



Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial
Unidad Ejecutiva Tercera

DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 403

SAN SALVADOR, MIERCOLES 4 DE JUNIO DE 2014

NUMERO 102

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

	<i>Pág.</i>		<i>Pág.</i>
ORGANO LEGISLATIVO		MINISTERIO DE GOBERNACIÓN	
		RAMO DE GOBERNACIÓN	
Acuerdos Nos. 1199, 1215, 1235, 1247, 1258, 1306-bis y 1324.- Se llama a Diputados Suplentes, para que concurran a formar asamblea.....	4-17	Estatutos de las Iglesias “Misión Cristiana Evangélica Sefardita El León de la Tribu de Judá” y “Profética Redimidos de Cristo” y Acuerdos Ejecutivos Nos. 17 y 108, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica.....	20-25
ORGANO EJECUTIVO			
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA			
Acuerdo No. 39.- Se modifica el Acuerdo Ejecutivo No. 232, de fecha 7 de junio de 2013, por medio del cual se nombró al Director Ejecutivo de la Comisión Nacional Antidrogas.....	18	Cambio de denominación de la Sociedad de Empleados y Artesanos “Rafael Garibay Gutiérrez”, por el de “Asociación Rafael Garibay Gutiérrez”, nuevos estatutos y Acuerdo Ejecutivo No. 85, aprobándolos.....	26-33
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		MINISTERIO DE ECONOMÍA	
		RAMO DE ECONOMÍA	
RAMO DE RELACIONES EXTERIORES			
Acuerdo No. 722.- Ascenso a la categoría de Embajador de los señores Carlos Enrique García González y Mirella Carolina Calderón Tovar de Ruszkowski.....	18-19	Acuerdo No. 441.- Se concede el goce de las exenciones del pago de impuestos sobre la renta y municipales, a la sociedad Inter Trade, Sociedad Anónima de Capital Variable.....	34-42
		MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
		RAMO DE EDUCACIÓN	
Acuerdo No. 795.- Se nombra Miembro de la Comisión Consultiva del Ministerio de Relaciones Exteriores, al Doctor José Fabio Castillo.....	19	Acuerdo No. 15-0201.- Se reconocen los estudios académicos realizados por Ángela Vásquez del Águila.....	43

Pág.

Pág.

MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL**RAMO DE LA DEFENSA NACIONAL**

Acuerdos Nos. 68, 76 y 80.- Se otorgan condecoraciones militares..... 43-46

Acuerdos Nos. 78, 81 y 85.- Se asignan montepíos militares a favor de las señoras Alicia Amanda Barrera de González, María Berta Martínez de Franco y Josefina Ramírez de Carranza. 46-49

Acuerdos Nos. 82, 83 y 84.- Transferencias de conformidad a lo establecido en el artículo 92, ordinal 2° de la Ley de la Carrera Militar. 49

MINISTERIO DE SALUD**RAMO DE SALUD**

Acuerdo No. 811.- Norma Técnica para la Prevención y Control de la Tuberculosis. 50-62

ORGANO JUDICIAL**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

Acuerdos Nos. 25-D, 31-D, 132-D, 459-D, 475-D y 492-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas. 63-64

Acuerdos Nos. 171-D (3), 172-D (2), 175-D, 176-D (2), 177-D (2), 178-D, 179-D, 182-D (3), 183-D (4), 184-D, 185-D, 186-D (3), 188-D (4), 189-D (4), 190-D, 191-D (2), 192-D (5) y 193-D (2).- Autorizaciones para ejercer las funciones de notario. 64-72

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS**ALCALDÍAS MUNICIPALES**

Estatutos de las Asociaciones de Desarrollo Comunal "Colonia Bello Horizonte del Barrio La Trinidad" y de la "Colonia La Vega" y Acuerdos Nos. 1(2), emitidos por las Alcaldías Municipales de San Juan Opico y Tejutla, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. 73-81

SECCION CARTELES OFICIALES**DE PRIMERA PUBLICACION**

Título Supletorio 82-83

Aviso de Inscripción..... 84-85

Edicto de Emplazamiento..... 85

DE SEGUNDA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 86

Título Supletorio 86

Herencia Yacente 86

DE TERCERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 87

SECCION CARTELES PAGADOS**DE PRIMERA PUBLICACION**

Declaratoria de Herencia..... 88-93

Aceptación de Herencia..... 93-100

Título de Propiedad 100-103

Título Supletorio 104-105

MINISTERIO DE SALUD
RAMO DE SALUD

ACUERDO No. 811

San Salvador, 28 mayo de 2014.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD,

CONSIDERANDO:

1. Que de acuerdo al Artículo 40 del Código de Salud establece, que el Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar y dictar las normas pertinentes, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud;
2. Que los Artículos 131, 148, 149, 150, 151 y 152 del Código de Salud, prescriben que es de interés público las acciones permanentes contra las enfermedades transmisibles en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y obligatoriedad de toda persona de someterse a tratamiento y en particular la tuberculosis; y,
3. Que con base a lo prescrito en los Artículos anteriores y tomando en consideración los cambios técnicos y científicos relacionados con la prevención y el control de la tuberculosis, es necesario la actualización de la Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis, publicada en el Diario Oficial el martes 7 de junio 2011, Número 105, Tomo 391, a fin de proteger la salud de la población en general.

POR TANTO:

En uso de las facultades legales conferidas,

ACUERDA emitir la siguiente,

NORMA TÉCNICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**CAPÍTULO I**
DISPOSICIONES FUNDAMENTALES**Objeto de la Norma**

Art. 1.- La presente Norma tiene por objeto establecer las disposiciones que regulan la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y la declaración obligatoria de los casos y contactos de la tuberculosis.

Ámbito de aplicación

Art. 2.- Están sujetos al cumplimiento de la presente Norma, toda persona natural o jurídica de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social en adelante ISSS, establecimientos de salud privados y los profesionales de la medicina en el ejercicio de su función.

