

La información recabada por medio del SINPE tendrá el carácter de confidencial y no podrá hacerse pública salvo solicitud expresa de las autoridades competentes, mediante solicitud fundamentada, esto en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N° 8204 citada.

El Banco Central de Costa Rica, deberá desarrollar sobre la plataforma del SINPE las herramientas tecnológicas que le faciliten a las autoridades judiciales y administrativas competentes y de supervisión sus labores, debiendo también, proveerles asesoría y capacitación sobre el funcionamiento de dicha plataforma.

El Banco Central de Costa Rica deberá desarrollar un padrón de Cuentas de Expediente Simplificado (CES) sobre la plataforma del SINPE, el cual funcionará como un registro centralizado de todas las CES abiertas por las entidades financieras a sus clientes y como herramienta de control para asegurar el buen uso del sistema CES.”

Artículo 2°—Adiciónese un artículo 16 bis al Decreto Ejecutivo N° 36948-MP-SP-JP-H-S, denominado “Reglamento general sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada”; para que se lea de la siguiente manera.

“Artículo 16 bis.—**Cuentas de Expediente Simplificado.** Las Cuentas de Expediente Simplificado (CES) son cuentas de fondos, abiertas por las entidades financieras a las personas físicas que califiquen con un perfil de riesgo bajo, a quienes se les aplicará una debida diligencia simplificada.

El Banco Central de Costa Rica, como ente regulador del sistema de pagos reglamentará la estructura, características y demás condiciones de apertura y funcionamiento de las CES.

Se autoriza a las entidades financieras para abrir CES y trasladar las cuentas de sus clientes al esquema de CES, siempre y cuando cumplan con las características y requisitos establecidos para las CES, observando todos los componentes de prevención de la legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo.

Para la apertura de una CES y en sustitución del formulario conozca a su cliente, las entidades financieras deberán cumplir con los requerimientos de identificación e información de los clientes que defina reglamentariamente el Banco Central de Costa Rica. Salvo lo dispuesto reglamentariamente, el formulario conozca su cliente relacionado con cuentas CES, no requiere la firma del cliente.

Las entidades financieras que administren CES, deberán validar la información de la identidad de sus clientes, por medio de los servicios del SINPE que provean acceso a las fuentes oficiales de información. El caso de los clientes que únicamente cuenten con pasaporte, se deberá verificar que el mismo se encuentra con vigencia y autorización de permanencia al día.

La calificación de riesgo bajo por medio de la cual un cliente es titular de una CES, deberá ajustarse a la metodología de valoración de riesgo con que cuenta la entidad financiera.

Ninguna entidad financiera podrá activar una CES a su cliente sin que antes la haya registrado en el padrón de CES, administrado por el Banco Central de Costa Rica.”

Artículo 3°—**Vigencia.** Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República, a los veintidós días de abril de dos mil quince.

LUIS GUILLERMO SOLIS RIVERA.—La Ministra de la Presidencia a. í., Ana Gabriel Zúñiga Aponte; el Ministro de Seguridad Pública, Gustavo Mata Vega; La Ministra de Justicia, Cristina Ramírez Chavarría; El Ministro de Hacienda, Helio Fallas Venegas y el Ministro de Salud a. í., Fernando Llorca Castro.—1 vez.—O. C. N° 07-15.—Solicitud N° 2130.—(D39000 - IN2015033390).

N° 39009-S

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
Y EL MINISTRO DE SALUD**

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140, inciso 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 28 párrafo segundo inciso b) de la Ley N° 6227 de 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1° y 2° de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973, “Ley General de Salud” y 1° de la Ley N° 5412 de 8 de noviembre de 1973, “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

*Considerando:*

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

2°—Que la mortalidad materna, perinatal e infantil es un problema prioritario de Salud Pública, por las repercusiones y trascendencia social que conlleva.

3°—Que en gran medida, los eventos del proceso que conducen a la muerte de mujeres en edad fértil y en menores de un año pueden ser susceptibles de ser modificados.

4°—Que si se identifican las causas de mortalidad materna, perinatal e infantil prevenibles que con intervenciones a nivel de servicios de salud y a nivel comunal, podrían incidir en la reducción de las muertes.

5°—Que el análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil, es de fundamental importancia, para la determinación de estrategias y acciones para la creación de políticas, programas y normativas en salud pública.

6°—Que el análisis de cada muerte materna, perinatal e infantil, provee información sobre diferentes aspectos de la atención en salud que incluye recomendaciones y un plan de intervención para la mejora continua de la calidad.

7°—Que el análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil involucra toda la red de servicios de salud, conlleva a una mejoría en la calidad y la equidad en la atención.

8°—Que el análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil, es un proceso de autoevaluación, frente a criterios explícitos y aceptables de desempeño de las normas de atención comparados con la atención ofrecida.

9°—Que el análisis sobre las causas de muerte materna, perinatal e infantil, favorece los procesos educativos y docentes dirigidos a los equipos de salud.

10.—Que el país cuenta con un Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil con una infraestructura profesional y técnica interinstitucional e interdisciplinaria, el cual es coordinado por el Ministerio de Salud como ente rector.

11.—Que la mortalidad materna, perinatal e infantil constituye un indicador de desarrollo social y un insumo estadístico para medir el impacto de las políticas de salud y los planes de desarrollo del país.

