

REGLAMENTO TÉCNICO PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ANÁLISIS Y RESPUESTA DE MUERTES MATERNAS E INFANTILES

República Dominicana
Junio, 2022



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

@Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Titulo original:

Reglamento técnico para la organización y funcionamiento de los comités de análisis y respuesta de muertes maternas e infantiles

Coordinación Técnica:

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Materno Infantil y Adolescentes

Formato Gráfico y Diagramación: Onavis Cabrera Molina

Instancia: Seccion de Impresos, MISPAS

ISBN electrónico: 978-9945-621-82-2

Primera edición, Julio 2022

Santo Domingo, D.N.

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes entorno al tema en el Sistema Nacional de Salud.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Edward Rafael Guzmán Padilla
Viceministro de Planificación y Desarrollo

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de la Calidad de los Servicios

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

Dr. Leandro José Villanueva Acebal
Viceministro de Regulación de Productos de Consumo Humano

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro Oficina de Coordinación de la Gestión
Desconcentrada de la Rectoría

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Yocastia De Jesús Aramboles. Directora General del VMSC
Dr. Ricardo Alberto Elías Melgen. Director de Salud de la Población
Dra. Elsa Camilo Pantaleón. Encargada de Curso de Vida
Dr. Tamy Santana Monsanto. Encargado Programa Materno Infantil y Adolescentes
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

Programa Materno Infantil y Adolescentes

Dra. Zobeida Peralta. Coordinadora Programa Salud Sexual y Salud Reproductiva
Dra. Fanny De La Cruz. Coordinadora de Salud

Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materno Infantil

Dr. José Delancer Despradel. Encargado

COLABORADORES EXTERNOS

Dra. María Santos. Salubrista
Dra. Olga Arroyo. Perinatologa
Dra. Yuderka Lerebours. Ginecobotetra
Dr. Paulino Diaz Osoria. Ginecobotetra
Dra. Dolores Rodríguez. Ginecobotetra

EQUIPO TÉCNICO DE ASESORÍA Y REVISIÓN METODOLÓGICA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Licda. Anel Payero. Coordinadora Técnico Legal

Departamento de Reglamentación Sanitaria

Dra. Olga Jape Collins. Encargada de Reglamentación Sanitaria
Dra. Ibsen Veloz Suárez. Coordinadora Documentación Sanitaria

CONTENIDO

1) OBJETO.....	7
2) OBJETIVO GENERAL.....	7
3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4) ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	7
5) MARCO LEGAL.....	7
6) DEFINICIONES.....	9
7) DISPOSICIONES GENERALES.....	12
8) SOBRE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS COMITÉS.....	13
9) COMITÉ HOSPITALARIO.....	13
10) COMITÉ PROVINCIAL O DE ÁREA DE SALUD.....	17
11) COMITÉ NACIONAL.....	20
12) SOBRE LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA Y ANÁLISIS DE CASOS DE MUERTES INFANTILES.....	26
13) SOBRE EL ANÁLISIS DE EVITABILIDAD DE MUERTES MATERNAS E INFANTILES.....	26
14) CERTIFICADO DEFUNCIÓN.....	27
15) SOBRE LA VIGILANCIA Y RESPUESTA A LAS MUERTES MATERNAS E INFANTILES (VRMMI).....	28
16) BIBLIOGRAFÍA.....	32
17) ANEXOS.....	33

INTRODUCCIÓN

Las causas de Muertes Maternas e Infantiles son en su gran mayoría prevenibles. Por lo que mediante el presente Reglamento Técnico se desarrollarán informaciones técnicas enfocadas a profesionales del Área de la Salud, con la finalidad de conformar los comités de vigilancia, análisis y respuesta de las muertes Maternas e Infantiles, para evitar las situaciones de riesgo durante los procesos del embarazo, parto, puerperio, y los niños y niñas menores de un año con el objetivo principal de aumentar la calidad de la atención en Salud.

