



Fortalecimiento, completitud y calidad de las Estadísticas Vitales

Bolivia, 2018



La salud... un derecho para vivir bien

ANTECEDENTES LEGALES

Resolución Ministerial

NO 2010

20 DIC 2013

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el parágrafo I del artículo 35 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que el numeral 1 del parágrafo I del artículo 81 de la Ley N° 031 de 1994, que crea la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, Andrés Bello, dispone que el Estado tiene como una de sus competencias la elaboración de la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los servicios de salud y las prácticas relacionadas con la salud.

Que el artículo 3 del Código de Salud, aprobado mediante Decreto Ley N° 29 de 1978, señala que corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normatividad, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que el inciso f) del artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece que una de las atribuciones del Ministro de Salud es formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención en salud.

Que mediante Informe Técnico MSD/DGP/SNIS-VE/II/0274/2013 de 29 de octubre de 2013, el Responsable Nacional de Producción de Servicios I Nivel, vía Coordinador Nacional del SNIS-VE y vía Director General de Planificación, informa al Ministro de Salud y Deportes, que una vez concluido el proceso de revisión, actualización y validación de todos los instrumentos de captación, sistematización y consolidación de información del SNIS-VE, con participación de actores del nivel nacional, departamental, inclusive operativo de redes y establecimientos de salud en el "Taller de Validación Final de los Instrumentos del SNIS-VE", efectuado en la ciudad de Cochabamba los pasados 12 y 13 de septiembre de 2013, se pretende formalizar su aplicación para el siguiente periodo 2014 - 2018, a cuyo efecto es necesaria una resolución ministerial que autorice la aplicación de los nuevos instrumentos del SNIS-VE.

Que mediante Nota Interna MSD/DGP/SNIS-VE/NI/1650/2013 de 29 de octubre de 2013, el Coordinador Nacional del SNIS-VE, vía Director General de Planificación, solicita al señor Ministro de Salud y Deportes, la autorización correspondiente e instrucción a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, para la elaboración de la Resolución Ministerial que apruebe estos nuevos instrumentos, los cuales serán implementados a partir de la gestión 2014.

PORTANTO:

ARTICULO TERCERO.- Dispone obligatoriedad de aplicación de los sistemas informáticos SNIS, SIP, MIB, SOAPS, SICE, SIAHV, Carpeta Familiar, SOREH, EVARES contemplando las actualizaciones sucesivas para el periodo comprendido en la resolución.

INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN:

- o Historia Clínica Base, RA-SALUD INE 101
- o Historia Clínica Perinatal
- o Carnet de Salud de la Madre
- o Carnet de Salud Infantil
- o Certificado Médico de Defunción CEMED, RA-SALUD INE 102
- o Certificado Médico de Defunción Perinatal CEMEDP, RA-SALUD INE 104
- o Certificado Médico del Nacimiento CEMENAVI, RA-SALUD INE 105

INSTRUMENTOS DE SISTEMATIZACIÓN:

- o Hoja de Registro de Atención Básica, RA-SNIS MIB
- o Hoja de Registro de Consulta Externa, Emergencia y Enteros, RA-SALUD INE 201
- o Hoja de Registro de Atención Integral al Menor de 5 años, RA-SALUD INE 202
- o Cuaderno N° 2, Control Prenatal, Parto, Puerperio y Planificación Familiar
- o Plan de Atención por Urgencias, RA-SALUD INE 203
- o Cuaderno N° 4, Consulta Ginecológica, RA-SALUD INE 204
- o Cuaderno N° 5, Internaciones, RA-SALUD INE 205
- o Cuaderno N° 6, Actividades con el Personal de Salud y la Comunidad, RA-SALUD INE 206
- o Hojas de Registro Diario Hospitalario: Consulta Externa Medicina General o Medicina Interna, Consulta Externa Pediatría, Consulta Externa Ginecología-Obstetricia, Consulta Externa Odontología y Registro Diario de Emergencias
- o Instrumentos de Evaluación: Gestión y Bioseguridad de los Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud: Form. H+35, Form. H-35, Form. Laboratorio Grande, Form. Ambulatorio, Form. Laboratorio pequeño.