Autoridad competente

Art. 3.- Corresponde al Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, a través del Director de Hospital, Director Regional de Salud, Coordinador de SIBASI y Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, en adelante UCSF, aplicar y dar cumplimiento a la presente Norma; así como aquellos que de manera legal designe el Titular del MINSAL.

Terminología

Art. 4.- Para efectos de la presente Norma se entenderá por:

1. **Abandono:** paciente que ha recibido tratamiento para tuberculosis por lo menos durante un mes y lo ha interrumpido por dos meses consecutivos o más.

2. **Abandono recuperado con bacteriología positiva:** paciente que recibió tratamiento para tuberculosis por lo menos un mes, lo ha interrumpido por dos meses o más y regresa con bacteriología positiva.
3. **Caso de tuberculosis:** toda persona que adolece de enfermedad causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, y que presenta baciloscopia positiva o negativa, cultivo positivo, GeneXpert MTB/RIF u otros métodos diagnósticos autorizados por el MINSAL o que clínicamente cumpla con la definición de caso.
4. **Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado:** paciente que presenta baciloscopia, GeneXpert MTB/RIF o cultivo por cualquiera de los métodos aprobados por el MINSAL positivo a *Mycobacterium tuberculosis*. A todo caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado y clínicamente diagnosticado se le debe asignar criterio de ingreso y de egreso, excepto aquellos con RR-TB (resistencia a la rifampicina) o MDR-TB, que se coloca en un régimen de medicamentos de segunda línea.
5. **Caso clínico de tuberculosis:** es aquel que no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica, pero ha sido diagnosticado con tuberculosis activa por un médico y que ha decidido administrar un ciclo completo de tratamiento de la tuberculosis. Esta definición incluye los casos diagnosticados con rayos X, anomalías o histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.
6. **Caso crónico:** paciente que persiste con bacteriología de esputo positivo al final de un régimen estándar de retratamiento estrictamente supervisado.
7. **Caso índice:** persona diagnosticada clínica o bacteriológicamente como tuberculosis que cumple con la definición de caso y que expuso a otras personas a ser contagiadas.
8. **Caso nuevo:** paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extra pulmonar que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha tomado medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
9. **Caso previamente tratado:** paciente que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado.
10. **Contacto:** cualquier persona expuesta a caso índice.
11. **Contacto domiciliario:** persona que comparte el mismo espacio de vivienda cerrado por una o más noches o por períodos más extensos durante el día con el caso índice, durante los tres meses previos a iniciar tratamiento del actual episodio.
12. **Contacto estrecho:** persona que no es contacto domiciliario, pero que comparte con el caso índice el mismo espacio cerrado como lugares de reuniones sociales, lugar de trabajo o establecimientos por periodos extensos durante el día, durante los tres meses previo a iniciar tratamiento el actual episodio.
13. **Curado:** paciente con tuberculosis confirmada bacteriológicamente al inicio del tratamiento y que presenta baciloscopia de esputo o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y en al menos una ocasión previa.
14. **Egreso del tratamiento:** es el caso de tuberculosis que finaliza su tratamiento por cualquiera de los motivos siguientes: curado, tratamiento terminado, abandono, fracaso o fallecido.
15. **Éxito del tratamiento:** es la suma de pacientes curados y tratamiento terminado.
16. **Fallecido:** paciente que murió por alguna razón durante el curso del tratamiento antituberculoso.
17. **Fracaso:** paciente que al inicio del quinto mes o más de tratamiento, presenta baciloscopías de esputo y cultivo positivo.
18. **Otros (para fines de evaluación):** son aquellos casos de tuberculosis que no se apegan a los criterios de ingreso.
19. **Monoresistencia:** resistencia a un medicamento antituberculoso de primera línea.
20. **Polifarmacoresistencia:** resistencia a más de un medicamento antituberculoso de primera línea (que no incluya a isoniacida y rifampicina).
21. **Recaída:** paciente que anteriormente ha sido declarado curado o con tratamiento terminado de una tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva, pero que de nuevo presenta tuberculosis con Baciloscopia o GeneXpert MTB/RIF positivo; independientemente del tiempo en el cual fue diagnosticado como caso nuevo.
22. **Sintomático respiratorio:** toda persona mayor o igual a diez años de edad que presenta tos productiva durante quince días o más.
23. **Sintomático respiratorio investigado:** es toda persona que reúne el criterio de sintomático respiratorio, al cual se le ha realizado y procesado al menos una baciloscopia de esputo.
24. **Tuberculosis presuntiva:** persona que presenta signos y síntomas sugestivos de tuberculosis, antes conocido como sospechoso de tuberculosis.
25. **Tuberculosis pulmonar:** se refiere a aquellos casos de tuberculosis que involucra al parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La tuberculosis miliar es clasificada como pulmonar porque causa lesiones en los pulmones.

26. **Tuberculosis extrapulmonar:** se refiere a aquellos casos de tuberculosis que involucra a otros órganos fuera de los pulmones: pleura, ganglios linfáticos, abdominal, genitourinaria, piel, huesos, meninges. La tuberculosis con linfadenopatía intratorácica (mediastinal o hiliar) o tuberculosis con derrame pleural, sin anomalías radiográficas en los pulmones, constituyen casos de tuberculosis extrapulmonar.
27. **Tratamiento terminado:** es el paciente con tuberculosis que ha finalizado el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero que no se dispone de resultados de baciloscopías o de cultivo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión previa.
28. **Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR):** paciente con tuberculosis activa y que presenta resistencia a los fármacos antifímicos isoniacida y rifampicina en forma simultánea.
29. **Tuberculosis extremadamente resistente:** paciente con tuberculosis activa que presenta resistencia a isoniacida y rifampicina a las quinolonas, y a uno de los siguientes inyectables: kanamicina, amikacina o capreomicina.