Tras el análisis y la detección del requerimiento de impulsar la calidad en la atención brindada en los establecimientos, servicios de salud y afines es que se genera el esfuerzo conjunto de la División Materno Infantil y Adolescentes a contribuir, establecer el mecanismo para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las oportunidades de mejora, para prevenir las muertes maternas e infantiles con base en los indicadores y datos generados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la implementación de un proceso de seguimiento continuo hacia una salud integral, humana y accesible que pueda ser garantizada mecanismos por la gerencia hospitalaria, encargados, coordinadores y personal de salud a nivel nacional.

En este sentido, el mismo está estructurado en 15 numerales, en los cuales los primeros 6 correspondientes a los preliminares como el ámbito de aplicación, marco legal y definiciones claves para la comprensión del mismo. En los numerales del 8 al 11 se describe todo lo concerniente a los comités, en el numeral 12 la realización de necropsias y análisis de casos de muertes infantiles; continúa en el numeral 13 con análisis de evitabilidad y en 14 certificado de defunción. El numeral 15 desarrolla la vigilancia y respuesta esperada de la misma.

Con la puesta en vigencia de este Reglamento Técnico, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, junto al Viceministerio de Salud Colectiva, Departamento de Salud de la Familia y su División Materno Infantil y Adolescentes, asume el compromiso de continuar impulsando las acciones necesarias para alcanzar un Sistema de atención y seguimiento efectivos para la prevención de las Muertes Materno Infantiles en nuestro país.

1) OBJETO

El presente reglamento tiene por objeto regular el funcionamiento de los Comités de Vigilancia y Respuesta de Muertes Maternas e Infantiles.

2) OBJETIVO GENERAL

Establecer los requisitos y procedimientos aplicables para la organización y funcionamiento, de los Comités de Vigilancia y Respuesta de Muertes Maternas e Infantiles para favorecer a la implementación de los procesos de mejora continua en los establecimientos de salud en República Dominicana.

3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1 Disponer de los estándares para asegurar la uniformidad en los procedimientos para la conformación de los Comités.
- 3.2 Establecer los procedimientos y competencias de las instancias del Sistema de Salud participantes de los Comités.
- 3.3 Establecer los indicadores para el monitoreo de las acciones de los Comités y medición de los resultados de impacto.

4) ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este Reglamento se aplicará en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, públicas, privadas u otro tipo y al mismo deben acogerse todo el personal de tipo prestador o administrativo vinculados al objeto de este, entendiéndose que su enfoque se encamina a garantizar mecanismos que protejan la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, y los niños y niñas menores de un año.

5) MARCO LEGAL

El Marco Legal se fundamenta en el Marco Jurídico Nacional, leyes fundamentales, decretos, resoluciones ministeriales y acuerdos internacionales vinculantes, como son los siguientes:

- a) La Constitución de la República Dominicana proclamada el año 2015.
- b) Ley No. 42-01, General de Salud del 8 de marzo del año 2001.
- c) Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- d) Ley No.123-15, del Servicio Nacional de Salud.
- e) Ley No. 1-12, de la Estrategia Nacional de Desarrollo.
- f) Ley No.395-14, de Carrera Sanitaria.