INSTRUMENTOS DE CONSOLIDACIÓN:

- o Formulario Producción de Servicios, RA-SALUD 301a.
- o Formulario Producción de Servicios para establecimientos de II y III nivel de atención, RA-SALUD 301b.
- o Formulario para la Vigilancia Epidemiológica, RA-SALUD INE 302a y 302b
- o Formulario de Producción y Vigilancia de Laboratorio, RA-SALUD INE 303.
- o Formulario Laboratorio de Citopatología y Oncopatología, RA-SALUD INE 307.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer en caso de que los establecimientos hospitalarios de Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo y privados, apliquen otros instrumentos elaborados según el nivel de complejidad, deberán básicamente contar con información requerida por el SNIS-VE, enmarcados en Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de enero de 2008.

ARTÍCULO TERCERO.- Los establecimientos de salud, de acuerdo al nivel de acreditación, deberán contar con la información requerida por el SNIS-VE, enmarcados en Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de enero de 2008.

ARTÍCULO CUARTO.- Disponer la aplicación obligatoria del flujo de información, contemplando las actualizaciones sucesivas para el periodo comprendido en la resolución.

Clinico Estadístico (SICE), Sistema Informático de Administración de Hechos Vitales (SIAHV), Software de la Carpeta Familiar, Software de Recursos Humanos (SOREH), Sistema de Gestión y Bioseguridad (EVARES), contemplando las actualizaciones sucesivas para el periodo comprendido en la presente resolución.

ARTÍCULO QUINTO.- Establecer el cumplimiento riguroso por parte de todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud para el desarrollo del Ciclo de la Información, con la captación, sistematización, consolidación, procesamiento, uso y análisis de la información, con enfoque intercultural y de género, cuya información permita fortalecer el Comité de Análisis de la Información (CAI), desde se genera la información, con el fin de promover el uso de la misma.

ARTÍCULO SEXTO.- Establecer la obligatoriedad de todo personal de salud, especialmente profesional médico, para el llenado de los certificados del nacido vivo, defunción general, perinatal, así como de todos los instrumentos de reporte estadístico.

ARTÍCULO SEPTIMO.- Disponer la aplicación obligatoria de la norma del Flujo de la Información:

- a) Considerando contar con la información desde los establecimientos de salud en las Redes hasta el día 5 de cada mes.
- b) Desde la Red a los SEDES hasta el día 10 de cada mes.
- c) Desde los SEDES al Nivel Nacional hasta el día 18 de cada mes.
- d) La información resultante estará publicada en la Pág. Web del Ministerio de Salud y Deportes hasta el 22 de cada mes.

ARTÍCULO OCTAVO.- El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE, queda a cargo de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución Ministerial.


Regístrese, hágase saber y archívese.

Dr. Edwin J. Tola Tola
Alfredo Casapal Rojas
Mónica...

ARTICULO SEXTO.- Obligtoriedad de todo el personal de salud para el llenado de certificados, así como todos los instrumentos de reporte estadístico.

ARTICULO SEPTIMO.- Disponer la aplicación obligatoria del flujo de información.