CAPÍTULO II PROMOCIÓN

Acciones educativas

Art. 5.- Todo proveedor de servicios de salud, debe desarrollar acciones educativas para que la población obtenga la información necesaria sobre la tuberculosis, modificar algunas conductas nocivas y adoptar estilos de vida saludables para evitar contraer la enfermedad; así como la búsqueda oportuna de atención en los establecimientos de salud, ante la aparición de signos y síntomas de la tuberculosis, para tratarla y curarla.

Debe elaborar y ejecutar anualmente el plan de información, educación y comunicación, dirigido al personal de salud, al usuario y la comunidad; tomando en cuenta los diferentes escenarios donde se desenvuelven, tales como: familiar, comunitario, educativo, laboral y en el establecimiento de salud.

Consejería

Art. 6.- Toda persona con tuberculosis debe recibir consejería, para lograr la adherencia al tratamiento, disminuir o eliminar barreras de comunicación e información, conocer conductas de riesgo y adquirir conductas saludables, entre otros.

CAPÍTULO III DE LA DETECCIÓN Y BÚSQUEDA DE CASOS

Búsqueda de casos

Art. 7.- Todo prestador de servicios de salud debe realizar búsqueda e identificación de sintomático respiratorio tanto a nivel intra institucional como a nivel comunitario.

Grupos de riesgo

Art. 8.- Se consideran grupos de riesgo de padecer tuberculosis a: contactos de caso índice, contactos de casos con baciloscopía positiva en adelante BK (+), contactos de tuberculosis multidrogorresistente en adelante TB-MDR, persona con VIH, niños(as) menores de diez años contactos; privados de libertad, trabajadores de salud, adultos mayores, indigentes, personas con diabetes, inmunosuprimidos y con enfermedades pulmonares como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía.

CAPÍTULO IV DIAGNÓSTICO

Métodos autorizados

Art. 9.- Los métodos diagnósticos a utilizar en la búsqueda de la tuberculosis dependerán del sitio anatómico en que se sospeche la enfermedad, siendo los autorizados por el MINSAL: baciloscopías, cultivos, biopsias, tuberculina o PPD, Adenosin Deaminasa en adelante ADA, y GeneXpert MTB/RIF.

Pulmonar

Art. 10.- Todo prestador de servicios de salud debe descartar tuberculosis pulmonar en toda persona sintomática respiratoria indicándole al menos tres baciloscopías.

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se hará con al menos una baciloscopía positiva de esputo, prueba molecular rápida GeneXpert MTB/RIF, cultivo de esputo por cualquier método o por otra prueba diagnóstica disponible y autorizada por el MINSAL.

Extrapulmonar

Art. 11.- El diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar debe realizarse de acuerdo al sitio anatómico afectado, utilizando los medios diagnósticos disponibles según el nivel de atención, siempre y cuando cumpla la definición de caso.

Seguimiento

Art. 12.- Se debe dar seguimiento a los casos siguientes:

- a) Sintomático respiratorio con tres baciloscopías negativas y cuyos síntomas persisten; debe enviársele cultivo de esputo bacilo ácido alcohol resistente en adelante BAAR, y GeneXpert MTB/RIF.
- b) Paciente que por situaciones especiales no pueda dar muestras de esputo y persiste la sospecha de tuberculosis, debe referirse al siguiente nivel de atención.

Del cultivo

Art. 13.- El cultivo se debe de indicar para diagnóstico en los casos siguientes:

- a) Persona con tres baciloscopías negativas y con alta sospecha de tuberculosis pulmonar.
- b) En tuberculosis infantil en todas sus formas.
- c) En tuberculosis extrapulmonar.
- d) En personas con VIH y que se sospecha tuberculosis.
- e) Baciloscopía con uno a nueve bacilos en cien campos.
- f) Pacientes con diabetes mellitus.

Cultivo y sensibilidad

Art. 14.- Se debe indicar cultivo para establecer el tipo y sensibilidad del *Mycobacterium*, en los casos siguientes:

- a) Sospecha de fracaso.
- b) Abandono recuperado.
- c) Recaída.
- d) Caso crónico de tuberculosis.
- e) Contacto de tuberculosis multidrogorresistente o cualquier patrón de resistencia del caso índice.
- f) Antecedentes o estancia actual en centro penitenciario.
- g) Coinfección tuberculosis y VIH.
- h) No negativiza al segundo o tercer mes de tratamiento.
- i) Migrante nacional o extranjero con sospecha de tuberculosis.
- j) Paciente con tratamiento antituberculoso que no mejora clínicamente, aunque sus baciloscopías de control sean negativas.

Del GeneXpert MTB/RIF

Art. 15.- La prueba del GeneXpert MTB/RIF, se debe indicar en los casos siguientes:

- a) Pacientes privados de libertad con sospecha de tuberculosis pulmonar y con tres baciloscopías negativas.
- b) Todo paciente privado de libertad con BK + con el propósito de vigilancia precoz de la fármaco resistencia.
- c) Paciente con VIH que se sospeche con tuberculosis pulmonar.
- d) Pacientes con tuberculosis pulmonar y sospecha de farmacoresistencia (recaídas, abandonos recuperados y contactos de TB- MDR), y los que no negativizan al segundo o tercer mes de tratamiento.
- e) Pacientes con otras patologías inmunosupresoras a quienes se les sospecha tuberculosis y que las baciloscopías sean negativas.

Del ADA

Art. 16.- La prueba ADA debe indicarse en pacientes con sospecha de tuberculosis extrapulmonar particularmente:

- a) Pleural.
- b) Meníngea
- c) Pericárdica.
- d) Peritoneal o mesentérica.

