



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PUBLICACIÓN
247

MANUAL PARA LA CERTIFICACIÓN MÉDICA DE HECHOS VITALES

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz – Bolivia
2011



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

MANUAL PARA LA CERTIFICACIÓN MÉDICA DE HECHOS VITALES

Certificado Médico de Nacido Vivo (CEMENAVI)

Certificado Médico de Defunción Perinatal (CEMEDEP)

Certificado Médico de Defunción (CEMED)

PUBLICACIÓN
247

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz – Bolivia
2011

<p>R-BO WA900 M665m No. 247 2011</p>	<p>Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Planificación. Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica Manual de certificación médica de hechos vitales./Ministerio de Salud y Deportes. La Paz : EDOBOL, 2011 106p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No.247) Depósito legal: 4-1-315-11 P.O. ISBN: 978-99954-50-50-2 I. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA II. CONTROL DE FORMULARIOS Y REGISTROS III. REGISTRO DE ESTADISTICAS VITALES IV. MANUALES V. BOLIVIA 1. t. 2. Serie. </p>
--	---

MANUAL PARA LA CERTIFICACIÓN MÉDICA DE HECHOS VITALES

Puede obtenerse información en:

www.sns.gob.bo

www.saludpublica.bvsp.org.bo

Tel.: 591 - 2 - 2440590, Fax: 591 - 2 - 2440336, calle Capitán Ravelo Nº 2199, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

R.M.:

Depósito Legal: 4-1-315-11 P.O.

ISBN: 978-99954-50-50-2

Elaboración:

Julio Guillermo Dalence Montaño

Responsable Nacional de Hechos Vitales, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud y Deportes

Revisión:

Dr. Héctor Pérez Vargas

Dr. Julio Guillermo Dalence Montaño

Dr. Rocco Abruzzese

Dra. Wilma Limachi

Validación de Instrumentos:

Taller de Codificación Médica CIE - 10 en Mortalidad, Coroico octubre de 2011

Piloto de Certificado de Nacid@ Viv@. Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Oruro y Santa Cruz

La Paz: Área de Hechos Vitales - Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - Dirección General de Planificación - Comité de Identidad Institucional y de Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes - 2011

© Ministerio de Salud y Deportes 2011

Documento impreso con el financiamiento de UNICEF

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Sr. Miguel Ángel Rimba Alvis
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Germán Crespo Infantes
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN

Dr. Héctor Pérez Vargas
COORDINADOR NACIONAL SNIS-VE

Dr. Julio Guillermo Dalence Montaño
RESPONSABLE NACIONAL DE HECHOS VITALES SNIS-VE

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia tiene como prioridad el garantizar la salud de todos los habitantes del país, para lograr ese cometido se basa en la Constitución Política del Estado y las leyes vigentes.

La política nacional de salud está orientada a garantizar de manera sostenible el acceso a los servicios de salud para “Vivir Bien”, así también como medio para reducir los índices de morbilidad y mortalidad en el país. Dentro de este marco, el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, tiene la misión de incorporar los Hechos Vitales como sujetos de vigilancia, con el objetivo de analizar su distribución y tendencias en Bolivia, además de definir su estructura por causas específicas.

La información proporcionada por la Vigilancia Epidemiológica de Hechos Vitales, servirá para orientar políticas y estrategias tendentes a la mejora de la atención de los nacimientos y a la reducción de muertes por causas evitables. Para ello, es imprescindible un registro fiable y de calidad de las variables administrativas y demográficas (DATOS DEL RECIÉN NACID@ O FALLECIDO) y de la causa de muerte (DATOS DE LA DEFUNCIÓN).

La presente publicación permitirá al personal de salud, mejorar la capacidad de registro idóneo de datos de nacimientos, así mismo permitirá al personal de salud y de medicina forense, mejorar su capacidad para identificar y registrar de manera idónea datos del fallecido pero principalmente de las causas de muerte. Un ejemplar de esta publicación debe llegar a todos los establecimientos de salud y médico forenses del país junto con los formularios respectivos.

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

ESPAZIO PARA RESOLUCIÓN MINISTERIAL

TABLA DE MATERIAS

Introducción	11
¿Qué son los Certificados de Hechos Vitales?	13
¿Quiénes Deben Llenar los Certificados de Hechos Vitales?.....	13
CERTIFICADO MÉDICO DE NACID@ VIV@	15
¿Quién Debe Llenar el CEMENAVI?.....	17
Instrucciones Generales para el Llenado del CEMENAVI.....	18
Partes del CEMENAVI.....	19
Establecimiento de Salud que Certifica y Código de Subsector	20
Parte A. Datos de la/del Nacid@ Viv@	20
Parte B. Datos de la Madre de la/del Nacid@ Viv@	23
Parte C. Persona que Certifica el Nacimiento	26
Parte D. Impresión Plantar, Dactilar y Sello Institucional	27
Parte E. A ser Llenado por la Oficialía del Registro Cívico donde se Inscribe a la/al Recién Nacid@	28
Destino de las Copias del CEMENAVI	28
Flujograma de la Notificación De Nacimientos.....	29
Certificado Médico de Nacid@ Viv@ (Versión Reducida).....	30
Instructivo del CEMENAVI.....	32
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCION PERINATAL	35
¿Quién Debe Llenar el CEMEDEP?.....	37
Instrucciones Generales para el Llenado del CEMEDEP	37
Partes del CEMEDEP.....	40
Establecimiento de Salud que Certifica y Código de Subsector	40
Parte A. Datos del Feto o Recién Nacid@	41
Parte B. Causas de la Defunción Fetal o Neonatal Precoz.....	46
Parte C. Datos de la Madre	49
Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica	50
Parte D. Persona que Certifica.....	50
Destino de las Copias del CEMEDEP	51
Gráfico. Flujo de la Información de Mortalidad Perinatal.....	52
Gráfico. Certificado Médico de Defunción Perinatal.....	53

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN	59
¿Quién Debe Llenar el CEMED?	61
Instrucciones Generales para el Llenado del CEMED	62
Partes del CEMED	63
Establecimiento de Salud que Certifica y Código de Subsector	63
Parte A. Datos del Fallecido	64
Parte B. Datos de la Defunción	66
Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica	73
Parte C. Persona que Certifica la Defunción.....	74
Destino de las Copias del CEMED.....	74
Flujo de la Información de Mortalidad	75
Certificado Médico de Defunción.....	76
Instructivo del CEMED	77
 ANEXO I – DEFINICIONES	81
 ANEXO II – LEGISLACIÓN	89
 ANEXO III – EJEMPLOS	94
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
 ANEXO EDITORIAL	106

Introducción

El fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), tiene la finalidad de generar datos, información y conocimiento para la gerencia, planificación y la toma de decisiones. La importancia y la necesidad de una información confiable, representativa de lo que sucede en la salud de la población, sobre todo en lo concerniente a natalidad y mortalidad, nos permite la formulación de estrategias para la mejora de la salud de la población en general.

Parte de estas estrategias, es la implementación de la Vigilancia de Hechos Vitales, como parte fundamental del SNIS-VE, que a partir del año 2012 con la implementación del Certificado Médico de Nacid@ Viv@ (CEMENAVI) y las actualizaciones del Certificado Médico de Defunción (CEMED) y del Certificado Médico de Defunción Perinatal (CEMEDEP), formarán parte integral del SNIS-VE.

El CEMENAVI, el CEMED y el CEMEDEP son instrumentos que tienen el propósito de universalizar y estandarizar la información acerca de los nacimientos y de las defunciones ocurridas en el ámbito Nacional, por lo tanto, nos permiten contar con información epidemiológica y demográfica para la estructuración del perfil epidemiológico de natalidad y de mortalidad.

Variables de interculturalidad, de género, otras generales de población y epidemiológicas, son parte de los instrumentos de registro y recolección de la información de nacimientos y defunciones.

El presente manual tienen por objeto ayudar al personal de salud a utilizar adecuadamente el Certificado de Nacimiento y los Certificados de Defunción, realizando el llenado adecuado de estos instrumentos de certificación médica que dan constancia de nacimientos o fallecimientos, respectivos, y las circunstancias que los acompañaron.

Los certificados están diseñados para ser aplicados en el Establecimiento de Salud, sin embargo podrán ser usados complementariamente fuera del establecimiento, para lo cual deberán tomarse en cuenta recomendaciones especiales.

¿Qué son los Certificados de Hechos Vitales?

Son instrumentos:

- **Médico-legales**, que certifican el nacimiento o deceso de una persona.
- **Demográficos**, que recogen información de la/del recién nacido, de la madre, información del occiso, del momento y del lugar del nacimiento o defunción, para el análisis poblacional.
- **Epidemiológicos**, que registran las circunstancias relacionadas con el nacimiento (el embarazo, el producto y de la madre), o de la muerte, para fines de intervención sanitaria.

¿Quiénes deben llenar los Certificados de Hechos Vitales?

El Certificado Médico de Nacido Vivió debe expedirse de manera gratuita a cada nacido vivo en territorio boliviano, independientemente de que sea producto de un parto único o múltiple.

Los Certificados Médicos de Defunción deben expedirse de manera gratuita en cada muerte:

- ocurrida en territorio boliviano de personas bolivianas o extranjeras,
- en muertes fuera del país de personas bolivianas repatriadas.

¿Quién debe llenar el Certificado Médico de Nacido Vivió? (ver más adelante: Certificado Médico de Nacido Vivió). En hospitales de II y III nivel de atención, debe ser llenado por Pediatra/Neonatóloga(o). En caso de no contar con dicho profesional las 24 horas, deberá certificar el personal de salud que haya atendido a la/al recién nacido.

En establecimientos de I nivel de atención, la certificación la realiza el personal de salud que haya atendido a la/al recién nacido.

¿Quién debe llenar el Certificado Médico de Defunción Perinatal? (ver más adelante: Certificado Médico de Defunción Perinatal). En establecimientos de II y III nivel de atención, debe ser llenado por médico obstetra en caso de defunciones intrauterinas (22 semanas de gestación hasta antes del nacimiento), o

por médico pediatra en caso de fallecimientos neonatales precoces (desde el nacimiento hasta los 6 días de vida). En caso de no contar con estos profesionales las 24 horas, lo debe llenar el profesional que atendió el parto o a la/al recién nacid@.

En establecimientos de I nivel de atención, la certificación la realiza el personal de salud que haya atendido el parto (mortinatos) o a la/al recién nacid@ (muerte neonatal precoz).

¿Quién debe llenar el Certificado Médico de Defunción? (ver más adelante: Certificado Médico de Defunción). Este certificado es utilizado cuando la defunción es de una persona de 7 y más días de vida, y es llenado por el personal de salud que le atendió por última vez, o el último que estuvo a cargo de su atención (turnos), antes del fallecimiento.

Las muertes violentas son certificadas por Médico Forense
y en ausencia de este, por Médico autorizado legalmente.

**UN REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA CERTIFICACIÓN DE MUERTE
ES VERIFICAR EL CADÁVER**

CERTIFICADO MÉDICO DE NACID@ VIV@

C E M E N A V I

El Certificado Médico de Nacid@ Viv@ (CEMENAVI), 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 (medicina tradicional y parteras/os). Se extiende en original y tres copias (original y primera copia de color blanco irán con familiares al Registro Cívico, segunda copia de color amarillo para el Sistema de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y la tercera copia de color verde se queda en el establecimiento de salud que Certifica). Es documento indispensable para obtener el Certificado de Nacimiento (Art. 30, Ley del Registro Civil).

¿Quién debe llenar el CEMENAVI?

- Para los **nacimientos** que ocurran **en un establecimiento de salud de II y III Nivel**, el CEMENAVI debe ser llenado por el profesional de salud que atiende al recién nacid@ durante el parto (Neonatólogo/Pediatra), inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento. En caso de que no se cuente con el profesional Neonatólogo/Pediatra las 24 horas del día, el CEMENAVI deberá ser llenado por el personal de salud que atendió al recién nacid@ en el parto.
- Para los **nacimientos** que ocurran **en un establecimiento de salud de I Nivel**, el CEMENAVI debe ser llenado por el profesional de salud que atiende a la/al recién nacid@ durante el parto (Médico General, Lic. Enfermería, Aux. Enfermería), inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento.
- Para los **nacimientos ocurridos fuera de un establecimiento de salud**, el CEMENAVI puede ser llenado por la **partera/o, médico tradicional/naturista que atendió a la madre**, siempre y cuando estén **reconocidos por la institución de salud de su jurisdicción**, y por lo tanto hayan sido contemplados en registro de certificados.
- Sí la partera o médico tradicional/naturista, no están registrados o no saben leer y escribir, el nacimiento debe ser registrado en el establecimiento de salud más cercano, o bien a través del personal de las unidades móviles de salud del establecimiento o de la localidad, siguiendo el procedimiento que se menciona a continuación.
- **Para nacimientos atendidos por personal no autorizado para la certificación**, en caso de que **ninguna persona autorizada para la certificación asista a la madre y recién nacid@ en el parto**, el **Certificado** debe ser llenado por el **médico designado por el director o responsable del establecimiento de salud** (hospital, centro o puesto de salud autorizados para expedir certificados) **más cercano a la localidad en la que ocurrió el nacimiento**, o bien por el médico, enfermera o auxiliar de salud de la unidad

móvil de salud que asiste a la comunidad. Para que se pueda expedir el CEMENAVI la madre debe presentar a la/al menor, una identificación oficial de la madre y un aval de la autoridad civil de la localidad (Autoridad Municipal, Originaria, Judicial, etc.). En caso de fallecimiento materno los familiares deben cumplir con los mismos requisitos además del Certificado Médico de Defunción de la madre.

Instrucciones Generales Para el Llenado del CEMENAVI

Antes de llenar el formulario, el certificante debe leer cuidadosamente las instrucciones que vienen al reverso de la última copia.

- El llenado del CEMENAVI es **OBLIGATORIO** para todo nacimiento ocurrido en el territorio nacional.
- El contenido del CEMENAVI es **CONFIDENCIAL** y de uso exclusivo del Sistema Nacional de Información en Salud y del Sistema Nacional de Registro Cívico.
- El formato debe llenarse con bolígrafo (“*punta bola*”), en letra de molde (imprenta), legible, sin utilizar abreviaturas y ocupando los espacios destinados para cada variable (de no hacerlo el estadístico está autorizado a pedirle explicación y correcciones en las copias).
- La persona que expide el *Certificado* debe llenarlo en su totalidad, **no se harán válidos los certificados que no incluyan la firma de la madre, la huella del pie derecho del niño y la huella del pulgar derecho de la madre** (para lo cual no se requiere de una tinta especial), así como **el sello de la institución que lo expide. Los certificados expedidos por Médicos Tradicionales o por Parteras**, mismos que para hacerlos válidos deben ir firmados por la madre y por el Médico Tradicional o la Partera y el sello del Centro de Salud de la jurisdicción (Centro de Salud que reconoce a la partera o médico tradicional).
- En caso de que la madre no sepa leer y escribir, el formato deberá llevar forzosamente la huella de la madre tanto en el espacio destinado para ello, como en el espacio de firma.
- En algunas variables el certificante marcará en la casilla correspondiente, mientras que en otras tendrá que escribir la información que proporcione la madre o el familiar de la/del recién nacida/o.
- Por ningún motivo, se podrá comercializar el CEMENAVI, condicionar su entrega, ni mucho menos subordinar la entrega de la/del menor por falta de pago, dado que dicho documento se otorga de manera gratuita y bajo ningún

condicionamiento, por lo que la contravención a lo dispuesto en este señalamiento será sancionado conforme a las penas que se hagan acreedores de conformidad a lo establecido en la legislación penal vigente; y tratándose de servidores públicos, además deberá acatarse a lo establecido en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.

- **SI SE EQUIVOC A AL LLENAR** alguna variable, **SE PUEDE BORRAR O USAR CORRECTOR**, debiendo siempre en la cara posterior del original y primera copia **REALIZAR “NOTA ACLARATORIA”**, donde explica que es lo que quiso escribir, seguido de la firma y el sello profesional correspondiente, que habilitan a ese certificado corregido frente al Registro Cívico. Las correcciones se realizan siempre que los errores sean “salvables”.
- También se corrige cuando los familiares retornan porque hubo algún error. En cualquier caso también se debe corregir en las otras copias.
- **SI LA EQUIVOCACIÓN ES “INSALVABLE” ANULE EL CERTIFICADO Y LAS DEMAS COPIAS**, devolviendo las mismas a estadística o SNIS-VE del SEDES correspondiente.
- **NO SE DEBE LLENAR OTRO CERTIFICADO PARA DAR “COPIAS LEGALIZADAS”**, las **FOTOCOPIAS LEGALIZADAS SON DE LA COPIA DE COLOR VERDE, Y LAS OTORGA LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE** (Dirección y Departamento Jurídico del establecimiento de salud), no es responsabilidad del profesional que certificó. En los centros de I nivel lo puede realizar el profesional que certificó.

La persona que llene y firme el CEMENAVI será la única responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, anotando información completa y veraz.

Partes del CEMENAVI:

El certificado consta de seis segmentos en el original y primera copia, y de cinco segmentos en segunda y tercera copias:

1. Nombre del Establecimiento de Salud u Otro que Certifica, y Código de Subsector.
2. Parte A. Datos del Recién Nacid@.
3. Parte B. Datos de la Madre.
4. Parte C. Persona que Certifica el Nacimiento.
5. Parte D. Impresión Plantar, Dactilar y Sello Institucional.
6. Parte E. A ser Llenado por la Oficialía del Registro Cívico donde se Inscribe a la/al Recién Nacid@.

1. Establecimiento De Salud Que Certifica Y Código De Subsector.

Anotar el nombre del establecimiento de salud y código del subsector al que corresponde (A: Público, B: Seguridad Social, C: ONG, D: Iglesia, E: Privados, F: Fuerzas Armadas).

En este espacio llenar el nombre del establecimiento de salud (consultorio, clínica, policlínica, hospital, instituto forense, etc.), luego se encerrará con un círculo el código de subsector de salud al que pertenece el establecimiento de salud u otro que certifica. Los subsectores son:

- A) Público (dependientes del Ministerio de Salud, SEDES, Alcaldías);
- B) Seguridad Social a Corto Plazo (Caja Nacional de Salud, COSSMIL, Seguros Sociales Universitarios, Caja de Salud CORDES, Caja de Salud Bancaria Estatal, Caja de Salud de la Banca Privada, Caja de Salud de Caminos, y otros seguros);
- C) Dependientes de cualquier ONG;
- D) Dependientes de cualquier iglesia;
- E) Privados (consultorios y clínicas);
- F) Fuerzas Armadas (Sanidades Operativas de cuarteles).

Ejemplo: Cesárea de embarazo gemelar, en el Hospital Germán Urquidi de Cochabamba.

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	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 Nacid@	Nº 12300001
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:.....	HOSPITAL GERMAN URQUIDI	CÓDIGO SUBSECTOR <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> F

2. Parte A. Datos de la/del Nacid@ Viv@.

La parte de Apellido Paterno y Apellido Materno deben ser los que la madre indique, se puede corroborar con documento de identidad de los padres o con el Carnet Prenatal. En el espacio de Nombres no escribir nada porque ya viene impreso “RECIÉN NACIDA/O”, exceptuando cuando son gemelos o más productos, donde se puede registrar un número de acuerdo al orden de nacimiento.

Ejemplo. Producto femenino de embarazo gemelar, segundo nacimiento.

A. DATOS DE LA/DEL RECIÉN NACID@		RECIÉN NACID@ 2	
FERNANDEZ Apellido Paterno	MONTAÑO Apellido Materno	Normas	
1. LUGAR DE NACIMIENTO		2. EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN:	
País: BOLIVIA	Establecimiento de Salud <input checked="" type="checkbox"/>	26	05
Departamento: COCHABAMBA	Vivienda (domicilio particular) <input type="checkbox"/>	0	5
Provincia: CERCADO	Vía Pública <input type="checkbox"/>	0	6
Municipio: COCHABAMBA	Trabajo <input type="checkbox"/>	2	1
Localidad: COCHABAMBA	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	0	2
5. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACID@		6. EDAD GESTACIONAL	
Pediatra/Neonatólogo(s) <input checked="" type="checkbox"/>	Semanas 3 7	9. PRODUCTO DE EMBARAZO	
Ginecó Obsteta <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/>	
Médico(s) <input type="checkbox"/>		Gemelar <input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermera(s) <input type="checkbox"/>		Triple o más <input type="checkbox"/>	
Aux. de Enfermería <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
Médico Tradicional <input type="checkbox"/>		10. MALFORMACIONES CONGENITAS	
Partera(s) <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	
Otra(s) <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Código CIE llenado por estadística	
			

Variable 1 (LUGAR DE NACIMIENTO). En estas casillas se debe escribir con letra de imprenta el lugar geográfico exacto del nacimiento de la/del recién nacid@, consignado departamento, provincia, municipio y localidad. En caso de nacimiento en la misma ciudad municipal se registra la misma en localidad. Ya viene impreso en el espacio de País “**BOLIVIA**”, porque el documento solo se usa para nacimientos que ocurren en nuestro país. En el ejemplo: Cesárea de gemelar en Hospital Germán Urquidi de Cochabamba.

Variable 2 (EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN). Se debe marcar en la casilla correspondiente, el lugar donde se produjo el nacimiento. En ejemplo: Establecimiento de salud.

Variable 3 (FECHA DE NACIMIENTO). Escribir en números, en las casillas correspondientes el día, el mes y el año en que nació (en números). Para anotar la hora use la escala del 00:00 a 23:59; se deben anotar dos dígitos en cada casilla de hora y un solo dígito en cada casilla de día, mes y año. En el ejemplo: Nació el 5 de junio de 2012, a las diez con cinco de la noche.

Variable 4 (SEXO). Debe marcarse en la casilla que corresponda, si es difícil determinar el sexo de la/del recién nacid@, se marcará en la casilla “no puede determinarse”. En el ejemplo: Producto de sexo “Femenino”.

Variable 5 (ATENCIÓN DE LA/DEL RECIÉN NACID@). Marcar la casilla que corresponda, teniéndose en cuenta que de acuerdo al nivel de complejidad, las/los recién nacid@s serán atendidos inicialmente por el pediatra/Neonatólogo en II y III nivel, y por médico general, licenciada en enfermería, técnico en enfermería en I nivel.

Se tienen opciones de: Pediatra/Neonatóloga(o), Gíneco Obstetra, Medica(o), Enfermera(o), Auxiliar de Enfermería, Médico Tradicional, Partera(o), Otro (donde puede estar un familiar o vecino), y finalmente la opción “No Puede Determinarse”, en caso de aquellas/os recién nacid@s abandonadas/os.

En el ejemplo de arriba por estar en el Hospital Germán Urquidi de III Nivel, la recién nacida fue atendida por una/un Neonatóloga/o.

Variable 6 (EDAD GESTACIONAL). Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto, en caso de no poder especificar anotar la estimación clínica (Capurro), más aproximada a la edad gestacional.