12.—Que la reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil, es una responsabilidad y un compromiso asumido por el Sistema Nacional de Salud, entre ellas desde luego el Ministerio de Salud como ente rector con la participación de otras instituciones nacionales así como organismos nacionales e internacionales. **Por tanto,**

DECRETAN:

## **Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil**

### CAPÍTULO I

#### **Disposiciones generales y definiciones**

Artículo 1°—**Objetivo general.** El Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil tiene como objetivo estudiar y analizar toda muerte que ocurra en el territorio nacional, con el fin de formular, recomendar y definir políticas de salud pública, recomendar programas y acciones de mejoramiento de la atención que contribuyan a la salud materno, perinatal e infantil basada en la normativa existente.

Artículo 2°—**Objetivos específicos.**

- 1) Contribuir a la disminución de la mortalidad materna, perinatal, infantil en Costa Rica.
- 2) Contribuir al desarrollo de registros de estadísticas vitales, confiables y oportunas en los menores de un año.
- 3) Contribuir al desarrollo de metodologías y técnicas para el estudio de la mortalidad materno, perinatal e infantil según condiciones de vida y calidad de la atención.
- 4) Apoyar la identificación de puntos críticos del Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de atención.

- 5) Facilitar la elaboración de estrategias de intervención para mejorar la calidad de la atención en salud.
- Artículo 3°—**Definiciones y abreviaturas.** Para los efectos del presente Reglamento entiéndase por:
- 1) **Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil:** Al conjunto de actividades interrelacionadas y desarrolladas a escala nacional, regional y local, que comprenden: la detección y notificación inmediata de todo fallecimiento ocurrido en mujeres embarazadas y en post parto hasta los 42 días y en menores de un año; el análisis del proceso de atención recibido, la satisfacción del usuario, la prevenibilidad de la muerte y la identificación de los determinantes que influyeron para el deceso; tanto en los diferentes niveles del sistema de salud como en las condiciones de vida.
  - 2) **Defunción neonatal:** Desaparición de todo signo de vida después del nacimiento. La edad para la defunción durante el primer día de vida (día cero) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo (día 1. es decir. 1 día de edad), tercero (día 2) y hasta los 27 días completos de vida, la edad al morir debe registrarse en días.
  - 3) **Nacimiento vivo:** Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.
  - 4) **Edad gestacional:** Consiste en el cálculo del embarazo desde el primer día de la fecha de la última menstruación, hasta el nacimiento, se expresa en semanas y días completos.
  - 5) **Captación temprana:** Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal durante las primeras trece semanas de la gestación.
  - 6) **Captación tardía:** Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal después de la semana 24 de gestación.
  - 7) **Embarazo normal:** Constituye un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y concluye con el parto y nacimiento del producto a término.
  - 8) **Parto de término:** de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
  - 9) **Parto de pretérmino:** Consiste en la expulsión del producto entre las 22 y menos de 37 semanas de gestación del organismo materno.
  - 10) **Parto de posttérmino:** Consiste en la expulsión del producto de 42 semanas o más de gestación.
  - 11) **Emergencia obstétrica:** Situación que implica complicación que pone en riesgo la morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
  - 12) **Embarazo de bajo riesgo:** Es el embarazo en cual no se ha identificado ningún factor de riesgo.
  - 13) **Embarazo de alto riesgo:** Certeza o probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que incrementa los riesgos de la salud de la madre o del feto o por condiciones socioeconómicos deficientes.
  - 14) **Factor de Riesgo Perinatal:** Son características que presentan una relación significativa con un determinado daño durante el período perinatal.
  - 15) **Enfoque de riesgo:** Constituye la medición de la probabilidad del riesgo.
  - 16) **Riesgo:** Probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir un daño.
  - 17) **Calidad de la atención:** Se considera una serie de actividades asociadas al prestador de los servicios de salud relacionados con el usuario que incluye: oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad, integralidad y trato humano.
  - 18) **Calidez de la atención:** Constituye el aplicar un trato cordial, atento, información veraz, trato personalizado, respeto a la cultura de la persona usuaria.
  - 19) **Período perinatal:** Comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y termina siete días completos después del nacimiento.
  - 20) **Período neonatal:** Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Se subdivide en: neonatal precoz (durante los siete primeros días de vida), neonatal tardía (después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida).
  - 21) **Peso al nacer:** Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento.
  - 22) **Peso bajo al nacer:** Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).
  - 23) **Peso muy bajo al nacer:** Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).
  - 24) **Peso extremadamente bajo al nacer:** Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).
  - 25) **Prevenibilidad:**
    - 25.1. Aquellas defunciones causadas por una enfermedad o un evento que podría no haber sucedido con la intervención médica oportuna o apropiada, o con medidas de salud pública.” Hospital Pediátrico Pereira Rosell, Uruguay.
    - 25.2. Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares de cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.” Revista de Medicina, Colombia.
  - 26) **Causas de defunción:** Se deben registrar en el certificado de defunción como causas de muerte, todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o la violencia que produjeron dichas lesiones.
  - 27) **Causa básica de defunción:** Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.
  - 28) **Muerte materna:** Es aquella que ocurre mientras la mujer se encuentra embarazada o dentro de los 42 días posparto, independiente de la duración, lugar del embarazo.
  - 29) **Defunción relacionada con el embarazo:** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.
  - 30) **Defunción obstétrica directa:** Son las que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
  - 31) **Defunciones obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
  - 32) **Defunción fetal (feto mortinato):** Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
  - 33) **Defunción infantil:** Es la muerte de un niño o niña menor de un año de nacido.
  - 34) **Muerte perinatal:** Es aquella muerte en la mujer, el feto o el recién nacido, que se produce entre la semana 22 de gestación y primeros siete días de nacido.
  - 35) **SINEAMMI:** Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil.
  - 36) **CONEAMMI:** Comisión Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil.
  - 37) **COREAMMI:** Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil.

- 38) **COLEAMMI:** Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil.
- 39) **CHEAMMI:** Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil.

