, "*Oficialización y Declaratoria de Interés Público y Nacional de la Norma para la Habilitación de Servicios de Hemodiálisis*", donde por error no fue publicado el Anexo 1 del mismo, por lo anterior téngase por incorporado el Anexo 1 al Decreto Ejecutivo No. 41304- S, el cual se adjunta a continuación para su debida publicación:

"ANEXO 1

NORMA PARA LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS.

I. OBJETIVO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente norma tiene como objetivo especificar las condiciones y requisitos, que deben cumplir todos los servicios de hemodiálisis, para poder obtener el Certificado de Habilitación por parte del Ministerio de Salud.

El ámbito de aplicación es nacional y aplica para todos los servicios de salud que desarrollan la actividad de hemodiálisis, ya sean públicos, privados o mixtos.

II. JUSTIFICACIÓN.

El Estado tiene la función indelegable de velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos. La Ley General de Salud dispone que las personas físicas o jurídicas públicas o privadas que requieran brindar servicios de salud deben obtener el permiso o autorización del Ministerio de Salud, previo a su instalación y operación; para lo cual deben garantizar que reúnen o cumplen los requisitos legales generales y particulares establecidos.

Así mismo, también la Ley General de Salud dispone la necesidad de crear reglamentación específica para definir los estándares particulares que se deben solicitar a cada tipo de servicio de salud según la actividad a desarrollar.

III. ACTUALIZACIÓN.

La presente normativa deberá ser actualizada como máximo cada 5 años, sin perjuicio de que se tengan que realizar actualizaciones en un tiempo menor.

IV. DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de la presente norma se establecen las siguientes definiciones y abreviaturas:

- a. **Accesibilidad física:** Condiciones del establecimiento sin barreras constructivas o físicas para el libre tránsito de todas las personas.
- b. **Accesibilidad:** Grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.
- c. **Barrera de acceso físico:** Toda limitante que interfiera con la movilidad de las personas y el desplazamiento dentro o en el perímetro del establecimiento.
- d. **Especialista en nefrología:** profesional en medicina, graduado de un programa de estudios de posgrado en el área de nefrología con la debida incorporación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- e. **Expediente de salud:** Registro individual y confidencial que reúne en un sólo documento debidamente identificado, información de interés concerniente al usuario; así como intervenciones realizadas en el servicio. Este registro se puede llevar tanto en medios físicos como digitales.
- f. **Hemodiálisis:** técnica de depuración sanguínea extracorpórea en la cual la sangre es impulsada por una bomba peristáltica y circula a través de una membrana altamente permeable donde se produce eliminación de solutos por difusión (intercambio de solutos según gradiente de concentración) y convección. Dicha difusión es posible al impulsar un líquido libre de toxinas, que contiene una concentración apropiada de electrolitos en el lado no sanguíneo de la membrana y en dirección contraria al flujo sanguíneo.
- g. **Personal de enfermería:** Personal técnico que ejecuta labores generales de enfermería bajo la instrucción y supervisión de una persona profesional de enfermería, entre ellos están los auxiliares de enfermería, asistentes de pacientes y personal administrativo.

- h. Profesional en enfermería: persona graduada por una facultad o escuela de enfermería universitaria con grado mínimo de licenciatura y con la debida autorización del Colegio de Enfermeras de Costa Rica para el ejercicio de la profesión.*
- i. Profesional en medicina: persona profesional que ejerce la medicina, graduado por una facultad de medicina como grado mínimo de licenciatura y con la debida incorporación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*

V. ESPECIFICACIONES.

Las especificaciones de la norma están clasificadas en los siguientes rubros:

- 1. Recursos humanos.*
- 2. Planta Física.*
- 3. Recursos Materiales.*
- 4. Documentación y gestión de la información.*
- 5. Seguridad e Higiene.*

1. Recurso Humano.

- 1.1. El servicio debe contar con un profesional en medicina especialista en nefrología que funja como encargado del servicio.*
- 1.2. El servicio debe contar con el siguiente personal para la atención de los usuarios durante todo el horario de funcionamiento:*
 - 1.2.1. Profesionales en medicina especialistas en nefrología.*