- g) Ley No. 172-13, de protección a datos personales.
- h) Ley No. 135-11, de VIH y SIDA, del 7 de junio del 2011.
- i) Ley No. 200-04, sobre el Libre Acceso a Información Pública.
- j) Ley No. 136-03, del 7 de agosto del 2003 que establece el Código para el Sistema de Protección y los Derechos fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes.
- k) Ley No. 68-03, de Colegiación Médica.
- l) Ley No. 41-08, de Función Pública.
- m) Ley No. 8-95, que declara Prioridad Nacional la promoción y fomento de la Lactancia Materna.
- n) Ley No. 24-97, sobre Violencia Intrafamiliar, del 27 de enero del año 1997, que introduce modificaciones al Código Penal Dominicano.
- o) Decreto No. 309-07, que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con el objeto de regular el manejo epidemiológico de enfermedades y eventos de importancia para la Salud Pública.
- p) Decreto No. 59-05 del 10/02/2005 que establece el Reglamento sobre Promoción de la Salud.
- q) Decreto No. 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- r) Decreto No. 1522-04, Creación y Desarrollo de Redes de Servicios de Salud y Reglamentos Técnicos para la Atención al Embarazo y Atención al niño.
- s) Resolución Ministerial No. 00004 -19 Creación de la Alianza para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.
- t) Resolución Ministerial No. 000002-2018 que crea el Reglamento Disciplinario del personal de Salud del Servicio Nacional de Salud, de la Red Privada, de las Asociaciones Sin Fines de Lucro, (ASFL) y otros para prevenir la Mortalidad Materna e Infantil.
- u) Disposición No. 000004-16, que crea la Normativa de Llenado del Certificado de Defunción.
- v) Disposición No. 000006 -2014 que crea el Comité Nacional de Auditoría Clínica de Servicios Maternos Infantiles y de Adolescentes del Personal de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil
- w) Protocolo de Vigilancia Especial de Morbilidad Materna Extrema y Muerte Materna Código: DIGEPI-VEEMMEIMM-PRO-1 Versión: 02. Fecha de elaboración: 8/octubre/2015 Fecha de revisión: 2/diciembre/2019.

Acuerdos internacionales

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos, del 10 de diciembre del año 1948.
2. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del año 1948.
3. La Convención Internacional de los Derechos del Niño del 2 de septiembre de 1990.
4. La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), del 18 de diciembre del año 1979, ratificada mediante resolución No. 34/180 del 18 de diciembre del año 1979, entrada en vigor el 3 de septiembre del año 1981.

6) DEFINICIONES

Para los fines del presente reglamento aplican las siguientes definiciones:

- 6.1 Acciones de Mejora: conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico.
- 6.2 Acuerdo de Confidencialidad: contrato legal que protege los derechos de los firmantes, evitando que las partes divulguen, utilicen o se beneficien, directamente o a través de terceros, de cualquier información que comprometa la confidencialidad de las personas.
- 6.3 Auditoría Clínica: comprende un conjunto de procedimientos para la revisión ordenada y sistemática de todos los aspectos del cuidado clínico proporcionado por profesionales de salud, médico y no médico, en la atención de eventos evitables, y así producir evidencias sobre los puntos críticos susceptibles de mejora.
- 6.4 Autopsia Social: método utilizado para conocer y examinar todas las muertes. Mediante ésta los miembros de la comunidad proporcionan información sobre la muerte y permite identificar deficiencias, como la imposibilidad de acceder en tiempo oportuno a los servicios de salud o la falta de asistencia por personal calificado.
- 6.5 Autopsia Verbal: procedimiento para reconstruir las causas de muerte en base a entrevistas de informantes claves.

- 6.6 Comité: estructura legítima integrada por personal administrativo y no administrativo de diferentes disciplinas e involucra la participación de la sociedad civil.
- 6.7 Complicación: alteración del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no programada por la actuación médica.
- 6.8 Conflicto de Intereses: situación en la que un funcionario, personal de la salud o administrativo tiene un interés económico, personal o profesional concurrente que pudiera tener un efecto real o percibido sobre la capacidad de dicho personal para cumplir con sus responsabilidades teniendo en mente el interés superior de la institución.
- 6.9 Evento Adverso: acontecimiento que produce una lesión o daño al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de estancia (medible), relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente.
- 6.10 Mapeo de Respuesta Sanitaria: técnica que combina la localización geoespacial con datos epidemiológicos para la caracterización de un evento del proceso salud-enfermedad, con la finalidad de incorporar de manera gráfica, el enfoque geográfico al análisis epidemiológico.
- 6.11 Muerte Materna: defunción de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar de este, producida por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- 6.12 Muerte Materna Directa: aquella que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, por intervenciones, por omisiones, por administración de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- 6.13 Muerte Materna Indirecta: aquella que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