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

Forma de la OREJA	Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del Pabellón	Pabellón parcialmente Incurvado en el borde Superior	Pabellón Incurvado todo el borde superior	Pabellón Totalmente Incurvado	Puntuación
					0 8 16 24
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable	Palpable menor de 5 mm.	Palpable entre 5 y 10 mm.	Palpable mayor de 10 mm.	0 5 10 15
Formación del PEZON	Apenas visible sin areola	Diametro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata	Diametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada	Borde No levantado	0 5 10 15
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa	Fina lisa	Mas gruesa discreta descamación superficial	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies	0 5 10 15 20
PLIEGUES PLANTA-RES	Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior	Marcas bien definidas en la ½ anterior, <i>Surcos en ½ anterior</i>	Surcos en la mitad anterior	0 5 10 15 20

Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7

Variable 7 (PESO Y TALLA AL NACER). Anote el peso en gramos y la talla en centímetros. En el ejemplo de arriba el producto nació con 2.800 gramos de peso y 49 centímetros de talla.

- Certificados expedidos después de 24 horas de ocurrido el parto o la expulsión.** A los nacidos fuera de un establecimiento de salud, se debe especificar en “No Puede Determinare” si no se cuenta con dicha información. En estos casos no debe asentarse el peso al nacer porque éste varía, a menos de que se conozca el registrado inmediatamente después del nacimiento. La talla no sufre mucha variación y se podría medir y registrar.

Variable 8 (APGAR DE LA/DEL RECIÉN NACID@). La escala es del 1 al 10, medidos al primer y a los cinco minutos.

TABLA DE APGAR PARA EL RECIÉN NACIDO

Parámetros	Puntaje de 0	Puntaje de 1	Puntaje de 2
Frecuencia Cardiaca	Ausente (sin pulso)	< a 100 latidos por minuto	Normal (> a 100 latidos por minuto)
Esfuerzo respiratorio	Ausente (sin respiración)	Respiración lenta o irregular	Normal
Tono muscular	Ninguno, flacidez	Ligera flexión	Movimiento activo
Irritabilidad (respuesta refleja)	Ausente (no responde a estímulos)	Llanto leve al estimularse	Los estornudos y las tos desaparecen al ser estimulado
Apariencia (coloración de la piel)	Coloración azul grisácea o palidez en todo el cuerpo	Extremidades azules	Normal

- **Certificados expedidos después de 24 horas de ocurrido el evento.** A los nacidos fuera de un establecimiento de salud, se debe marcar en la casilla “No Puede Determinarse”, porque no se cuenta con información del APGAR.

Variable 9 (PRODUCTO DE EMBARAZO). En estas casillas se debe marcar en la casilla correspondiente, si la/el recién nacid@ es producto de embarazo único, doble o múltiple. En el ejemplo de arriba es producto doble (de embarazo gemelar).

Variable 10 (MALFORMACIONES CONGÉNITAS). Si son perceptibles clínicamente se marca en la casilla de Si; y se registra ¿Cuál? es la malformación observada (Ejemplos: “Labio Leporino”, “Ano Imperforado”, “Craneosquisis”, etc.). En el ejemplo de arriba no tenía malformaciones.

Las cuatro casillas del Código CIE son para ser llenadas por personal de estadística y no es necesario que estén llenos para la entrega del certificado al familiar, pero si a la hora de introducir al paquete informático.

3. Parte B. Datos de la Madre de la/del Nacid@ Viv@.

- La persona indicada para responder las preguntas del CEMENAVI relacionadas con los datos de la madre, es la propia madre, sólo en caso de complicación, discapacidad o fallecimiento podrá responder el padre del niño o algún otro familiar directo de la madre de la/del recién nacid@, como su madre o

hermanos. Cuando sea posible se podrán obtener los datos del expediente clínico de la madre.

B. DATOS DE LA MADRE			
MONTAÑO	CAREAGA	MARISOL	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
11. LENGUA O IDIOMA MATERNO (Ver lista en instructivo)		12. IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA	
0	1	2	8
13. AUTOPERTENENCIA / IDENTIDAD CULTURAL <small>Ver lista en instructivo</small>			
		2	8

Nombres y Apellidos de la Madre. Son datos que se debe corroborar con algún documento de identidad, el Carnet Prenatal o el Expediente Clínico.

Variables 11 y 12 (PRIMER IDIOMA QUE APRENIDIÓ A HABLAR) (IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA MAYORMENTE). Seguir la numeración que existe en la lista inferior del 01 al 41 (el 02 que es afro boliviano no aplica como idioma).

Variable 13 (AUTOPERTENENCIA CULTURAL). Nación y pueblo indígena originario campesinos o comunidad intercultural y afro boliviana con el que se identifica la madre. Se sigue la numeración que existe en el listado inferior, del 02 al 40. (01 castellano y 39 Sordomuda no aplican como cultura). Existen personas que no se identifican con ninguna, por lo que se registrará “40”.

01. Castellano	07. Canichaca	13. Guaraní	19. Machineri	25. Movina	31. Tapiete	37. Yuracaré
02. Afro boliviano	08. Cavieño	14. Guarasu'we	20. Maropa	26. Pacawara	32. Toromona	38. Zamuco
03. Aymara	09. Cayubaba	15. Guarayu	21. Mojeño-Trinitario	27. Pukuna	33. Uru-Chipaya	39. Sordomuda
04. Araona	10. Chácobo	16. Itonama	22. Mojeño-ignaciano	28. Quechua	34. Weenhayek	40. Ninguno
05. Baure	11. Chimán	17. Leco	23. Moré	29. Sirionó	35. Yaminawa	41. Se ignora
06. Bésire	12. Ese-Eja	18. Machajuyai-kallawayaya	24. Mosetén	30. Tacana	36. Yuki	42. Extranjero

En el ejemplo de arriba, el primer idioma que aprendió a hablar fue el “castellano”, actualmente se comunica mayormente con el idioma “quechua”, y se identifica con la cultura “quechua”.

Variable 14 (NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE). Se debe marcar en la casilla correspondiente, el país de origen (Boliviana, Extranjera o No puede Determinarse). En las líneas de abajo se debe registrar el lugar donde la madre tiene su residencia de manera permanente durante los últimos nueve meses, exceptuando periodos largos de hospitalización, consignado país, departamento, provincia, municipio, localidad o zona. Si la residencia es fuera de Bolivia, solo se registra el nombre del país. En el ejemplo: De nacionalidad boliviana, nació en Oruro y reside en Morochata, provincia Independencia de Cochabamba.

Variable 15 (GRADO DE INSTRUCCIÓN). En estas casillas se debe marcar en la casilla que corresponda el grado de instrucción de la madre. En el ejemplo: Es profesional universitaria.

Variable 16 (ESTADO CIVIL). En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda el estado civil de la madre. En el ejemplo: Tiene una pareja estable.

14. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL / PERMANE		15. GRADO DE INSTRUCCIÓN	16. ESTADO CIVIL	
Boliviana <input checked="" type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/>	Sin instrucción <input type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/>	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	
País BOLIVIA	Departamento COCHABAMBA	Secundaria <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>	
Provincia INDEPENDENCIA	Municipio MORCHATA	Técnico <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	
Localidad MORCHATA		Universitario <input type="checkbox"/>	Unión Estable <input checked="" type="checkbox"/>	
		Otro <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
17. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO		Aproximada	18. RECIBIO ATENCION PRENATAL	19. CONDICION DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO
Edad	2 5	<input type="checkbox"/>	Nº de controles	<input type="checkbox"/>
Día	2 0	<input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Viva <input type="checkbox"/>
Mes	0 5	<input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	Fallecida <input checked="" type="checkbox"/>
Año	1 9 8 7	<input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	0 7	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>				

Variable 17 (FECHA DE NACIMIENTO). Escribir en estas casillas la edad (en años cumplidos), el día, el mes (en números) y el año en que nació la madre. Se tiene la opción de “Aproximada” cuando la madre duda de su edad y no se tiene un documento de identidad, se anota la edad y se marca en la casilla de “Aproximada”. De la misma manera se tiene la casilla de “No Puede Determinarse”, para los casos de abandono y se desconocen datos de nacimiento de la madre. En el ejemplo: Su documento de identidad indica que nació el 20 de mayo de 1987, la madre tiene 25 años, al 5 de junio de 2012 fecha del parto en el ejemplo.

Variable 18 (RECIBIO ATENCION PRENATAL). Indicar el número de consultas si recibió atención prenatal, ya sea por médico u otro personal de salud. Si no se puede determinar ó no realizó ningún control prenatal, marcar en la casilla correspondiente. En el ejemplo: Realizo siete controles prenatales.

Variable 19 (CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO/CESAREA). Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto u otras circunstancias.

Variable 20 (ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE). Anotar en números en la casillas de “Total de Embarazos Anteriores” el número de gestaciones de la madre sin contar el presente; “Total nacidos vivos”: cuantos nacieron vivos, independientemente si a la fecha están vivos o no; “Total nacidos vivos que murieron”: cuantos nacieron vivos pero murieron antes de cumplir 7 días; “Total de abortos”: productos fallecidos antes de la 22^a semanas de gestación y “Total Nacidos Muertos”: cuantos óbitos (producto fallecido después de las 22^a semana de gestación). Finalmente se tiene la casilla de “No Puede Determinarse” para los casos donde no tenemos datos de la madre (abandono, madre con discapacidad mental).

En el ejemplo: Primera gestación.

20. ANTECEDENTES OBSTETRICOS		21. SI SE TRATO DE PARTO, FUE PRINCIPALMENTE		22. EL PARTO O EXPULSIÓN FUE ATENDIDO POR	
Total Embarazos Anteriores	<input type="checkbox"/>	Parto No Complicado (Eutóxico)	<input checked="" type="checkbox"/>	Médico Obstetra	<input checked="" type="checkbox"/>
Total nacidos vivos	<input type="checkbox"/>	Parto Con Complicaciones (Distóxico)	<input type="checkbox"/>	Otro Médico	<input type="checkbox"/>
Total nacidos vivos que murieron	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	Enfermera(o)	<input type="checkbox"/>
Total abortos	<input type="checkbox"/>	No puedo determinarse	<input type="checkbox"/>	Partera/Médico Tradicional	<input type="checkbox"/>
Total nacidos muertos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
No puede determinarse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	No puede determinarse	<input type="checkbox"/>
23. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE		C.I.: <input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	RUN: <input type="checkbox"/>	Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: <input type="checkbox"/>
		Expedido en: ORURO	Número: 3 0 5 6 5 2 9 - - - - -		No porta: <input type="checkbox"/>

Variable 21 (ESTE NACIMIENTO FUE). Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando este es de 22 semanas o más de gestación y se clasifica como: eutócico (parto sin complicación), distóxico (si existió complicación), cesárea, o se desconoce.

Variable 22 (EL PARTO O EXPULSIÓN FUE ATENDIDO POR). Se marca en la casilla correspondiente el personal de salud u otro que atendió el actual parto.

Variable 23 (DOCUMENTO DE IDENTIDAD): Marcar en la casilla correspondiente el documento que porta la madre (Cédula de Identidad C.I., Pasaporte, R.U.N. Certificado o Informe de Partida de Nacimiento), registrar el lugar de expedición y el número (no aplica para Certificado o Informe de Partida de Nacimiento). De la misma manera marcar si “no porta” ninguno de estos documentos de identidad. En el ejemplo: Cuenta con Carnet de Identidad C.I. cuyo número es el 3056529 expedido en Oruro.

4. Parte C. Persona que Certifica el Nacimiento.

En la variable 24 se anotará en la casilla correspondiente el profesional o persona que realiza la certificación. Se debe anotar con letra de imprenta, legible el Nombre y Apellidos del certificador, así como el número de Matrícula Profesional, C.I. y lugar donde fue expedido, la firma y el sello personal de la persona que certifica y la fecha en que se realiza la certificación.

24. CERTIFICADO POR		C. PERSONA QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO	
Médica(o)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre(s) Apellidos:	
Lic. Enfermería	<input type="checkbox"/>	Matrícula Profesional MSD:	
Aux. Enfermería	<input type="checkbox"/>	C.I.:	Exp. en:
Médico Tradicional	<input type="checkbox"/>	Firma:	Sello Profesional:
Partera/o	<input type="checkbox"/>	Fecha de Expedición del Certificado:	Año 20.....

En establecimientos de II y III nivel de atención, debe certificar una/un pediatra (neonatóloga/o), siempre que se cuente con este profesional las 24 horas, si no certifica el personal que recibió y revisó al producto.

En establecimientos de I nivel de atención certificará aquel personal de salud que haya realizado la atención y revisión del producto.

5. Parte D. Impresión Plantar, Dactilar y Sello Institucional

D. IMPRESIÓN PLANTAR, DACTILAR Y SELLO INSTITUCIONAL		
HUELLA DEL PIE DERECHO DE LA/DEL RECIÉN NACID@	HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE
FIRMA DE LA MADRE		
TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER "NOTA ACLARATORIA" EN LA CARA POSTERIOR DE LA PRIMERA HOJA ENTREGARA LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO EN EL REGISTRO CÍVIL		

HUELLA DEL PIE DERECHO DE LA/DEL RECIÉN NACID@: Se tomará la huella del pie derecho de la/del recién nacid@, para lo cual no se requiere de una tinta especial. Si por algún defecto congénito no se pudiera tomar la huella del pie derecho, se toma del pie izquierdo, y si tampoco se pudiera se deja en blanco el espacio. Ambos hechos deben estar registrado en “Nota Aclaratoria” en el reverso del original y primera copia, de porque no se tomó huella plantar de pie derecho.

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO Y FIRMA DE LA MADRE: Se tomará la huella del dedo pulgar derecho de la madre, para lo cual no se requiere de una tinta especial, así mismo, se plasmará la firma de la madre, si la madre no sabe firmar se sella el dedo pulgar derecho también en el espacio de firma (doble sello de dedo pulgar derecho). Si la madre hubiese fallecido o se tratase de un abandono, se debe dejar en blanco y registrar en “Nota Aclaratoria” en el reverso del original y primera copia.

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE: Se debe poner el sello del establecimiento de salud donde se produjo el nacimiento o es certificador del hecho.

6. Parte E. A ser Llenado por la Oficialía de Registro Cívico donde se Inscribe a la/al Recién Nacid@.

E. A SER LLENADO POR LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CÍVICO DONDE SE INSCRIBE A LA/AL RECIEN NACID@		
Oficialía de Registro Cívico.....	Nombre(s) y Apellidos de la/del Oficial de Registro Cívico:	
Nº de Oficialía:		
Nº de Libro: Nº de Partida:		
Departamento		
Provincia	Firma	Selló Profesional
Municipio	Fecha de Registro:	de de 20.....
Localidad	Sello de la Oficialía Registro Cívico	

Este espacio solamente existe en el original y primera copia. El personal de salud no debe realizar ningún registro. Este espacio es utilizado exclusivamente por la Oficialía de Registro Cívico donde se inscribe el nacimiento.

Destino de las copias del CEMENAVI

Original (Blanca) y Primera Copia (Blanca) – **PARA EL REGISTRO CIVIL** – Acompañará a la familia para ser presentada a la Oficialía de Registro Cívico, donde se cumplirán los procedimientos de ley para la inscripción del nacimiento. La Primera copia (Blanca) será entregada a la familia una vez registrado el nacimiento y llenado el espacio inferior del Certificado de Nacid@ Viv@.

Segunda Copia (Amarilla) – **PARA EL SNIS** – Seguirá el mismo proceso que las copias SEDES de los otros formularios de Vigilancia y Producción, llegando a la Red o al nivel departamental donde su información será sistematizada.

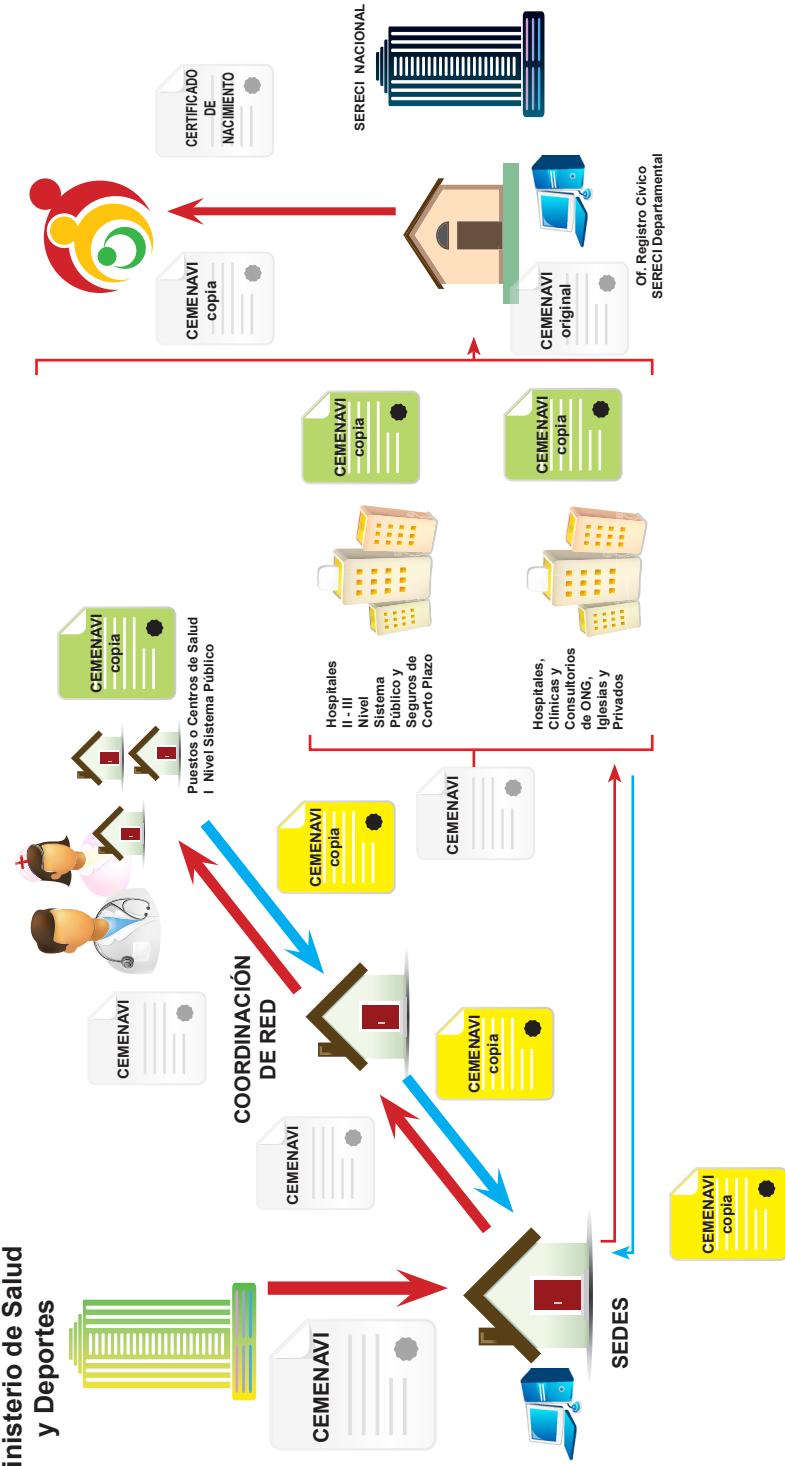
Tercera Copia (Verde) – **PARA EL ESTABLECIMIENTO** - Permanecerá en el establecimiento donde se certificó el nacimiento.

Instrucciones Finales del Certificado Médico de Nacid@ Viv@

- Es importante informar a los familiares del recién nacido, que deben acudir a la Oficina del Registro Cívico correspondiente a realizar el trámite para la obtención del Certificado de Nacimiento antes de 6 meses a partir de ocurrido el evento, ya que, de no realizar dicho trámite en el tiempo establecido por los Códigos Civiles Estatales, deberán acatar los lineamientos señalados sobre registro extemporáneo.
- Se le debe aclarar a la madre que el *Certificado Médico de Nacid@ Viv@ NO SUSTITUYE AL CERTIFICADO DE NACIMIENTO* como documento legal para realizar trámites oficiales.
- El *Certificado Médico de Nacid@ Viv@* se utilizará sólo para certificar aquellos nacimientos ocurridos a partir de enero de 2012, por ningún motivo amparará un nacimiento ocurrido con anterioridad, de ser así, la madre, los familiares o el propio interesado tendrá que acudir directamente a la Oficina del Registro Civil correspondiente para que le indique el procedimiento a seguir.
- En el caso que la certificación sea hecha por Médico Tradicional o Partera, el original (copia blanca) debe entregarse al familiar, y las dos copias restantes deben quedarse o hacerse llegar al Establecimiento de Salud que le suministró el certificado.