Artículo 4°—**Fines:**

- 1) Detección temprana de casos de Muerte Materna, Perinatal e Infantil.
- 2) Notificación obligatoria y oportuna en el documento correspondiente de los casos de eventos de muerte materna, perinatal e infantil.
- 3) Promover el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N° 17461-S de 12 de marzo de 1987 “Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico Legal” que regula la obligatoriedad de la AUTOPSIA en todo caso de muerte materna e infantil.
- 4) Recolección de los datos de los casos notificados.
- 5) Análisis de la información.
- 6) Formulación de recomendaciones.
- 7) Socialización de la información a las autoridades de salud para la toma de decisiones, así como a otros actores relacionados con el tema y a la población para el ejercicio de su derecho a la salud.
- 8) Por considerarse indispensable el logro de las metas de reducción de la mortalidad materno, perinatal e infantil se debe garantizar la atención universal de las mujeres gestantes, niños y niñas menores de un año en los servicios de salud del país, por lo que se declara de interés nacional dar prioridad de atención a la mujer embarazada y a los menores de un año en todos los servicios de salud, independientemente de su condición de asegurado.

Artículo 5°—**Ámbito de aplicación.** Las disposiciones del presente Reglamento se aplicarán a los establecimientos de Salud públicos y privados que brindan servicios de salud en el territorio nacional.

Artículo 6°—El Ministerio de Salud será, el ente rector y coordinador del Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil y tendrá la autoridad técnica y política para velar por el cumplimiento de normas nacionales de atención en salud sexual y reproductiva, en los servicios de salud públicos y privados en el territorio nacional.

Artículo 7°—La organización del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna, perinatal e infantil se establecerá por comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias en los diferentes niveles de atención, así como en los hospitales, tanto en el ámbito público como privado.

Artículo 8°—Se declara de notificación obligatoria toda defunción de niños y niñas antes del año de edad, mujeres embarazadas y mujeres en post parto hasta los cuarenta y dos días.

Artículo 9°—La declaratoria de cada fallecimiento se debe realizar en los siguientes siete días hábiles posterior a la defunción, de acuerdo con el Decreto Ejecutivo N° 37306-S, “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, artículo 33 Grupo D.

Artículo 10.—Los responsables de los Establecimientos de Salud Público y Privado, así como la Medicatura Forense y otras entidades relacionadas, están obligados a suministrar al Ministerio de Salud la información referente a los fallecimientos, de conformidad con el Decreto Ejecutivo N° 37306-S, “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, artículo 29 inciso 1).

Artículo 11.—De acuerdo con el ámbito de acción, las comisiones deberán velar porque se cumplan los siguientes aspectos generales:

- 1) Suministrar al Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna, perinatal e infantil, la información de las muertes ocurridas en el país en los establecimientos públicos y privados.
- 2) Realizar controles de calidad de la información del sistema en los diferentes niveles de gestión.
- 3) Difundir y divulgar según su competencia, la información derivada del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna, perinatal e infantil.

- 4) Contar con un registro de información actualizado de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, de las muertes ocurridas en el país en todos los establecimientos de salud sean públicos y privados, para la toma de decisiones.

## CAPÍTULO II

### Comisión Nacional

Artículo 12.—**Integración.** La Comisión Nacional estará conformada por:

- 1) El Ministerio de Salud, nombrará dos representantes:
  - a) Un representante, con especialidad en gineco-obstetricia (médico o profesional de enfermería) quién será el coordinador.
  - b) Un representante de la Dirección de Vigilancia de la Salud, con voz pero sin voto.
- 2) Un representante de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Costa Rica.
- 3) Un representante de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
- 4) Un representante del Área de Salud de la Mujer de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- 5) Un representante del Área de Salud del Niño de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- 6) Un representante del Comité de Salud de la Mujer y Perinatología del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- 7) Un representante de la Asociación de Obstetricia y Ginecología del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- 8) Un representante de la Asociación Nacional de Neonatología y Pediatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- 9) Un representante del Hospital Nacional de Niños.
- 10) Un representante del Patronato Nacional de la Infancia.
- 11) Un representante del Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- 12) Un representante del sector privado hospitalario, con especialidad en gineco-obstetricia (médico gineco-obstetra o profesional de enfermería obstétrica), el cual será designado por las comisiones de Mortalidad Materno-Infantil de los establecimientos de salud privado.

Artículo 13.—Los miembros de la Comisión serán nombrados por los jefes de cada institución y contarán con un suplente, también designado por el jefe. Todos los representantes designados en esta Comisión serán personas con conocimientos en el campo materno-infantil.

Artículo 14.—Los miembros suplentes serán nombrados por los jefes de cada institución y pueden participar en las reuniones de la Comisión, tendrán voz pero no voto.

Artículo 15.—La sede y el o la coordinadora de la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional será designada por el o la jefe ministerial del Ministerio de Salud por medio de oficio en el cual notificará a la jefatura de la Unidad Organizativa en la cual estará ubicada.

Artículo 16.—El coordinador de la Comisión Nacional será nombrado por el o la jefe ministerial del Ministerio de Salud, quien deberá comunicar por escrito su nombramiento a la Comisión Nacional y a la Jefatura de la Unidad Organizativa donde está ubicado.

Artículo 17.—La Comisión se reunirá una vez al mes de forma ordinaria y extraordinariamente cuando así lo requiera. El cronograma de reuniones anual quedará establecido en la última reunión del año para el año siguiente.

Artículo 18.—El coordinador de la Comisión Nacional será quien presida las reuniones y en su ausencia asumirá su suplente y tendrá derecho a doble voto.