- 6.14 Muerte Materna Tardía: la que se produce en una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, hasta el año de la terminación del embarazo.
- 6.15 Muerte Infantil: defunción de todo nacido vivo que ocurre antes de cumplir el primer año de vida.
- 6.16 Muerte Neonatal: muerte de todo nacido vivo ocurrida en los primeros 28 días de vida.
- 6.17 Óbito Fetal: muerte o pérdida de un bebé antes o durante el parto.
- 6.18 Muertes Evitables: consiste en identificar aquellas defunciones que por las competencias requeridas y tecnología existente no debieron suceder o pudieron ser prevenidas. Dictamen que tipifica el evento en los que el equipo auditor identificó errores que se hubieran podido prevenir con medidas razonables.
- 6.19 Muertes no Evitables: consiste en identificar aquellas defunciones que por las competencias requeridas y tecnología existente no pudieron ser prevenidas.
- 6.20 Necropsia: procedimiento científico a través del cual se estudia un cadáver humano para establecer la posible causa de muerte, así como la identidad de quien falleció.
- 6.21 Veeduría Ciudadana: mecanismo de participación social, que le permite a la ciudadanía, organizaciones de sociedad civil y comunidades, ejercer la vigilancia sobre la gestión pública en salud respecto a las autoridades administrativas, políticas y técnicas encargadas de la ejecución de una política, plan, programa, proyecto, contrato o de la prestación de servicios de salud.
- 6.22 Sistema Nacional de Salud: conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituida y reglamentadas por el estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender mediante servicios de carácter nacional o local la salud de la población.

- 6.23 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): conjunto de normas, procedimientos, recursos y usuarios estructurados para la recopilación, procesamiento, análisis, interpretación y divulgación sistemática y oportuna de información de calidad sobre enfermedades y eventos para la toma de decisiones en Salud Pública.
- 6.24 Vigilancia Epidemiológica: Conjunto de procedimientos que permiten reunir la información indispensable para conocer, a cada momento, la ocurrencia y la distribución de los problemas de salud de la población y detectar o prevenir cambios que puedan ocurrir por la alteración de factores condicionantes. Esto con la finalidad de recomendar y explicar oportunamente, medidas eficientes y eficaces que lleven a la prevención de daños a la salud (enfermedad o muerte) o a la modificación de condiciones que aumentan la iniquidad que expone diferencialmente a grupos de población a la enfermedad y/o muerte.

7) DISPOSICIONES GENERALES

- 7.1 Las Auditorías Clínicas y el Análisis de las muertes maternas e infantiles requieren la conformación de un Comité de Vigilancia y Respuesta de Muertes Maternas e Infantiles en todas las instituciones públicas, privadas u otro tipo con atención a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y del niño o niña menores de un año.
- 7.2 Las auditorías y análisis serán de manera sistemática, y deberán generar información sobre la calidad de la atención ofrecida e incluir las causas y factores que contribuyeron a las defunciones, utilizando las mismas para orientar las medidas destinadas a prevenir muertes similares.
- 7.3 Todas las instituciones de salud públicas, privadas u otro tipo con atención a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, y del niño o niña menores de un año, deberán realizar análisis de evitabilidad de muertes.
- 7.4 Los resultados de las muertes analizadas deberán ser conocidos por las instancias decisorias quienes realizarán recomendaciones garantizando que las mismas sean cumplidas.

8) SOBRE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS COMITÉS

8.1 Propósito

Establecer el mecanismo para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de mejora para prevenir las muertes maternas e infantiles, en las instituciones públicas, privadas u de otro tipo con atención a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, y del niño o niña menores de un año, con base en las informaciones generadas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

8.2 Estructura Organizativa

El comité se deberá constituir en todas instancias vinculadas a la atención a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, y del niño o niña menores de un año, en todos los Niveles de Atención, según se describe a continuación:

- Comité Hospitalario.
- Comité Provincial o de Área de Salud.
- Comité Nacional.