**Ministerio de Salud
y Deportes**

FLUJO DE LA INFORMACIÓN DE NATALIDAD



CEMENAVI: Original y Primera Copia

		CERTIFICADO MÉDICO DE NACID@ VIV@ (Para nacimientos ocurridos en territorio boliviano en establecimientos de salud regista el personal responsable de la atención y revisión del Recién Nacido)					
		CÓDIGO SUBSECTOR A B C D E F					
A. DATOS DE LA/DEL RECIEN NACIDO@		RECIEN NACIDO@ Nombres					
Apellido Paterno		Apellido Materno					
1. LUGAR DE NACIMIENTO País: BOLIVIA Departamento: Provincia: Municipio: Localidad: No puede determinarse Otros		2. EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN: Establecimiento de Salud Vivienda (domicilio particular) Via 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			
5. ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO@ Pediatra/Neonatologo(o) Ginecó Obstetra Médico(a) Enfermero(a) Aux. de Enfermería Médico Tradicional Parteira(o) Otra(s) No puede determinarse		6. 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	
11. LENGUA O IDIOMA MATERO (Ver lista en instructivo)		12. IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA MAYORMENTE		13. AUTOPERTENENCIA/IDENTIDAD CULTURAL (Ver lista en instructivo)		10. MALFORMACIONES CONGENITAS Si _____ ¿Cuál? No _____	
Apellido Paterno 14. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE Boliviana _____ Extranjera _____ País _____ Departamento _____ Provincia _____ Municipio _____ Localidad _____ No puede determinarse		15. GRADO DE INSTRUCCION Sin instrucción Primaria Secundaria Técnica Universitario Otro No puede determinarse		16. RECIBIO ATENCIÓN PRENATAL Aproximada Edad _____ Día _____ Mes _____ Año _____ No puede determinarse		18. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO Viva Fallecida No puede determinarse	
20. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Total Embarazos Anteriores _____ Total nacidos vivos _____ Total nacidos vivos que murieron _____ Total abortos _____ Total nacidos muertos _____ No puede determinarse		21. ESTE NACIMIENTO FUE: Parto No Complicado (Eutóxico) _____ Parto Con Complicaciones (Distóxico) _____ Cesárea _____ No puede determinarse		22. EL PARTO O EXPULSION FUE ATENDIDO POR Médico Obstetra _____ Otro Médico _____ Enfermero(a) _____ Partera/Médico Tradicional _____ Otro _____ No puede determinarse			
23. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE Expedido en: _____		C.I.: _____ Pasaporte: _____ RUN: _____		Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____		No porta: _____	
C. PERSONA QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO		Nombre(s) y apellidos: _____ Matrícula Profesional MSD: _____ C.I.: _____ Exp. en: _____ Firma: _____ Fecha de Emisión del Certificado: _____ Año 20_____ Sello Profesional: _____					
D. IMPRESIÓN PLANTAR, DACTILAR Y SELLO INSTITUCIONAL							
				HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE 		SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE FIRMA DE LA MADRE	
TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER "NOTA ACLARATORIA" EN LA CARA POSTERIOR DE LA PRIMERA HOJA ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVICO							
E. A SER LLENADO POR LA OFICIALIA DE REGISTRO CIVICO DONDE SE INSCRIBE A LA/AL RECIEN NACIDO@							
Oficialia de Registro Civil: _____		Nombre(s) y Apellidos de la/ del Oficial de Registro Civil: _____					
Nº de Oficialia: _____							
Nº de Libro: _____ N° de Partida: _____							
Departamento: _____							
Provincia: _____							
Municipio: _____							
Localidad: _____							
Firma: _____		Sello de la Oficialia Registro Civil: _____					
Fecha de Registro: _____ de _____ de 20_____							

CEMENAVI: Segunda y Tercera Copias

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:		CERTIFICADO MÉDICO DE NACID@ VIV@ <small>(Para nacimientos ocurridos en territorio boliviano en establecimientos de salud registra el personal responsable de la atención y revisión del Recién Nacido)</small>						
CÓDIGO SUBSECTOR								A B C D E F
A. DATOS DE LA/DEL RECIÉN NACID@ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____		RECIÉN NACID@ Nombres _____						
1. LUGAR DE NACIMIENTO País: BOLIVIA Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____		2. EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN: Establecimiento de Salud Vivienda (domicilio particular) Via 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		
5. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACID@ Pediatra/Neonatologo(a) _____ Ginecó Obsteta _____ Médico(a) _____ Enfermero(a) _____ Aux. de Enfermería _____ Médico Tradicional _____ Parteira _____ Otro(s) _____ No puede determinarse _____		6. EDAD GESTACIONAL Semanas _____ No puede determinarse _____		7. PESO Y TALLA AL NACER Peso _____ gramos Talla _____ cm No puede determinarse _____		8. APGAR DEL RECIÉN NACIDO VIVO Al minuto _____ 1 - 10 A los 5 minutos _____ 1 - 10 No puede determinarse _____		
9. PRODUCTO DE EMBARAZO Único _____ Gemelar _____ Triple o más _____ No puede determinarse _____		10. MALFORMACIONES CONGENITAS Sí _____ ¿Cuál? _____ No _____		B. DATOS DE LA MADRE Código CIE llenado por estadística				
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____								
11. LENGUA O IDIOMA MATERO (Ver lista en instructivo) Boliviana _____ Extranjera _____ No puede determinarse _____		12. IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA MAYORMENTE Sin instrucción _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitario _____ Otro _____		13. AUTOPERTENENCIA/IDENTIDAD CULTURAL (Ver lista en instructivo)		14. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE País _____ Departamento _____ Provincia _____ Municipio _____ Localidad _____		
15. GRADO DE INSTRUCCIÓN Sin instrucción _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitario _____ Otro _____		16. ESTADO CIVIL Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____ Viuda _____ Unión Estable _____ No puede determinarse _____		17. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO Aproximada _____ Edad _____ Día _____ Mes _____ Año _____ No puede determinarse _____		18. RECEBIO ATENCIÓN PRENATAL Nº de controles _____ Ninguno _____ No puede determinarse _____		
19. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO Viva _____ Fallecida _____ No puede determinarse _____		20. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Total Embarazos Anteriores _____ Total nacidos vivos _____ Total nacidos vivos que murieron _____ Total abortos _____ Total nacidos muertos _____ No puede determinarse _____		21. ESTE NACIMIENTO FUE: Parto No Complicado (Eutóxico) _____ Parto Con Complicaciones (Distóxico) _____ Cesárea _____ No puede determinarse _____		22. EL PARTO O EXPULSION FUE ATENDIDO POR Médico Obstetra _____ Otro Médico _____ Enfermero(a) _____ Partera/Médico Tradicional _____ Otro _____ No puede determinarse _____		
23. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE C.I.: _____ Pasaporte: _____ Número: _____ Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____ No porta: _____ Expedido en: _____								
24. CERTIFICADO POR Médico _____ Lic. Enfermera _____ Aux. Enfermera _____ Médico Tradicional _____ Parteira _____		C. PERSONA QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO Nombre(s) y apellidos _____ Matrícula Profesional M.S.D.: _____ C.I.: _____ Exp. en: _____ Firma: _____ Fecha de Emisión del Certificado: _____ Año 20_____ Setor Profesional: _____						
D. IMPRESIÓN PLANTAR, DACTILAR Y SELLO INSTITUCIONAL								
				HUELLA DEL DEDO PULGAR 		DERECHO DE LA MADRE FIRMA DE LA MADRE 		
						SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN CERTIFICANTE 		
<small>TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER "NOTA ACLARATORIA" EN LA CARA POSTERIOR DE LA PRIMERA HOJA ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CÍVICO</small>								

INSTRUCTIVO DE LLENADO CEMENAVI

ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CERTIFICA: Anotar el nombre del establecimiento o consultorio de salud. **CÓDIGO DEL SUBSECTOR:** Al que corresponde (A: Público, B: Seguridad Social, C: ONG, D: Dependiente de alguna Iglesia, E: Privados, F: Fuerzas Armadas).

A: DATOS DE LA/DEL RECIÉN NACID@

Esta parte debe ser llenada por el personal de salud que atendió el nacimiento.

Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres: Escribir con letra de imprenta y de forma completa (no iniciales) los apellidos de la/del recién nacido, preguntando a la madre. En nombre siempre anotar “RN”.

1. LUGAR DE NACIMIENTO: En estas casillas se debe escribir con letra de imprenta el lugar exacto del nacimiento de la/del recién nacido, consignado país, departamento, provincia, municipio y localidad. Cuando es en la misma ciudad municipio, localidad será el mismo nombre.

2. EL NACIMIENTO OCURRÍO EN: Se debe marcar en la casilla que corresponda, el lugar donde se produjo el nacimiento.

3. FECHA DE NACIMIENTO: Escribir en las casillas correspondientes el día, el mes y el año (en números), en que nació. Para anotar la hora use la escala del 00:00 a 23:59, Ej. Para indicar que nació el 5 de junio de 2012, a las diez con cinco de la noche.

Hora	22	05
Día	0	5
Mes	0	6
Año	2	0

Nota: En casos de nacimientos fuera del establecimiento donde no hay datos de la hora, estimar edad clínica del neonato y anotar la hora como 00:00.

4. SEXO: Debe marcarse en la casilla que corresponde. Ej. Si es mujer debe marcar en la casilla de “femenino”. Si es difícil determinar el sexo de la/del recién nacido se marcará en la opción “no puede determinarse”.

5. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACID@: Marcar en la casilla correspondiente de la persona que atendió al Recién Nacido.

6. EDAD GESTACIONAL: Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto, en caso de no poder especificar anotar la estimación clínica (Capurro), más aproximada a la edad gestacional.

7. PESO Y TALLA AL NACER: Anote en gramos, el peso del producto. Ej. 2500 gramos. Anote en centímetros, la talla del producto. Ej. 40 centímetros.

8. APGAR DE LA/DEL RECIÉN NACID@: La escala es del 1 al 10, medidos al primer y a los cinco minutos.

9. PRODUCTO DE EMBARAZO: En estas casillas se debe marcar si fue embarazo único, doble o múltiple.

10. MALFORMACIONES CONGÉNITAS: Si son perceptibles clínicamente se marca en “Si”; y se anota en “No” si no se observa ninguna. En caso de “Si” también anotar la malformación en el espacio punteado “¿Cuál?.....”. Las casillas de Códigos CIE, serán llenadas por estadística.

B. DATOS DE LA MADRE

11. LENGUA O IDIOMA MATERNO: Primer idioma que aprendió a hablar, seguir la numeración que existe en la lista inferior del 01 al 42 (el 02 y el 40 no aplican).

12. IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA MAYORMENTE: Seguir la numeración que existe en la lista inferior del 01 al 42 (el 02 y el 40 no aplican).

13. AUTOPERTENENCIA / IDENTIDAD CULTURAL CON PUEBLO O NACIONALIDAD: Nación o pueblo indígena originario campesino o comunidad intercultural y afroboliviana con el que se identifica la madre. Se sigue la numeración que existe en el listado inferior, del 01 al 42 (el 01 y 39 no aplican).

01. Castellano	07. Canichaca	13. Guaraní	19. Machineri	25. Movina	31. Tapiete	37. Yuracaré
02. Afroboliviano	08. Caviejo	14. Guarasu’we	20. Maropa	26. Pacawara	32. Toromona	38. Zamuco
03. Aymara	09. Cayubaba	15. Guarayu	21. Mojeño-Trinitario	27. Puquina	33. Uru-Chipaya	39. Sordomuda
04. Araona	10. Chácobo	16. Itonama	22. Mojeño-ignaciano	28. Quechua	34. Weenhayek	40. Ninguno
05. Baure	11. Chimán	17. Leco	23. Moré	29. Sirionó	35. Yaminawa	41. Se ignora
06. Bésire	12. Ese-Ejja	18. Machajuyai-kallawaya	24. Mosetén	30. Tacana	36. Yuki	42. Extranjero

14. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE: Se debe marcar en la casilla correspondiente, dependiendo del país de origen de la madre (Boliviana, Extranjera o No puede Determinarse). En los espacios siguientes se debe escribir el lugar donde la madre tiene su residencia de manera permanente durante los últimos nueve meses, exceptuando periodos largos de hospitalización, consignado país, departamento, provincia, municipio, localidad.

15. GRADO DE INSTRUCCIÓN: En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda, el grado de instrucción de la madre.

16. ESTADO CIVIL: En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda el estado civil de la madre.

17. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: Escribir en las casillas correspondientes la edad en años de la madre.

18. RECIBIO ATENCION PRENATAL: Indicar el número de consultas si recibió atención prenatal, ya sea por personal de salud, partera u otro. Si no se puede determinar ó no que realizó algún control prenatal, marcar la casilla correspondiente.

19. CONDICIÓN DE LA MADRE (DESPUES DEL PARTO/CESAREA): Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto u otras circunstancias.

20. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE: Anotar en números en la casilla Total Embarazos Anteriores el número de gestaciones de la madre sin contar el presente, Total nacidos vivos: cuantos nacieron vivos, independiente mente si a la fecha están vivos o no, Total nacidos vivos que murieron: cuantos nacieron vivos pero murieron antes de cumplir 7 días, Total abortos que tuvo la madre (productos fallecidos antes de la 22^a semanas de gestación), Total naci dos muertos: cuantos óbitos (productos fallecidos después de las 22^a semana de gestación pero antes del nacimiento).

21. ESTE NACIMIENTO FUE: Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando este es de 22 semanas o mas de gestación y se clasifica como: eutóxico, distóxico (si existió complicación), cesárea, o se desconoce.

22. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Marcar en la casilla correspondiente el documento que porta la madre (Cédula de Identidad, Pasaporte, R.U.N. Certificado o Informe de Partida de Nacimiento), anotar el número (no aplica para Certificado o Informe de Partida de Nacimiento), el lugar de expedición. De la misma manera marcar si “no porta” ninguno de estos documentos de identidad.

D. PERSONAL QUE CERTIFICA

23. CERTIFICADO POR: En este apartado debe anotarse el nombre y los ape lidos del personal de salud que certifica, además de la fecha de emisión del certificado.

Debe escribirse con letra de imprenta los datos de la persona que suscribe el certificado juntamente su firma y sello correspondiente.

ESPACIOS PARA IMPRESIONES Y SELLOS: En los espacios que aparecen en la parte inferior del certificado se tomará la huella del pie derecho de la/del recién nacid@ y la huella del dedo pulgar derecho de la madre (para lo cual no se requiere de una tinta especial), así mismo, se plasmará la firma de la madre (si la madre no sabe firmar se deja solo con el sello del dedo pulgar derecho), y el sello oficial de la institución que certificó el nacimiento. **SIN ESTA INFORMACIÓN EL CERTIFICADO DE NACID@ VIV@ NO TENDRÁ VALIDEZ. EN CASO DE QUE LA MADRE NO SEPA LEER Y ESCRIBIR, EL FORMATO DEBERÁ LLEVAR FORZOSAMENTE LA HUELLA DE LA MADRE TAMBIÉN EN EL ESPACIO DESTINADO PARA LA FIRMA.**

E. A SER LLENADO POR LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVICO DONDE SE INSCRIBE A LA/AL RECIEN NACIDA/O

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

PERINATAL

C E M E D E P

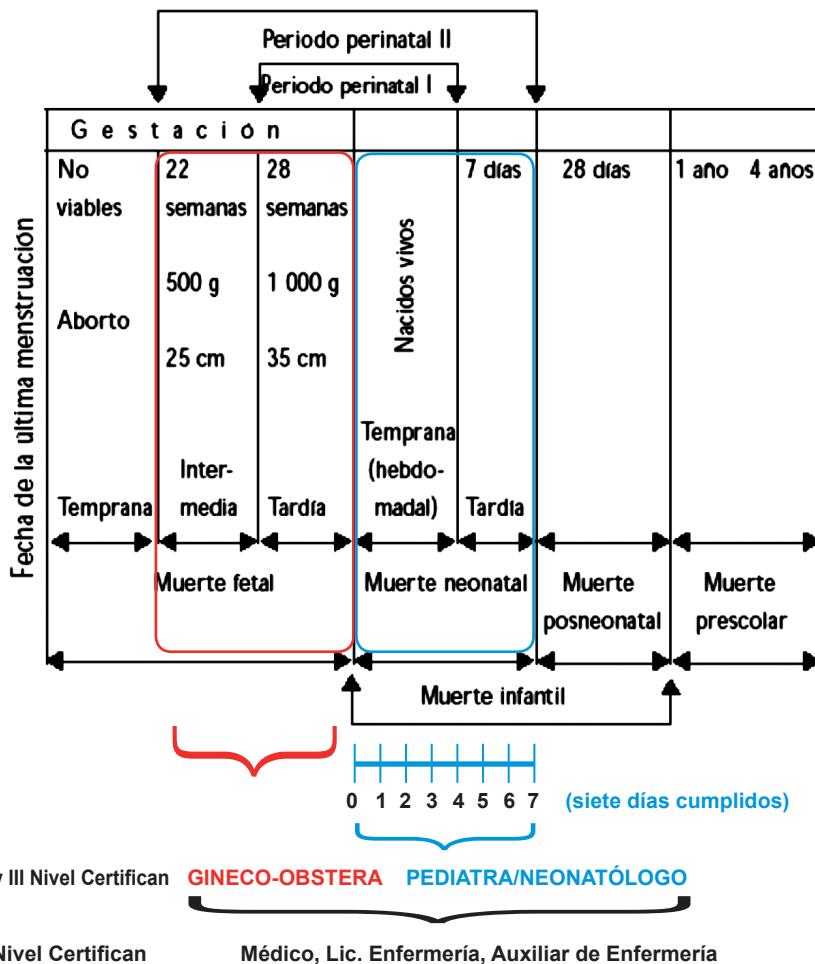
El Certificado Médico de Defunción Perinatal (CEMEDEP) se utiliza para constar todo fallecimiento de productos de 22 semanas de gestación hasta las defunciones recién nacidos menores de 7 días de vida cumplidos. Se extiende por triplicado (original para dolientes que va al Registro Cívico, primera copia de color amarillo para el Sistema de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y la segunda copia de color verde se queda en el establecimiento de salud o Instituto de Investigaciones Forenses que Certifica). Es documento indispensable para obtener el permiso de inhumación o cremación del occiso (Art. 49, Decreto Reglamentario del Registro Civil).

¿Quién debe llenar el CEMEDEP?

Muertes Naturales (por enfermedad):

- El médico está obligado a extender la certificación de defunción cuando el paciente fallece de la enfermedad que estuvo siendo tratada por él, incluso hasta siete días después de haber dado de alta al paciente cuya enfermedad consideró superada, siempre y cuando el fallecimiento no hubiera sido atendida por otro médico en el momento de su deceso, en cuyo caso, el certificado de defunción será extendido por este último.
- Si el médico considera que existen dudas fundadas sobre la causa de muerte de una persona, aún dentro de las previsiones del párrafo anterior, deberá solicitar la autopsia.
- En el área rural en caso de no haber existido atención médica previa y no haber posibilidad de autopsia, el médico debe hacer una reconstrucción de la historia clínica o realizar la autopsia verbal y emitir la certificación médica de defunción, haciendo constar el hecho.
- Si el médico considera que existen signos de violencia en el difunto, puede pedir el concurso de un médico forense o la autoridad para que esta solicite la autopsia y certifique la defunción.

Gráfico 1. PROFESIONAL QUE DEBE CERTIFICAR EL CEMEDEP SEGÚN LOS PERIODOS PERINATALES Y EL NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: Adaptado de: Contreras Lemus J. Figura 1. Periodos para clasificar los diferentes momentos en que ocurre la muerte de los niños. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Enero - Marzo 2000.

Muertes Violentas o Dudosas:

- Si se sospecha que la muerte ocurrió como consecuencia de un accidente, homicidio, o es sospechosa de no ser natural; se deberá dar aviso a las autoridades judiciales, ya que en estos casos es el médico forense o alguna otra autoridad designada quien deberá certificar la defunción.
- Dentro de este tipo de muertes no importa si la defunción ocurrió en un establecimiento de salud, la muerte debe ser certificada por un médico forense, debiéndose explicar a los dolientes esta situación (ver anexos jurídicos).
- También entran dentro de este grupo las muertes sin atención médica previa y las muertes fuera de un establecimiento de salud (domicilio, vía pública, hospicios, penitenciarías), entonces generará sospecha de las causas de la muerte, debe ser certificada por medicina forense.

Instrucciones Generales Para el Llenado del CEMEDEP

Antes de llenar el formulario, el certificador debe leer cuidadosamente las instrucciones que vienen al reverso de la última copia.

- El llenado del CEMEDEP es **OBLIGATORIO** para toda defunción ocurrida en el territorio nacional.
- El formato debe llenarse con bolígrafo (“*punta bola*”), en letra de molde (impresa), legible, sin utilizar abreviaturas y ocupando los espacios destinados para cada variable (de no hacerlo el estadístico está autorizado a pedirle explicación y correcciones en las copias).
- La persona que expide el *Certificado* debe llenarlo en su totalidad, **no se harán válidos los certificados que no estén llenos completamente ni firmados por el certificador y con sellos correspondientes**.
- Por ningún motivo, se podrá comercializar el CEMEDEP, condicionar su entrega, ni mucho menos subordinar la entrega del difunto por falta de pago, dado que dicho documento se otorga de manera gratuita y bajo ningún condicionamiento, por lo que la contravención a lo dispuesto en este señalamiento será sancionado conforme a las penas que se hagan acreedores de conformidad a lo establecido en la legislación penal vigente; y tratándose de servidores públicos, además deberá acatarse a lo establecido en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.
- SI SE EQUIVOCAS al llenar alguna variable, PUEDE BORRAR O USAR CORRECTOR, debiendo siempre en la cara posterior del original escribir “**NOTA ACLARATORIA**”, donde explica que es lo que quiso escribir, seguida de la firma y el sello profesional correspondiente, que habilitan a ese certificado de defunción corregido frente al Registro Cívico. Las correcciones se realizan siempre que los errores sean “salvables”.

- También es aplicable cuando los dolientes retornan porque hubo algún error que quiere que se corrija. En cualquier caso también se debe corregir en las otras dos copias.
- SI LA EQUIVOCACIÓN ES “INSALVABLE” ANULE EL CERTIFICADO Y LAS DOS COPIAS, devolviendo las mismas a estadística o SNIS-VE del SEDES correspondiente.
- NO SE DEBE LLENAR OTRO CERTIFICADO PARA DAR “COPIAS LEGALIZADAS”, las “Copias Legalizadas” deben ser FOTOCOPIAS LEGALIZADAS DE LA COPIA DE COLOR VERDE, Y LAS TIENE QUE DAR LA INSTITUCIÓN (Dirección y Departamento Jurídico donde existiese) y no es responsabilidad del profesional que certificó (Ver Anexo Jurídico). En los centros de I nivel la copia legalizada lo puede realizar el mismo profesional en salud que certificó.

Partes del CEMEDEP

El certificado consta de seis segmentos:

1. Nombre del Establecimiento de Salud u Otro que Certifica, y Código de Subsector.
2. Parte A. Datos del Feto/Recién Nacido, del embarazo y del suceso.
3. Parte B. Causas de la Defunción Fetal o Neonatal Precoz.
4. Parte C. Datos de la madre.
5. Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica.
6. Parte D. Persona que Certifica la Defunción.

1. Nombre del Establecimiento u Otro y Código de Subsector.

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTE SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	N° 12300001 CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN PERINATAL CÓDIGO R.A. SALUD INE 104 (09/2006) <small>(Para defunciones ocurridas desde la semana 22 de gestación hasta menores de 7 días después al nacimiento)</small> <small>Defunciones Intrauterinas Certifican Obstétricas y Defunciones Neonatales Certifican Pediatras (II y III Nivel)</small> <small>En I Nivel Certifica el Personal de Salud que atendió el parto o atendió último al recién nacido</small> ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:.....HOSPITAL GERMAN URQUIJO CÓDIGO SUBSECTOR <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I
---	--

En este espacio llenar el nombre del establecimiento de salud (consultorio, clínica, policlínica, hospital, instituto forense, etc.), luego se encerrará con un círculo el código de subsector de salud al que pertenece el establecimiento de salud u otro que certifica. Los subsectores son:

- A) Público (dependientes del Ministerio de Salud, SEDES, Alcaldías);
- B) Seguro Social a Corto Plazo (Caja Nacional de Salud, COSSMIL, Seguros Sociales Universitarios, Caja de Salud CORDES, Caja de Salud Bancaria Estatal, Caja de Salud de la Banca Privada, Caja de Salud de Caminos, y otros seguros);
- C) Dependientes de cualquier ONG;

- D) Dependientes de cualquier iglesia;
- E) Privados (consultorios y clínicas);
- F) Fuerzas Armadas (Sanidades Operativas de cuarteles);
- I) Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF).

Ejemplo:

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	En I Nivel Certifica el Personal de Salud que atendió el parto o atendió último al recién nacido
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:.....	IDIF ORURO
CÓDIGO SUBSECTOR A B C D E F I	

2. Parte A. Datos del Feto o Recién Nacida/o. (Variables 1 al 9)

En este apartado el certificante debe poner especial atención en las variables que tienen relación con el producto, algunas del embarazo y de la atención del parto o expulsión.

Apellidos Paterno, Materno y Nombres. Si se tiene el documento de los progenitores copiar directamente los apellidos. En nombre NO ESCRIBIR NADA, en caso de muerte neonatal precoz, porque ya viene **RECIEN NACIDA/O**. En caso de muerte intrauterina, anotar FETO.

Variable 1 (LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO). Si ocurrió en territorio boliviano se sigue la división política que tenemos vigente. Después de municipio está “Localidad” que en el caso de que ocurriera en la misma población municipal el nombre se repite, pero cambiará si fue en otra población pero perteneciente a un municipio (ejemplo cuando sucede en ciudades capitales se repite el nombre del municipio en localidad). Si la defunción ocurrió en el extranjero y el cadáver es repatriado, solamente se escribe el nombre del país y en localidad la ciudad o localidad donde sucedió, ya que otros países tienen otra forma de división política.

Variable 2 (EL FALLECIMIENTO OCURRIO EN). Se marca en la casilla correspondiente del lugar físico donde se produjo el deceso. Puede suceder que existan casos en los que se desconozca dicho dato, entonces se tendrá que marcar la casilla “No puede determinarse”.

Muerte en Establecimiento de Salud: “Muerte en Servicio” es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un establecimiento de salud en una ambulancia del establecimiento, será también como “en servicio”, registrará el establecimiento que refiere. Registrará el establecimiento de destino siempre y cuando sea de este la ambulancia.