Artículo 19.—Los miembros propietarios quedarán cesados si contabilizan tres ausencias consecutivas sin justificación, el coordinador deberá gestionar el nuevo nombramiento.

Artículo 20.—Los miembros de la Comisión permanecerán en sus puestos por un período de cuatro años, prorrogables.

Artículo 21.—**Quórum y votaciones.** La Comisión sesionará válidamente con la presencia de la mitad más uno de sus miembros en propiedad o de los suplentes que en ese momento sustituyen al titular. Los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los presentes con derecho a voto.

Artículo 22.—**Funciones de la Comisión Nacional:**

- 1) Instar para la realización de estudios en salud sexual y reproductiva de la población, definiendo las prioridades de investigación en este campo, de acuerdo a resultados obtenidos de las evaluaciones y análisis y coordinar con la Dirección de Investigaciones en Salud del Ministerio de Salud.
- 2) Dirigir las evaluaciones de avance del Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad Perinatal Infantil y Materna.
- 3) Recomendar medidas correctivas y de mejoramiento en la organización y funcionamiento de los servicios de salud que se identifiquen directa o indirectamente relacionados con la prevención de la Mortalidad Materna Perinatal e Infantil.
- 4) Analizar la información emanada de los análisis para identificar factores determinantes que influyeron en las muertes y recomendar acciones, establecer lineamientos y propuestas para elaborar la política pública y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud públicos y privados.
- 5) Dar seguimiento y apoyo al Plan Estratégico Nacional para una maternidad e Infancia Saludable y Segura.
- 6) Dictar acciones de intervención para el logro de una atención de calidad y equidad.
- 7) Apoyar a nivel nacional, la capacitación permanente, del personal involucrado en las comisiones y en la atención de la embarazada y del niño y la niña en todos los niveles.
- 8) Difundir y divulgar la información a las autoridades de salud y a la población.
- 9) Sistematizar a nivel nacional la información sobre mortalidad materna, perinatal e infantil seleccionando los indicadores que alimentarán el Registro Nacional, y mantenerlo actualizado.
- 10) Analizar y dar recomendaciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de registro de las muertes maternas, perinatales e infantiles.
- 11) Asesorar a las autoridades de salud y recomendar la promulgación de políticas, estrategias, y legislación, así como sugerir intervenciones para la mejora continua en los servicios de atención materna, perinatal e infantil, ambulatoria u hospitalaria, pública y privada.
- 12) Publicar un informe anual de los resultados obtenidos de la información referente a la mortalidad materna, perinatal e infantil.
- 13) Velar para que el recurso humano que brinda atención en salud materno infantil sea calificado (médico con especialidad en gineco-obstetricia, médico general y profesional en enfermería con especialidad en obstétrica).
- 14) Exhortar para la creación y el ágil funcionamiento de un sistema de referencia y contrareferencia.
- 15) Velar porque exista disponibilidad de los recursos humanos y materiales para el logro de los objetivos del SINEAMMI.
- 16) Divulgación y devolución, de la información generada, para la toma de decisiones oportunas, en los diferentes niveles de atención.
- 17) Promover iniciativas de colaboración de organismos nacionales e internacionales para fortalecer técnica y funcionalmente el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.
- 18) Instar para la motivación, inducción, orientación y educación permanente en el tema materno, perinatal e infantil al equipo de salud en todos los niveles de atención.
- 19) Llevar un libro de actas de reuniones de la CONEAMMI actualizado.

Artículo 23.—**Funciones del coordinador de CONEAMMI:**

- 1) Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias que lleva a cabo de la Comisión.
- 2) Articular y coordinar con la Secretaría Técnica.

- 3) Apoyar estratégica y políticamente las acciones para el buen funcionamiento del SINEAMMI.
- 4) Vocero de la CONEAMMI ante el o la jerarca ministerial.
- 5) Representar al Ministerio de Salud a nivel nacional e internacional en el tema materno, perinatal e infantil.
- 6) Coordinar la fijación de fechas de sesiones extra-ordinarias y actividades a realizar.
- 7) Designar el sustituto en caso de ausencia temporal del coordinador.
- 8) Convocar a la o el jerarca ministerial cuando sea requerido a sesión ordinaria o extraordinaria.
- 9) Comunicar a la o el jerarca ministerial decisiones prioritarias de inmediato.
- 10) Realizar informes de los puntos tratados en cada sesión a la o el jerarca ministerial, según pertinencia.
- 11) Convocar a reuniones ordinarias y extraordinarias de la Comisión Nacional.
- 12) Mantener informada a las autoridades superiores sobre el comportamiento de los eventos de mortalidad materno-perinatal-infantil.
- 13) Coordinar con las autoridades correspondientes, acciones pertinentes para la toma de decisiones oportunas en el abordaje de la problemática emergente materno, perinatal e infantil.
- 14) Mantener canales de comunicación fluida y oportuna que favorezcan el accionar del SINEAMMI.