Tuberculina

Art. 17.- La prueba de tuberculina se debe indicar en los casos siguientes:

- a) Para descartar enfermedad tuberculosa en niños y niñas hasta los diez años con síntomas sugestivos.
- b) Niños y niñas hasta los diez años que sean contactos de un caso de tuberculosis.
- c) Personal sanitario de nuevo ingreso que por su condición amerite descartar infección tuberculosa.
- d) En personas con VIH positivo, para evaluar terapia preventiva con Isoniacida, en adelante TPI y orientar diagnóstico de tuberculosis, cuando se disponga de ésta.
- e) Estudios epidemiológicos para conocer prevalencia de infección en la población.

CAPÍTULO V DE LA CLASIFICACIÓN

Tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva

Art. 18.- Se debe considerar caso de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva a toda persona que al examen microscópico de una o más muestras de esputo, ha revelado la presencia de bacilo ácido alcohol resistente, se incluyen aquellas láminas en las que se ven de uno a nueve bacilos en cien campos en cualquiera de las muestras.

Tuberculosis pulmonar baciloscopia negativa

Art. 19.- Debe considerarse tuberculosis con baciloscopia negativa a toda persona que no cumple los criterios establecidos en el artículo anterior, cuyo resultado de baciloscopías iniciales son negativas o que reúna los siguientes criterios:

- a) Decisión médica de prescribir tratamiento completo de medicamentos antituberculosos.
- b) Anormalidades radiográficas compatibles con tuberculosis pulmonar activa y:
 - Evidencia de laboratorio de infección por VIH.
 - Si es VIH negativo y no mejora con el suministro de tratamiento de antibióticos de amplio espectro (excluyendo medicamentos antituberculosos, fluoroquinolonas y aminoglicósidos).
- c) Toda persona con GeneXpert MTB/RIF positivo.
- d) A toda persona con cultivo positivo de esputo para *Mycobacterium tuberculosis* por cualquiera de los métodos.

Tuberculosis extrapulmonar

Art. 20.- Debe considerarse como tuberculosis extrapulmonar, cuando la enfermedad se encuentra en otras partes del cuerpo y fuera de los pulmones: pleura, ganglios linfáticos, estómago, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos, meninges, ojos, corazón, entre otros.

El diagnóstico debe basarse en evidenciar el bacilo o la lesión que éste causa, en las muestras a través de cultivo o fuertes evidencias clínicas o histológicas compatibles con tuberculosis extrapulmonar activa, seguida por una decisión de un clínico de tratar al enfermo con un esquema completo de tratamiento antituberculoso.

En caso de un paciente diagnosticado simultáneamente con tuberculosis pulmonar más una tuberculosis extrapulmonar debe prevalecer, para el registro de ingreso, la clasificación de caso de tuberculosis pulmonar.

CAPÍTULO VI TRATAMIENTO

Criterios

Art. 21.- Todo médico debe considerar para el tratamiento los siguientes criterios:

- a) Administrarlo a toda persona que cumpla con la definición de caso de tuberculosis y darse de forma gratuita. Los medicamentos serán suministrados por el MINSAL y el ISSS.
- b) Utilizar la combinación de medicamentos de acuerdo a cada caso según la categoría establecida, para prevenir la aparición de resistencia.
- c) Prescribir la dosis adecuada con base al peso en kilogramos de la persona, tanto para presentaciones individualizadas o combinados.

Inicio

Art. 22.- El tratamiento debe iniciarse inmediatamente y no más de cinco días después de confirmado el diagnóstico.

De las categorías

Art. 23.- Para los efectos de la presente Norma técnica, con relación al tratamiento médico, éste se clasifica de la siguiente forma:

- a) Categoría I, corresponde a los casos nuevos;
- b) Categoría II, corresponde a los casos ya tratados;
- c) Categoría III, corresponde a los pacientes hasta los diez años; y
- d) Categoría IV, corresponde a los resistentes a medicamentos.

De la Administración

Art. 24.- La administración del tratamiento de acuerdo a las categorías establecidas, debe estar a cargo de personal institucional o comunitario capacitado, el cual es responsable de observar que la persona ingiera el medicamento a diario, indagando problemas de toxicidad, intolerancia u otra situación que justifique consulta médica o referencia, para el logro de su curación.

En caso que el diagnóstico de tuberculosis se haya realizado en un hospital, el tratamiento es administrado por personal capacitado, pero para garantizar el cumplimiento del esquema de tratamiento que se requiera en el paciente, al egresar el paciente debe ser referido a la UCSF o Unidad Médica del ISSS correspondiente, o donde lo solicite para recibir el tratamiento.

De la categoría I

Art. 25.- El tratamiento categoría uno, debe indicarse a todo paciente que cumpla con la definición de caso nuevo de tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, bacteriología positiva o negativa o por otros métodos diagnósticos autorizados por el MINSAL, el cual se describe en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis.

De la categoría II

Art. 26.- El tratamiento categoría dos, debe indicarse a todo paciente que recibió tratamiento previo y que nuevamente presenta bacteriología positiva o por otro método diagnóstico autorizado por el MINSAL. Independientemente de la categoría en la que fue ingresado y del tiempo transcurrido.

De la categoría III

Art. 27.- El tratamiento categoría tres, debe de indicarse a todo niño o niña menor de diez años con diagnóstico de tuberculosis, y que se describe en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis.

De la categoría IV

Art. 28.- El tratamiento categoría cuatro, debe de indicarse a todo paciente con diagnóstico de tuberculosis resistente a la rifampicina y multidrogorresistente (MDR), en casos crónicos o en aquel paciente que continúa con esputo positivo a pesar de un retratamiento estrictamente supervisado y que presenta resistencia a los medicamentos antituberculosos en su prueba de sensibilidad a drogas.

Otros tratamientos

Art. 29.- Debe de indicarse en pacientes con formas graves de tuberculosis: meníngea, mal de Pott, miliar, pericárdica o que no responden adecuadamente al tratamiento, se debe evaluar cada caso individualmente por especialista neumólogo o infectólogo para definición de esquema individualizado y duración de su tratamiento. Se hace necesario realizar la prueba de sensibilidad y resistencia a drogas.