Variable 3 (EN RELACIÓN AL PARTO, LA DEFUNCIÓN OCURRIO). Debe marcarse en la casilla correspondiente, el momento que sucedió la defunción en relación con el parto, (antes de iniciarse las contracciones del trabajo de parto, en algún momento del parto, o después del parto pero hasta los siete días de vida cumplidos). Puede suceder que existan casos en los que se desconozcan dichos datos, entonces tendrá que marcarse la casilla “No puede determinarse”.

Variable 4 (HORA Y FECHA DE EXTRACCIÓN / EXPULSIÓN Y DE LA DEFUNCIÓN). En las columnas de hora, minutos, día, mes y año; se deben registrar dos números en cada casilla. Para tal efecto las horas son de 00 a 23; los minutos del 00 al 59; los días desde el 01 al 31 (dependiendo del mes), el mes en números (Enero 01 y Diciembre 12); el año solamente los dos últimos dígitos (ver ejemplo abajo). Esta variable incluye “Probable” que se encuentran al lado derecho de cada fila, se marca la casilla de “Probable” solo en aquellos casos cuando no se conozcan los datos certeros y se anoten aproximados; por ejemplo en muertes intrauterinas, o productos abandonados.

Ejemplo: Paciente llega transferida de área rural (San Benito, Cochabamba), en fecha 21 de noviembre de 2011 a las 8 de la mañana, con embarazo de 35 semanas de gestación, refiere tres días que no percibe movimientos fetales (Hoja de transferencia “Fetocardia Negativa”). La expulsión se produce por inducción ese mismo día, a las cuatro y media de la tarde, el producto por examen clínico se encuentra macerado con desprendimiento de piel de pequeño diámetro en varias regiones del cuerpo (ver: Tabla de Maceración Fetal Intrauterina); impregnación de meconio, circular de cordón.

A. DATOS DEL FETO O RECIÉN NACIDA/O						
MORALES	CARRASCO	RECIÉN NACIDA/O				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres				
1. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO						
BOLIVIA						
País						
Departamento	COCHABAMBA					
Provincia	PUNATA					
Municipio	SAN BENITO					
Localidad	SAN BENITO					
Abandonado	Extranjero					
2. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN						
Establecimiento de Salud						
Vivienda (domicilio particular) <input checked="" type="checkbox"/>						
Via Pública						
Otros						
No puede determinarse						
3. EN RELACIÓN AL PARTO LA DEFUNCIÓN OCURRIO						
Antes del inicio del trabajo de parto						
Durante el trabajo de parto						
Después del parto						
No puede determinarse						
4. HORA Y FECHA DE PARTO (EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN) Y DE LA DEFUNCIÓN Probable						
EXT/EXP	16	30	21	11	11	Probable
FALLEC	00	00	18	11	11	<input checked="" type="checkbox"/>
	Hora	Min	Día	Mes	Año	
5. SEXO						
Masculino <input checked="" type="checkbox"/>						
Femenino						
No puede determinarse						
6. EDAD GESTACIONAL						
Semanas <input checked="" type="checkbox"/> 3 5						
No puede determinarse						
7. PESO AL NACER (Registrar en gramos)						
Gramos	2	0	0	0		
No puede determinarse						
8. TALLA AL NACER (Registrar en centímetros)						
Centímetros	4	6				
No puede determinarse						
9. EL PRODUCTO ERA						
Único <input checked="" type="checkbox"/>						
Gemelar						
Tres o más						
No puede determinarse						

Cuando la fecha de fallecimiento es “probable”, se registra la hora 00:00, para fines estadísticos, que no deberán ser mal interpretados por la justicia.

Para el registro de la fecha de defunción en productos fallecidos intrauterinamente, se puede seguir las pautas de maceración fetal:

Tabla 1. MACERACIÓN FETAL INTRAUTERINA.

GRADOS	TIEMPO DE MACERACIÓN	EXAMEN FÍSICO	HISTOPATOLOGÍA DE LA PLACENTA	ULTRASONOGRAFÍA
Grado I	> 6 horas	- El desprendimiento de la piel (esfacelación), es >1cm. - Coloración rojo – pardo del cordón umbilical.	Cariorrexis intravascular de las vellosidades.	Cese de Latido Cardíaco: Registro plano con Doppler espectral o modo M; falta de señal en Doppler color Signos Precoces (menos de 2 días de óbito):
	> 12 horas	- La esfacelación incluye cara, abdomen y espalda en pequeñas áreas.		- Aurículas planificadas con contenido aneocoico y colapso parcial o total de cámaras ventriculares cardíacas. - Colapso y falta de pulsatividad (modo M o Doppler) en vasos sistémicos fetales como aorta, VCI, cerebrales y también en el cordón umbilical.
	> 18 horas	- La esfacelación ha alcanzando el 5% o más de superficie corporal total	Anormalidades del lumen vascular de las vellosidades del tronco, incluso el "septo" fibroblástico y eliminación total del lumen Multifocales, 2 o más días.	
	> 24 horas	- Vesículas subepidérmicas llenas de fluidos (bulas), de bordes anémicos. - La hemólisis le da al tejido una coloración rojo – violeta.		
	> 5 días	- El cerebro muestra consistencia semiliquida. - En el cráneo se separan las suturas y aparece cabalgamiento óseo.		Signos de Duración Intermedia (aparecen a 2 - 4 días desde el óbito): - Halo Pericefálico "Corona del Santo": separación del plano epidérmico en la cabeza ósea fetal.
Grado II	> 7 días	- Los tejidos blandos periorbitales se vuelven laxos (aspecto como de desarticulación o luxación).		
Grado III	> 2 semanas	- Deshidratación de los tejidos con un feto papiráceo (proceso de momificación).	Anormalidades del lumen vascular de las vellosidades del tronco, incluso el "septo" fibroblástico y eliminación total del lumen Extenso, 2 ó más semanas. Fibrosis extensa de las vellosidades terminales.	Signos Tardios (desde la segunda semana): - Trombos intracardíacos visualizados como material hiperecogénico intraluminal sin sombra acústica. - Edema subcutáneo torácico y abdominal. - Caída del maxilar inferior o signo de la boca abierta (Signo de Brakeman). - Líquido periencefálico (subaracnoideo). - Cabalgamiento de huesos de la calota (signo de Spalding). - Irregularidadcefálica con asimetría o aplastamiento - Deformidad ocular (aspecto aplanado, ovoide, protruyente). - Líquido en serosas (pleural, peritoneal, escrotal). - Gas visceral fetal, "Signo de Robert" (imágenes hiperecogénicas perihepáticas). - Desproporción corporal fetal (indican maceración avanzada).

Fuente: Elaboración en base a bibliografía consultada.

De la misma manera en aquellos casos en los cuales son encontrados recién nacidos fallecidos en basurales u otros sitios, sin datos de familiares u otros, tratar de hacer una estimación del tiempo aproximado de fallecimiento y si nació o no con vida.

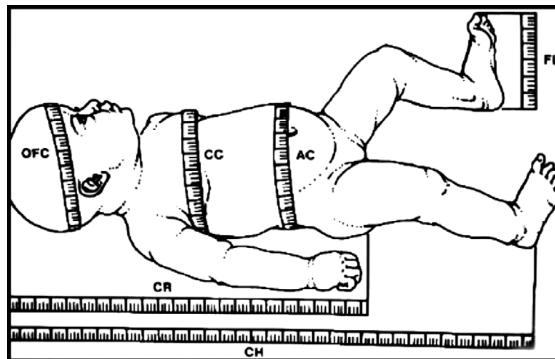
Variable 6 (EDAD GESTACIONAL). Debe ser establecida en semanas completas contadas a partir del primer día de la última menstruación, a menos que ésta haya sido corregida por otra técnica diagnóstica (ecografía, etc.). Para los productos abandonados, hacer la estimación correspondiente. El profesional de salud puede utilizar auxiliares para ello, como son: Capurro, Antropometría (mediciones de peso, talla), Tabla de Promedios y Desvíos Estándar de Peso y Tallas.

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

					Puntuación
Forma de la OREJA	Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del Pabellón 0	Pabellón parcialmente Incurvado en el borde Superior 8	Pabellón Incurvado todo el borde superior 16	Pabellón Totalmente Incurvado 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15	
Formación del PEZON	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Mas gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas apergaminadas 20
PLIEGUES PLANTA-RES	Sin pliegues 0	Marcoas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcoas bien definidas en la $\frac{1}{3}$ anterior. Surcos en $\frac{1}{3}$ anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Surcos en mas de la mitad anterior 20

Se suma 204 +
Puntaje Parcial
y se divide entre 7

Gráfico 2. ANTROPOMETRÍA FETAL.



OFC: Occipital Front Circumference (Perímetro cefálico); CC: Chest Circumference (Perímetro torácico); AC: Abdominal Circumference (Perímetro abdominal); CR: Crown – Rump length (Longitud corona - cóccix); CH: Crown – Heel length (Longitud corona - talón); FL: Foot Length (Longitud plantar).

Tabla 2. PROMEDIOS Y DESVÍOS ESTÁNDAR DE PESOS Y MEDIDAS DE INFANTES NACIDOS MUERTOS.

EDAD GESTACIONAL SEMANAS (sem)	PESO CORPORAL GRAMOS (g)	CORONA – COXIS CENTÍMETROS (cm)	CORONA – TALÓN CENTÍMETROS (cm)	DEDO – TALÓN CENTÍMETROS (cm)
20	313 +/- 139	18,0 +/- 2,0	24,9 +/- 2,3	3,3 +/- 0,6
21	353 +/- 125	18,9 +/- 4,8	26,2 +/- 3,6	3,5 +/- 0,6
22	398 +/- 117	19,8 +/- 9,6	27,4 +/- 2,5	3,8 +/- 0,4
23	450 +/- 118	20,6 +/- 2,3	28,7 +/- 3,3	4,0 +/- 0,5
24	510 +/- 179	21,5 +/- 3,1	29,9 +/- 4,3	4,2 +/- 0,8
25	581 +/- 178	23,3 +/- 4,0	31,1 +/- 6,5	4,4 +/- 0,8
26	663 +/- 227	23,2 +/- 4,1	32,4 +/- 5,3	4,7 +/- 0,9
27	758 +/- 227	24,1 +/- 2,9	33,6 +/- 3,2	4,9 +/- 1,4
28	864 +/- 247	24,9 +/- 2,2	34,9 +/- 5,6	5,1 +/- 1,2
29	981 +/- 511	25,8 +/- 4,1	36,1 +/- 5,9	5,3 +/- 1,2
30	1115 +/- 329	26,6 +/- 2,4	37,3 +/- 3,6	5,6 +/- 0,7
31	1259 +/- 588	27,5 +/- 3,0	38,6 +/- 2,7	5,8 +/- 0,7
32	1413 +/- 623	28,4 +/- 2,8	39,8 +/- 5,4	6,0 +/- 0,6
33	1578 +/- 254	29,2 +/- 3,5	41,1 +/- 3,1	6,2 +/- 0,4
34	1750 +/- 494	30,1 +/- 3,5	42,3 +/- 4,3	6,5 +/- 0,8
35	1930 +/- 865	30,9 +/- 3,9	43,5 +/- 5,8	6,7 +/- 0,9
36	2114 +/- 616	31,8 +/- 4,0	44,8 +/- 7,2	6,9 +/- 0,8
37	2300 +/- 647	32,7 +/- 5,1	46,0 +/- 7,9	7,2 +/- 0,9
38	2485 +/- 579	33,5 +/- 2,6	47,3 +/- 3,9	7,4 +/- 6,1
39	2667 +/- 596	34,4 +/- 3,7	48,5 +/- 4,9	7,6 +/- 0,5
40	2842 +/- 482	35,2 +/- 6,4	49,7 +/- 3,2	7,8 +/- 0,7
41	3006 +/- 761	36,1 +/- 3,7	51,0 +/- 5,4	8,1 +/- 0,8
42	3156 +/- 678	36,9 +/- 2,0	52,2 +/- 3,0	8,3 +/- 0,5

Fuente: Women & Infants Hospital, Providence, RI. From Jones KL., Harrison JW, Smith DW: Palpebral fissure size in newborn infants, J Ped 1978; 92:787.

Sigue ejemplo de arriba: producto de 2.000g; talla 46cm; corona coxis 31cm y promedio de dedo-talón de 6,7cm; tendremos una **Edad gestacional de 35 semanas aproximadamente**. Pero este resultado debe también tenerse en cuenta el resultado de Capurro y FUM de la madre.

3. Parte B. Causas de la Defunción Fetal y/o Neonatal Precoz (Variable 10)

Variable 10 (CAUSAS DE DEFUNCIÓN)

El certificado tiene tres partes distribuidas en cinco líneas para anotar las causas de muerte perinatal, identificadas con las letras a), b), c), d) y e).

B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA OBITÓ FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica	a)	
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.		
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido	b)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.		
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno	c)	
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido		
Otras enfermedades o afecciones de la madre	d)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.		
		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.	e)	

Parte I. Condición Perinatal que Causó la Muerte (Causa Fetal/Neonatal Básica).

En las líneas a) y b) deben anotarse las **enfermedades o afecciones del recién nacido o del feto**. La **enfermedad o afección más importante** se anota en a) y el resto, si existiera, en b). Por “**más importante**” se entiende aquel estado patológico que en opinión del certificador hizo la mayor contribución a la muerte del recién nacido o feto. La manera de morir, por ejemplo insuficiencia cardíaca, asfixia o anoxia, no se debe anotar en a), siempre y cuando no sea la única afección del feto o del recién nacido que se conozca. Esto es igualmente válido para el caso de la prematuridad.

Ejemplo 1: Madre de 20 años de edad segundigesta, con 37 semanas de gestación por FUM, acude a centro hospitalario con trabajo de parto de 4 horas, refiere que no percibe movimientos fetales desde hace 8 horas. Producto nace impregnado con meconio (“en pure de arvejas”), obitado, con doble circular de cordón en cuello.

B. CAUSAS DE LA DEFUNCION FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCION	NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNOSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica		
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.	a) DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	b)	
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno		
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido.	c)	
Otras enfermedades o afecciones de la madre Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	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.		
e)		

Meconio del griego *mekonium-arión* que significa similar al opio (se atribuye a Aristóteles, quien observó que los recién nacidos que tenían líquido amniótico meconial estaban adormecidos al nacer).

Parte II. Condición Materna que Causó la Defunción Perinatal (Causa Básica de Origen Materno).

En las líneas c) y d) el certificador debe anotar todas las **enfermedades o afecciones de la madre** que en su opinión tuvieron algún efecto adverso sobre el recién nacido o el feto. Aquí, de nuevo, la **afección más importante debe anotarse en c) y las otras, si las hubiera, en d).**

Ejemplo 2: Madre de 24 años de edad multigesta, con 30 semanas de gestación por FUM, acude a centro hospitalario en periodo expulsivo, refiere antecedentes de dos abortos espontáneos previos por incompetencia itsmico cervical. Producto nace con vida, pero fallece luego de 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, por desarrollar membrana hialina.

B. CAUSAS DE LA DEFUNCION FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCION	NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNOSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica		
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.	a) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	b) PREMATUREZ	
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno		
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido.	c) INCOMPETENCIA ITSMICO CERVICAL	
Otras enfermedades o afecciones de la madre Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte.	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.		
e)		

Parte III. Otras Circunstancias Pertinentes.

La línea e) se ha provisto para la anotación de cualquier otra circunstancia que el certificador considere que tiene alguna importancia en la muerte, pero que no puede ser descrita como una enfermedad o afección del recién nacido o de la madre. Un ejemplo de esto puede ser el parto sin la presencia de una persona que lo atienda.

Ejemplo 3: Madre de 21 años de edad primigesta, referida de área rural, antecedente de parto domiciliario sin atención de personal de salud hace 48 horas. Producto de 37 semanas de gestación por examen clínico, séptico fallece luego de 8 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

B. CAUSAS DE LA DEFUNCION FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica	a) SÉPIS NEONATAL	
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 .	b)	
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno	c)	
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido		
Otras enfermedades o afecciones de la madre	d)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .		
		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.	e) PARTO DOMICILIARIO SIN ATENCIÓN MÉDICA	

Aunque con frecuencia es difícil establecer las causas de la muerte fetal, el médico debe esforzarse en el interrogatorio y exploración clínica, para registrar los diagnósticos más cercanos a la realidad, evitando el uso de términos inespecíficos como es el caso de “interrupción de la circulación feto-placentaria o feto-materna”, que no aportan mayor información.

Algunas causas maternas son la preeclampsia, eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta previa, la diabetes mellitus que complica el embarazo, la rubéola o alguna otra infección o enfermedad aguda o crónica durante el embarazo, el trabajo de parto prolongado, la desproporción feto-pélvica, el traumatismo al nacer, etc.

Entre las causas fetales destacan las malformaciones congénitas, los problemas del cordón umbilical (compresión, circulares, nudos, prolaps), el sufrimiento fetal, etc. Todas estas causas aportan mayor información.

4. Parte C. Datos de la madre. (Variables 12 al 21)

Variable 12 (NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE). En estas casillas se debe marcar si la madre es boliviana o extranjera. También se escribe el lugar donde la madre tuvo su residencia de manera permanente durante los últimos nueve meses, exceptuando períodos largos de hospitalización, consignado país, departamento, provincia, municipio, localidad. Después de municipio está “Localidad” que en el caso de que ocurriera en la misma población municipal el nombre se repite, pero cambiará si fue en otra población pero perteneciente al mismo municipio (ejemplo cuando sucede en ciudades capitales se repite el nombre del municipio en localidad). Si la residencia es en el extranjero solamente se escribe solo el nombre del país, ya que otros países tienen otra forma de división política.

Las variables 13 al 20 son casillas que se llenaran de acuerdo a la información que se tenga, en todas existe la alternativa “No puede determinarse” que se debe marcar cuando no se tiene la información o se trata de casos de abandono.

Ejemplo: Mujer de 19 años de edad (fecha de nacimiento 24 de enero de 1987) acudió en fecha 5 de mayo de 2012, con antecedentes obstétricos de G:2, P:0, AB:2; no porta documento de identidad, refiere que es de la ciudad de Oruro, no realizó controles prenatales (FUM: 15 de septiembre de 2011). Ingresó por trabajo de parto prolongado (más de 12 horas), con fetocardia negativa. Nace un producto obitado, con impregnación de meconio y doble circular de cordón.

C. DATOS DE LA MADRE					
12. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE		13.GRADO DE INSTRUCCIÓN		14. ESTADO CIVIL	
Boliviana <input checked="" type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/>	Sin instrucción <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>
No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>	X	Casada <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
País <input type="checkbox"/>	BOLIVIA		Técnico <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Departamento <input type="checkbox"/>	ORURO		Universitario <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provincia <input type="checkbox"/>	CERCADO		Otro <input type="checkbox"/>	Unión Estable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Municipio <input type="checkbox"/>	ORURO		No puede determinarse <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localidad <input type="checkbox"/>	ORURO				
15. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO			16. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL		
Edad	Aproximada		Nº de controles <input type="checkbox"/>	17. CONDICION DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO	
2	4		X	Viva <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	4		Ninguno <input type="checkbox"/>	Fallecida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1		No puede determinarse <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	1	9	8	7	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>					
18. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS					
Total Embarazos Anteriores	2		19. SI SE TRATÓ DE PARTO, FUE PRINCIPALMENTE		
Total nacidos vivos	0		Parto No Complicado (Eutóxico) <input type="checkbox"/>	20. EL PARTO O EXPULSIÓN FUE ATENDIDO POR	
Total nacidos vivos que murieron	0		Parto Con Complicaciones (Distóxico) <input type="checkbox"/>	Médico Obstetra <input type="checkbox"/>	
Total abortos	2		Cesárea <input type="checkbox"/>	Otro Médico <input type="checkbox"/>	
Total nacidos muertos	0		No puede determinarse <input type="checkbox"/>	Enfermera(o) <input type="checkbox"/>	
No puede determinarse				Partera/Médico Tradicional <input type="checkbox"/>	
21. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE	C.I.: _____	Pasaporte: _____	RUN: _____	Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____	No porta <input checked="" type="checkbox"/>
Expedido en: _____		Número: _____			

Aborto del latín *Ab privativo*; *Ortus namientos*.

5. Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica. (Variable 22)

22. CERTIFICACION DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCION MEDICA (A ser llenado por personal de salud no médico, o en su ausencia por una autoridad regional).	
Causa Probable del fallecimiento.....	

Este espacio será usado exclusivamente donde no exista un médico, como ocurre en el área rural y ser llenado por personal de salud no médico o por una autoridad local en caso de que no existiera ningún personal del área de salud. Anotándose la causa probable que desencadenó o inició la muerte.

6. Parte D. Persona que Certifica la Defunción. (Variable 23)

D. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		
23. CERTIFICADO POR Médico Forense Lic. Enfermería Aux. Enfermería Otro Especifique..... 	Nombre y Apellidos Matrícula Profesional MSD: C.I.: Exp. en: Firma: Sello: Fecha de emisión del Certificado: Año 20.....	Sello de la Institución

En la variable 23 se marcará en la casilla correspondiente que profesional o persona realizó la certificación. Si se marca “Otro”, se debe registrar quién fue en “Especifico”.

Se debe anotar con letra de imprenta, legible el Nombre y Apellidos del certificador, así como el número de Matrícula Profesional, C.I. lugar donde fue expedido, la firma y el sello de la persona que certifica y la fecha en que se realiza la certificación.

En el espacio inferior derecho deberá ir el sello de la institución donde trabaja el profesional que certifica. De ser un médico de consultorio privado deberá volver a imprimir el sello profesional (a no ser que tenga un sello de consultorio). Se debe sellar en las tres hojas del certificado.

Destino de las copias del CEMEDEP

Original (Blanca) – **PARA REGISTRO CÍVICO** - Acompañará a la familia para ser presentada a la Oficialía de Registro Civil, donde se cumplirán los procedimientos de ley para la inhumación.

Primera copia (Amarilla) – **PARA EL SNIS** – Seguirá el mismo proceso que las copias SEDES de los otros formularios de Vigilancia y Producción, llegando al nivel departamental donde su información será sistematizada.