ANTECEDENTES

 CERTIFICADO MÉDICO DE NACID@ VIV@ Para nacimientos ocurridos en territorio boliviano en establecimientos de salud registra el personal responsable de la atención y revisión del Recién Nacido@		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: _____		CÓDIGO SUBSECTOR A B C D E F
A. DATOS DE LA/DEL RECIÉN NACID@		
Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	RECIÉN NACID@ Nombres _____
1. LUGAR DE NACIMIENTO País: BOLIVIA Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____	2. EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN: Establecimiento de Salud _____ Vivienda (domicilio particular) _____ Vía Pública _____ Trabajo _____ No puede determinarse _____ Otros _____	3. FECHA DE NACIMIENTO Hora (00:00 a 23:59) _____ Día (01 a 31) _____ Mes (01 a 12) _____ Año _____ 4. SEXO Masculino _____ Femenino _____ No puede determinarse _____
6. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACID@ Pediatra/Neonatólogo(a) _____ Gineco Obstetra _____ Médico(a) _____ Enfermera(o) _____ Aux. de Enfermería _____ Médico Tradicional _____ Partera(o) _____ Otra(o) _____ No puede determinarse _____	8. EDAD GESTACIONAL Semanas _____ No puede determinarse _____ 7. PESO Y TALLA AL NACER Peso _____ gramos Talla _____ cm No puede determinarse _____	9. PRODUCTO DE EMBARAZO Único _____ Gemelar _____ Triple o más _____ No puede determinarse _____ 10. MALFORMACIONES CONGÉNITAS Sí _____ ¿Cuál? _____ No _____ Código CIE llenado por estadística _____
B. DATOS DE LA MADRE		
Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombres _____
11. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE C.I.: _____ Pasaporte: _____ RUN: _____ Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____ No porta: _____ Expedido en: _____ Número: _____	C. PERSONA QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO 12. CERTIFICADO POR Médico _____ Lic. Enfermería _____ Aux. Enfermería _____ Médico Tradicional _____ Partera _____ Nombre(s) y apellidos _____ Matrícula Profesional MSD: _____ C.I.: _____ Exp. en: _____ Firma _____ Año 20 _____ Fecha de Emisión del Certificado _____ Sello Profesional _____	
D. IMPRESIÓN PLANTAR, DACTILAR Y SELLO INSTITUCIONAL		
HUELLA DEL PIE DERECHO DE LA/DEL RECIÉN NACID@	HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	SELO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE
	FIRMA DE LA MADRE	

Certificado Médico de Nacido Viv@:

- El Certificado Médico de Nacido Viv@ (CEMENA VI), se utiliza para constar todo nacimiento ocurrido en territorio boliviano, producido en establecimientos de salud, o fuera de estos pero con la participación de personal de salud o personal reconocido por el sistema de salud

ANTECEDENTES

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN PERINATAL
CÓDIGO R.A. SALUD INE 104 (09/2006)
 (Para defunciones ocurridas desde la semana 22 de gestación hasta menores de 7 días después al nacimiento)
 Defunciones Intrauterinas Certifican Obstetras y Defunciones Neonatales Certifican Pediatras (II y III Nivel)
 En I Nivel Certifica el Personal de Salud que atendió el parto o atendió último al recién nacido

Nº 12-000001

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: _____ COINGO SUBSECTOR A B C D E F I

A. DATOS DEL FETO O RECIÉN NACIDA/O

AGREGO PATERNO	AGREGO MATERNO	RECIÉN NACIDA/O
1. LUGAR GEográfico DEL FALLECIMIENTO		
País: _____		
Departamento: _____		
Provincia: _____		
Municipio: _____		
Localidad: _____		
Abandonado: <input type="checkbox"/> Extranjero: <input type="checkbox"/>		
2. EL FALLECIMIENTO OCURRIó EN		
Establecimiento de Salud: <input type="checkbox"/>		
Vivienda (domicilio particular): <input type="checkbox"/>		
Vía Pública: <input type="checkbox"/>		
Otros: <input type="checkbox"/>		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
3. EN RELACIÓN AL PARTO LA DEFUNCIÓN OCURRIó		
Antes del inicio del trabajo de parto: <input type="checkbox"/>		
Durante el trabajo de parto: <input type="checkbox"/>		
Después del parto: <input type="checkbox"/>		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
4. HORA Y FECHA DE PARTO (EXTRACCIÓN O EXPULSIóN) Y DE LA DEFUNCIÓN		
Probable: <input type="checkbox"/>		
EXTRACCIÓN: <input type="checkbox"/>		
FALLEC: <input type="checkbox"/>		
Hora: _____ Min: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
5. SEXO		
Masculino: <input type="checkbox"/>		
Femenino: <input type="checkbox"/>		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
6. EDAD GESTACIONAL		
Semanas: _____		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
7. PESO AL NÁCER (Registrar en gramos)		
Gramos: _____		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
8. TALLA AL NÁCER (Registrar en centímetros)		
Centímetros: _____		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		
9. EL PRODUCTO ERA		
Único: <input type="checkbox"/>		
Gemelos: <input type="checkbox"/>		
Tres o más: <input type="checkbox"/>		
No puede determinarse: <input type="checkbox"/>		

B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ

NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARTO CARIOCORRECTIVO
 UN SÓLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS

10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	11. CÓDIGOS CIE-10
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSó LA MUERTE: Causa Fetal/Neonatal Básica	Llenado solo por Estadística
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte. Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	
a) _____	
b) _____	
Código Fetal/Neonatal Principal: _____	
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSó LA DEFUNCIÓN PERINATAL Causa Básica de Origen Materno	Llenado solo por Estadística
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido Otras enfermedades o afecciones de la madre Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	
c) _____	
d) _____	
Código Materno Principal: _____	
PARTE III. OTRAS CIRCUNSTANCIAS PERTINENTES Otra circunstancia que no puede ser descrita como una enfermedad o afección del recién nacido o de la madre.	Llenado solo por Estadística
e) _____	

C. DATOS DE LA MADRE

12. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE	13. GRADO DE INSTRUCCIÓN	14. ESTADO CIVIL
Boliviana: <input type="checkbox"/> Extranjero: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Sin instrucción: <input type="checkbox"/> Primaria: <input type="checkbox"/> Secundaria: <input type="checkbox"/> Técnico: <input type="checkbox"/> Universitario: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Soltera: <input type="checkbox"/> Casada: <input type="checkbox"/> Divorciada: <input type="checkbox"/> Viuda: <input type="checkbox"/> Unión Estable: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>
País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____		
15. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	16. RED DE ATENCIÓN PRENATAL	17. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO
Edad: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____ No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Nº de controles: _____ Ninguno: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Viva: <input type="checkbox"/> Fallecida: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>
18. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	19. ¿SE TRATó DE PARTO, FUE PRINCIPALMENTE	20. EL PARTO O EXPULSIóN FUE ATENDIDO POR
Total Embarazos Anteriores: _____ Total nacidos vivos: _____ Total nacidos vivos que murieron: _____ Total abortos: _____ Total nacidos muertos: _____ No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Parto No Complicado (Eutócico): <input type="checkbox"/> Parto Con Complicaciones (Distócico): <input type="checkbox"/> Cesárea: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	Médico Obstetra: <input type="checkbox"/> Otro Médico: <input type="checkbox"/> Enfermera(o): <input type="checkbox"/> Partera/Médico Tradicional: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>
21. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE	22. CERTIFICACION DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA	
C.I.: _____ Pasaporte: _____ RUN: _____ Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____ No porta: _____ Emitido en: _____ Número: _____	_____ Causa Probable del fallecimiento: _____	

D. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

23. CERTIFICADO POR	Nombre y Apellidos: _____
Médico: <input type="checkbox"/>	Matrícula Profesional MSD: _____
Fonasa: <input type="checkbox"/>	C.I.: _____ Exp. en: _____
Lic. Enfermería: <input type="checkbox"/>	Firma: _____
Aux. Enfermería: <input type="checkbox"/>	Sello: _____
Otro: <input type="checkbox"/>	

Certificado Médico de Defunción Perinatal:

- El Certificado Médico de Defunción Perinatal (CEMEDEP) se utiliza para constatar todo fallecimiento de productos de 22 semanas de gestación hasta las defunciones recién nacidos nacidos menores de 7 días de vida cumplidos

ANTECEDENTES

N° 12-000001

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2006)
(Para defunciones de personas mayores de 7 días de edad)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: _____ CÓDIGO SUBSECTOR A B C D E F I

A. DATOS DEL FALLECIDO

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

1. LUGAR DE NACIMIENTO País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ No puede determinarse: <input type="checkbox"/> Extranjero: <input type="checkbox"/>	2. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ No puede determinarse: <input type="checkbox"/> Extranjero: <input type="checkbox"/>	3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ No puede determinarse: <input type="checkbox"/> Extranjero: <input type="checkbox"/>
4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN Establecimiento de Salud: <input type="checkbox"/> Vivienda (domicilio): <input type="checkbox"/> Via Pública: <input type="checkbox"/> Trabajo: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO Edad (días 07 a 30): <input type="checkbox"/> Edad (meses 01 a 11): <input type="checkbox"/> Edad (años): <input type="checkbox"/> Día (de 01 a 31): <input type="checkbox"/> Mes (de 01 a 12): <input type="checkbox"/> Año: <input type="checkbox"/>	6. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN Hora (de 00:00 a 23:59): <input type="checkbox"/> Día (de 01 a 31): <input type="checkbox"/> Mes (de 01 a 12): <input type="checkbox"/> Año: <input type="checkbox"/>
7. SEXO Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	8. ESTADO CIVIL Soltero (a): <input type="checkbox"/> Casado (a): <input type="checkbox"/> Divorciado (a): <input type="checkbox"/> Viudo (a): <input type="checkbox"/> Unión Estable: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>	9. GRADO DE INSTRUCCIÓN Sin instrucción: <input type="checkbox"/> Primaria: <input type="checkbox"/> Secundaria: <input type="checkbox"/> Técnico: <input type="checkbox"/> Universitario: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No puede determinarse: <input type="checkbox"/>

10. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FALLECIDO: C.I.: _____ Pasaporte: _____ RUN: _____ Certificados, Nombre de Partida de Nacimiento: _____ No porta: _____
 Expedido en: _____ Número: _____

B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE? SI NO

12. ¿LA ATENCIÓN DEL MÉDICO QUE SUSCRIBE? SI NO

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN
Parte I. NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLO ORGANICO MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS
Causa Directa
 Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente: a) _____ Debido a o como consecuencia de: _____
Causas Antecedentes
 Estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada: b) _____ Debido a o como consecuencia de: _____
Causa Antecedente Originaria
 (Básica) Es la que produjo o ocasionó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d): c) _____ Debido a o como consecuencia de: _____
Parte II. Causas Contribuyentes
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa: d) _____
 Código Causa Básica: _____

14. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO LA PERJURADO EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O DUDOSA
 a) Manera: Accidente Suicidio Homicidio Natural Subita Indeterminada
 b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)
 Accidente de Transporte Caída (Precaución) Golpe Ataque de Animal Asfixias
 Electrocución Quemaduras Intoxicación Desastre Natural Arma Blanca
 Proyecto de Arma de Fuego Otros No puede determinarse
 c) Lugar: Domicilio Via Pública Trabajo Institución Otros No puede determinarse

15. CÓDIGOS CIE-10 (Llenado solo por Estadística)

17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO: Examen Papanicolaou Autopsia Reconocimiento de Cadáver Levantamiento de Cadáver Eshumación

18. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 69 AÑOS: ¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte? SI NO → ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día: _____ Mes: _____ Año: _____

19. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA (A ser llenado por personal de salud no médico, o en su ausencia, por una autoridad regional). Causa Probable del fallecimiento: _____

C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

20. CERTIFICADO POR: Médico Forense Lic. Enfermería Aux. Enfermería Otro Especificar: _____

Nombre y Apellidos: _____
 Matrícula Profesional MSD: _____
 C.I.: _____ Exp. en: _____
 Firma: _____ Sello Profesional _____
 Fecha de Emisión del Certificado: _____ Año 20: _____
 Sello de la Institución _____

Certificado Médico de Defunción:

- El Certificado Médico de Defunción (CEMED), se utiliza para constatar todo fallecimiento desde neonatos mayores de 7 días de vida cumplidos hasta adultos de cualquier edad.

ANTECEDENTES

Sistema de Administración de Hechos Vitales

Administrador Registro de Formularios Reportes Transferencia Copias de Seguridad Salir

Registro Unico Nacido Vivo Registro de Mortalidad Perinatal Registro de Mortalidad General
Registro de Formularios

Establecimiento: HOSP. DE CLINICAS Nivel: SEDES : LA PAZ Fecha del Sistema: 25/09/2015 Gestión de Trabajo: 2015

ministerio de salud y deportes

SNIS

Sistema de Administración de Hechos Vitales

ANTECEDENTES

Características:

- Sistema de Administración de Hechos Vitales, que permite la transcripción de los certificados de nacido vivo, mortalidad general y mortalidad perinatal, para el procesamiento de estadísticas vitales del país.