De la referencia

Art. 30.- Ante un paciente con sospecha de tuberculosis que presenta compromiso neurológico, debe referirse inmediatamente al tercer nivel de atención como un caso probable de tuberculosis meníngea, al cual se deben realizar las evaluaciones necesarias y los exámenes respectivos e iniciar el tratamiento.

Una vez la condición del paciente lo permita y sea dado de alta del hospital, el tratamiento debe ser continuado y estrictamente supervisado en el primer nivel de atención.

Prohibiciones

Art. 31.- Queda terminantemente prohibido al proveedor de salud:

- a) Administrar monoterapia.
- b) Entregar el medicamento antituberculoso al usuario o su familia, excepto en la terapia preventiva con isoniácida para personas con VIH; pues se expone al enfermo a desarrollar bacilos resistentes.

En caso que el personal de salud no pueda supervisar el tratamiento, debe buscar las alternativas con un líder comunitario previamente capacitado.

Pacientes con tratamiento categoría uno

Art. 32.- El seguimiento a pacientes con tratamiento categoría uno, se debe realizar de la forma siguiente:

- a) Dos baciloscopías al inicio de la última semana del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- b) Indicarle cultivo para tipificación y resistencia, más GeneXpert cuando una de las dos baciloscopías de control es positiva al final del segundo mes y prolongar la fase intensiva con cuatro drogas hasta obtener resultado de test de sensibilidad.

Si el resultado del cultivo que se indicó al segundo mes es positivo y sensible a las cuatro drogas antituberculosas, pasar a la segunda fase de tratamiento, pero si el cultivo es resistente a una de las cuatro drogas antituberculosas o el GeneXpert MTB/RIF resistente a rifampicina, debe referirse a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS.

- c) Si persiste con baciloscopía positiva al inicio del quinto mes debe tomarse muestra de esputo para cultivo para tipificación y resistencia, debiendo referirse inmediatamente a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS y dependiendo del resultado del cultivo debe egresarse como fracaso.
- d) En el caso que un paciente presente una baciloscopía positiva al inicio del quinto mes o al final del sexto mes, habiendo tenido resultados negativos en las anteriores, deberá enviarle cultivo de esputo para tipificación y resistencia más GeneXpert MTB/RIF y referir a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS. Si el cultivo es negativo se egresa como curado al finalizar el esquema de tratamiento.

Pacientes con tratamiento categoría dos

Art. 33.- El seguimiento a pacientes con tratamiento categoría dos, debe ser con dos baciloscopías al inicio de la última semana del tercero, quinto y octavo mes de tratamiento.

Antes de iniciar todo esquema de retratamiento se debe indicar cultivo, tipificación y resistencia más GeneXpert MTB/RIF para detectar resistencia a rifampicina.

El seguimiento a pacientes con retratamiento, debe de realizarse de la forma siguiente:

- a) Si la baciloscopía de control es positiva al tercer mes de retratamiento la conducta a seguir será en base al resultado del cultivo y de la tipificación y resistencia que se tomó al inicio de retratamiento; si el resultado del cultivo fue positivo y sensible a las cinco drogas antituberculosas debe prolongarse la fase intensiva II hasta el quinto mes; si el cultivo es resistente a una de las cinco drogas antituberculosas o el GeneXpert MTB/RIF resistente a rifampicina debe referirse a la Clínica de Resistencias del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS.
- b) Si el cultivo de inicio de tratamiento fue negativo y las baciloscopías del tercer mes positivas debe de tomar nuevamente un cultivo más test de sensibilidad, y prolongar la fase intensiva II, hasta obtener resultado del test de sensibilidad.
- c) Al quinto mes debe tomar nuevamente baciloscopías, si éstas son negativas continuar la segunda fase y si éstas son positivas, indicar GeneXpert MTB/RIF y debe referirse a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS, de preferencia acompañado del resultado del cultivo del tercer mes.

Prueba terapéutica

Art. 34.- La prueba terapéutica únicamente debe ser indicada por médico especialista del hospital de segundo o tercer nivel de atención y debe darse fiel cumplimiento por parte de los establecimientos de primer nivel de atención.

Tratamiento en embarazada

Art. 35.- En embarazadas el esquema de tratamiento de la tuberculosis será igual al de la población en general, exceptuando el uso de estreptomina, la cual está contraindicada.

De los corticoesteroides

Art. 36.- Los corticoesteroides deben ser indicados por un médico especialista en las formas graves tales como:

- a) Tuberculosis meníngea.
- b) Tuberculosis pericárdica.
- c) Tuberculosis miliar.
- d) Tuberculosis pleural bilateral o derrame unilateral masivo.
- e) Tuberculosis ocular.
- f) Tuberculosis vertebral.

CAPÍTULO VII
TUBERCULOSIS EN LA NIÑEZ

Diagnóstico

Art. 37.- En los niños y niñas hasta los diez años de edad, en quienes el diagnóstico presenta dificultades, dadas las manifestaciones inespecíficas de la enfermedad y la baja proporción de aislamiento del bacilo, debe realizarse la evaluación sistemática con los criterios siguientes:

- a) Clínico.
- b) Epidemiológico.
- c) Tuberculínico.
- d) Radiológico.
- e) Histopatológico.
- f) Microbiológico (bacteriológico).

Así mismo para fundamentar el diagnóstico, se debe tomar en consideración los criterios establecidos en el sistema de puntaje, el cual se describe en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis.