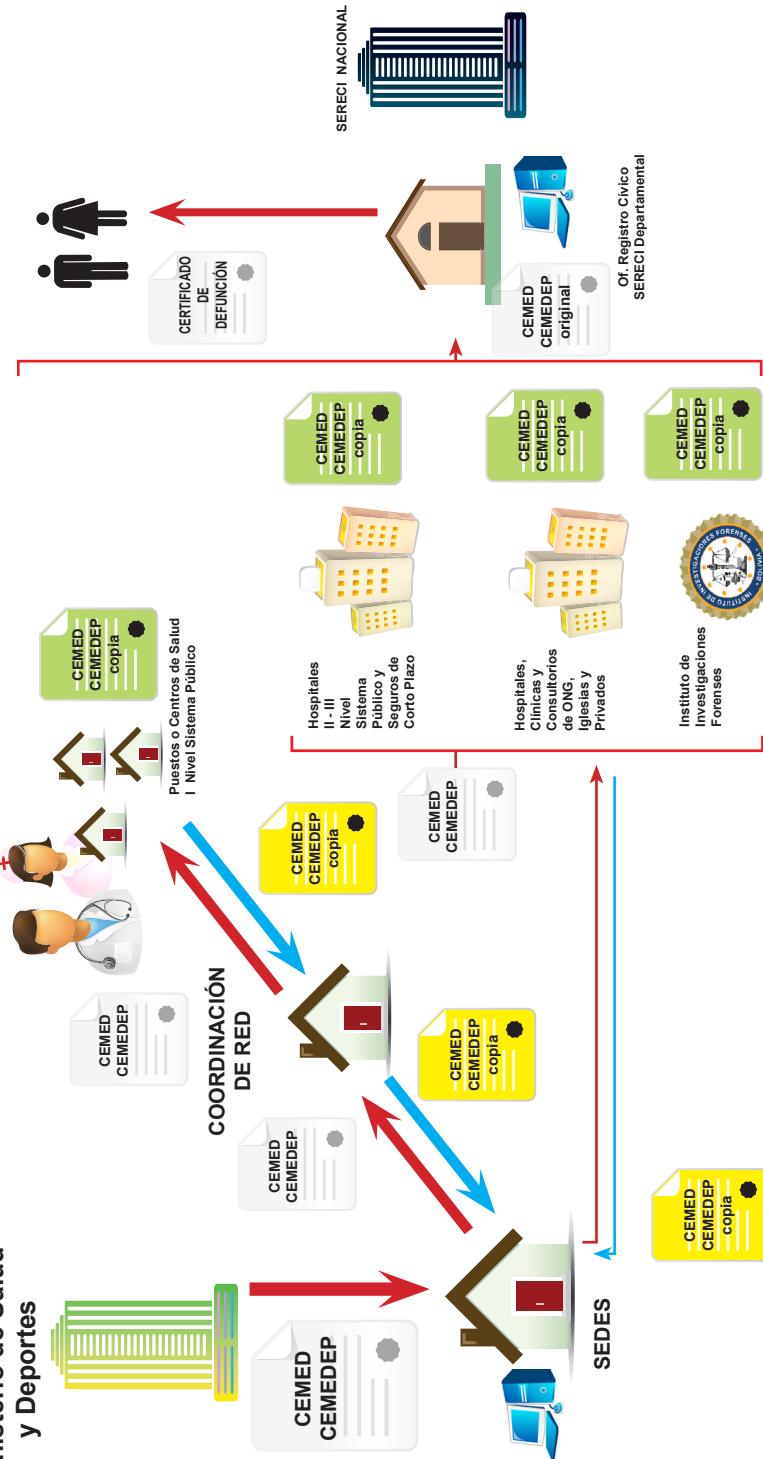
Segunda copia (Verde) – **PARA EL ESTABLECIMIENTO** - Permanecerá en el establecimiento donde se certificó la defunción.

En el caso de que la certificación sea efectuada por Médico Forense la copia amarilla debe hacer llegar al Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) departamental y este remitir al SEDES (SNIS-VE), en su defecto hacer llegar al establecimiento de salud más cercano o directamente al SNIS-VE departamental.

En el caso que la certificación sea hecha por un personal no médico, el original (copia blanca) debe entregarse al familiar, y las dos copias restantes deben hacerse llegar al Puesto o Centro de Salud que otorgó el certificado.

**Ministerio de Salud
y Deportes**

FLUJO DE LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD



CEMEDEP

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD		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 Obstétricas 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											
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO											
A. DATOS DEL FETO O RECIEN NACIDA/O											
RECIEN NACIDA/O Apellido Paterno Apellido Materno Nombres											
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 Vivienda (domicilio particular) Vía Pública Otros No puede determinarse <input type="checkbox"/>		3. EN RELACIÓN AL PARTO LA DEFUNCION OCURRIÓ Antes del inicio del trabajo de parto <input type="checkbox"/> Durante el trabajo de parto <input type="checkbox"/> Despues del parto <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>							
4. HORA Y FECHA DE PARTO (EXTRACCION O EXPULSION) Y DE LA DEFUNCION Probable EXTR/EXP <input type="checkbox"/> FALLEC <input type="checkbox"/> Hora _____ Min _____ Dia _____ Mes _____ Año _____		5. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		6. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>							
7. PESO AL NACER (Registrar en gramos) Gramos <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		8. TALLA AL NACER (Registrar en centímetros) Centímetros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		9. EL PRODUCTO ERA Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>							
B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ											
10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN NO ESCRIBA OBITUO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS											
PARTIE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE: Causa Fetal/Neonatal Básica 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) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/>											
Código Fetal/Neonatal Principal <input type="checkbox"/> Código Materno Principal <input type="checkbox"/>											
11. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística											
PARTIE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL Causa Básica de Origen Materno 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.											
d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/>											
C. DATOS DE LA MADRE											
12. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE Boliviana <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		13. 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"/>		14. ESTADO CIVIL 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"/>							
15. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO Edad <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		16. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Nº de controles <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		17. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>							
18. ANTECEDENTES OBSTÉTICOS Total Embarazos Anteriores <input type="checkbox"/> Total nacidos vivos <input type="checkbox"/> Total nacidos vivos que murieron <input type="checkbox"/> Total abortos <input type="checkbox"/> Total nacidos muertos <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		19. SI SE TRATÓ DE PARTO, FUE PRINCIPALMENTE Parto Eutóxico (no complicado) <input type="checkbox"/> Parto Diástico (con complicaciones) <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		20. EL PARTO O EXPULSIÓN FUE ATENDIDO POR Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(s) <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 C.I.: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> RUN: <input type="checkbox"/> Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: <input type="checkbox"/> No porta: <input type="checkbox"/> Expedido en: _____ Número: _____		22. CERTIFICACION 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 _____									
D. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN											
23. CERTIFICADO POR Médico <input type="checkbox"/> Forense <input type="checkbox"/> Lic. Enfermería <input type="checkbox"/> Aux. Enfermería <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/>		Nombre y Apellidos Matrícula Profesional MSD: C.I.: Exp. en:		Firma: Sello: Fecha de emisión del Certificado: Año 20:		Sello de la Institución					

TO DA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER 'NOTA ACLARATORIA' EN LA CARA POSTERIOR DEL ORIGINAL Y PRIMERA COPIA

INSTRUCTIVO DE LLENADO CEMEPED

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del establecimiento de salud. **CÓDIGO DEL SUBSECTOR:** Al que corresponda (A: Público, B: Seguridad Social, C: Dependiente de ONG, D: Dependientes de Iglesia, E: Privado, F: Fuerzas Armadas, I: Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF)).

A: DATOS DEL FETO O RECIÉN NACIDA/O: (En caso de dobles o más, se anota el apellido seguido de un número de acuerdo al orden de expulsión).

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE: Escribir con letra imprenta y de forma completa (no iniciales) los apellidos del occiso, preferentemente copiando de documentos de identidad de los padres. En caso de abandono use términos “NN”. En nombres ya viene **RECIEN NACIDA / O**.

1. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO: Escribir con letra de imprenta el lugar exacto del fallecimiento, consignando país, departamento, provincia, municipio y localidad. El nombre de localidad se repite de municipio en las capitales. Si la defunción fue en otro país, solamente se anota el nombre del país. La casilla “Abandonado” se marcará en los casos de cadáveres abandonados o NN.

2. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN: Marcar en la casilla correspondiente el lugar físico donde se produjo la muerte.

DEFUNCIÓN EN SERVICIO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

Es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un establecimiento de salud en una ambulancia será también como “en servicio” y certificada por el personal de salud.

La defunción en servicio será certificada por Médico Forense cuando la muerte es por causas violentas (accidentes, suicidios, homicidios).

3. EN RELACIÓN AL PARTO, LA DEFUNCIÓN OCURRÍÓ: En estas casillas se debe marcar especificando si la muerte del feto o recién nacido se produjo antes, durante el trabajo de parto o después del parto, considerando hasta los 6 días después.

4. HORA Y FECHA DE EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN (PARTO), HORA Y FECHA DE FALLECIMIENTO (Incluye Probable): Anotar en las casillas correspondientes la hora, minutos, el día, el mes y el año de ocurrencia en números. Para anotar la hora, use la escala del 00:00 a 23:59. **Ejemplo:** Se procedió a la extracción de un feto el 14 de Octubre del 2011 a las cinco con cinco de la tarde, el producto por examen clínico hubiese fallecido dos días antes, la madre no refiere otros datos:

ProbableEXTR/EXP
FALLEC

17	05	14	10	11
00*	00*	12	10	11

Hora Min Día Mes Año

X

* Cuando no se tienen datos de la fecha y la hora (muertes intrauterinas o cadáveres abandonados), se anota el día aproximado y la hora siempre será 00:00, para fines estadísticos, que no deberán ser mal interpretados por la justicia, y se debe marcar en la columna de "Probable".

5. SEXO: Debe marcarse dentro de la casilla que corresponde. Si es difícil determinar el sexo del producto, se marcará en la opción "No puede determinarse".

6. EDAD GESTACIONAL: Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto. En caso de no poder especificar, anotar la estimación clínica más aproximada (Método de Capurro o tablas del Manual de Hechos Vitales).

7. PESO AL NACER (Registrar en gramos): Ejemplo: 500 gramos. No registre el peso en otra unidad de medida, que no sea la especificada.

8. TALLA AL NACER (Registre en centímetros): Ejemplo: 35 centímetros. Evite expresar la talla en otra unidad de medida, que no sea la especificada.

9. EL PRODUCTO ERA: En estas casillas se debe marcar, si el producto era fruto de un embarazo único, doble o múltiple.

B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ:

10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN: En establecimientos de III y II Nivel, si la defunción es fetal (intrauterina), la llena el obstetra y si la muerte fue neonatal la llena el pediatra. En establecimientos de I Nivel lo llena el personal de salud que atendió el parto (intrauterina) o al recién nacido (muerte neonatal).

PARTE I: Incisos a) y b), destinados al registro de las causas atribuibles al Feto o Recién Nacido/a.

CONDICIÓN PERINATAL QUÉ CAUSÓ LA MUERTE (ATRIBUIBLE AL FETO O RECIÉN NACIDA/O): Anotar en a) el evento que originó todo el proceso (**Causa Antecedente Originaria o Causa Básica**), y en b) registrar otras entidades morbosas que hubieran contribuido al proceso de muerte, pero no relacionados directamente con la afección principal (**otras enfermedades o afecciones**).

PARTE II: Incisos c) y d), destinados al registro de las causas atribuibles a la madre, que produjeron o desencadenaron la defunción fetal o neonatal precoz.

CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA MUERTE PERINATAL: Anotar en c) el evento que originó todo el proceso (**Causa Antecedente Originaria o Causa Básica**), y en d) (register otras entidades morbosas que hubieran contribuido al proceso de muerte, pero no relacionados directamente con la afección principal **otras enfermedades o afecciones**).

PARTE III. OTRAS CIRCUNSTANCIAS PERTINENTES: La línea e) se ha provisto para la anotación de cualquier otra circunstancia que el certificador consi-

dere que tiene alguna importancia en la muerte, pero que no puede ser descrita como una enfermedad o afección del feto/recién nacido o de la madre. Ejemplos: CAÍDA DE LA MADRE POR ACCIDENTE EN DOMICILIO, PARTO DOMICILIARIO SIN ASISTENCIA MÉDICA.

11. CÓDIGOS CIE-10: Serán llenados exclusivamente por los estadísticos codificadores (no es necesario llenar para la entrega a los dolientes).

C. DATOS DE LA MADRE (Registrar en las casillas “No puede determinarse” cuando no hayan datos de la madre (abandono))

12. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE: En estas casillas se debe marcar si la madre es boliviana o extranjera. También se escribe el lugar donde la madre tuvo su residencia de manera permanente durante los últimos nueve meses, exceptuando periodos largos de hospitalización, consignado país, departamento, provincia, municipio, localidad. Si fue en otro país, solamente se anota el nombre del país.

13. GRADO DE INSTRUCCIÓN: En estas casillas se debe marcar en la casilla que corresponda el grado más alto de instrucción de la madre.

14. ESTADO CIVIL: En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda el estado civil de la madre.

15. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO: En estas casillas anotar la edad (en años cumplidos), el día, el mes (en números) y el año en que nació la madre.

16. RECIBIO ATENCION PRENATAL: Registrar el número de consultas si recibió atención prenatal, ya sea por médico, partera u otro personal de salud. Si no se puede determinar ó no realizó ningún control prenatal, marcar en la casilla correspondiente.

17. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUES DEL PARTO: Anotar si la madre se encuentra viva o falleció sea o no como consecuencia de complicaciones del embarazo o del parto u otros eventos.

18. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Anotar en números en las casillas, el número de gestaciones de la madre sin contar el presente. Total Nacidos Vivos: cuantos nacieron vivos, independientemente si a la fecha están vivos o no. Total Nacidos Vivos que Murieron: cuantos nacieron vivos pero murieron antes de cumplir 7 días. Total Óbitos: cuantos óbitos (producto fallecido antes de las 22^a semana de gestación). Total Nacidos Muertos: embarazos que no progresaron después de la 22^a semanas.

19. SI SE TRATÓ DE PARTO, FUE PRINCIPALMENTE: Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando este es de 22 semanas o más de gestación y se clasifica como Parto Eutócico: Parto sin complicaciones. Parto Distóxico: Parto complicado. Cesárea si acabó con cirugía para la extracción del producto.

20. EL PARTO O EXTRACCIÓN FUE ATENDIDO: Marcar en la casilla correspondiente quien atendió el parto o extracción.

21. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE: Marcar la casilla correspondiente si es C.I., RUN, Pasaporte, Certificado o Informe de Partida de Nacimiento. De la misma manera en No Porta si no cuenta con ninguno. Escribir el lugar donde se expidió el documento. Registrar también el número del documento de identidad (no aplica el número para Certificados o Informes de Partidas de Nacimiento).

22. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA: Debe ser llenado solo en caso de no contar con un médico para la certificación, pudiendo realizarlo el personal de salud o en su ausencia por una autoridad local.

D. PERSONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

20. CERTIFICADO POR: En estas casillas debe marcarse en la casilla correspondiente, para indicar si la persona que está suscribiendo el presente certificado es médico, personal de enfermería, forense u otro.

En esta casilla debe colocarse con la letra de imprenta los datos de la persona que suscribe el presente certificado, su firma y sello correspondientes. Finalmente se debe también imprimir el sello de la institución donde se certifica. Los sellos deben ir en las tres hojas del certificado.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

C E M E D

El Certificado Médico de Defunción (CEMED), se utiliza para constar todo fallecimiento desde neonatos mayores de 7 días de vida cumplidos hasta adultos de cualquier edad. Se extiende por triplicado (original para dolientes que va al Registro Cívico, primera copia de color amarillo para el Sistema de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y la segunda copia de color verde se queda en el establecimiento de salud o Instituto de Investigaciones Forenses que Certifica). Es documento indispensable para obtener el permiso de inhumación o cremación del occiso (Art. 49 y 50, Decreto Reglamentario del Registro Civil).

¿Quién Debe Llenar el CEMED?

Muertes Naturales (Muertes por enfermedad):

- El médico está obligado a extender la certificación de defunción cuando el paciente fallece de la enfermedad que estuvo siendo tratada por él, incluso hasta siete días después de haber dado de alta al paciente cuya enfermedad consideró superada, siempre y cuando el fallecimiento no hubiera sido atendida por otro médico en el momento de su deceso, en cuyo caso, el certificado de defunción será extendido por este último.
- Si el médico considera que existen dudas fundadas sobre la causa de muerte de una persona, aún dentro de las previsiones del párrafo anterior, deberá solicitar la autopsia.
- En el área rural en caso de no haber existido atención médica previa y no haber posibilidad de autopsia, el médico debe hacer una reconstrucción de la historia clínica o realizar la autopsia verbal y emitir la certificación médica de defunción, haciendo constar el hecho.
- Si el médico considera que existen signos de violencia en el difunto, puede pedir el concurso de un médico forense o la autoridad para que esta solicite la autopsia y certifique la defunción.

Muertes Violentas o Dudosas:

- Si se sospecha que la muerte ocurrió como consecuencia de un accidente, homicidio, suicidio o es sospechosa de no ser natural; se deberá dar aviso a las autoridades judiciales, ya que en estos casos es el médico forense o alguna otra autoridad designada quien deberá certificar la defunción.
- Dentro de este tipo de muertes no importa si la defunción ocurrió en un establecimiento de salud, la muerte debe ser certificada por un médico forense, debiéndose explicar a los dolientes esta situación (ver anexos jurídicos).
- También entran dentro de este grupo las muertes sin atención médica previa y las muertes fuera de un establecimiento de salud (domicilio, vía pública, hospicios, penitenciarías), entonces generará sospecha de las causas de la muerte, debe ser certificada por medicina forense.

Instrucciones Generales Para el Llenado del CEMED

Antes de llenar el formulario, el certificante debe leer cuidadosamente las instrucciones que vienen al reverso de la última copia.

- El llenado del CEMED es **OBLIGATORIO** para toda defunción ocurrida en el territorio nacional.
- El formato debe llenarse con bolígrafo (“*punta bola*”), en letra de molde (imprenta), legible, sin utilizar abreviaturas y ocupando los espacios destinados para cada variable (de no hacerlo el estadístico está autorizado a pedirle explicación y correcciones en las copias).
- La persona que expide el *Certificado* debe llenarlo en su totalidad, **no se harán válidos los certificados que no estén llenos completamente ni firmados por el certificante y con sellos correspondientes**.
- Por ningún motivo, se podrá comercializar el CEMED, condicionar su entrega, ni mucho menos subordinar la entrega del difunto por falta de pago, dado que dicho documento se otorga de manera gratuita y bajo ningún condicionamiento, por lo que la contravención a lo dispuesto en este señalamiento será sancionado conforme a las penas que se hagan acreedores de conformidad a lo establecido en la legislación penal vigente; y tratándose de servidores públicos, además deberá acatarse a lo establecido en las Leyes de Responsabilidades de Servidores Públicos que correspondan.
- SI SE EQUIVOCA al llenar alguna variable, PUEDE BORRAR O USAR CORRECTOR, debiendo siempre en la cara posterior del original escribir “**NOTA ACLARATORIA**”, donde explica que es lo que quiso escribir, seguido de la firma y el sello profesional correspondiente, que habilitan a ese certificado de defunción corregido frente al Registro Cívico. Las correcciones se realizan siempre que los errores sean “salvables”.
- También es aplicable cuando los dolientes retornan porque hubo algún error que quiere que se corrija. En cualquier caso también se debe corregir en las otras dos copias.
- SI LA EQUIVOCACIÓN ES “INSALVABLE” ANULE EL CERTIFICADO Y LAS DOS COPIAS, devolviendo las mismas a estadística o SNIS-VE del SEDES correspondiente.
- NO SE DEBE LLENAR OTRO CERTIFICADO PARA DAR “COPIAS LEGALIZADAS”, las “Copias Legalizadas” deben ser FOTOCOPIAS LEGALIZADAS DE LA COPIA DE COLOR VERDE, Y LAS TIENE QUE DAR LA INSTITUCIÓN (Dirección y Departamento Jurídico donde existiese) y no es responsabilidad del profesional que certifica (Ver Anexo Jurídico). En los centros de I nivel la copia legalizada lo puede realizar el mismo profesional en salud que certificó.

Partes del Certificado

El certificado consta de cinco segmentos:

1. Nombre del Establecimiento de Salud u Otro que Certifica, y Código de Subsector.
2. Parte A. Datos del Fallecido.
3. Parte B. Datos de la Defunción.
4. Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica.
5. Parte C. Persona que Certifica la Defunción.

1. Nombre del Establecimiento u Otro que Certifica y Código de Subsector.

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTE SECTOR NACIONAL DEPARTAMENTAL EN SALUD	N° 12-0000001
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2006) <small>(Para defunciones de personas mayores de 7 días de edad)</small>	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:..... HOSPITAL MATERNO INFANTIL C.N.S. La Paz	CODIGO SUBSECTOR <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I

En este espacio llenar el nombre del establecimiento de salud (consultorio, clínica, policlínica, hospital, instituto forense, etc.).

Se encerrará con un círculo el código de subsector de salud al que pertenece el establecimiento de salud u otro que certifica. Los subsectores son:

- A. Público (dependientes del Ministerio de Salud, SEDES);
- B. Seguro Social a Corto Plazo (Caja Nacional de Salud, COSSMIL, Seguros Sociales Universitarios, Caja de Salud CORDES, Caja de Salud Bancaria Estatal, Caja de Salud de la Banca Privada, Caja de Salud de Caminos, y otros seguros);
- C. Dependientes de cualquier ONG;
- D. Dependientes de cualquier iglesia;
- E. Privados (consultorios y clínicas);
- F. Fuerzas Armadas (Sanidades Operativas de cuarteles);
- I. Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF).

Ejemplos:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:..... IDIF SUCRE CODIGO SUBSECTOR A B C D E F I

2. Parte A. Datos del Fallecido. (Variables 1 al 10)

Debe ser llenada en compañía de un familiar y siempre con algún documento de identidad del occiso (carnet de identidad, pasaporte, RUN, Certificado o Informe de Partida de Nacimiento, etc.).

Apellidos Paterno, Materno y Nombres. Si se tiene el documento copiar directamente los apellidos y el nombre.

Si no existe documento de identidad de la persona fallecida:

- Solicitar que los familiares se apersonen por una Oficialía de Registro Civil para solicitar un “Informe de Partida de Nacimiento” que es un “talón de papel” que le dan a uno cuando solicita sacar copia del Certificado de Nacimiento (generalmente no tiene costo).
- En casos de personas “NN”, consignar estas iniciales respectivamente en los tres espacios.

Puede haber algún problema a la hora de llenar algunos de los acápite, para lo que sugerimos seguir las siguientes instrucciones:

- En casi todas las preguntas existe la alternativa “No puede determinarse”, la casilla debe ser marcada si no se conoce la respuesta, mayormente utilizada para cadáveres “NN”.
- **Variables 1, 2 y 3 (LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE).** Si estos ocurrieron en Bolivia, se sigue el orden de división política que tenemos vigente. Después de municipio está “Localidad” que en el caso de que ocurriera en la misma población municipal el nombre se repite, pero cambiará si fue en otra población pero perteneciente a un municipio (ejemplo cuando sucede en ciudades capitales se repite el nombre del municipio en localidad). Si alguno o todos ocurrieron en el extranjero solamente se escribe el nombre del país solamente, ya que puede tener otra forma de división política y se marca la casilla “Extranjero”.
- **Variable 4 (EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN).** Se marca en la casilla correspondiente del lugar físico donde se produjo el deceso. Puede suceder que existan casos en los que se desconozca dicho dato, entonces se tendrá que marcar la casilla “No puede determinarse”.
Muerte en Establecimiento de Salud: “Muerte en Servicio” es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un

establecimiento de salud en una ambulancia del establecimiento, será también como “en servicio”, registrará el establecimiento que refiere. Registrará el establecimiento de destino siempre y cuando sea de este la ambulancia.