9) COMITÉ HOSPITALARIO

9.1 En todas las instituciones de salud públicas, privadas o de otro tipo con atención obstétrica e infantil, deberá constituirse un Comité Hospitalario.

9.2 La conformación se asentará en un acta constitutiva, que deberá actualizarse anualmente o ante cambios entre los integrantes o agregación de otros miembros.

9.3 El comité hospitalario estará constituido por:

1. Director o Subdirector Médico de la institución.
2. Encargado de Vigilancia Epidemiológica.
3. Gerente de Obstetricia.
4. Gerente de Pediatría.
5. Gerente de Perinatología.
6. Gerente Unidad de Cuidados Intensivos de Obstetricia.
7. Gerente de Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría.
8. Gerente de Unidad de Cuidados Intensivos de Perinatología.
9. Gerente de Enseñanzas e Investigaciones.
10. Gerente de Servicios de Enfermería.

- 9.4 Funciones del Comité Hospitalario
 - 9.4.1 Analizar la situación epidemiológica de las muertes maternas e infantiles para la determinación de sus causas.
 - 9.4.2 Recomendar la adopción de medidas pertinentes que mejoren la accesibilidad y calidad de la atención obstétrica e infantil a la institución a la que pertenece.
 - 9.4.3 Solicitar la realización de necropsia, independientemente de su causa y el lugar donde ocurra el evento, con anuencia de un familiar legalmente capaz.
 - 9.4.4 Verificar que, si la muerte materna o infantil ocurrió en la institución, la misma realice los trámites para la necropsia, en coordinación con la Dirección Provincial o de Área de Salud y que el cadáver sea entregado al Departamento de Patología Forense, con el acta de defunción completada y firmada por el médico tratante y una copia íntegra del expediente clínico.
 - 9.4.5 Informar al Encargado de Vigilancia Epidemiológica del centro público o privado, la ocurrencia de casos de muertes maternas e infantiles, en las primeras 24 horas de ocurrida la defunción, a través del gerente de obstetricia si es una muerte materna y del gerente de pediatría o perinatología si es una muerte infantil.
 - 9.4.6 Verificar que se realice la notificación de la muerte materna o infantil a la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), a la Dirección Provincial de Salud (DPS) o de Área de Salud (DAS), y al Servicio Regional de Salud (SRS) correspondientes, en un plazo no mayor de 24 horas de ocurrida la defunción.
 - 9.4.6.1 El encargado de Vigilancia Epidemiológica del centro es el responsable de dicha notificación a través de la plataforma oficial del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).
 - 9.4.6.2 Los centros privados notifican solo a las Direcciones Provinciales de Salud y de Áreas de Salud.

- 9.4.6.3 Si el centro privado no dispone de un Encargado de Vigilancia Epidemiológica, ni código para entrar a la plataforma de SINAVE, notifica a la DPS o DAS vía llamada telefónica.
- 9.4.7 Realizar un análisis clínico preliminar del caso de muerte, en las primeras 72 horas de ocurrida, para identificar informaciones que permitan tomar medidas correctivas de forma inmediata. En este análisis participan los integrantes del Comité Hospitalario y el personal de salud involucrado.
- 9.4.8 Elaborar un resumen del análisis, por el epidemiólogo/a y el gerente de obstetricia o de pediatría del centro, tomando en cuenta los criterios epidemiológicos, para generar un informe con conclusiones y recomendaciones.
- 9.4.9 Enviar a la DPS o DAS correspondiente el resumen del caso de muerte materna o infantil en un tiempo no mayor de 7 días, con una copia íntegra del expediente clínico.
- 9.4.10 Realizar sesión para análisis de evitabilidad de la muerte materna o infantil dos semanas después de la defunción, si no se realizó necropsia, en coordinación con la DPS o DAS correspondiente. Si se realizó necropsia hacer el análisis cuando se obtenga el resultado de patología forense.
- 9.4.10.1 En la sesión para el análisis de evitabilidad debe estar presentes los miembros del Comité Hospitalario con los involucrados en la atención, miembros del comité Provincial o de Área de Salud, y miembros del Servicio Regional de Salud.
- 9.4.10.2 Deben ser utilizados los resultados del análisis tales como elementos estadísticos, científicos y técnicos para realizar recomendaciones y tomar acciones correspondientes, según lo establecido en el Reglamento Hospitalario.