Artículo 24.—**Sobre la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional.** La Comisión Nacional contará con una Secretaría Técnica, la que tendrá las siguientes funciones:

- 1) Ejecutar, de conformidad con el presente Reglamento, las políticas y los lineamientos en el tema materno, perinatal e infantil, con las facultades y atribuciones indicadas en el artículo 50 de la Ley General de Administración Pública.
- 2) Fiscalizar, supervisar y coordinar el funcionamiento de las comisiones.
- 3) Conocer todos los casos de mortalidad materna, perinatal e infantil a nivel nacional.
- 4) Asistir con derecho a voz, a todas las sesiones de la Comisión Nacional y actuar como instancia asesora técnica.
- 5) Asistir a los análisis de mortalidad materna y en los que considere pertinente de mortalidad infantil y perinatal.
- 6) Presentar informes estadísticos y de análisis a la Comisión Nacional.
- 7) Ejecutar las recomendaciones y acuerdos emitidos por la Comisión.
- 8) Coordinar y apoyar la gestión de los coordinadores de las COREAMMI.
- 9) Apoyar a las regiones en la re-organización y re-activación de las comisiones cuando corresponda.
- 10) Vigilar y colaborar para garantizar la calidad de la información en los registros mediante sistemas de control y evaluación, para que sea veraz y oportuna.
- 11) Apoyar y asesorar a la Comisión Nacional, a las COREAMMI, a las COLEAMMI y a las CHEAMMI.
- 12) Colaborar en la planificación y evaluación de las acciones públicas y privadas dirigidas a la atención integral de la mujer y del niño menor de un año.
- 13) Apoyar la elaboración de planes nacionales, regionales y locales para la prevención de la mortalidad Materna Perinatal e Infantil.
- 14) Contribuir al fortalecimiento de los procesos de normalización nacional en la Atención de la Madre y del recién Nacido, niños y niñas menores de un año, dirigidos a mejorar la calidad de la prestación de los servicios.
- 15) Promover la auto evaluación y educación continua del personal de salud.
- 16) Dar acompañamiento y apoyo a las comisiones regionales, locales y hospitalarias para el cumplimiento de las recomendaciones emanadas de las evaluaciones de la mortalidad materna, perinatal e infantil.

- 17) Investigar y dar seguimiento a las recomendaciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de registro de las muertes maternas, perinatales e infantiles.
- 18) Contar con un Registro Nacional actualizado de parteras tradicionales o empíricas. (Decreto Ejecutivo N° 37306-S, “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, artículo 29 inciso 1).
- 19) Promover el intercambio de información sobre buenas prácticas en la atención de madres, niños y niñas, con el objetivo de fortalecer la innovación y la mejora de los procesos de atención.
- 20) Velar por que se cumpla la normativa nacional para garantizar el acceso y la atención de calidad en la atención de la mujer embarazada y en estado puerperal y de los niños y niñas menores de un año.
- 21) Fomentar la atención oportuna, eficiente, de calidad y con enfoque de riesgo, en el control prenatal y en el control del crecimiento y desarrollo de niños y niñas menores de un año.
- 22) Contar con un Registro nacional de Mortalidad materno, perinatal e infantil. Decreto Ejecutivo N° 37306-S, “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, artículo 29 inciso 1).

**Artículo 25.—Será función del Registro Nacional junto con la Secretaría Técnica obtener información sobre:**

1. Incidencia y prevalencia de la mortalidad materna, perinatal e infantil según sexo, edad, grupo poblacional, área geográfica, causa de muerte.
2. Remitir las notificaciones de los casos a las Comisiones Regionales (COREAMMI) en los primeros siete días hábiles después de recibida la notificación.
3. Cualquier otro aspecto referente a la materia que se requiera.

**Artículo 26.—De las Comisiones Regionales.** Las Comisiones Regionales, para efectos del funcionamiento del Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, estará conformada por:

- 1) Un representante nombrado por el Director Regional de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud del Ministerio de Salud, el que debe ser especialista en gineco-obstetricia (médico o enfermera) quien será el que dirige y coordina.
- 2) Un representante nombrado por el Director Médico Regional de la Dirección de Servicios de Salud Regional de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 3) Un representante nombrado por la autoridad correspondiente, de cada una de las siguientes instituciones CEN CINAI, PANI, IMAS, que su profesión éste relacionada con el tema y que cuente con representación en el nivel regional.
- 4) Cuando lo amerite pueden ser apoyados por: el epidemiólogo del Ministerio de Salud, así como por el personal de registros médicos, y por cualquier otro profesional que de acuerdo al caso específico pueda ser llamado como perito o asesor según sea el caso.
- 5) Los miembros de la Comisión contarán con un suplente. Todos los representantes designados en esta Comisión serán personas con conocimientos en el campo materno, perinatal e infantil.

**Artículo 27.—Sede de las Comisiones Regionales.** Las sedes de las Comisiones Regionales estarán ubicadas en la Dirección Regional de Rectoría de Salud del Ministerio de Salud, correspondiente.

**Artículo 28.—Del Recurso Humano.** Para lograr los objetivos del presente Reglamento se requiere recurso humano suficiente y con capacidad técnica en la materia y de carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

**Artículo 29.—Funciones de las Comisiones Regionales.** Son funciones de las Comisiones Regionales:

- 1) Representar al nivel regional respectivo en las diferentes actividades de mortalidad materno, perinatal e infantil que se les convoque.
- 2) Coordinar las actividades relacionadas a mortalidad materna, perinatal e infantil con la Comisión Nacional y con los actores sociales involucrados a nivel regional, local y hospitalario.
- 3) Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias que se convoque por parte de la Comisión Nacional y otras relacionadas a esta materia.