- **Variable 5 (EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO).** Ya que este certificado es para personas fallecidas de 7 días y más de edad, la primera fila está destinada a la edad entre 7 a 30 días (dependiendo del mes), si el occiso ya cumplió un mes debe anotarse en la segunda fila “1” correspondiente a edad en meses (de 1 a 11 meses con 30 días de vida) y así sucesivamente en la tercera fila si ya cumplió un año o más.
- La columna de “Aproximada” se utiliza cuando la edad es desconocida, pero fue anotada alguna después de haber realizado un examen físico, pero sin ningún documento de identidad de respaldo.
- **Variable 6 (HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN).** En la primera fila de hora se tienen dos casillas donde deben anotarse dos dígitos en cada una, desde 00:00 hasta 23:59 horas. En la segunda fila se anota un solo dígito en cada casilla, desde 01 hasta 31 días (dependiendo del mes), al igual en la tercera fila se anota un solo dígito por casilla desde 01 hasta 12 meses. Finalmente en la cuarta fila se anota un solo dígito por casilla que corresponde al año.
- Si no hay posibilidad de saber la fecha y hora de muerte (cadáveres putrefactos):
 - Marcar la casilla de la columna “Probable”, ya que al realizarlo se aclara que no hay la certeza de la misma y solo se llenan los siguientes espacios para fines de estadística.
 - Se debe registrar una fecha aproximada (para médicos clínicos), y por defecto poner 00:00 horas.
 - Se debe decidir una fecha y hora en lo posible (para médicos forenses), caso contrario anotar por defecto horas 00:00 del día aproximado.
- **Variable 10 (DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FALLECIDO).** Ya se vio en la parte de Apellidos y Nombres, que se debía solicitar algún tipo de documento del occiso, lo que debe anotarse en las casillas de esta variable, y tenemos opciones desde C.I., Pasaporte, RUN, Certificado o Informe de Partida de Nacimiento y “No Porta” si no existiese ninguno. Anotar donde fue expedido el documento que porte y el número en las casillas correspondientes (un dígito por casilla) (el número no aplica para Certificado o Informe de Partida de Nacimiento).

Ejemplo: Persona que falleció en el Hospital Obrero Nº4 de Oruro, en fecha 13 de septiembre de 2011 a horas 6 y media de la tarde. En vida respondía al nombre de Policarpio Canedo Gutiérrez, su carnet de identidad Nº 25439 de Oruro, indica que nació en la localidad de Llallagua provincia Bustillos del departamento de Potosí, el 25 de febrero de 1924, los familiares dicen que

el señor ya era rentista y vivía en la ciudad de Oruro desde hace 30 años, había enviudado hace 10 años atrás y que trabajó como técnico electricista en un centro minero (había hecho cursos de electricidad).

A. DATOS DEL FALLECIDO					
CANEDO		GUTIERREZ	POLICARPIO		
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombres		
1. LUGAR DE NACIMIENTO		2. LUGAR GEÓGRAFICO DEL FALLECIMIENTO	3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE		
País	BOLIVIA	País	BOLIVIA	País	BOLIVIA
Departamento	POTOSÍ	Departamento	ORURO	Departamento	ORURO
Provincia	BUSTILLOS	Provincia	CERCADO	Provincia	CERCADO
Municipio	LLALLAGUA	Municipio	ORURO	Municipio	ORURO
Localidad	LLALLAGUA	Localidad	ORURO	Localidad	ORURO
No puede determinarse	Extranjero	No puede determinarse	Extranjero	No puede determinarse	Extranjero
4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN		5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	6. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN		Probable
Establecimiento de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	Aproximada	Hora (de 00:00 a 23:59)	18	
Vivienda (domicilio)	<input type="checkbox"/>	Edad (meses 01 a 11)	Dia (de 01 a 31)	1	3
Vía Pública	<input type="checkbox"/>	Edad (años)	Mes (de 01 a 12)	0	9
Trabajo	<input type="checkbox"/>	Dia (de 01 a 31)	Año	2	0
Otros	<input type="checkbox"/>	Mes (de 01 a 12)		1	1
No puede determinarse	<input type="checkbox"/>	Año			
7. SEXO		8. ESTADO CIVIL	9. GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Soltero (a)	<input type="checkbox"/>		
Femenino	<input type="checkbox"/>	Casado (a)	<input type="checkbox"/>		
No puede determinarse	<input type="checkbox"/>	Divorciado (a)	<input checked="" type="checkbox"/>		
		Viudo (a)	<input type="checkbox"/>		
		Unión Estable	<input type="checkbox"/>		
		No puede determinarse	<input type="checkbox"/>		
IDENTIDAD DEL FALLECIDO	C.I. <input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte:	RUN:	Certificado o Informe de Partida de Nacimiento	No porta:
Expedido en:.....		Número:	2 5 4 3 9 - - - - -		

3. Parte B. Causas de la Defunción. (Variables 11 al 18)

Variable 11 (¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE LE CONDUJO A LA MUERTE?). Marcar en la casilla “SI” si es que el difunto contó con atención médica de la enfermedad o lesión que le condujeron a la muerte, o marcar en “No” si no tuvo ninguna.

B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN							
11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?		12. ¿LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE?					
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS		14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte		15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística	
Parte I.							
Causa Directa							
Enfermedad o condición Patológica que produce la muerte directamente		a) _____ Debido a o como consecuencia de _____					
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba		b) _____ Debido a o como consecuencia de _____					
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó 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) _____ Debido a o como consecuencia de _____					
_____ Código Causa Básica _____							

16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosa)						
a) Manera:	Accidente <input type="checkbox"/>	Suicidio <input type="checkbox"/>	Homicidio <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Súbita <input type="checkbox"/>	Indeterminada <input type="checkbox"/>
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)	Accidente de Transporte <input type="checkbox"/>	Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>	Ataque de Animal <input type="checkbox"/>	Asfixias <input type="checkbox"/>	
	Electrocución <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Desastre Natural <input type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>	
	Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>		
c) Lugar	Domicilio <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Institución <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>
Especificar Probable Hecho:						
17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO			18. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 ANOS			Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?
Exámen Físico Clínico <input type="checkbox"/>	Autopsia <input type="checkbox"/>	Reconocimiento de Cadáver <input type="checkbox"/>	¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte?	SI <input type="checkbox"/>	→ Dia <input type="checkbox"/>	
Levantamiento de Cadáver <input type="checkbox"/>	Exhumación <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	
					Año <input type="checkbox"/>	

Variable 12 (LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE). Se marca en “SI”, si el médico que certifica es quien atendió, o en “NO” si no lo hizo.

Variable 13 (CAUSAS DE DEFUNCIÓN). El objetivo principal es identificar la **Causa Antecedente Originaria o Causa Básica de Defunción**, es decir, la enfermedad, lesión o circunstancias del accidente o violencia que inicio el proceso que condujo a la muerte, sin que esto quiera decir que la Causa Directa y las otras Causas Antecedentes no sean importantes en sí mismas.

Conocer la Causa Básica (o Antecedente Originaria) posibilita actuar sobre los agentes primarios que ocasionan las muertes, por ello la mayor responsabilidad de la(del) médica(o) certificante es reseñar la serie de eventos morbosos hasta identificar la causa que originó todo el proceso.

La Parte I tiene cuatro renglones, a), b), c) y d); donde debe anotarse **un sólo diagnóstico** en cada uno de ellos, tan informativo y específico como sea posible **y sin abreviaturas ni siglas**.

Causa Directa de Muerte: Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente. En a) se asienta la causa o estado patológico que produjo directamente la muerte, es decir, la última que el médico descubrió en el fallecido y que tiene el menor tiempo de duración. Excluye síntomas o modos de morir, por lo tanto **no se debe anotar “Paro cardiorespiratorio”** que es un sinónimo de **“muerte”**.

Causas Antecedentes de la Muerte: Estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada. Los renglones b) y c) se utilizan cuando el médico considere que la causa informada en a) se debió o fue originada por causas previas, y tienen mayor tiempo de evolución que la anotada en a).

Causa Antecedente Originaria (Básica): Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse. Se anotara en a) si la cadenas de eventos solo tiene una causa; se anotará en b) si la cadena de eventos tiene dos, y así

sucesivamente hasta anotar en d) si es que dio origen a la anotada en el renglón c) y que tiene mayor tiempo de evolución que las anotadas en los renglones c), b) y a).

La anotación ***debido o como consecuencia de*** que aparece debajo del subrayado de los incisos a), b) y c), así como el ***intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte*** están destinados para ayudar a construir el esquema lógico de causas.

Cuando existen varios trastornos o estados patológicos que se producen en una sucesión causal más o menos clara, la (el) médica(o) debe encadenar los sucesos de forma lógica hasta identificar el evento que dio origen al proceso y anotar éste en último lugar.

La Parte II. Causas Contribuyentes: Está destinada para registrar otra u otras causas que en opinión del **médico pudieron contribuir a la muerte**, por ejemplo debilitando al paciente o de otra forma, **pero que no estuvieron relacionadas directamente con las causas anotadas en la parte I.**

Variable 14 (INTERVALO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE). En esta columna se confirma la secuencia patogénica; lógicamente la causa que aparezca en a) tendrá menos tiempo que la anotada en b) y así sucesivamente hasta el inciso d). Esta información es muy valiosa para la selección de la causa básica de la defunción y por ningún motivo debe omitirse en el certificado.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.				
Causa Directa		a) _____ Debido a o como consecuencia de		
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente				
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba		b) _____ Debido a o como consecuencia de		
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produce o desencadena la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).		c) _____ Debido a o como consecuencia de		
d) _____ 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				

Este dato se anotará para cada una de las causas identificadas, aunque sólo se lo conozca de manera aproximada. Este tiempo puede anotarse en horas, días, meses o años.

Esta información ayuda a determinar la duración de las patologías y a la verificación de la sucesión de hechos, pues, en principio, cada lapso debe ser menor al siguiente.

No es estrictamente necesario llenar todos los renglones de la parte I, si la causa que se anota en el primer renglón describe por completo la defunción y **no se debió a ninguna otra causa, antecedente o estado morboso**, los renglones de abajo se dejan en blanco.

Ejemplo 1: Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, que sufre Infarto Agudo de Miocardio en domicilio, sin antecedentes patológicos, fallece posteriormente en sala de emergencias. El electrocardiograma en la sala de urgencias reportó infarto transmural agudo del miocardio de pared inferior.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.				
Causa Directa		a) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Debido a o como consecuencia de	1 hora	
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente		b)		
Causas Antecedentes		c)		
Estados morbosos que produjeron la causa arriba		d)		
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).				
Parte II. Causas Contribuyentes				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa				
				Código Causa Básica

Si la cadena de eventos morbosos está compuesta sólo por tres eslabones, la causa directa se anotará en a), la causa antecedente en b), y la causa básica se anotará en c), dejando en blanco el inciso d).

Ejemplo 2: Paciente de sexo femenino llevada por padres a emergencias pediátricas a horas 01:00 a.m., en estado de choque, con antecedente de Enfermedad Diarreica Aguda de 5 días de evolución, signos clínicos de deshidratación severa de un día y medio por referencia de la madre. Fallece a horas 03:00 a.m.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10
Parte I.			Llenado solo por Estadística
Causa Directa	a) CHOQUE HIPOVOLÉMICO Debido a o como consecuencia de	2 horas	
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	b) DESHIDRATACIÓN SEVERA Debido a o como consecuencia de	36 horas	
Causa Antecedentes	c) ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Debido a o como consecuencia de	5 días	
Estados morbosos que produjeron la causa arriba	d)		
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).			
Parte II. Causas Contribuyentes			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Con frecuencia, entre la causa básica y la directa, existe uno o varios estados patológicos intermedios considerados causas antecedentes, en este caso se anotará la causa directa en el inciso a), la causa básica se anotará en d) y en c) y b) irán los estados intermedios considerados más importantes. La causa de menor tiempo está siempre en a) y el más antiguo en la última línea, en este ejemplo en c).

Ejemplo 3: Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, que es internado por emergencias por disnea a medianos y pequeños esfuerzos de 1 semana de evolución (conocido por el servicio de cardiología por ser paciente portador de estenosis mitral por enfermedad reumática de 10 años de evolución que le produjo insuficiencia cardiaca congestiva 5 años. La ecografía confirma tapónamiento cardiaco, fallece después de 24 de evolución.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10
Parte I.			Llenado solo por Estadística
Causa Directa	a) CHOQUE CARDIOGÉNICO Debido a o como consecuencia de	24 horas	
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	b) DERRAME PERICÁRDICO Debido a o como consecuencia de	1 semana	
Causa Antecedentes	c) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Debido a o como consecuencia de	5 años	
Estados morbosos que produjeron la causa arriba	d) ESTENOSIS MITRAL REUMÁTICA Debido a o como consecuencia de	10 AÑOS	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).			
Parte II. Causas Contribuyentes			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Las patologías o condiciones que se considere hayan contribuido a la ocurrencia de la defunción pero no puedan considerarse relacionadas a la Causa Directa (Causas Contribuyentes) se anotarán, en orden de importancia en la parte II.

Ejemplo 4: Paciente de sexo femenino de 60 años de edad, proveniente de área rural referida como abdomen agudo, con antecedente de dolor abdominal de 24 horas de evolución, febril, abdomen rígido (5 horas), además refieren familiares que es diabética no insulino dependiente diagnosticada hace 10 años (controlada con dieta). Entra en estado de choque mientras era trasladada (2 horas). Fallece en quirófano en el transoperatorio, se encuentra peritonitis generalizada por estallido de apéndice.

Si hay dos o más patologías (o series de eventos patológicos) independientes que pudiesen haber participado en la muerte, habrá que decidir cual tuvo la mayor responsabilidad y anotarla en Causa Directa y Causas Antecedentes, dejando la(s) otra(s) para la parte II.

“Paro cardiorespiratorio” es sinónimo de muerte y no una causa del fallecimiento

Conocer las Causas Básicas posibilita actuar sobre los agentes primarios que ocasionan las muertes

Variable 15 (CÓDIGOS CIE-10). Estos espacios son exclusivos para estadísticos codificadores, de donde saldrán los códigos para el análisis estadístico de las causas de muerte.

Variable 16 (MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL EVENTO). Cuando la muerte es violenta o dudosa, se registrará en esta variable, de preferencia a ser llenada por el profesional en medicina legal o medicina forense. Se debe registrar en “Especificificar” en caso de haber llenado alguna de las casillas de “Otros” o si fue un hecho de tránsito el medio de transporte que produjo la lesión.

Ejemplo 1: Un hecho de tránsito en el cual fue atropellada una persona por un camión; aparte de las causas de defunción, se registrará:

16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)						
a) Manera:	Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Suicidio <input type="checkbox"/>	Homicidio <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Súbita <input type="checkbox"/>	Indeterminada <input type="checkbox"/>
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)	Accidente de Transporte <input checked="" type="checkbox"/>	Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>	Ataque de Animal <input type="checkbox"/>	Asfixias <input type="checkbox"/>	
	Electrocución <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Desastre Natural <input type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>	
	Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>		
c) Lugar	Domicilio <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Institución <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>
Especificificar Probable Hecho: ATROPELLADO POR CAMIÓN						

Ejemplo 2: Se produjo ahogamiento de una persona al pasar nadando un río; aparte de las causas de defunción, se registrará:

16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)						
a) Manera:	Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Suicidio <input type="checkbox"/>	Homicidio <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Súbita <input type="checkbox"/>	Indeterminada <input type="checkbox"/>
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)	Accidente de Transporte <input type="checkbox"/>	Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>	Ataque de Animal <input type="checkbox"/>	Asfixias <input checked="" type="checkbox"/>	
	Electrocución <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Desastre Natural <input type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>	
	Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>		
c) Lugar	Domicilio <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Institución <input type="checkbox"/>	Otros <input checked="" type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>
Especificificar Probable Hecho: AHOGADO AL PASAR EL RÍO						

Ejemplo 3: Encuentran aplastada por un árbol a una persona en el monte; aparte de las causas de defunción, se registrará:

16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)						
a) Manera:	Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Suicidio <input type="checkbox"/>	Homicidio <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Súbita <input type="checkbox"/>	Indeterminada <input type="checkbox"/>
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)	Accidente de Transporte <input type="checkbox"/>	Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>	Ataque de Animal <input type="checkbox"/>	Asfixias <input type="checkbox"/>	
	Electrocución <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Desastre Natural <input checked="" type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>	
	Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/>		
c) Lugar	Domicilio <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Institución <input type="checkbox"/>	Otros <input checked="" type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>
Especificificar Probable Hecho: APLASTADO POR ARBOL EN BOSQUE						

Variable 17 (PROCEDIMIENTO EFECTUADO). A llenarse tanto por personal Médico Clínico como por Médico Forense, marcar en la casilla que corresponde. Por ejemplo los médicos clínicos marcarán en la casilla “**Examen Físico Clínico o Reconocimiento de Cadáver**”, y los forenses además de esta, tendrán también en algunas oportunidades otras tres opciones (**Levantamiento de Cadáver, Autopsia o Exhumación**). Algunos médicos clínicos del área rural y que tengan autorización por alguna autoridad o reglamentación legal, podrán efectuar “Levantamiento de Cadáver”.

Variable 18 (PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS). Se debe marcar SI o NO estaba embarazada la difunta, incluso hasta hace un año antes de la muerte, en caso de que si lo estaba se debe registrar el día, mes y año que terminó dicho embarazo (fecha de parto o aborto).

Defunción Materna Ampliada: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta antes de un año (364 días) de la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. (Esta definición corresponde a la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Bolivia, y ha sido elaborada con la atención de registrar todas las defunciones maternas hasta antes de un año de concluido el embarazo, independientemente de la causa de defunción).

Ejemplo: Mujer de 23 años de edad que falleció en fecha 23 de junio de 2011, a consecuencia de accidente de transporte, los familiares refieren que su bebé tiene todavía 9 meses de edad, habiendo nacido el bebé en fecha 15 de septiembre de 2010.

17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO	18. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS		Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?			
Exámen Físico Clínico <input checked="" type="checkbox"/>	Autopsia <input type="checkbox"/>	¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	→ Día	1	5
Reconocimiento de Cadáver <input type="checkbox"/>	Exhumación <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Mes	0	9
				Año	2	0
					1	0

4. Certificación del Fallecimiento Sin Intervención Médica. (Variable 19)

19.CERTIFICACION DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCION MEDICA (A ser llenado por personal de salud no médico, o en su ausencia por una autoridad regional)
Causa Probable del fallecimiento.....

Este espacio será usado exclusivamente donde no exista un médico, como ocurre en el área rural y ser llenado por personal de salud no médico o por una autoridad local en caso de que no existiera ningún personal del área de salud. Anotándose la causa probable que desencadenó o inició la muerte.

5. Parte C. Persona que Certifica la Defunción. (Variable 20, Datos Personales y Sellos)

		C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCION	
20. CERTIFICADO POR	Médico Forense Lic. Enfermería Aux. Enfermería Otro Especifique.....	Nombre y Apellidos Matrícula Profesional MSD: C.I.: Exp. en:	
		Firma: Sello Profesional. Fecha de Emisión del Certificado Año 20.....	Sello de la Institución
TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER "NOTA ACLARATORIA" EN LA CARA POSTERIOR DEL ORIGINAL Y PRIMERA COPIA			

En la variable 20 se anotará en la casilla correspondiente el profesional o persona que realiza la certificación. Se debe anotar con letra de imprenta, legible el Nombre y Apellidos del certificador, así como el número de Matrícula Profesional, C.I. lugar donde fue expedido, la firma y el sello de la persona que certifica y la fecha en que se realiza la certificación.

En el espacio inferior derecho se deberá poner el sello de la institución donde trabaja el profesional que certifica. De ser un médico de consultorio privado deberá volver a imprimir el sello profesional (a no ser que tenga un sello de consultorio). Se debe sellar en las tres hojas del certificado.

Destino de las copias del CEMED

Original (Blanca) – **PARA EL REGISTRO CÍVICO** - Acompañará a la familia para ser presentada a la Oficialía de Registro Civil, donde se cumplirán los procedimientos de ley para la inhumación.

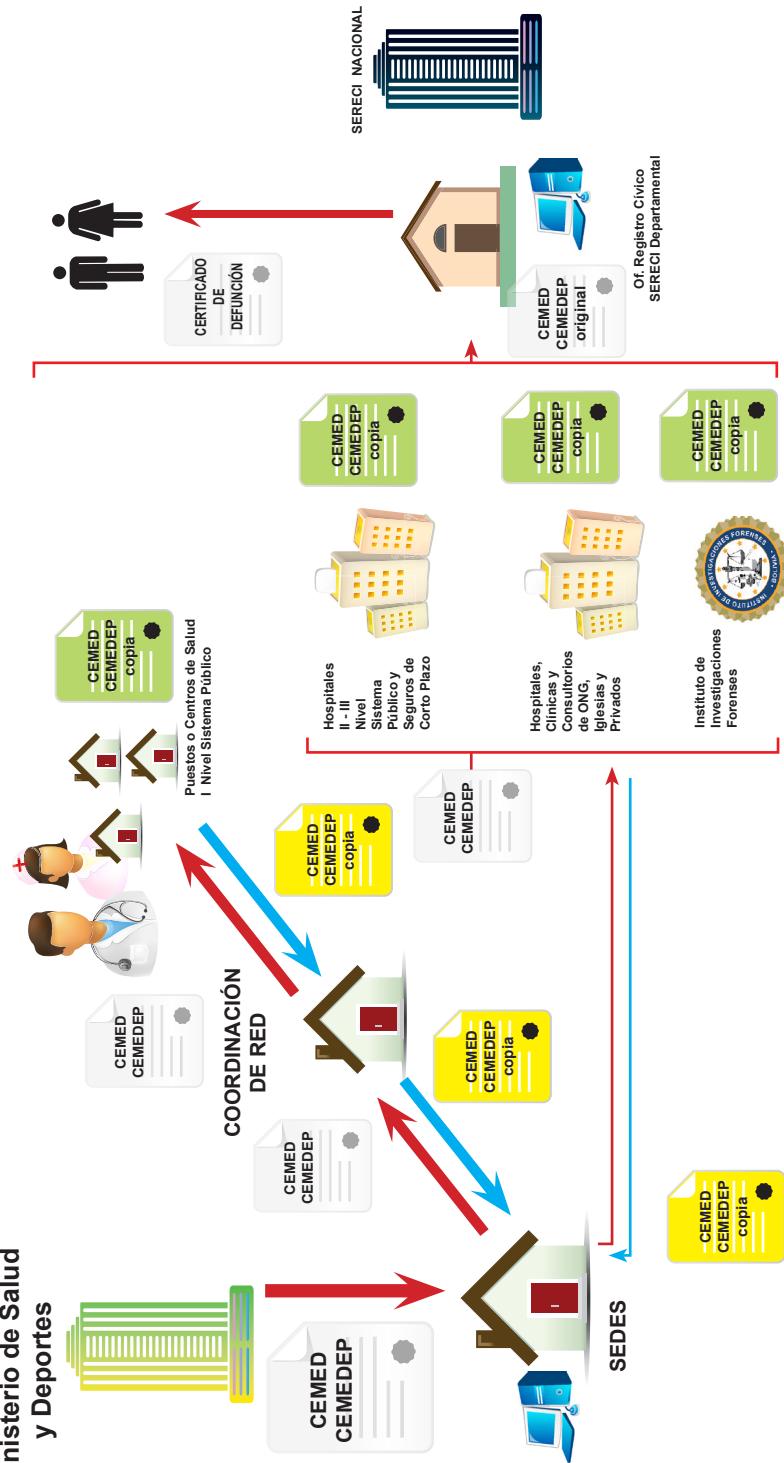
Primera copia (Amarilla) – **PARA EL SNIS** – Seguirá el mismo proceso que las copias SEDES de los otros formularios de Vigilancia y Producción, llegando al nivel departamental donde su información será sistematizada.

Segunda copia (Verde) – **PARA EL ESTABLECIMIENTO** - Permanecerá en el establecimiento donde se certificó la defunción.