- 1.2.2. *En el caso que el servicio atienda pacientes pediátricos deberá contar con al menos un especialista en nefrología pediátrica.*
- 1.2.3. *Profesionales en enfermería.*
- 1.2.4. *Personal de enfermería.*
- 1.2.5. *Personal de apoyo administrativo.*
- 1.2.6. *Personal para aseo capacitado para el manejo de material biopeligroso y la desinfección de las instalaciones y del equipo.*
- 1.3. *Todos los funcionarios que laboren en el servicio deberán portar un carné de identificación en el cual se consigne como mínimo:*
 - 1.3.1. *Nombre completo.*
 - 1.3.2. *Profesión u oficio.*
 - 1.3.3. *Código profesional (en los casos que aplique).*
- 1.4. *Los profesionales en salud deben estar inscritos y activos en el colegio profesional respectivo.*
- 1.5. *Todo profesional en medicina y enfermería que labore en el servicio debe de contar con la certificación vigente de entrenamiento en soporte cardiopulmonar básico.*
- 1.6. *Al menos un profesional en medicina y enfermería durante el periodo de operación del servicio debe contar la certificación vigente de entrenamiento en soporte cardiopulmonar avanzado.*

2. *Planta Física.*

- 2.1. *El servicio de hemodiálisis debe contar con las siguientes áreas identificadas:*
 - 2.1.1. *Área de espera para los usuarios (puede ser compartida con otros servicios).*

2.1.2. *Área de consultorios.*

2.1.3. *Cada consultorio deberá:*

2.1.3.1. *Contar con espacio suficiente para que ingrese una persona en silla de ruedas, con un acompañante.*

2.1.3.2. *Estar ventilados e iluminados.*

2.1.3.3. *Contar con un área para la entrevista al usuario.*

2.1.3.4. *Contar con un área para la exploración física del usuario.*

2.1.3.5. *Tener condiciones que permitan la atención del usuario con privacidad.*

2.1.4. *Sala de Hemodiálisis. Un área destinada para la realización de las sesiones de hemodiálisis, con una superficie mínima de 3,60 m² por cada puesto.*

2.1.5. *Vestidores de pacientes.*

2.1.6. *Área de depósito de residuos, equipo y ropa usados (puede ser compartida con otros servicios).*

2.1.7. *Área de almacenaje de camillas y sillas de ruedas (puede ser compartida con otros servicios).*

2.1.8. *Área para el mantenimiento de equipos de hemodiálisis (puede ser compartida con otros servicios).*

2.1.9. *Bodega para el almacenaje de recambios y material.*

2.1.10. *Área de servicios sanitarios (puede ser compartido con otros servicios).*

2.1.11. *Espacio exclusivo para almacenar equipo y suministros de limpieza (puede ser compartido con otros servicios).*

2.2. *Movilidad y accesibilidad.*

2.2.1. *Todas las áreas deben estar libres de barreras constructivas, de equipamiento y mobiliario que impidan el tránsito libre a los usuarios.*

2.2.2. *Todos los pasillos y circulaciones principales que den a la salida deben tener un ancho mínimo de 120 centímetros.*

2.2.3. *Todos los pasillos y circulaciones secundarios que den a las áreas internas deben tener un ancho libre de al menos 90 centímetros.*

2.2.4. *Cuando existan diferencias de nivel internas o externas en el consultorio médico, estas deben ser salvadas por rampas.*

2.2.5. *En caso de necesitar rampas, estas deben cumplir con las siguientes condiciones:*

2.2.5.1. *Ancho no menor de 90 centímetros.*

2.2.5.2. *Pendiente no mayor al 12%.*

2.2.5.3. *Piso antideslizante.*

2.2.6. *En los edificios con más de una planta:*

2.2.6.1. *Cada nivel superior debe estar a una altura mínima de 2,4 metros de piso a cielo o de losa a losa respecto al nivel de piso terminado del nivel inferior.*

2.2.6.2. *La accesibilidad a cada piso debe estar garantizada por medio de rampas que cumplan las disposiciones de la Ley 7600 o por medio de ascensores, elevadores, salva-niveles, o cualquier medio mecánico o hidráulico que garantice la seguridad de las personas.*

2.2.7. *Cuando haya escaleras, estas deben:*

2.2.7.1. *Estar libres de alfombras o aditamentos similares.*

2.2.7.2. *Contar con iluminación.*

- 2.2.7.3. *Contar con pisos antiderrapantes, o con cinta adherente antideslizante en sus orillas.*
- 2.2.7.4. *Contar con barandillas para sujeción de 90 centímetros de altura, medidos a partir de las aristas de cada escalón.*
- 2.2.7.5. *Las barandillas deben estar pintadas o ser de material de un color que contrasten con el color de las paredes.*
- 2.2.7.6. *Las barandillas deben contar con separación entre los barrotes de 10 centímetros o menos.*
- 2.2.7.7. *Los escalones deben tener huella de ancho mínimo de 28 centímetros.*
- 2.2.7.8. *Los escalones deben tener contrahuella altura máxima de dieciocho 18 centímetros.*