- 4) Proponer, coordinar, organizar, y participar en las capacitaciones sobre mortalidad materno, perinatal e infantil.
- 5) Llevar un registro actualizado de los casos de muerte de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), para disminuir el riesgo de sub-registro de muertes maternas.
- 6) Velar que los reportes de casos de muertes maternas, perinatales e infantiles sean oportunos.
- 7) Asistir y participar en las reuniones de estudios de casos de muerte materna que ocurran en su región.
- 8) Velar que se integren y funcionen las “comisiones hospitalarias” de los servicios públicos y privados de su área de atracción.
- 9) Apoyar y colaborar en la capacitación de las comisiones de su región.
- 10) Asistir y participar activamente en reuniones con las comisiones hospitalarias o sus coordinadores, con el fin de dar seguimiento al proceso de evaluación y análisis de casos.
- 11) Contar con los conocimientos requeridos en el área de salud materno-perinatal-infantil.
- 11) Velar porque las comisiones locales dispongan de los recursos necesarios para su funcionamiento.
- 12) Colaborar y apoyar los estudios en el tema materno, perinatal e infantil que realicen en su región.
- 13) Dar seguimiento a las recomendaciones y medidas correctivas emanadas de los estudios de caso de mortalidad.
- 14) Sugerir y promover cambios en las políticas, la legislación, los servicios y recurso humano, para mejorar el sistema.
- 15) Coordinar con los actores involucrados en la atención del caso, su participación en el proceso de evaluación y análisis.
- 16) Llevar un libro de actas de reuniones de la COREAMMI actualizado.
- 17) Enviar los informes estadísticos y de avances del Plan Regional de maternidad e infancia saludable y segura, de forma completa y oportuna a la Secretaría Técnica de la CONEAMMI.

**Artículo 30.—Conformación de las Comisiones Locales.** Las Comisiones Locales, para efectos del funcionamiento del Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, estará conformada por:

- 1) El Jefe de la Unidad de Rectoría o la persona Coordinadora Regional de la Comisión Regional de Mortalidad Materno Infantil del Ministerio de Salud, nombrará un representante del Área Rectora de Salud correspondiente, el que debe ser especialista en gineco-obstetricia (médico o profesional en enfermería) preferiblemente, quien dirige y coordina.
- 2) El supervisor Regional de Enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social o el Director Regional nombrará un representante propietario y suplente del Equipo de Apoyo (preferiblemente con especialidad en gineco-obstetricia, médico o enfermera) del Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 3) El Director Regional de la Caja Costarricense de Seguro Social nombrará un representante de medicina del EBAIS o especialista en gineco-obstetricia.
- 4) Un representante nombrado por la autoridad correspondiente, de cada una de las siguientes instituciones: CEN CINAI, PANI, IMAS, instituciones relacionadas con el tema y con representación en el nivel local.
- 5) El Director Regional o en su defecto la persona Coordinadora de la Comisión Regional de Mortalidad Materno Infantil coordinará cuando se requiera contar con otros profesionales el Nivel Regional del Ministerio de Salud o la Caja Costarricense del Seguro Social, deberá apoyar el quehacer de las Comisiones Locales.

**Artículo 31.—Sede de las Comisiones Locales.** Las sedes de las Comisiones Locales estarán ubicadas en la Dirección del Área Rectora de Salud, correspondiente.

**Artículo 32.—Funciones de las Comisiones Locales.** Son funciones de las Comisiones Locales:

- 1) Dirigir la elaboración de los planes locales para la Prevención de la Mortalidad Materno, perinatal e Infantil.
- 2) Ofrecer lineamientos estratégicos para la elaboración de proyectos y programas específicos que obedezcan a las características locales, dirigidas al control de factores de riesgos poblacionales, maternos y específicos de los niños y niñas en la Mortalidad Infantil.

- 3) Realizar las evaluaciones del cumplimiento del Plan para la Prevención de la Mortalidad Materno, perinatal e Infantil en sus respectivas áreas de salud.
- 4) Colaborar en la planificación y evaluación de las acciones públicas y privadas dirigidas a la atención integral de la mujer, del niño y niña menor de un año que se identifiquen directamente relacionadas con la prevención de la mortalidad.
- 5) Implementar las medidas correctivas en la organización y funcionamiento de los servicios de salud que se identifiquen como directa o indirectamente relacionados con la prevención de la Mortalidad.
- 6) Promover y divulgar estudios e investigaciones relacionadas con la Mortalidad materno, perinatal e Infantil.
- 7) Promover el intercambio de buenas experiencias en la atención de madres, niños y niñas con el objetivo de fortalecer la mejoría de la calidad de atención.
- 8) Velar por la calidad de la información de los casos de su área.
- 9) La Comisión deberá realizar en forma conjunta los análisis de mortalidad infantil, tomando en cuenta los factores determinantes por condición socioeconómica, grupo etario, etnia y género.
- 10) Participar en el análisis sobre las causas de muertes maternas, perinatal e infantil del Área de Salud correspondiente.
- 11) Asistir a las reuniones del nivel regional y central que se le convoque en relación a esta materia.
- 12) Proponer y participar en las capacitaciones sobre mortalidad materna, perinatal e infantil.
- 13) Llevar un registro actualizado de los casos notificados de muerte de mujeres en edad fértil, de las muertes maternas, muertes perinatales y de las muertes infantiles.
- 14) Vigilar que los reportes obligatorios de casos de muertes maternas, perinatales e infantiles sean oportunos y completos.
- 15) Velar porque la comisión disponga de los recursos necesarios para su funcionamiento.
- 16) Preparar y presentar oportunamente los informes sobre los avances, logros y limitaciones del proceso de análisis de mortalidad materna, perinatal e infantil en su área.
- 17) Colaborar y apoyar los estudios de caso, investigaciones cuantitativas, cualitativas y medicina basada en la evidencia que se realice a nivel local.
- 18) Dar seguimiento a las recomendaciones y medidas correctivas emanadas de los estudios de caso de mortalidad materna, perinatal e infantil.
- 19) Llevar un libro de actas de reuniones de la COLEAMMI actualizado.