En el caso de que la certificación sea efectuada por Médico Forense la copia amarilla debe hacer llegar al Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) departamental y este remitir al SEDES (SNIS-VE), en su defecto hacer llegar al establecimiento de salud más cercano o directamente al SNIS-VE departamental (eso dependerá de la modalidad que se tenga entre cada IDIF departamental y el respectivo SEDES).

En el caso que la certificación sea hecha por un personal no médico, el original (copia blanca) debe entregarse al familiar, y las dos copias restantes deben hacerse llegar al Puesto o Centro de Salud que otorgó el certificado.

Ministerio de Salud
Y Deportes



CEMED

 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD		CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2006) <small>(Para defunciones de personas mayores de 7 días de edad)</small>						Nº 12-0000001																					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: _____										CODIGO SUBSECTOR	A	B	C	D	E	F	I												
A. DATOS DEL FALLECIDO																													
Apellido Paterno _____			Apellido Materno _____			Nombres _____																							
1. LUGAR DE NACIMIENTO			2. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO			3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE																							
País _____		País _____		País _____		Departamento _____		Departamento _____		Departamento _____		Provincia _____		Provincia _____		Municipio _____		Municipio _____		Localidad _____		Localidad _____							
Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____							
Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____		País _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____		País _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____					
Municipio _____		Localidad _____		País _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____		País _____		Departamento _____		Provincia _____		Municipio _____		Localidad _____							
Localidad _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____		No puede determinarse _____		Extranjero _____					
4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN			5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO			Aproximada				6. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN																			
Establecimiento de Salud Vivienda (domicilio) Via Pública Trabajo Otros No puede determinarse			Edad (días 07 a 30) Edad (meses 01 a 11) Edad (años) Dia (de 01 a 31) Mes (de 01 a 12) Año			Probable				Hora (de 00:00 a 23:59) Dia (de 01 a 31) Mes (de 01 a 12) Año																			
7. SEXO			8. ESTADO CIVIL			9. GRADO DE INSTRUCCIÓN																							
Masculino Femenino No puede determinarse			Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión Estable No puede determinarse			Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Universitario Otro No puede determinarse																							
10. DOCUMENTO DE DEL FALLECIDO			C.I.: _____ Pasaporte: _____ RUN: _____			Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: _____				No porto: _____																			
Expedido en: _____ Número: _____			B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN																										
11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?										12. ¿LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE?																			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte					15. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística														
13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN										NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNOSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS																			
Parte I.										16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosa)																			
Causa Directa										a) Manera: Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/>																			
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente										b) Debido a como consecuencia de																			
Causas Antecedentes										c) Debido a como consecuencia de																			
Estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada.										d) Debido a como consecuencia de																			
Causa Antecedente Originaria										(Básica) Es la que produjo o descendiendo la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).																			
Parte II. Causas Contribuyentes										Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa																			
Accidente de Transporte <input type="checkbox"/> Caida (Precipitación) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Ataque de Animal <input type="checkbox"/> Electrocución <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Arma Blanca <input type="checkbox"/>																													
c) Lugar Domicilio <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>										Código Causa Básica																			
Especificar Probable Hecho:										17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO										18. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS									
Exámen Físico Clínico o Reconocimiento de Cadáver <input type="checkbox"/> Autopsia <input type="checkbox"/> Exhumación <input type="checkbox"/>										¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte?										Si <input type="checkbox"/> → Dia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>									
Levantamiento de Cadáver <input type="checkbox"/>																													
19. CERTIFICACION DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MEDICA (A ser llenado por personal de salud no médico, o en su ausencia por una autoridad regional).																													
Causa Probable del fallecimiento _____																													
20. CERTIFICADO POR										C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCION																			
Médico Forense Lic. Enfermería Aux. Enfermería Otro Especifique _____					Nombre y Apellidos: _____ Matrícula Profesional MSD: _____ C.I.: _____ Exp. en: _____					Firma: _____ Sello Profesional: _____ Fecha de Emisión del Certificado: _____ Año 20 _____					Sello de la Institución														

TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER "NOTA Aclaratoria" EN LA CARA POSTERIOR DEL ORIGINAL Y PRIMERA COPIA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CEMED

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: Anotar el nombre del establecimiento de salud. **CÓDIGO DEL SUBSECTOR:** Al que corresponda (A: Público, B: Seguridad Social, C: Dependiente de ONG, D: Dependiente de Iglesia, E: Privado, F: Fuerzas Armadas, I: Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF)).

77

A: DATOS DEL FALLECIDO

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES: Escribir con letra imprenta y de forma completa (no iniciales) los nombres y apellidos del occiso, preferentemente copiando de un documento de identidad (NO SE ESCRIBEN APELLIDOS DE CASADA). Solo en caso de difuntos “no identificados” se aceptan los términos “NN”.

1, 2 y 3. LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE FALLECIMIENTO Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE: En estos espacios se debe escribir con letra de imprenta el lugar exacto del nacimiento, de fallecimiento y de residencia habitual de la persona fallecida, consignado país, departamento, provincia, municipio, localidad. Si el nacimiento, la residencia o la defunción fueron en otro país, solamente se anota el nombre del país y además marcarse la casilla “Extranjero”. El término “No puede determinarse” se utiliza para los casos donde se desconoce el lugar de nacimiento, de fallecimiento o de residencia (cadáveres abandonados o NN). La Residencia Habitual/Permanente es el tiempo computable hasta los últimos doce meses, exceptuando periodos largos de hospitalización.

4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN: Marcar en la casilla correspondiente el lugar físico donde se produjo la muerte.

DEFUNCIÓN EN SERVICIO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

Es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un establecimiento de salud en una ambulancia será también como “en servicio” y certificada por el personal de salud.

La defunción en servicio será certificada por Médico Forense cuando la muerte es por causas violentas (accidentes, suicidios, homicidios).

5 y 6. FECHA DE NACIMIENTO Y FECHA DE DEFUNCIÓN: Anotar en las casillas correspondientes la edad (cumplida, solo años o solo meses o solo días), el día, el mes (en números) y el año en que nació y murió la persona fallecida.

Para anotar la hora se usa la escala del 00:00 a 23:59 (para las horas son dos números por casilla), Ej. Persona de 38 años nació el 5 de junio de 1974, y que falleció el 14 de octubre de 2012, a las diez con cinco p.m.:

		Aproximada														
Edad (días 7 a 30)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td style="text-align: right;">3</td><td style="text-align: left;">8</td></tr></table>							3	8	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						
3	8															
Edad (meses 01 al 11)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Edad (años)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Día	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: left;">5</td></tr></table>	0	5	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
0	5															
Mes	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: left;">6</td></tr></table>	0	6	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
0	6															
Año	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: left;">9</td></tr><tr><td style="text-align: right;">7</td><td style="text-align: left;">4</td></tr></table>	1	9	7	4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>										
1	9															
7	4															

		Probable										
Hora (de 00:00 a 23:00)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">22</td><td style="text-align: left;">05</td></tr></table>	22	05	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
22	05											
Día (de 01 a 31)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: left;">4</td></tr></table>	1	4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
1	4											
Mes (de 01 a 12)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: left;">0</td></tr></table>	1	0	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
1	0											
Año	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: right;">2</td><td style="text-align: left;">0</td></tr><tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: left;">2</td></tr></table>	2	0	0	2	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						
2	0											
0	2											

* Cuando no se tienen datos de la fecha y la hora (en casos de fallecimiento en domicilio o cadáveres descompuestos), se anota el día aproximado y la hora siempre será 00:00 (para fines estadísticos, que no deberán ser mal interpretados por la justicia), y se debe marcar en la columna de "Probable".

7. SEXO: Debe marcarse en la casilla que corresponde. Si es difícil determinar el sexo del fallecido, se marcará en la opción "No puede determinarse".

8. ESTADO CIVIL: En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda el estado civil del difunto.

9. GRADO DE INSTRUCCIÓN: En estas casillas se debe marcar el más alto grado de instrucción de la persona. Si es posgrado se marca en "Otro".

10. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FALLECIDO: Marcar la casilla correspondiente si es C.I., RUN, Pasaporte, Certificado o Informe de Partida de Nacimiento. Se marca en "No Porta" si no se cuenta con ningún documento. Escribir el lugar donde se expidió el documento. Registrar también el número (no aplica el número para Certificados o Informes de Partidas de Nacimiento).

B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?: En esta pregunta se debe marcar en la casilla "SI", si la persona fallecida tuvo atención médica durante la enfermedad previa a la muerte, o en "NO" si no la tuvo o no se está seguro.

12. ¿LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE?: En estas casillas se debe marcar en la casilla “SI” en caso de que el médico que certifica también atendió la enfermedad que condujo a la muerte de la persona fallecida. Debe marcarse en “NO” en caso de no haber asistido.

13. CAUSA DE DEFUNCIÓN: La parte I (incisos a, b, c y d) se destina al registro de la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. **NO ESCRIBIR PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE, UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA, NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS**

Causa Directa: Registrar en la línea a) la enfermedad o condición patológica que causó directamente la muerte. Este dato no puede faltar por lo que esta línea no se debe dejar en blanco. Evítese colocar síntomas o modo de morir.

Causas Antecedentes: En los incisos b) y c) se registran las enfermedades que produjeron o desencadenaron la Causa Directa siguiendo la lógica de que a) es consecuencia de b) y esta es consecuencia de c) y esta de d).

El evento que originó todo el proceso Causa Antecedente Originaria o Causa Básica, se anotará en último lugar que puede ser b), c) o d).

Causas Contribuyentes: En la parte II se registran otras entidades morbosas que hubieran contribuido al proceso de muerte, pero no relacionadas con la causa directa.

14. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE: En este recuadro se debe anotar el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad anotada en cada línea registrada en el punto 13 y la muerte. Registrar en horas, días, semanas, meses o años.

15. CODIGOS CIE-10: Serán llenados exclusivamente por los estadísticos codificadores (no son necesarios para la entrega del certificado a los dolientes).

16. MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL EVENTO: Estas casillas deben ser llenadas solo en caso o sospecha de **Muerte violenta o dudosa**, por médico forense o personal de salud autorizado, se deben marcar las casillas correspondientes. Registrar en “**Especificar**” el evento, Ej: ELECTROCUCIÓN POR RAYO.

17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO: En estas casillas debe marcar el procedimiento por el cual se determinó el fallecimiento. Para los médicos clínicos el “Reconocimiento de Cadáver” es la única opción si es que no participaron de las otras opciones.

18. PARA TODAS LAS MUJERES ENTRE 10 A 59 AÑOS: Estas casillas deben ser llenadas siempre que la fallecida sea una mujer entre esas edades marcando en la casilla que corresponda. En caso de anotarse “SI”, además se debe registrar la fecha de terminación de ese embarazo.

19. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA: Debe ser llenado solo en caso de no contar con un médico para la certificación, pudiendo realizarlo otro personal de salud o en su ausencia una autoridad local.

C. PERSONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

20. CERTIFICADO POR: En estas casillas debe marcarse en la casilla correspondiente, para indicar si la persona que está suscribiendo el presente certificado es médico, personal de enfermería, forense, y si es “otro” registrar quien es. En este apartado debe registrarse con la letra de imprenta los datos de la persona que suscribe el presente certificado, su firma y sello correspondientes. Finalmente se debe también imprimir el sello de la institución donde se certifica. Los sellos deben ir en el original y dos copias del certificado.

Anexo I – Definiciones

Aborto

(Del lat. *Abortus*: Ab privativo; Ortus nacimientos.) 1. m. Acción de abortar. 2. m. Interrupción del embarazo por razones naturales, o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito.

Anomalía Congénita

Es toda alteración morfológica o funcional, presente desde el nacimiento y ocurrida al momento de la concepción o durante el desarrollo del embarazo.

Nacimiento vivo

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su 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, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

APGAR

La valoración de APGAR es el primer examen que se realiza a los recién nacidos, es un método simple y reproducible, generalmente se realiza al minuto y a los cinco minutos posteriores al nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples en una escala que va de cero a dos, y sumando los cinco valores obtenidos. Mientras mayor sea el puntaje, mejor pronóstico para el recién nacido.

Defunción

Desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Cesación posterior al nacimiento de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar. (Por lo tanto se excluyen las defunciones fetales).

Nacimiento vivo

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su 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.

Causas de defunción

Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones.

Causa directa de defunción

Enfermedad o condición patológica que causó directamente la defunción (Excluye síntomas o modos de morir, por lo tanto no se anotará "Paro cardio-respiratorio" que es sinónimo de muerte). De la misma manera no se acepta el término "Falla Orgánica Múltiple".

Causas Antecedentes de la defunción

Estados morbosos que produjeron la Causa Directa de defunción. Pueden no existir cuando la defunción resulta de un solo estado patológico.

Causa Básica de Defunción

Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Es la última de las causas antecedentes en anotarse, primera y última, cuando es una sola patología la que produjo la muerte.

Defunción Materna

Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta los 12 meses de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con -o agravada- por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo

Una 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 la defunción.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de

omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

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.

Para mejorar la calidad de la información sobre mortalidad materna y aportar otros métodos para recolectar datos sobre las muertes durante el embarazo o relacionadas con el mismo, así como para fomentar el registro de muertes por causas obstétricas que ocurren después de los 42 días de haber terminado el embarazo, la 43a Asamblea Mundial de la Salud, en 1990, adoptó la recomendación de que los países consideren la inclusión de preguntas relacionadas con un embarazo actual o un embarazo en el año previo a la muerte en el certificado de defunción.

Información internacional

Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones sólo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

Publicación de las tasas de mortalidad materna

Las tasas de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador (número de muertes maternas registradas), que puede ser:

- el número de muertes obstétricas directas registradas, o
- el número total de muertes obstétricas registradas (directas e indirectas).

Debe recordarse que las muertes maternas debidas a enfermedad por VIH (B20 - B24) y a tétanos obstétrico (A34) se codifican en las categorías correspondientes del Capítulo I. Estos casos deben incluirse en el total de muertes maternas y en el cálculo de las tasas correspondientes.

Denominadores para la mortalidad materna

El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.

Tasa y razones

Los resultados deben expresarse como una razón entre numerador y denominador, multiplicado por k (donde k puede ser 1.000, 10.000 ó 100.000, como se

prefiera o se indique en el país). Las tasas y razones de la mortalidad materna pueden, por lo tanto, expresarse de la manera siguiente:

Tasa de mortalidad materna

$$\frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica directa

$$\frac{\text{Muertes obstétricas directas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica indirecta

$$\frac{\text{Muertes obstétricas indirecta}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad relacionada con el embarazo

$$\frac{\text{Muertes relacionadas con el embarazo}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas

La asignación de una elevada proporción de causas de muerte al Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) indica la necesidad de revisar la calidad de la información tabulada y asignada a otros capítulos más específicos.

Edad gestacional

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días com-

pletos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Frecuentemente la edad gestacional es una fuente de confusión, cuando los cálculos se basan en las fechas de la menstruación. Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la 40^a semana de la gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días.

Defunción en Servicio

Es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un establecimiento de salud en una ambulancia será también como “en servicio”. Y solo en caso de haber transcurrido 48 hrs. de internación será considerada como muerte institucional.

Definiciones relacionadas con la mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil

Nacimiento vivo

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su 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, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Período Perinatal

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Periodo Neonatal

El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. **Las muertes neonatales** (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en *muertes neonatales precoces*, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y *muertes neonatales tardías*, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

Defunción Fetal (Feto mortinato)

Defunción fetal 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 esta 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.

Razón de muertes fetales

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces de niños con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Razón de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y neonatales precoces}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

La tasa de mortalidad perinatal es el número de fetos muertos con peso de por lo menos 500 g (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm o más de la coronilla al talón) más el número de muertes neonatales precoces, por 1000 nacimientos totales. Debido a los diferentes numeradores de cada componente, la tasa resultante no necesariamente es igual a la suma de las tasas de mortalidad fetal y de mortalidad neonatal precoz.

Tasa de mortalidad perinatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más} + \text{muertes neonatales precoces con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal

$$\frac{\text{Muertes neonatales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales de niños con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad infantil

Muertes de menores de un año
----- × 1000
Nacimientos vivos

Tasa de mortalidad infantil, específica por peso

Muertes de menores de un año, peso al nacer de 1000 g y más
----- × 1000
Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más

Anexo II - Legislación

Código Civil. Libro Primero, Título I de las Personas Individuales, Capítulo I Del Comienzo y Fin de la Personalidad.

89

Artículo 1.- (Comienzo de la Personalidad)

- I. El nacimiento señala el comienzo de la personalidad.
- II. Al que está por nacer se lo considera nacido para todo lo que pudiera favorecerle, y para ser tenido como persona basta nacer con vida.
- III. El nacimiento con vida se presume, salvo la prueba contraria, siendo indiferente que se produzca naturalmente o por procedimientos quirúrgicos.

Ley de Registro Civil. Capítulo Cuarto, De los Nacimientos.

Art. 30º.- (Modificado por el Art. 1º de la Ley Nº 2616, Ley de 18 de diciembre de 2003) Todo Niño o Niña, será inscrito en el Registro Civil, hasta sus doce años.

Esta inscripción, debe efectuarse con la comparecencia personal de los padres biológicos y la presentación del certificado de nacido vivo extendido por los centros médicos públicos y privados y, en defecto por autoridades administrativas o eclesiásticas.

En caso de indocumentación de los padres biológicos, la identificación de los mismos y la filiación del recién nacido, serán acreditadas mediante declaración de los testigos que deberán tener conocimiento personal de ambos hechos y deberán ser mayores de edad.

La inscripción de niños de padres desconocidos queda sujeta a lo previsto en el Artículo 98º y Disposiciones Transitoria Primera, del Código Niño, Niña y Adolescente, modificado por la presente Ley. La inscripción de adolescentes o mayores sin límite de edad, quedará sujeta a trámite administrativo en la forma establecida.

Ley de Registro Civil. Capítulo Sexto, De las Defunciones.

Artículo 61º.- (Concordante con el Art. 1523 del Código civil) Ningún cadáver podrá ser enterrado sin que antes se haya hecho el asiento de su defunción en el registro Civil del distrito en que ésta ocurrió o del que se halle el cadáver, sin que la municipalidad del mismo distrito o sus agentes expidan licencia de sepultura y sin que haya transcurrido 24 horas de la consignación de la certificación facultativa, si la muerte acontece en capital de Departamento, o de provincia y sección municipal o judicial, donde existan médicos autorizados.

Art. 63: “Es obligación del facultativo que haya asistido en su última enfermedad, o en su defecto del titular de la ciudad o pueblo, examinar el estado del cadáver y sólo cuando en él se encuentren señales inequívocas de descomposición, extenderá la certificación en que se exprese el nombre y apellidos y demás noticias que tuviera acerca del estado, profesión, domicilio y familia del difunto; hora y día del fallecimiento si le constare o en otro caso, los crea probables; clase de enfermedad que haya producido la muerte y señales de descomposición que ya existan”.

Decreto Supremo Reglamentario del Registro Civil. Título IV, De los Registros del estado civil de las personas. Capítulo III. Registro de Defunciones.

Artículo 48.- El Oficial del Registro Civil efectuará el registro en vista del certificado médico que acredite el fallecimiento.

En los lugares donde no haya profesional médico, el Oficial del Registro Civil, antes de registrar la partida, se cerciorará de la defunción.

Cuando se encuentre un cadáver y sea imposible identificarlo, se registrará la partida previa orden judicial y, donde no haya juez por autorización de la autoridad administrativa, militar o eclesiástica.

Artículo 49.- No se efectuarán inhumaciones ni cremaciones, sin la previa presentación del certificado de defunción.

Artículo 50.- Cuando la defunción se produzca por causa violenta, accidental o exista sospecha de delito o bien cuando una persona fuere enterrada sin establecer las causas de su fallecimiento, el médico forense certificará el hecho previa autopsia o necropsia, requisito sin el cual no se procederá el registro.

Código de Ética y Deontología Médica. Capítulo II, Deberes del Médico.

Art. 7º Obligaciones normativas y éticas para el ejercicio Médico

El médico debe observar la normativa del Colegio Médico de Bolivia, su Código de Ética y Deontología, así como las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial y la Confederación Médica Latinoamericana, al participar en las siguientes labores profesionales:

1. Promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
2. Investigación biomédica en general.
3. Investigación terapéutica en humanos.
4. Aplicación de tecnologías con fines diagnósticos y terapéuticos.
5. Organización y funcionamiento de centros para la utilización de órganos, tejidos y hemoderivados o su producción.
6. Anticoncepción.
7. Reproducción humana asistida

8. Aborto.
9. Emisión de certificaciones de:
 - Nacimiento
 - Enfermedad
 - Incapacidad
 - Médico Legales
 - Defunción
10. Esterilización.
11. Verificación de la defunción.
12. En todos los temas relacionados con las disposiciones vigentes que demanden pronunciamiento en particular, o en las recomendaciones de las Asambleas de la Asociación Médica Mundial y Asociación Médica Latinoamericana.
13. Educación médica.

Código de Ética y Deontología Médica. Capítulo XVII, De los Documentos Médicos, Expediente Clínico.

Art. 133º (Otorgación de Copias)

En el ámbito Institucional, corresponde a la institución empleadora la responsabilidad de otorgar copias del expediente clínico, según Resolución Ministerial N° 028/97.

Código de Ética y Deontología Médica. Capítulo XVIII, De las Certificaciones Médicas.

Art. 151º (Prohibiciones)

Está prohibido para el médico en su desempeño privado o institucional:

- a) Recetar o certificar en forma ilegible, así como firmar en blanco recetas, certificados o cualquier otro documento médico.
- b) Certificar sin haber practicado acto médico alguno o que no corresponda a la verdad.
- c) Certificar para dañar a las personas u obtener indebido beneficio para el paciente, para sí o para terceros.
- d) Negarse a extender certificación médica lícita.
- e) Utilizar formularios institucionales para certificaciones privadas.

Art. 152º (Certificación de Nacimiento)

El médico debe extender la certificación de nacimiento de acuerdo a lo determinado por Ley.

Código de Ética y Deontología Médica. Capítulo XVIII, De las Certificaciones Médicas, De la Certificación de Defunción.

Art. 153º (Obligatoriedad)

El médico está obligado a extender la certificación de defunción cuando el paciente fallece de la enfermedad que estuvo siendo tratada por él.

Art. 154º (Término de Obligación)

El médico está obligado a extender la certificación hasta siete días después de haber dado de alta al paciente cuya enfermedad consideró superada, siempre y cuando el fallecido no hubiera sido atendida por otro médico en el momento de su deceso, en cuyo caso, el certificado de defunción será extendido por éste último.

Art. 155º (En casos de duda)

Si el médico considerara que existen dudas fundadas sobre la causa de la muerte de una persona, aún dentro de las previsiones del artículo anterior, deberá solicitar la autopsia.

Art. 156 (En área rural)

En el área rural, en caso de no haber existido atención médica previa y no haber posibilidad de autopsia, el médico debe hacer una reconstrucción de la historia clínica y emitir la certificación médica de defunción, haciendo constatar el hecho.

Art. 157º (Formulario)

Se reconoce como único formulario de certificación médica de defunción, el determinado por el Ministerio de Salud.”

Código Penal. Título IV, Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo III Falsificación de Documentos en General.

Artículo 198º. (Falsedad Material). El que forjare en todo o en parte un documento público falso o alterare uno verdadero, de modo que pueda resultar perjuicio, incurrirá en privación de libertad de uno a seis años.