Formulario de Registro de Nacido Vivo

Certificado Unico de Nacido Vivo

Nº CERTIFICADO [] Gestion 2015

Establecimiento de Salud P. S. NUEVA ISRAEL

A. DATOS DE RECIEN NACIDO B. DATOS DE LA MADRE C. DATOS CERTIFICANTE

DATOS RECIEN NACIDO

Apellido Paterno [] Apellido Materno [] Nombres [RN]

LUGAR DE NACIMIENTO

País [BOLIVIA] Departamento [BENI] Provincia [CERCADO (Ben)] Municipio [SAN JAVIER(BNI)] Localidad / Zona []

GRUPO	VARIABLE	VALOR	DETALLE
EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN	EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN		
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NAC		
FECHA DE NACIMIENTO	HORA NACIMIE		
SEXO	SEXO		
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	PROFESIONAL		
EDAD GESTACIONAL	EDAD GESTAC		
EDAD GESTACIONAL	EDAD GESTAC		

Formulario de Registro de Mortalidad Perinatal

Certificado de Defunción Perinatal

Nº CERTIFICADO [] Gestion 2015

Establecimiento de Salud P. S. BERMEO TIMI

A. DATOS DEL FETO B. CAUSAS DE LA DEFUNCION C. DATOS DE LA MADRE C. DATOS CERTIFICANTE

ACLARACIONES

- NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO
- UN SOLO DIAGNOSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS

GRUPO	VARIABLE	VALOR	DETALLE
CAUSA FETAL/NEONATAL BASICA	a) CODIGO CIE-10		
AFECCIONES DEL FETO O RECIEN NACIDO	a) CODIGO CIE-10		
CODIGO CAUSA BASICA	CODIGO CAU		
CAUSA BASICA DEL ORIGEN MATERNAL	a) CODIGO CI		
AFECCIONES DE LA MADRE	a) CODIGO CI		
CODIGO CAUSA BASICA	CODIGO CAU		
OTRAS CIRCUNSTANCIAS PERTINENTES	a) CODIGO CI		

Formulario - Certificado de Mortalidad General

Certificado Unico de Defunción

Nº CERTIFICADO [] Gestion 2015

Establecimiento de Salud C. S. AUGUSTO MORENO

A. DATOS DEL FALLECIDO B. CAUSAS DE LA DEFUNCION C. DATOS DE LA DEFUNCION C. DATOS CERTIFICANTE

GRUPO	VARIABLE	VALOR	DETALLE
PROBABLE MANERA, MECANISMO	MANERA		
	MECANISMO		
	LUGAR		
PROCEDIMIENTO EFECTUADO	ESPECIFICAR PROBABLE HECHO		
	PROCEDIMIENTO EFECTUADO		
PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS	FECHA DE TERMINACION DEL EMBARAZO		
	FECHA DE TERMINACION DEL EMBARAZO		
CERTIFICACION DEL FALLECIMIENTO	CAUSA PROBABLE DEL FALLECIMIENTO		

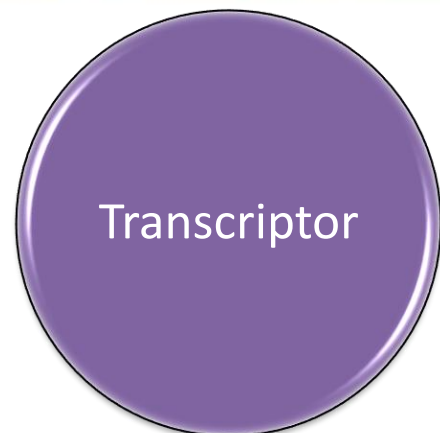
COMITÉ NACIONAL DE HV

17/05/2017



La salud... un derecho para vivir bien

SIATV WEB




SIAHV WEB

INE-SNIS





 jmolina


MENU PRINCIPAL


 [Certificado Nuevo](#) ▼

[Certificado de Nacid@ Viv@](#)

 [Certificados Registrados](#)