**Artículo 33.—Conformación de las Comisiones Hospitalarias.** Las Comisiones Hospitalarias deben estar integradas por:

- 1) Una persona profesional en medicina con especialidad en ginecología y obstetricia.
- 2) Una persona profesional en medicina con especialidad en neonatología o pediatría.
- 3) Un profesional en enfermería con especialidad en obstetricia.
- 4) Un representante de registros médicos.
- 5) Una persona profesional en Trabajo Social.
- 6) Contaran con el apoyo del patólogo.
- 7) Cada miembro en propiedad deberá contar con un suplente.

**Artículo 34.—**Los miembros de la Comisión Hospitalaria serán nombrados por el Director Médico de cada hospital, en forma escrita y quién deberá brindar el apoyo y respaldo a la comisión.

**Artículo 35.—De la Coordinación de la Comisión Hospitalaria.** La coordinación de las comisiones hospitalarias puede ser rotativa entre sus integrantes, con una duración de dos años y con posibilidades de ser reelectos.

**Artículo 36.—Sobre las sedes de la Comisiones Hospitalarias.** Las sedes de las Comisiones Hospitalarias estarán ubicadas en todos los hospitales con maternidad, sean públicos y privados del territorio nacional.

**Artículo 37.—Funciones de las Comisiones Hospitalarias.** Las Comisiones Hospitalarias tendrán las siguientes funciones:

- 1) Reportar mensualmente las muertes de mujeres en edad fértil (según Decreto Ejecutivo N° 37306-S, “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, artículo 29 inciso 1).
- 2) Detectar oportunamente los casos de muerte materna, perinatal e infantil, que ocurran en el respectivo nosocomio y hacer la notificación obligatoria en un plazo no mayor de siete días hábiles.
- 3) Recolectar la información contenida en los expedientes de salud de los casos de muerte materna, perinatal e infantil, en el instrumento respectivo.
- 4) Realizar la visita al hogar, en todo caso de muerte materna, no antes de un mes, ni mayor de 3 meses de ocurrido el deceso.
- 5) El plazo entre la visita realizada y el análisis de caso no puede ser mayor de 15 días hábiles.
- 6) Coordinar y convocar para realizar los análisis de los eventos de muertes maternas, con la Comisión de Mortalidad Materno Infantil del Nivel Central del Ministerio de Salud, con la Comisión hospitalaria de Mortalidad Materno Infantil y con las personas involucradas durante el proceso de atención al paciente.
- 7) Dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el análisis conjunto de los casos para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- 8) Enviar a la Secretaría Técnica de la CONEAMMI y al coordinador regional toda la documentación de análisis del caso de muerte materna.
- 9) El plazo entre el informe final del análisis del caso y el envío de la documentación respectiva al nivel regional, no puede ser mayor de dos semanas.
- 10) Asistir a las reuniones que le convoque el nivel regional o el nivel nacional.
- 11) Llevar un registro de las muertes maternas, perinatales e infantiles ocurridas en el hospital y rendir los informes necesarios al nivel regional.
- 12) Llevar un registro de la morbilidad materna grave.
- 13) Organizar y participar en sesiones clínicas de discusión de casos y auto evaluación.
- 14) Organizar y participar en la capacitación permanente de temas relacionados con materno-infantil.
- 15) Promover estudios e investigaciones en derechos sexuales y reproductivos.
- 16) Sugerir prioridades de investigación en este campo, de acuerdo a resultados obtenidos de los análisis.
- 17) Llevar registro de las muertes de mujeres en edad fértil para identificar casos de muertes maternas y evitar el subregistro.
- 18) Promover la elaboración de protocolos de atención en casos de alto riesgo obstétrico.
- 19) Llevar un libro de actas de reuniones de la CHEAMMI actualizado.

**Artículo 38.—Funciones de las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud.** Son funciones de las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud, respecto a la aplicación del presente Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil:

- 1) Reportar las muertes maternas, perinatales e infantiles que se producen extra hospitalariamente a la persona coordinadora en el nivel regional.
- 2) Enviar el informe anual de análisis de muertes maternas, perinatales y de muertes infantiles de su área al nivel regional respectivo.
- 3) Colaborar y apoyar en la logística para la búsqueda de información en expedientes, visita domiciliar y otros para realizar los análisis de los casos.
- 4) Ejercer las funciones de rectoría para que se cumplan las normativas existentes en el tema materno, perinatal e infantil.
- 5) Apoyar y fortalecer la labor del coordinador de la COLEAMMI, para el buen funcionamiento del SINEAMMI.

Artículo 39.—**Derogaciones.** Deróguense los Decretos Ejecutivos N° 26932-S “Reglamento de Creación del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil”, del 14 de abril de 1998, publicado en *La Gaceta* N° 98 del 22 de mayo de 1998 y el N° 28147-S “Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna”, del 27 de agosto de 1999, publicado en *La Gaceta* N° 205 del 22 de octubre de 1999.

Artículo 40.—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República, a los seis días del mes de marzo del dos mil quince.

LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA.—El Ministro de Salud a. i., Dr. Fernando Llorca Castro.—1 vez.—O. C. N° 24154.—Solicitud N° 7763.—(D39009 - IN2015033103).

N° 39020-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades conferidas por los artículos 11, 50, 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 28 párrafo segundo inciso b) de la Ley N° 6227 de 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública,” 2, 196, 226, 345 inciso 12) de la ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973, “Ley General de Salud”; 35 incisos b) y c) Ley N° 5412, del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud” y sus reformas.

**Considerando:**

1°—Que la salud de la población es tanto un derecho humano fundamental, como un bien de interés público tutelado por el Estado, así como el derecho de todas las personas a una Nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.