Artículo 201º. (Falsedad Ideológica en Certificado Médico). El médico que diere un certificado falso, referente a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión, será sancionado con reclusión de un mes a un año y multa de treinta a cien días.

Si el falso certificado tuviere por consecuencia que una persona sana sea internada en un manicomio o en casa de salud, será sancionado con reclusión de seis meses a dos años y multa de treinta a cien días.

Resolución Ministerial N° 291 del 7 de Mayo de 2002.

Se resuelve: Aprobar la implantación del **CERTIFICADO ÚNICO DE DEFUNCIÓN**, que deberá entrar en vigencia a partir de la fecha en forma obligatoria; siendo el único instrumento de válido a utilizarse para tal efecto.

Resolución Ministerial Nº 1321 de 28 de Diciembre de 2009.

ARTÍCULO PRIMERO Disponer la vigencia de los siguientes instrumentos de captación, sistematización y consolidación adecuados para el periodo 2010 - 2012 del Sistema Nacional de Información en Salud - SNIS:

INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN:

- Historia Clínica, RA-SALUD INE 101
- Historia Clínica Perinatal
- Carnet de Salud de la Madre
- Carnet de Salud Infantil
- Certificado Médico Único de Defunción CEMEUD, RA-SALUD INE 102
- Certificado Médico de Defunción Perinatal CEMEDEP, RA-SALUD INE 104

ARTÍCULO TERCERO.- Disponer la aplicación de Sistemas Informáticos: SNIS versión 2010, Sistema de Información Perinatal “SIP”, Sistema de Registro de Atención Clínica “SIRAC”, Módulo de Información Básica 2010 “MIB”, SIGEPI/Health Maper, Sistema de Gestión y Bioseguridad (EVARES), Sistema de Consolidación de fichas epidemiológicas (ETI-IRAG, Dengue, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, Hanta Virus, Rabia, Accidentes ofídicos, Chagas) Sistema Informático de: Tuberculosis, Malaria, VIH-SIDA, Nutrición, Cáncer, Medicina Tradicional y Mortalidad.

ARTÍCULO CUARTO.- Establecer el cumplimiento riguroso por parte de todas las instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud, del desarrollo del Ciclo de la Información, con la captación, sistematización, consolidación, procesamiento, uso y análisis de la información con enfoque intercultural y género, cuya aplicación permitirá fortalecer al Comité de Análisis de la Información, donde se genera la información, con el fin de promover el uso de la misma.

Anexo III – Ejemplos

Ejemplo 1.- Paciente llega referido de área rural, de 5 días de vida, con antecedente de parto domiciliario, ligadura de cordón artesanal, llega con mal estado general, icterico, deshidratado, con lesiones en piel tipo pustular y flictenular con contenido purulento, irritable, febril, eritema y flogosis periumbilical, presenta a su llegada crisis convulsiva con deterioro del esfuerzo respiratorio posterior, inestabilidad de los signos vitales, recibe tratamiento de asistencia ventilatoria, soporte parenteral y apoyo inotrópico, antibioticoterapia, corrección de trastornos metabólicos, pese a ello fallece a las dos horas sin responder a RCP (Reanimación Cardio Respiratoria).

10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	11. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:			
Causa Fetal/Neonatal Básica		a) SÉPIS NEONATAL	
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.			
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido		b)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .			
		Código Fetal/Neonatal Principal	
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL			
Causa Básica de Origen Materno		c)	
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido			
Otras enfermedades o afecciones de la madre		d)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .			
		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.		e) PARTO DOMICILIARIO SIN ATENCIÓN MÉDICA	

Ejemplo 2.- Madre de 25 años de edad, cursando primer embarazo con 26 semanas de gestación, sufre agresión por su pareja, acude a hospital por producirse parto prematuro vaginal, obteniéndose un producto prematuro extremo, con 750g de peso, 30cm de talla, con APGAR de 5/7/8 requiriendo RCP (Reanimación-Cardio-Pulmonar), el producto es internado inmediatamente a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), donde recibe asistencia respiratoria mecánica por importante dificultad respiratoria, recibe además surfactante exógeno precoz, los parámetros del ventilador son elevados para tratar de lograr una Saturación de oxígeno mayor al 88%, evoluciona en forma desfavorable presentando, sangrado por puntos de punción, TET, SOG; además de una acidosis mixta severa descompensada que no responde a la terapia de corrección, una Hb de 5g%. No responde a tratamiento y fallece a las 48 horas de vida, por desarrollar Síndrome de Membrana Hialina.

B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCION	NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNOSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica	a) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.		
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido	b) PREMATUREZ EXTREMA	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .		
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno	c) DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE MEMBRANAS	
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido		
Otras enfermedades o afecciones de la madre	d)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .		
		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.	e) AGRESIÓN FÍSICA POR REFERENCIA	

Este certificado lo debería llenar medicina legal, pero se puede registrar en e)
“por referencia”.

Ejemplos 3 y 4.- Mujer de 26 años de vida, ingresa a horas 04:00 a.m. a Hospital de III nivel referida de establecimiento de área rural, en fecha 11 de agosto de 2011, con antecedente de: ruptura prematura de membranas de 24 horas previas a su referencia, gestación a término (37 semanas por FUM y ECO), 2 cesáreas previas (G:2, P:0, C:2), con signos de diaforesis, (temperatura 38,5°). Se comunica la urgencia de procedimiento quirúrgico a familiares quienes niegan. Laboratorio hemograma muestra leucopenia (4.800). Después de 8 horas la paciente entra en choque y la fetocardia no es audible; se realiza intervención quirúrgica de urgencia (familiares recién autorizan), fallece en el transoperatorio por hemorragia con atonía uterina, el producto con impregnación meconial, placenta con desprendimiento del 50%.

CEMED Madre;

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIAATURAS NI SIGLAS		14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10
Parte I.			Llenado solo por Estadística	
Causa Directa				
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) CHOQUE MIXTO (HIPOVOLÉMICO - SÉPTICO) Debido a o como consecuencia de		minutos	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada	b) ATONÍA UTERINA Debido a o como consecuencia de		minutos	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA Debido a o como consecuencia de		24 horas	
	d) RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		32 horas	
Parte II. Causas Contribuyentes				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa				
<small>Código Causa Básica _____</small>				

CEMEDEP Feto:

B. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL O NEONATAL PRECOZ		11. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
10. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA OBITO FETAL NI PARO CARDIORESPIRATORIO UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	
PARTE I. CONDICIÓN PERINATAL QUE CAUSÓ LA MUERTE:		
Causa Fetal/Neonatal Básica	a) ASFIXIA INTRAUTERINA	
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido que le produjo la muerte.		
Otras enfermedades o afecciones del feto o recién nacido	b)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica, pero que contribuyeron con la muerte .		
		Código Fetal/Neonatal Principal
PARTE II. CONDICIÓN MATERNA QUE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN PERINATAL		
Causa Básica de Origen Materno	c) DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	
Enfermedad o afección principal de la madre que produjo la muerte del feto o recién nacido		
Otras enfermedades o afecciones de la madre	d)	
Estados morbosos no relacionados directamente con la causa básica; pero que contribuyeron con la muerte .		
		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.	e) NEGATIVA DE CESÁREA POR FAMILIARES	

Ejemplo 5: Masculino de 17 años de edad, que fallece inmediatamente en la vía pública a causa del atropello por camión, que le causó aplastamiento de cráneo.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.			
Causa Directa			
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) LESIÓN CEREBRAL SEVERA Debido a o como consecuencia de	instantáneo	
Causas Antecedentes	b) TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO ABIERTO Debido a o como consecuencia de	instantáneo	
Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada			
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produce o desencadena la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) HECHO DE TRÁNSITO Debido a o como consecuencia de	instantáneo	
	d)		
Parte II. Causas Contribuyentes			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
Código Causa Básica			
16. PROBARBLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosa)			
a) Manera: Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/>			
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)			
Accidente de Transporte <input checked="" type="checkbox"/> Caida (Precipitación) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Ataque de Animal <input type="checkbox"/> Asfixias <input type="checkbox"/>			
Electrocución <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Arma Blanca <input type="checkbox"/>			
Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>			
c) Lugar Domicilio <input type="checkbox"/> Via Pública <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>			
Especificar Probable Hecho: PEATÓN ATROPELLADO POR CAMIÓN			

Ejemplo 6: Joven de 18 años que fallece por choque hipovolémico grave de 2 horas de evolución, secundaria a herida punzo cortante por arma blanca, por asalto en vía pública 6 horas antes. La autopsia reveló sección de arteria femoral derecha.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10
Parte I.		Llenado solo por Estadística		
Causa Directa				
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente		a) CHOQUE HIPOVOLÉMICO Debido a o como consecuencia de	2 horas	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada		b) SECCIÓN DE ARTERIA FEMORAL DERECHA Debido a o como consecuencia de	6 horas	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).		c) TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BLANCA EN MUSLO DERECHO Debido a o como consecuencia de	6 horas	
		d)		
Parte II. Causas Contribuyentes				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa				
Código Causa Básica				

Ejemplo 7: Mujer de 36 años que falleció a consecuencia de embarrancamiento del bus en el que viajaba como pasajera, que le causó fractura multifragmentaria de fémur derecho, a los dos días es internada con signos de insuficiencia respiratoria por embolia grasa y fallece a los tres días en la Unidad de Terapia Intensiva.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.				
Causa Directa				
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a)	EMBOLISMO PULMONAR MASIVO Debido a o como consecuencia de	3 días	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba <i>combinada</i>	b)	EMBOLISMO GRASO Debido a o como consecuencia de	5 días	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c)	FRACTURA MULTIFRAGMENTARIA DE FÉMUR DERECHO Debido a o como consecuencia de	5 días	
	d)	HECHO DE TRÁNSITO	5 días	
Parte II. Causas Contribuyentes				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa				
Código Causa Básica:				
16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)				
a) Manera: Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/>				
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)				
Accidente de Transporte <input checked="" type="checkbox"/>	Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>	Ataque de Animal <input type="checkbox"/>	Asfixias <input type="checkbox"/>
Electrocución <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Desastre Natural <input type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>
Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	No puede determinarse <input type="checkbox"/>		
c) Lugar Domicilio <input type="checkbox"/> Vía Pública <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>				
Especificar Probable Hecho: PASAJERO EN EMBARRANCAMIENTO DE BUS				

Ejemplo 8: Hombre de 49 años que muere por Edema Cerebral Severo, por Traumatismo Cráneo Encefálico Severo cerrado a la hora de haber sido víctima de una colisión entre el vehículo que conducía y un camión pesado en una carretera estrecha.

Ejemplo 9: Hombre de 42 años, con quemaduras en el 75% de superficie corporal, las mismas aparentemente por ignición de ropa de cama, en incendio de forma accidental posiblemente por cigarrillo.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS		14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I. Causa Directa Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Debido a o como consecuencia de	12 horas		
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada	b) QUEMADURA DEL 75% DE SUPERFICIE CORPORAL Debido a o como consecuencia de	24 horas		
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) _____ Debido a o como consecuencia de	_____		
d) _____ 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	_____	_____		
			Código Causa Básica	
16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)				
a) Manera: Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input checked="" type="checkbox"/>				
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte) Accidente de Transporte <input type="checkbox"/> Caida (Precipitación) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Ataque de Animal <input type="checkbox"/> Asfixias <input type="checkbox"/> Electrocución <input type="checkbox"/> Quemaduras <input checked="" type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Arma Blanca <input type="checkbox"/> Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>				
c) Lugar Domicilio <input checked="" type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Especificar Probable Hecho: QUEMADO EN INCENDIO DOMICILIARIO				

Ejemplo 10: Mujer de 37 años de edad, con historia de Diabetes Mellitus tipo II, que data de hace 5 años, ingresa por una gangrena avanzada de miembro inferior que tiene desde hace 1 mes, falleciendo dos días después por sepsis generalizada.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.			
Causa Directa			
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) CHOQUE SÉPTICO Debido a o como consecuencia de	2 días	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada	b) GANGRENA PIÉ DERECHO Debido a o como consecuencia de	1 mes	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) DIABETES MELLITUS TIPO 2 Debido a o como consecuencia de	5 años	
	d)		
Parte II. Causas Contribuyentes			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Ejemplo 11: Mujer de 25 años presenta cuadro de Colangitis aguda seis días antes de su internación, evidenciándose al cuarto día signos de peritonitis, falleciendo dos días después por choque séptico. Antecedente de cáncer de cuello uterino desde hace 2 años.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.			
Causa Directa			
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) CHOQUE SÉPTICO Debido a o como consecuencia de	2 días	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada	b) PERITONITIS Debido a o como consecuencia de	2 días	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) COLANGITIS AGUDA Debido a o como consecuencia de	6 días	
	d)		
Parte II. Causas Contribuyentes	CÁNCER CÉRVICO UTERINO	2 años	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Ejemplo 12: Mujer de 59 años muere por bronco aspiración de vómito a las pocas horas de haber padecido una hemorragia cerebelosa. Tres años antes se le había diagnosticado un adenoma adrenal con aldosteronismo, que se manifestaba como hipertensión. Además, presentaba insuficiencia cardiaca congestiva de dos años de evolución.

Ejemplo 13: Mujer de 28 años con embarazo a término a quien se le diagnosticó Placenta Previa Oclusiva en el quinto mes. Es internada con hemorragia transvaginal profusa de 6 horas y muere por choque hipovolémico a las 4 horas.

Ejemplo 14: Hombre de 65 años que desde hace 10 años presenta cuadro diagnosticado como hipertrofia prostática, fallece 48 horas después de ser internado por Síndrome Urémico secundario a Insuficiencia Renal Crónica diagnosticada 3 años antes. Desde hace cuatro años presentaba cuadros repetidos de retención urinaria aguda.

Ejemplo 15: Hombre de 70 años que hace un año fue operado de cáncer maligno del cuerpo del estómago diagnosticado por endoscopía 4 meses antes, al quinto mes de evolución se descubrieron metástasis pulmonares, fallece por cuadro bronco neumónico que presentó los últimos 10 días.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I. Causa Directa Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	a) BRONCONEUMONÍA Debido a o como consecuencia de	10 días	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba mencionada	b) CÁNCER METASTÁSICO PULMONAR Debido a o como consecuencia de	1 año	
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).	c) CÁNCER MALIGNO OPERADO DE CUERPO DE ESTÓMAGO Debido a o como consecuencia de	1 año	
d)			
Parte II. Causas Contribuyentes Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Ejemplo 16: Mujer de 30 años de edad, internada por presentar cuadro neumónico grave de diez días de evolución, tiene el antecedente de ser portadora de VIH (seropositiva), y de estar con tratamiento antiretroviral desde hace 2 años. Fallece con neumonía por neumocistis carini dos semanas después.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN	NO ESCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS	14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15. CÓDIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
Parte I.			
Causa Directa	a) NEUMONIA POR NEUMOCISTIS CARINI Debido a o como consecuencia de	14 días	
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente	b) NEUMONIA Debido a o como consecuencia de	21 días	
	c) ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Debido a o como consecuencia de	2 años	
Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada.	d)		
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c o d).			
Parte II. Causas Contribuyentes			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa			
			Código Causa Básica

Se anota en intervalo el tiempo desde que fue diagnosticada de VIH seropositiva.

Referencias Bibliográficas

1. Balasch Cortina J. Muerte fetal intrauterina. En: Rodés Teixidor J, Prieto Valtueña J, Rappado Errazti A. Editores. Casos clínicos: Obstetricia y ginecología. Barcelona: Masson; 1998. p. 347 - 354.
2. Casirola EA, Gatica AF. Diagnóstico ultrasonográfico de muerte fetal intrauterina. Su importancia terapéutica, estadística, psicológica y médico-legal. Rev Argent Radiol (en línea) 2004 (fecha de acceso octubre 2010); 68: 135 – 144. URL disponible en: http://www.rard.org.ar/numeros/2004_2/7casirola/casirola.pdf
3. Colegio Médico de Bolivia. Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia: Código de Ética y Deontología Médica. Colegio Médico de Bolivia. 2008.
4. Contreras Lemus J. Figura 1. Periodos para clasificar los diferentes momentos en que ocurre la muerte de los niños. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, (en línea) Enero - Marzo 2000 (fecha de acceso diciembre 2004) 43: 217–223. URL disponible en: www.insp.mx/salud/43/433_6.pdf.
5. Corte Nacional Electoral - Dirección Nacional de Registro Civil. Manual de Capacitación: Cartilla 4, Defunciones. Bolivia; 2006.
6. Dalence Montaño JG. Certificado médico de defunción como instrumento de certificación de muerte fetal, análisis en hospitales de La Paz y El Alto durante la gestión 2004. Tesis de grado para optar el grado de Magíster Scienciatorum en Medicina Forense. Universidad Mayor de San Andrés 2006.
7. Dalence Montaño JG. Muerte fetal intrauterina. Rev Méd Colegio Médico La Paz. 2005; 11: 71 - 83.
8. Decreto Ley N° 10426 de 23 de Agosto de 1972. Código Penal. (Gaceta Oficial de Bolivia, Año XIII, N°626, de 26 de agosto de 1972).
9. Decreto Ley N° 12760 de 6 de agosto de 1975. Código Civil (Gaceta Oficial de Bolivia, Año XVI, N°800, de 15 de agosto de 1975).

10. Decreto Supremo N° 451 de 17 de marzo de 2010. Reglamento a la Ley N° 3729 (Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, N° 113, de 17 de marzo de 2010).
11. Decreto Supremo N° 24247 de 7 de marzo de 1996. Decreto Reglamentario del Registro Civil. (Gaceta Oficial de Bolivia, Año XXXVI, Edición Especial, marzo de 1996).
12. Di Maio V, Dana S. Editores: Manual de patología forense. Homicidios en la infancia. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003. p. 157 - 162.
13. Fiorentino JA. Certificado medico de defunción. (en línea) (fecha de acceso noviembre de 2004) URL disponible en: <http://www.samct.com.ar/comites/pediatr/cdefun.doc>
14. Genest DR. Estimating the time of death in stillborn fetuses: II. Histologic evaluation of the placenta; a study of 71 stillborns. *Obstet Gynecol* (en línea) 1992; 80:585-592. URL disponible en: <http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/80/4/585>
15. Kean L. Intra-uterine fetal death. *Current Obstet & Gynaecol.* (en línea) 2003 (fecha de acceso octubre 2008) 13, 329 - 335. URL disponible en: https://hin-sweb.who.int/http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WD8-49J90MK-2-1&_cdi=6760&_user=2778716&_orig=search&_coverDate=12%2F31%2F2003&_sk=999869993&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkWA&md5=4d34005cd6bb0a325c4e23bc18137a16&ie=sdarticle.pdf
16. Lancís y Sánchez F, et al. Medicina legal: Medicina legal infantil. La Habana: Ciencias Médicas, Editorial Pueblo y Educación; 1999. p. 151 - 166.
17. Ley N° 1898 de 26 de Noviembre de 1898. Ley de Registro Civil. (Anuario de Leyes y Supremas Disposiciones de 1898). Tipografía y Librería Económica. Sucre, febrero de 1899.
18. Ley N° 2616 de 18 de diciembre de 2003 (Gaceta Oficial de Bolivia, Año XLIII N°2552, de 23 de diciembre de 2003).
19. Ley N° 3729 de 8 de agosto de 2007. Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA. (Gaceta Oficial de Bolivia, Año XLVII, N° 3022, de 23 de agosto de 2007).
20. Ministerio de Salud y Deportes, De la Gálvez Murillo C. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Serie Documentos Técnico Normativos N° 105. La Paz, ABBASE LTDA. 2008.
21. Ministerio de Salud y Previsión Social - Unidad Nacional de Atención a las Personas. Norma boliviana de salud NB-MSPS-02-2000: Atención a la mujer y al recién nacido. Feto muerto y retenido. 2^a Ed. La Paz. Stampa Gráfica Digital Ltda; 2000. p. 111 - 113.
22. Ministerio de Salud y Deportes - Sistema Nacional de Información en Salud. Guía para el uso del Certificado Único de Defunción. Bolivia; 2005.
23. Ministerio de Salud y Deportes - Sistema Nacional de Información en Salud. Certificado de Defunción Perinatal. Bolivia; 2009.
24. Ministerio Público de la Nación. Fiscalía General de Bolivia. Instituto de Investigaciones Forenses. Procedimientos Normalizados de Trabajo - Medicina Forense. 2007.
25. Morales Rodríguez ML. La autopsia perinatal médico-legal. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Editor. Manual para la práctica de autopsias. 2^a ed. Bogotá: Integra Impresores; 2002. p. 163 - 168.
26. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Vol. 1 y Vol. 2. Washington D.C.: OPS; 2008.
27. Resolución Ministerial N° 291 del 7 de Mayo de 2002 (Ministerio de Salud y Deportes).
28. Resolución Ministerial N° 1321 del 28 de Diciembre de 2009 (Ministerio de Salud y Deportes).

Anexo Editorial

1er Curso Nacional de Codificación Médica CIE-19 en Mortalidad, Coroico 3 – 6 Octubre 2011

106

Humberto Rocha	Instructor CIE, CEMECE – México
Julio Guillermo Dalence Montaño	Instructor CIE, Responsable Nacional de Hechos Vitales, SNIS-VE, MSD
Jhemis Teddy Molina Gutiérrez	Instructor CIE, Responsable Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SNIS-VE, MSD
Ariel Dimitri Ledezma Mariaca	Instructor CIE, Responsable Nacional de Estadística, SNIS-VE / MSD
Maruja Zarate	Estadístico Red 1 Urbano, SEDES – Chuquisaca
Gabriela Montellano	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Chuquisaca
Celia Carlo Condori	Estadístico Hospital de Clínicas, SEDES – La Paz
Lourdes Soto	Estadístico Hospital de la Mujer, SEDES – La Paz
Ingrid Tatiana Villarreal Rocha	SNIS-VE La Paz, SEDES – La Paz
Daly Silva Bustillos	Estadístico SNIS-VE, SEDES – La Paz
Wilfredo Heredia Delias	Estadístico SNIS-VE, SEDES – La Paz
Alberto Máximo Pacajes Alcón	Estadístico SNIS – El Alto, SEDES – La Paz SERES/El Alto
Gabriela Vargas Gutiérrez	Estadístico Hospital Materno Infantil, CNS – La Paz
Ana María Rioja	Estadístico Hospital Materno Infantil, CNS – La Paz
Roxana Mollinedo	Estadístico Hospital Obrero No. 1, CNS – La Paz
Maria Esther Rojas	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Cochabamba
Mabel López Zubietta	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Cochabamba
Maria Torrico Bautista	Estadístico Hospital San Juan de Dios, SEDES – Oruro
Justina Victor Siñanis	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Oruro
Patricia Córdova Alcoba	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Potosí
Dolores Cartagena Barral	Estadístico Hospital Bracamonte, SEDES – Potosí
Miriam Nelly Alfaro Baldiviezo	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Tarija
Gloria Sanjinés Velásquez	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Tarija
Francisca Arancibia Callau	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Santa Cruz
Eloy Flores Carrillo	Estadístico Hospital del Niño, SEDES – Santa Cruz
Yenny Rivera Mercado	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Beni
Mirtha Justiniano López	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Beni
Joaquin Catunta Limachi	Estadístico SNIS-VE, SEDES – Pando
Flavio Aguada Ramírez	Estadístico Hospital Roberto Galindo, SEDES – Pando
Banco Mundial – Proyecto APL - III	Financiador del Evento

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

PARA VIVIR BIEN