2.3. *Condiciones de supraestructura.*

- 2.3.1. *Las paredes en todas las áreas deben estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*
 - 2.3.1.1. *Desplomes.*
 - 2.3.1.2. *Pandeos.*
 - 2.3.1.3. *Oxidación.*
 - 2.3.1.4. *Infiltraciones.*
 - 2.3.1.5. *Roturas.*
 - 2.3.1.6. *Desprendimientos.*
 - 2.3.1.7. *Astillamientos.*
 - 2.3.1.8. *Salientes punzo-cortantes.*
- 2.3.2. *El cielo raso en todas las áreas deben estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*

- 2.3.2.1. *Desplomes.*
- 2.3.2.2. *Pandeos.*
- 2.3.2.3. *Oxidación.*
- 2.3.2.4. *Goteras.*
- 2.3.2.5. *Roturas.*
- 2.3.2.6. *Desprendimientos.*
- 2.3.2.7. *Astillamientos.*
- 2.3.2.8. *Salientes punzo-cortantes.*

2.3.3. *Los pisos en todas las áreas deben estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*

- 2.3.3.1. *Grietas.*
- 2.3.3.2. *Hundimientos.*
- 2.3.3.3. *Infiltraciones.*
- 2.3.3.4. *Partes sueltas.*
- 2.3.3.5. *Astillamientos.*
- 2.3.3.6. *Salientes punzo-cortantes.*

2.3.4. *Las ventanas en todas las áreas deben estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*

- 2.3.4.1. *Grietas.*
- 2.3.4.2. *Desplomes.*
- 2.3.4.3. *Pandeos.*
- 2.3.4.4. *Oxidación.*
- 2.3.4.5. *Partes sueltas.*
- 2.3.4.6. *Roturas.*
- 2.3.4.7. *Desprendimientos.*

2.3.4.8. *Astillamientos.*

2.3.4.9. *Salientes punzo-cortantes.*

2.3.5. *Las ventanas que estén a una altura menor de 1 metro del suelo deben estar protegidas con barandillas, rejas, barrotes o similares.*

2.3.6. *Las puertas en todas las áreas deben estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*

2.3.6.1. *Grietas.*

2.3.6.2. *Desplomes.*

2.3.6.3. *Oxidación.*

2.3.6.4. *Partes sueltas.*

2.3.6.5. *Roturas.*

2.3.6.6. *Desprendimientos.*

2.3.6.7. *Astillamientos.*

2.3.6.8. *Salientes punzo-cortantes.*

2.4. *Iluminación y ventilación.*

2.4.1. *El servicio debe tener condiciones que permitan la ventilación ya sea por medios naturales o artificiales.*

2.4.2. *El servicio debe tener condiciones de iluminación, natural y artificial, que permita realizar las actividades cotidianas.*

2.4.3. *Las luces artificiales o lámparas deben estar debidamente protegidas.*

3. *Recurso material.*

3.1. *Aspectos generales. El servicio de salud debe disponer de:*

3.1.1. *Rotulación que identifique cada una de las áreas del servicio, colocada en lugares visibles.*

- 3.1.2. *Una línea telefónica fija o móvil, que permita la comunicación.*
- 3.1.3. *Todo el mobiliario en todas las áreas debe estar en buen estado para lo cual deben estar libres de los siguientes defectos:*
 - 3.1.3.1. *Base inestable que sea propensa a caídas.*
 - 3.1.3.2. *Oxidación*
 - 3.1.3.3. *Roturas.*
 - 3.1.3.4. *Astillamientos.*
 - 3.1.3.5. *Salientes punzocortantes.*
- 3.2. *Cada consultorio deberá contar con:*
 - 3.2.1. *Escritorio.*
 - 3.2.2. *Sillas para el médico y los usuarios.*
 - 3.2.3. *Camilla de exploración.*
 - 3.2.4. *Papel desechable para las camillas.*
 - 3.2.5. *Gradilla (puede estar incorporada a la camilla).*
 - 3.2.6. *Banco de exploración para el profesional.*
 - 3.2.7. *Fuente de luz artificial accesorio.*
 - 3.2.8. *Bajalenguas desechables.*
 - 3.2.9. *Guantes estériles desechables.*
 - 3.2.10. *Guantes no estériles desechables.*
 - 3.2.11. *Cubre bocas desechables.*
 - 3.2.12. *Otoscopio.*
 - 3.2.13. *Conos de otoscopio.*
 - 3.2.14. *Oftalmoscopio.*
 - 3.2.15. *Estetoscopio.*
 - 3.2.16. *Esfigmomanómetro no mercurial.*