2°—Que mediante Decreto Ejecutivo N° 27021-S, del 30 de abril de 1998, se promulgó el “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo Directo”.

3°—Que el artículo 196 de la Ley General de Salud indica que: “la nutrición adecuada y la ingestión de alimentos de buena calidad y en condiciones sanitarias, son esenciales para la salud y por lo tanto, las personas naturales y jurídicas que se ocupen en actividades relacionadas con alimentos, destinados al consumo de la población, deberán poner el máximo de su diligencia y evitar omisiones en el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes y de las órdenes especiales que la autoridad de salud pueda dictar, dentro de sus facultades, en resguardo de la salud”.

4°—Que los resultados aportados por la Encuesta Nacional de Nutrición del 2008-2009, demuestran en la población preescolar en un 32,2%, una carencia marginal y deficiencia de vitamina A y en la población escolar en un 24.2%. Por tanto la carencia de la Vitamina A continúa siendo un problema de interés de la Salud Pública.

5°—Que la Vitamina A es un nutriente esencial, su deficiencia, puede producir ceguera irreversible, retardo en el crecimiento y mayor susceptibilidad a diversas infecciones. Por ser una vitamina liposoluble su exceso puede causar toxicidad, afectando el sistema nervioso, gastrointestinal y renal así como malformaciones congénitas entre otras lesiones.

6°—Que según el Artículo 226 de la Ley General de Salud, establece que: “todo productor, fabricante o comerciante de alimentos debe cumplir con las disposiciones que el Ministerio de Salud decreta, ordenando el enriquecimiento, fortificación o equiparación de determinados alimentos, a fin de suplir la ausencia o insuficiencia de nutrientes en la alimentación habitual de la población”.

7°—Que según Artículo 345, inciso 12) de la Ley General de Salud, son atribuciones inherentes al cargo de Ministro en representación del Poder Ejecutivo, determinar la Política de Nutrición, por tanto la fortificación del azúcar con vitamina A es Política.

8°—Que por las consideraciones antes mencionadas se hace necesario y oportuno regular y controlar de manera efectiva la Fortificación del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo

Directo, razón por la cual se requiere la reforma a los artículos 4 y 18, derogar los artículos 3 inciso b) y 5 y adicionar el artículo 10 bis al Decreto Ejecutivo N° 27021-S, del 30 de abril de 1998, “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo Directo”. **Por tanto,**

DECRETAN:

REFORMAS AL “REGLAMENTO TÉCNICO  
PARA LA FORTIFICACIÓN CON VITAMINA A  
DEL AZÚCAR BLANCO DE PLANTACIÓN  
PARA EL CONSUMO DIRECTO”

Artículo 1°—Refórmense los artículos 4 y 18 y adiciónese el artículo 10 bis al Decreto Ejecutivo N° 27021-S, del 30 de abril de 1998, publicado en el Diario Oficial *La Gaceta* N° 108 del 5 de junio de 1998, “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo Directo”, para que en lo sucesivo se lean así:

“Artículo 4°—En los puntos de producción, empaque y venta, se debe considerar como adecuadamente fortificada el azúcar con vitamina A, la que contenga un nivel entre 6-20 miligramos de vitamina A, por kilogramo de azúcar (19.800 UI de retinol-66.000 UI de retinol por kilogramo de azúcar)”.

(...)

“Artículo 10 bis.—El Ministerio de Salud realizará inspección física in situ de cada embarque de azúcar importada, para lo cual podrá coordinar con el Ministerio de Agricultura y Ganadería para su respectivo análisis de laboratorio, de previo al desalmacenaje.

El Ministerio de Salud es el responsable en sus tres niveles de gestión, según sus competencias de organizar, coordinar, supervisar y fiscalizar el cumplimiento del Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo Directo, con el objeto de presupuestar los recursos necesarios para su eficiente ejecución y rendimiento de cuentas”.

(...)

“Artículo 18.—El etiquetado se ajustará a lo estipulado en la Norma General de Etiquetado de los Alimentos Preenvasados, deberá especificar que se trata de un producto fortificado con la frase “AZÚCAR FORTIFICADA CON VITAMINA A” y declarar un mínimo de 6 miligramos de vitamina A, por kilogramo de azúcar (19.800 UI de retinol por kilogramo de azúcar), con la nota “Garantizado hasta -indicar la fecha”.

Artículo 2°—Deróguense el artículo 3 inciso b) y 5 del Decreto Ejecutivo N° 27021-S, del 30 de abril de 1998 publicado en el Diario Oficial *La Gaceta* N° 108 del 5 de junio de 1998, “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanco de Plantación para el Consumo Directo”.

Transitorio I.—Se otorga un plazo de seis meses, contado a partir de la publicación del presente decreto en el Diario Oficial *La Gaceta*, para realizar los cambios en la etiqueta del producto.

Artículo 3°—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República, a los cuatro días del mes de marzo del dos mil quince.

LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA.—El Ministro de Salud a. i., Dr. Fernando Llorca Castro.—1 vez.—O. C. N° 24154.—Solicitud N° 7764.—(D39020 - IN2015033106).

N° 39021-PLAN

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
Y LA MINISTRA DE PLANIFICACIÓN NACIONAL  
Y POLÍTICA ECONÓMICA

Con fundamento en las disposiciones contenidas en los artículos 140 incisos 3), 18), 20) y 146 de la Constitución Política, 25.1 y 27.1 de la Ley General de la Administración Pública (N° 6227 de 2 de mayo de 1978), 4 de la Ley de Planificación Nacional (N° 5525 de 2 de mayo de 1974), 4, 31 inciso a) y 110 inciso j) de la Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos (N° 8131 de 18 de setiembre de 2001).