 [Reportes por Centro de Salud](#) ▼

 [Reportes por Usuario](#) ▼

 [Reportes](#) ▼

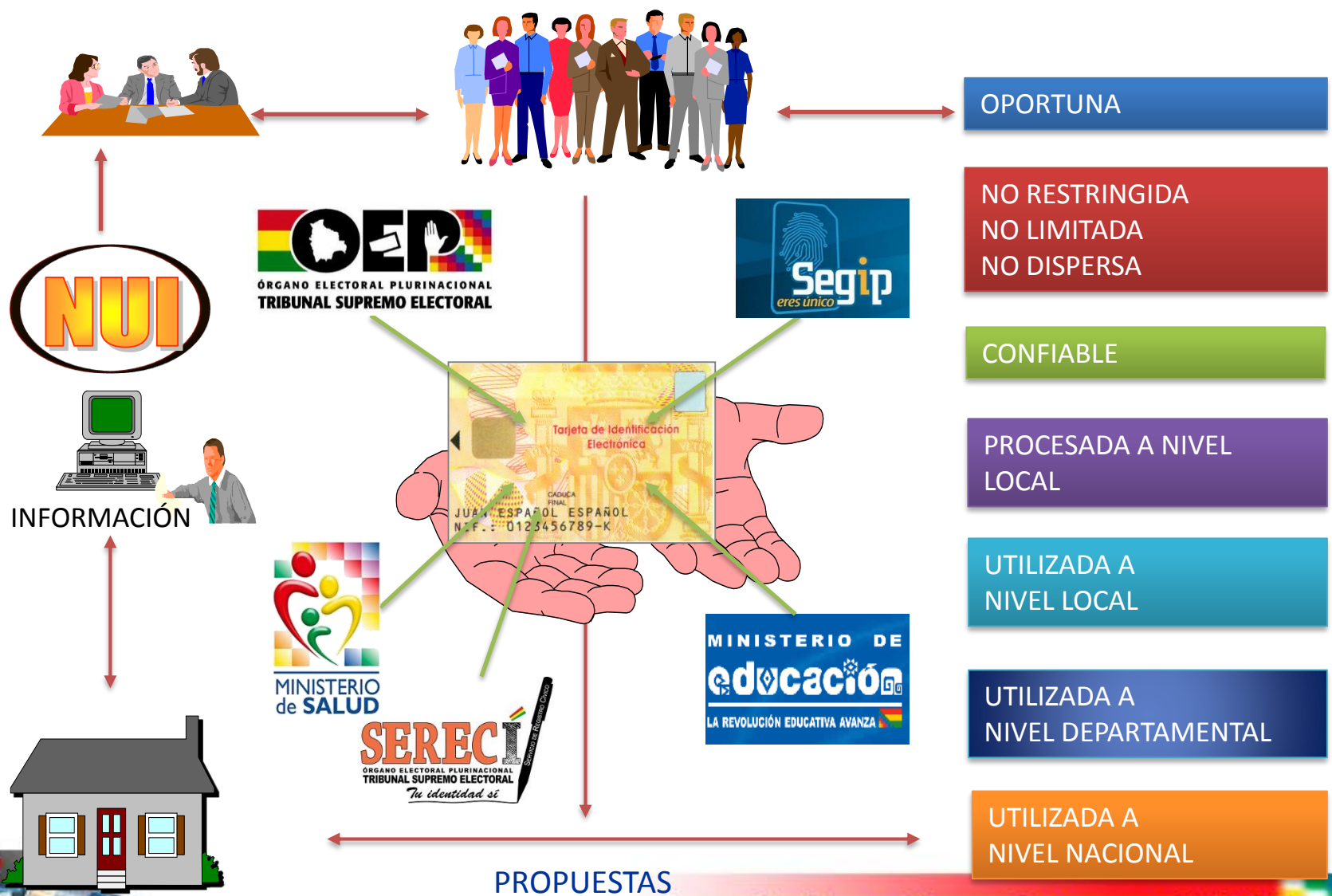
BIENVENIDO(A)

NOMBRE:	JHEMIS TEDDY MOLINA GUTIÉRREZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	3533643
PROFESION:	MÉDICO
MATRICULA:	M-1656
ESTABLECIMIENTO:	CDVIR ORURO
CORREO ELECTRONICO:	jhemis.molina@gmail.com
FECHA DE REGISTRO:	2017-04-03