3.2.17. *Termómetro no mercurial.*

3.2.18. *Estación de lavado de manos, que debe cumplir con lo siguiente:*

3.2.18.1. *Estar ubicada a una altura entre 75 y 100 cm del nivel del piso.*

3.2.18.2. *Contar con suministro de toallas no textiles desechables.*

3.2.18.3. *Contar con un dispensador de papel toalla.*

3.2.18.4. *Contar con suministro de jabón antibacterial líquido*

3.2.18.5. *Contar con un dispensador con jabón líquido.*

3.2.19. *Depósito de residuos ordinarios con tapa con activación de pie.*

3.2.20. *Depósito de residuos bioinfecciosos con tapa con activación de pie.*

3.2.21. *Depósito para residuos punzocortantes con tapa.*

3.2.22. *Tallímetro (puede ser compartido con otros consultorios cuando exista un área de preconsulta).*

3.2.23. *Báscula (puede ser compartido con otros consultorios cuando exista un área de preconsulta).*

3.2.24. *Cinta métrica (puede ser compartida con otros consultorios cuando exista un área de preconsulta).*

3.2.25. *Glucómetro (puede ser compartido con otros consultorios cuando exista un área de preconsulta).*

3.2.26. *Cintas para medir la glicemia en glucómetro, las cuales no deben estar vencidas (puede ser compartido con otros consultorios cuando exista un área de preconsulta).*

3.3. *La sala de hemodiálisis debe disponer de:*

3.3.1. *Un sillón o cama automatizada que permitan posicionar en Trendelemburg por cada puesto.*

3.3.2. *Una máquina de hemodiálisis por cada puesto.*

- 3.3.3. *Una máquina de hemodiálisis de reserva por cada 7 máquinas de hemodiálisis.*
- 3.3.4. *Separaciones móviles que permitan la privacidad del paciente y el aislamiento transitorio del puesto.*
- 3.3.5. *Estación de lavado de manos, que debe cumplir con lo siguiente:*
 - 3.3.5.1. *Estar ubicada a una altura entre 75 y 100 cm del nivel del piso.*
 - 3.3.5.2. *Ser accionable con codo, pedal o sensor electrónico.*
 - 3.3.5.3. *Contar con suministro de toallas no textiles desechables.*
 - 3.3.5.4. *Contar con un dispensador de papel toalla.*
 - 3.3.5.5. *Contar con suministro de jabón antibacterial líquido*
- 3.3.6. *Balanza calibrada para los pacientes.*
- 3.3.7. *Tomas de oxígeno y vacío por cada puesto de hemodiálisis.*
- 3.3.8. *Mobiliario de almacenamiento de material estéril.*
- 3.3.9. *Refrigerador de uso exclusivo para medicamentos y preparaciones.*
- 3.3.10. *Panel de información y protocolización.*
- 3.3.11. *Repisa para preparación de medicamentos.*
- 3.3.12. *Mobiliario de almacenamiento de material sucio.*
- 3.3.13. *Sistema de aire acondicionado en buen estado.*
- 3.4. *El servicio debe contar con el siguiente equipo para reanimación cardiopulmonar y manejo avanzado de la vía aérea:*
 - 3.4.1. *Tabla rígida para masaje cardiaco.*
 - 3.4.2. *Laringoscopio.*
 - 3.4.3. *Hojas de laringoscopio para adultos y niños.*
 - 3.4.4. *Tubos endotraqueales de diferentes tamaños.*
 - 3.4.5. *Guías para tubo endotraqueal.*

- 3.4.6. *Pinza de McGill.*
- 3.4.7. *Mascarilla laríngea.*
- 3.4.8. *Equipo de resucitación avanzada de adultos y pediátrico.*
- 3.4.9. *Oxímetro de pulso.*
- 3.4.10. *Desfibrilador/monitor bifásico no automático.*
- 3.4.11. *Mascarilla de resucitación.*
- 3.4.12. *Gel lubricante.*
- 3.4.13. *Gel conductor.*
- 3.5. *El servicio debe contar con los siguientes medicamentos para reanimación cardiopulmonar y manejo avanzado de la vía aérea:*
 - 3.5.1. *Diuréticos en ampollas.*
 - 3.5.2. *Sulfato de magnesio.*
 - 3.5.3. *Gluconato de calcio.*
 - 3.5.4. *Bicarbonato de sodio.*
 - 3.5.5. *Cloruro de potasio.*
 - 3.5.6. *Corticoesteroides.*
 - 3.5.7. *Atropina.*
 - 3.5.8. *Anticonvulsivantes.*
 - 3.5.9. *Anestésicos locales.*
 - 3.5.10. *Vasodilatadores.*
 - 3.5.11. *Amiodarona.*
 - 3.5.12. *Adenosina.*
 - 3.5.13. *Antagonistas de calcio intravenoso.*
 - 3.5.14. *Epinefrina.*
 - 3.5.15. *Trombolíticos.*