Clasificación diagnóstica

Art. 38.- Los diagnósticos que resultan con sistema de puntaje son:

- a) Diagnóstico de certeza: si obtiene siete puntos, incluye cuadro clínico, epidemiológico, tuberculínico, radiológico y anatomopatológico sugestivo de tuberculosis; o por lo menos una baciloscopia positiva o un cultivo positivo.
- b) Diagnóstico factible: si obtiene entre cinco y seis puntos, si éste incluye cuadro clínico, radiológico o anatomopatológico sugestivo de tuberculosis.
- c) Diagnóstico probable: si obtiene tres a cuatro puntos, habiéndose investigado todos los criterios diagnósticos, debe referirse a un segundo o tercer nivel para continuar estudios con aspirado gástrico, entre otros.
- d) Diagnóstico improbable: si obtiene entre cero y dos puntos, debe investigarse otras patologías.

Formas graves

Art. 39.- Se clasificarán como formas graves de tuberculosis en la niñez: meníngea, miliar, mal de Pott, mesentérica, peritoneal y pericárdica; y deben ser referidos a un hospital de tercer nivel para su diagnóstico e inicio del tratamiento y seguimiento.

En neonatos

Art. 40.- En caso de los neonatos, la tuberculosis debe clasificarse para efectos de registro y tratamiento en congénita o adquirida. La tuberculosis congénita es adquirida en útero y la adquirida se debe a contagio a partir de la madre, de un familiar enfermo, de un amigo o cuidador de los niños o niñas que padezcan tuberculosis.

Diagnóstico tuberculosis congénita

Art. 41.- Se debe diagnosticar como tuberculosis congénita cuando se cumpla uno o más de las siguientes condiciones:

- a) Madre con tuberculosis.
- b) Lesión en la primera semana de vida;
- c) Complejo primario hepático con granuloma caseoso;
- d) Confirmación de tuberculoma en la placenta o tuberculosis en el tracto genital de la madre.

Diagnóstico en neonatos

Art. 42.- Los procedimientos diagnósticos en un recién nacido sospechoso deben incluir:

- a) Cultivos: de lo extraído en el lavado gástrico, laringotraqueal, orina, sangre y oído medio.
- b) Biopsia: de ganglio, hígado, pulmón, piel y eventualmente de médula ósea.
- c) Radiografía de tórax.

Tratamiento en neonatos

Art. 43.- El tratamiento en neonatos debe realizarse con tres fármacos antituberculosos, tales como: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, hasta conocer el antibiograma. La duración del tratamiento debe ser de nueve hasta doce meses debido a la mayor inmadurez inmunológica de los recién nacidos. Para casos de tuberculosis con amenaza a la vida debe adicionarse una cuarta droga como estreptomycinina o etambutol.

CAPÍTULO VIII
REACCIONES ADVERSAS, CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN
Y REFERENCIA

Clasificación

Art. 44.- De acuerdo a los signos, síntomas y estado del paciente, las reacciones adversas deben clasificarse en leves o severas, de acuerdo a lo prescrito en el instrumento técnico jurídico emitido por el MINSAL.

Las leves podrán ser atendidas en el primer nivel de atención, si se cuenta con el medicamento e insumo necesario; las severas deben ser referidas a un hospital de segundo o tercer nivel de atención, ya que éstas pueden comprometer la vida del paciente.

Registro e información

Art. 45.- Toda reacción debe registrarse en la ficha respectiva de reacciones adversas a fármacos antituberculosos, la cual debe ser enviada trimestralmente, al Nivel Superior.

Si la información se genera en un establecimiento de primer nivel de atención, se debe remitir a través del SIBASI a la respectiva Región de Salud; en el caso de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, ISSS o privados, debe ser remitida de forma directa al Nivel Superior.

Todo de conformidad con el formato establecido en el Instrumento Técnico Jurídico pertinente, emitido por el MINSAL.

Criterios para hospitalización

Art. 46.- Todo paciente debe ser ingresado en un hospital de segundo nivel, de su área de responsabilidad, o en hospital de tercer nivel de atención, si cumple con alguno de los criterios siguientes:

- a) Las formas graves de tuberculosis: hemoptisis grave, deterioro de la condición general del paciente, tuberculosis del sistema nervioso central, pericárdica, miliar con compromiso respiratorio.
- b) Fracasos al tratamiento de la quimioterapia supervisada.
- c) Casos crónicos, que tienen que ser reevaluados para aplicar un nuevo régimen de tratamiento.
- d) Toxicidad medicamentosa que requieran ajustar la quimioterapia.
- e) Reacciones adversas severas: Síndrome de Steven Johnson, hepatitis medicamentosa, eritrodermia severa o anemia hemolítica.
- f) Tuberculosis multidrogoresistente sin tratamiento establecido por neumólogo.
- g) Ruptura de una cavidad pulmonar a pleura o empiema pleural.
- h) Complicaciones de enfermedades relacionadas con tuberculosis tales como: VIH avanzado, diabetes descompensada, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, hepática o renal.
- i) Todo paciente con problemas sociales tales como: alcoholismo, drogadicción, indigente, trastornos psiquiátricos, entre otros, deben ingresarse en un hospital de segundo nivel durante el tiempo que sea necesario.

Criterios de referencia y retorno

Art. 47.- Los trabajadores de salud deben referir a un hospital de segundo o tercer nivel de atención al paciente que presente reacciones adversas severas, enviando la ficha de reacciones adversas a fármacos antituberculosos y una copia de la ficha de tratamiento (PCT-7).

Cuando el problema se resuelva, el hospital debe retornar al paciente con las indicaciones precisas en la hoja de referencia (PCT-8B), para continuar el tratamiento en el establecimiento de salud correspondiente.

CAPÍTULO IX
RESISTENCIA A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

Tuberculosis farmacorresistente

Art. 48.- Se considera caso de tuberculosis farmacorresistente al que expulsa bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos reportados en la prueba de resistencia y sensibilidad a drogas.

Clasificación de la resistencia

Art. 49.- La resistencia a medicamentos se clasifica, de la siguiente forma:

- a) Resistencia primaria: cuando el paciente no ha recibido ningún tratamiento antituberculoso previo.
- b) Resistencia secundaria: cuando hay constancia de por lo menos un tratamiento antituberculoso previo de más de un mes de duración.
- c) Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR): paciente con tuberculosis activa que presenta resistencia a los fármacos antituberculosos: isoniazida y rifampicina en forma simultánea.