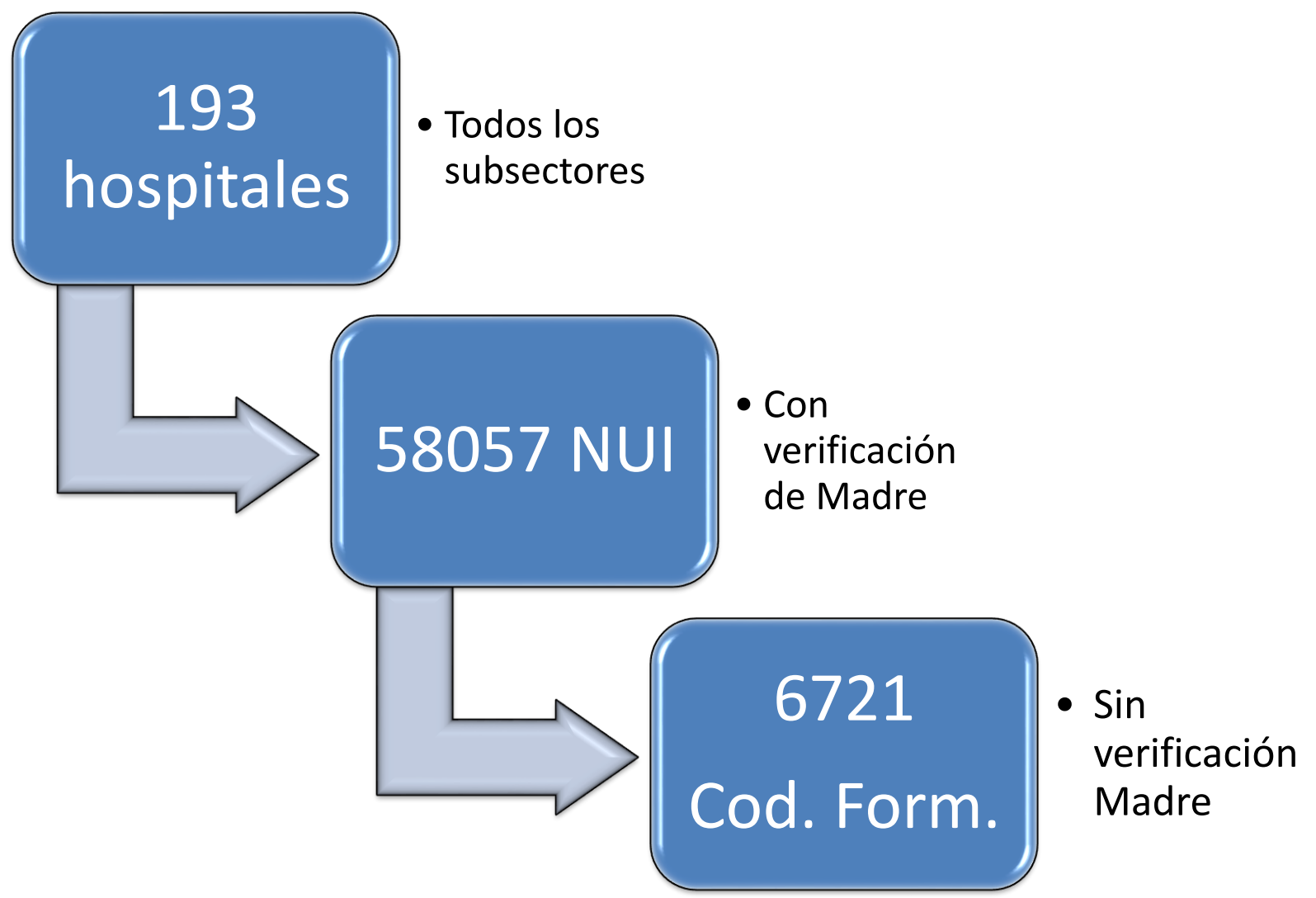
FORMULARIOS REGISTRADOS

CERTIFICADO NACIDO VIVO:	27
CERTIFICADO DEFUNCION PERINATAL:	0
CERTIFICADO DEFUNCION:	0





RESULTADOS



RESULTADOS

SIAHV escritorio

- Sin consolidación BD
- Estadísticas no actualizadas
- Sin control de calidad y completitud
- Tráfico de instrumentos
- Multiplicidad de instrumentos en SERECI
- Proyecciones poblacionales estimadas a partir de censos.

SIAHV WEB

- BD consolidadas en servidores
- Estadísticas actualizadas 2017
- Estándares de calidad y completitud
- Reducción de tráfico de instrumentos
- Uniformidad de instrumentos en SERECI
- Proyecciones poblacionales a partir de registros administrativos

GRACIAS