9.5 Sobre las reuniones del Comité Hospitalario

- 9.5.1 Las reuniones ordinarias serán programadas cada 30 días. La convocatoria se realizará con un mínimo de 7 días de antelación. Será responsabilidad de la gerencia hospitalaria, en su ausencia, dicha convocatoria debe realizarla la Subdirección Médica.
- 9.5.2 Las reuniones extraordinarias serán realizadas cuantas veces sea necesario.

9.5.3 Todas las instituciones realizarán las reuniones a los fines de:

- Precisar causas de muerte materna o infantil.
- Discutir aspectos relevantes de los informes presentados con el objetivo de identificar y proponer estrategias que promuevan acciones de fortalecimiento del servicio hospitalario en la atención ofertada.
- Adoptar medidas pertinentes que mejoren la accesibilidad y calidad de la atención obstétrica e infantil.
- Programar y realizar capacitaciones específicas.

9.5.4 Durante la reunión se entregará una lista de asistencia con un programa.

9.5.5 El Comité podrá sesionar si cuenta con la asistencia del 50% más 1 de sus miembros, condicionada a la presencia de por lo menos un representante del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y de la Gerencia hospitalaria.

9.5.6 El departamento de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria elaborará un acta minuta con las opiniones emitidas durante la discusión, los aportes, recomendaciones, acuerdos, compromisos, plan de mejora, y decisiones tomadas. En las reuniones subsiguientes se iniciará con la lectura del acta o minuta de la reunión anterior, misma que deberá ser firmada por todos los presentes.

9.5.7 Es responsabilidad del Encargado de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria la compilación de los datos, elaboración y presentación de los informes de situación en coordinación con la Gerencia del Centro, acorde al evento y sistema de información. Dicho informe será enviado por la Gerencia Hospitalaria a la DPS o DAS y SRS correspondiente.

9.5.8 Todos los documentos deben permanecer resguardados, manteniendo la privacidad de la información y los derechos del paciente, en el archivo de la institución el cual deberá contener:

- Acta constitutiva y actualización de los integrantes con fecha.
- Minutas de cada reunión, con fecha.
- Listado de participante con la fecha de la reunión.
- Acuerdos, plan de mejora, compromisos y dictámenes por reunión.
- Documentación de las muertes maternas e infantiles ocurridas y analizadas en el hospital.

- 9.5.8 Si un miembro del comité hospitalario está involucrado en el manejo del caso de muerte materna o infantil tratado, en el momento del análisis no podrá fungir como miembro del comité.
- 9.5.9 La ausencia reiterativa (más de dos ausencias sin justificación) de miembros de este comité, debe ser informada para ser sustituidos.

10) COMITÉ PROVINCIAL O DE ÁREA DE SALUD

- 10.1 La conformación del comité Provincial o de Área de Salud se asentará en un acta constitutiva, que deberá actualizarse anualmente o ante cambios entre los integrantes o agregación de otros miembros.
- 10.2 Estará conformado por los siguientes miembros:

1. Director provincial o de Área de Salud.
2. Epidemiólogo.
3. Oficial Salud de la Familia o Coordinador de Programa Materno Infantil.
4. Gerente de área del Servicio Regional de Salud (SRS).