Manejo de la resistencia

Art. 50.- Todo paciente con diagnóstico de tuberculosis resistente o multidrogorresistente, se debe referir y trasladar acompañado por un trabajador de salud a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico de los Planes de Renderos del ISSS, donde el médico especialista debe clasificar, registrar, tratar, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis y darle seguimiento hasta su egreso o curación.

Los contactos niñas y niños hasta los diez años de casos de TB MDR deben referirse al hospital de tercer nivel: Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", para que el médico especialista establezca el manejo a seguir.

CAPÍTULO X**COINFECCIÓN TUBERCULOSIS Y VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA****Coinfección**

Art. 51.- Toda persona con enfermedad tuberculosa y virus de inmunodeficiencia humana que cumple la definición de caso, se considerará coinfección TB/ VIH.

Tamizaje en caso de tuberculosis

Art. 52.- Todo caso de tuberculosis debe ser tamizado para descartar infección por VIH.

Tamizaje en personas con VIH

Art. 53.- A toda persona con infección de VIH con sospecha de tuberculosis, debe realizarle el estudio correspondiente para diagnóstico y tratamiento oportuno.

Al iniciar tratamiento

Art. 54.- Antes de iniciar tratamiento antituberculoso a toda persona con VIH se le debe indicar cultivo de esputo, tejidos o muestra de líquidos corporales, según sea el caso; para diagnóstico, identificación del Mycobacterium, realizar pruebas de resistencia y sensibilidad.

Tratamiento

Art. 55.- A toda persona con coinfección TB/VIH caso nuevo o retratado, se debe indicar todo el tratamiento antituberculoso en forma diaria y supervisada (primera y segunda fase) exceptuando los domingos, evitando de esta manera el desarrollo de resistencia a la rifampicina.

Terapia preventiva

Art. 56.- Se debe administrar terapia preventiva con isoniazida, en adelante TPI, a toda persona con VIH que consulta por primera vez, cuya PPD es mayor o igual a cinco milímetros (5 mm), que no presenta signos y síntomas de enfermedad tuberculosa: fiebre, tos en el momento de la consulta, pérdida de peso y sudoración nocturna o que sea contacto de un caso de tuberculosis bacilífera.

Así mismo, debe considerarse los aspectos siguientes:

- a) Se evaluará al paciente cada dos años para descartar tuberculosis activa y si no hay tuberculosis se procede a administrar la TPI.
- b) Se administrará TPI cada vez que se exponga a un caso de tuberculosis pulmonar baciloscopía positiva.
- c) En niños y niñas con VIH hasta los diez años contactos de tuberculosis pulmonar baciloscopía positiva, la dosis será de 10 mg/kg/día durante seis meses, después de haber descartado enfermedad tuberculosa.
- d) Personas con patologías inmunosupresoras: 10 mg/kg/día máximo 300 mg día durante seis meses.

En personas con VIH

Art. 57.- La TPI en adolescentes y adultos, debe ser realizada por personal de salud capacitado, administrando isoniacida 5 mg/kg/día, hasta un máximo de 300 mg por día, durante nueve meses.

El tratamiento a la persona con VIH, se debe proporcionar para dos semanas, verificando en cada visita signos y síntomas: fiebre, tos en el momento de la consulta, pérdida de peso y sudoración nocturna, así como monitorear la ingesta regular de la isoniacida.

Interrupción de la terapia

Art. 58.- En relación a la interrupción o abandono de TPI:

- a) Si el paciente abandona la TPI por menos de dos meses, después de haber completado seis meses ininterrumpible, únicamente debe completar sus dosis faltantes para cumplir los nueve meses.
- b) Si el paciente abandonó la TPI por dos meses o más antes de cumplir seis meses de terapia, debe reiniciarse el curso completo por nueve meses.

Prioridad en tratamiento

Art. 59.- A toda persona con enfermedad tuberculosa y VIH debe administrársele en forma simultánea: la terapia antirretroviral, el tratamiento antituberculoso y la profilaxis con trimetropin sulfametoxazol.

Toda persona en terapia antirretroviral que desarrolle tuberculosis, debe ser referida al especialista para adecuación de la misma.

Por ningún motivo se debe suspender o modificar el tratamiento o profilaxis para enfermedades oportunistas, indicados por el médico especialista.

Coordinación para la atención

Art. 60.- La atención de la persona coinfectada con TB/ VIH, debe realizarse de forma integrada entre los especialistas de cada área, el Nivel Local debe cumplir lo establecido coordinadamente con las disposiciones emanadas por el Nivel Superior del MINSAL.

CAPITULO XI**DEL SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS****Consulta médica**

Art. 61.- Todo paciente con tuberculosis debe ser atendido de forma integral por el proveedor de servicios de salud y su frecuencia dependerá según el caso:

- a) Caso nuevo: se debe dar una consulta al inicio del tratamiento, al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento o cuando el estado del paciente lo requiera.
- b) Caso de retratamiento: se debe dar una consulta al inicio, al final del tercero, quinto y octavo mes de tratamiento o cuando el paciente lo requiera.

Frecuencia de consejería

Art. 62.- El proveedor de servicios de salud debe proporcionar al paciente con tuberculosis, cinco consejerías distribuidas así:

- a) Al inicio de tratamiento,
- b) Al inicio de la segunda fase,
- c) Al finalizar el tratamiento,
- d) Antes y después de la toma de muestra para la prueba de VIH.

Control bacteriológico

Art. 63.- A todo paciente en tratamiento antituberculoso, debe realizársele control bacteriológico, mediante dos muestras para baciloscopia de esputo, las cuales deben solicitarse una semana previa a su consulta médica, y deben ser tomadas en dos días diferentes y sucesivos, al levantarse el paciente.