- 3.5.16. *Nitroglicerina sublingual.*
- 3.5.17. *Relajantes musculares, polarizantes y no despolarizantes.*
- 3.5.18. *Inductores tipo benzodiacepinas.*
- 3.5.19. *Inductores tipo anestésicos: Propofol y Ketamina.*
- 3.6. *El espacio para equipos y suministros de limpieza debe tener:*
 - 3.6.1. *Mecanismo de seguridad (cerrojo, candado u otros) para restringir el acceso.*
 - 3.6.2. *Pileta y escurridor.*
 - 3.6.3. *Mascarillas para el personal de aseo.*
 - 3.6.4. *Guantes de protección para el personal de aseo.*
- 3.7. *Los servicios sanitarios deben cumplir con los siguientes aditamentos:*
 - 3.7.1. *Al menos un inodoro.*
 - 3.7.2. *Por cada inodoro debe haber:*
 - 3.7.2.1. *Un dispensador de papel, ubicado a altura entre 90 y 100 cm.*
 - 3.7.2.2. *Un basurero con tapa y de accionar con el pie.*
 - 3.7.2.3. *Papel higiénico.*
 - 3.7.3. *Una estación de lavamanos por cada 2 inodoros.*
 - 3.7.4. *Cada estación de lavado de manos debe cumplir con lo siguiente:*
 - 3.7.4.1. *Estar ubicada a una altura entre 75 y 100 cm del nivel del piso.*
 - 3.7.4.2. *Contar con suministro de toallas no textiles desechables.*
 - 3.7.4.3. *Contar con un dispensador de papel toalla.*
 - 3.7.4.4. *Contar con suministro de jabón antibacterial líquido*
 - 3.7.4.5. *Contar con un dispensador con jabón líquido.*

4. Documentación y gestión de la información:

El servicio debe contar con la siguiente documentación:

- 4.1. *Expedientes personales para los usuarios, ya sea en formato físico o digital.*
- 4.2. *Los expedientes deben contener espacios al menos para la siguiente información:*
 - 4.2.1. *Nombre completo del usuario.*
 - 4.2.2. *Número de identificación.*
 - 4.2.3. *Fecha de nacimiento.*
 - 4.2.4. *Edad.*
 - 4.2.5. *Sexo.*
 - 4.2.6. *Dirección completa.*
 - 4.2.7. *Número telefónico de contacto en caso de emergencia.*
 - 4.2.8. *Nombre de la persona a contactar.*
 - 4.2.9. *Antecedentes personales patológicos y no patológicos.*
 - 4.2.10. *Historia clínica.*
 - 4.2.11. *Examen físico.*
 - 4.2.12. *Indicaciones médicas.*
- 4.3. *El servicio de salud debe contar con un mecanismo de seguridad para custodiar los expedientes, ya sea físico o digital, de forma que solo las personas encargadas de la atención de los usuarios tengan acceso.*
- 4.4. *El servicio debe tener los siguientes documentos actualizados:*
 - 4.4.1. *Protocolo de limpieza del servicio.*
 - 4.4.2. *Protocolo de manejo de residuos bioinfecciosos.*
 - 4.4.3. *Plan de continuidad de la cadena de frío en caso de interrupción prolongada del fluido eléctrico (si el servicio ofrece vacunación).*
 - 4.4.4. *Contrato de recolección de residuos biopeligrosos (puede ser colectivo).*

5. **Seguridad e Higiene.**

El servicio de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

5.1. *Tener basureros con tapa y de accionar con el pie en las áreas de uso común.*

5.2. *Contar con un extintor de incendios tipo ABC, el cual debe:*

1.1.1. *Tener carga vigente.*

1.1.2. *Estar ubicado en un lugar fácilmente accesible.*

5.3. *Contar con suministro constante de agua para el consumo humano.*

5.4. *Contar con un sistema de detectores de humo.*

5.5. *La distribución de todo el mobiliario (excepto las camas o sillones de los puestos de hemodiálisis) debe permitir un espacio de libre circulación de al menos 90cm.*

5.6. *La separación mínima entre camas o sillones de los puestos de hemodiálisis debe ser de 120 cm.”*

Lo demás permanece igual.

Dado en la Presidencia de la República.- San José, a los diez días del mes de diciembre del dos mil dieciocho.


CARLOS ALVARADO QUESADA


DR. DANIEL SALAS PERAZA
MINISTRO DE SALUD