10.3 Funciones del Comité Provincial o de Área de Salud

- 10.3.1 Analizar la situación epidemiológica de la mortalidad materna e infantil a nivel provincial y de las áreas de salud, para conocer las causas y adoptar medidas pertinentes que mejoren la accesibilidad y calidad de la atención obstétrica e infantil.
- 10.3.2 Ante casos de muerte materna o infantil ocurridos en la Provincia o Área de Salud, el Comité Provincial o de Área de Salud debe notificar a la División de Salud Materno Infantil y Adolescentes (DIMIA) del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La notificación será en un tiempo no mayor las primeras 24 horas de ocurrida la defunción.
- 10.3.3 Para fines de acompañamiento de técnicos especializados de la DIMIA, el Comité Provincial o de Área de Salud, notificará solo los casos de muertes infantiles que consideren de sumo interés, de los cuales remitirá el expediente clínico íntegro con el resumen del caso.
- 10.3.4 Solicitar al comité hospitalario el resumen del caso de la muerte materna o infantil, y el expediente clínico íntegro, revisarlo y enviarlo a la DIMIA en un plazo no mayor a 7 días. Siendo el responsable de esta solicitud el epidemiólogo de la DPS o DAS.

- 10.3.5 Coordinar con la gerencia hospitalaria la fecha del análisis de evitabilidad y la convocatoria a los miembros del comité y del personal de salud involucrado. Hacer el análisis de evitabilidad de muerte dos semanas después de la defunción.
- 10.3.6 Realizar la autopsia social. La misma debe ser realizada por el epidemiólogo de la DPS o DAS de la entidad territorial donde residía la mujer o el niño o niña.
- 10.3.7 Analizar el caso de muerte en el nivel Provincial o Área de Salud correspondiente, con base a los antecedentes de todos los niveles donde se brindó la atención, precisando causas para adoptar medidas pertinentes. Solicitar a la DIMIA acompañamiento en el análisis, según necesidad.
- 10.3.8 Al final del análisis, determinar cuáles fueron las causas de la muerte y el orden en que debieron ser anotadas en el certificado de defunción.
- 10.3.9 Emitir recomendaciones para mejorar el llenado del certificado de defunción, en caso de error.
- 10.3.10 Llenar el formulario o ficha de evitabilidad de la muerte materna e infantil SVEMM-4 si es una muerte materna, y SVEMI-4 si es infantil. (Ver anexos).
- 10.3.11 Elaborar un informe con las conclusiones del análisis, recomendaciones y el plan de mejora para la adopción de medidas pertinentes.
- 10.3.12 Dar seguimiento a las recomendaciones y Plan de mejora emanadas al final del análisis de evitabilidad.
- 10.3.13 Enviar el informe al Comité Nacional, al Servicio Regional de Salud correspondiente, y a la Dirección del Centro de Salud.
- 10.3.14 Impulsar la realización de necropsias en todos los casos de muertes maternas e infantiles ocurridas en los centros públicos, privados o de otro tipo o cualquier lugar donde ocurra el evento en una Provincia o Área de Salud determinada.
- 10.3.15 Dar seguimiento al resultado anatomopatológico.
- 10.3.16 Dar seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de muertes maternas e infantiles en las Provincias y Áreas de Salud,

con el fin de caracterizar y favorecer la toma de decisiones. Ante un aumento en la frecuencia de los casos de muertes materna e infantil es responsabilidad del Comité Provincial o de Área emitir la alerta al Nivel Central.

10.3.17 Realizar búsqueda activa e intencionada de manera sistemática de muertes maternas e infantiles.

10.3.18 En los casos de muertes maternas o infantiles ocurridos fuera de un centro de salud, ya sea en un domicilio, vía pública u otro lugar, la Dirección Provincial o Área de Salud es la responsable de la investigación del caso, del análisis, y de tramitar el traslado del cadáver para fines de necropsia.