Otros casos

Art. 64.- En los casos de tuberculosis diagnosticados por GeneXpert MTB/RIF y cultivo, el seguimiento del tratamiento debe hacerse a través de cultivo, el cual se debe indicar de la forma siguiente:

- a) Caso nuevo: al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- b) Retratamiento: al final de tercero, quinto y octavo mes de tratamiento.

De acuerdo a lo establecido en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis.

Visita domiciliar

Art. 65.- A todo paciente con tuberculosis se le debe realizar como mínimo dos visitas a su domicilio, con el propósito de hacer estudio epidemiológico de caso, investigar contactos de casos índice o para recuperar a pacientes que no asisten a tratamiento en las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Contactos de casos

Art. 66.- Se debe considerar contacto a toda persona adulta, adolescente, niño o niña independientemente del parentesco, que ha estado en contacto domiciliar o estrecho con un caso índice.

En caso de ser contacto de caso TB Bk (+) y es niño o niña hasta los diez años de edad, debe indicársele TPI (10 mg/kg/día) por seis meses, previo descarte de la tuberculosis, de acuerdo con lo prescrito en el instrumento técnico jurídico pertinente emitido por el MINSAL.

CAPITULO XII**DEL CONTROL DE INFECCIONES****Control administrativo**

Art. 67.- Todo establecimiento de salud, debe diseñar un plan de control de infección tuberculosa basado en la identificación temprana de casos índice y sus contactos prioritariamente los grupos de riesgo descritos en Artículo 8 identificación y separación de los casos infecciosos, como alejamiento de los consultorios pediátricos o de pacientes inmunodeficientes, así como la capacitación del personal de salud, paciente y familiar.

Del control ambiental

Art. 68.- Todo proveedor de salud, debe de asegurar que la entrada y dirección del aire de ventilación del área de consulta o servicio de hospitalización de una persona que adolece de tuberculosis, sea el adecuado para expulsar hacia el exterior las microgotas que puede producir el enfermo.

De la protección respiratoria

Art. 69.- El personal de salud debe verificar que todo caso de tuberculosis con baciloscopía positiva que esté ingresado en un hospital, debe desplazarse con mascarilla cuando salga del servicio donde está hospitalizado, principalmente si éste es portador de una tuberculosis resistente.

Uso de mascarillas

Art. 70.- Toda persona con tuberculosis pulmonar baciloscopía positiva o con sospecha de padecerla debe usar mascarilla para evitar contagiar a otros. No tendrá mayor valor el uso de éstas por parte de los familiares, visitas o personal de salud, a excepción de respiradores N95 en personal que atiende a pacientes con TB-MDR.

CAPITULO XIII**REGISTRO DE CASOS Y DECLARACIÓN OBLIGATORIA****Sistema de registro**

Art. 71.- El registro de los casos índice, casos de tuberculosis y contactos, sospechosos de tuberculosis y de todas las variables de declaración obligatoria, se debe realizar conforme a lo establecido por el Sistema de Registro del MINSAL, a través del Sistema Único de Información en Salud, considerando los criterios de ingreso y egreso.

Sistema de información

Art. 72.- Es obligatorio para todos los proveedores de salud públicos y privados, el llenado del formulario para notificación de enfermedades objeto de vigilancia establecida por el Nivel Superior del MINSAL.

Declaración obligatoria

Art. 73.- En caso de tuberculosis meníngea en niños o niñas hasta los cinco años, es de notificación obligatoria e inmediata al Programa Nacional de Tuberculosis del MINSAL.

**CAPITULO XIV
DISPOSICIONES GENERALES****Coordinación con centros penitenciarios**

Art. 74.- El Director del establecimiento de salud, es el responsable de coordinar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis y vigilancia de las resistencias en el Centro Penitenciario de su área de responsabilidad.

El establecimiento de salud al que está asignado el Centro Penitenciario será responsable de suministrarle medicamentos y los insumos para diagnóstico, así como, retirar los resultados de las pruebas diagnósticas del Laboratorio Nacional de Referencia para anexarlos al expediente del caso.

Traslado o egreso a la persona privada de libertad

Art. 75.- El personal de salud del Centro Penitenciario que diagnostica e inicia el tratamiento antituberculoso de una persona privada de libertad, es el responsable de dar seguimiento, informarlo y egresarlo del libro de registro de casos, por lo que debe mantener comunicación permanente con el Centro Penitenciario al que fuere trasladado.

Al ser trasladado, un privado de libertad a otro Centro Penitenciario, se debe adjuntar al expediente clínico, una copia de la ficha de tratamiento número siete y sus medicamentos debidamente rotulados, pruebas de sensibilidad y resistencia y notificar del traslado al establecimiento de salud con el cual coordina permanentemente.

Libertad de persona con tuberculosis

Art. 76.- En caso de que la persona privada de libertad con tuberculosis y en tratamiento, sea puesta en libertad, el personal de salud del centro penitenciario debe entregarle la referencia, para el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente, y verificar que ha sido recibida por el personal de salud, para finalizar el tratamiento hasta la curación y registrar la condición de egreso.

Del incumplimiento de la Norma

Art. 77.- Todo incumplimiento a la presente Norma, será sancionada de acuerdo a lo prescrito en el Código de Salud.

De lo no previsto

Art. 78.- Todo lo que no esté previsto por la presente Norma, se debe resolver a petición de parte, por medio de un escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando técnica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

Derogatoria

Art. 79.- Derógase la Norma Técnica para la Prevención y Control de la Tuberculosis, emitida a través del Acuerdo número quinientos veintiséis, de fecha veinte de mayo del año dos mil once y Publicada en el Diario Oficial el día siete de junio de dos mil once Número ciento cinco, Tomo trescientos noventa y uno.

Vigencia

Art. 80.- La presente Norma entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

COMUNÍQUESE.

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ,
MINISTRA DE SALUD.