10.4 Sobre las reuniones del Comité Provincial o de Área de Salud

10.4.1 La Dirección Provincial o de Área de Salud programará y calendarizará reuniones ordinarias cada 60 días, y de forma extraordinaria cuantas veces sea necesario. La convocatoria se lleva a cabo con 7 días de anticipación.

10.4.2 El Comité podrá sesionar si cuenta con la asistencia del 50% mas 1 de sus miembros, debiendo estar presente por lo menos un representante de la Dirección Provincial o de Área de Salud (Vigilancia Epidemiológica) y del Servicio Regional de Salud (Gerente de Área).

10.4.3 Vigilancia Epidemiológica Provincial o del Área de Salud es responsable de la compilación de los datos, la elaboración y presentación de los informes de situación de la mortalidad materna e infantil en coordinación con los Departamentos de Salud de la Familia y del Sistema de Información.

10.4.4 Cada uno de los presentes en la reunión deberá firmar el acta de asistencia y un formulario de conflicto de intereses, previo al inicio de las discusiones.

10.4.5 La ausencia reiterativa (más de dos ausencias sin justificación) de miembros de este comité, debe ser informada para ser sustituidos.

10.4.6 En cada reunión debe realizarse la lectura del acta o minuta de la reunión anterior, para dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos.

- 10.4.7 El representante de Vigilancia Epidemiológica, elaborará el acta o minuta, documentando la discusión, aportes, recomendaciones, acuerdos y decisiones tomadas, la cual deberá ser firmada por todos los presentes en la próxima reunión y realizar su posterior envío al Comité Nacional.
- 10.4.8 En la reunión del comité se analizarán los aspectos relevantes de los informes presentados, con el objetivo de identificar y proponer estrategias que promuevan acciones de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y en la respuesta social organizada de la provincia correspondiente.
- 10.4.9 La Dirección Provincial o de Área de Salud debe conservar archivadas la documentación de las muertes maternas e infantiles ocurridas en la provincia o Área de Salud.

11) COMITÉ NACIONAL

11.1 El Comité Nacional es responsable de analizar la situación epidemiológica de la mortalidad materna e infantil a nivel nacional, evaluar la frecuencia, tendencia y causalidad.

11.2 El Comité Nacional estará conformado por:

1. Viceministerio de Salud Colectiva (VMSC) y sus representantes: Programa Materno Infantil y Adolescentes, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI).
2. Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS) y sus representantes: Coordinación Técnica y Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud (DMECS).
3. Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría (OCGDR).

4. Servicio Nacional de Salud (SNS).

11.3 En los casos que se considere necesario, el Comité Nacional convocará a las siguientes instituciones:

- Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP).
- Laboratorios privados.
- Asociaciones de profesionales del sector salud: Colegio Médico Dominicano (CMD), Asociación Nacional de Enfermeras (ASONAEN), Colegio Dominicano de Bioanalistas (CODOBIO) y de otras Áreas de Salud que se considere pertinente.

- Representantes de Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Perinatal y otras especialidades consideradas pertinentes.
- Representantes de la sociedad civil organizada.

11.4 Funciones del Comité Nacional

- 11.4.1 Analizar la situación epidemiológica de las muertes maternas e infantiles a nivel nacional.
- 11.4.2 Participar en el análisis de evitabilidad de muertes maternas e infantiles en los casos que se requieran.
- 11.4.3 Solicitar a los Comités Provinciales y de Áreas de Salud las informaciones correspondientes a las muertes maternas e infantiles.
- 11.4.4 Integrar las informaciones provinciales y de Áreas de Salud a los informes de país.
- 11.4.5 Promover e impulsar el desarrollo oportuno y participativo de las sesiones de los Comités Provinciales y de Áreas de Salud para el análisis de mortalidad materna e infantil.
- 11.4.6 Coordinar acciones para que, en el estudio y dictamen de los casos, esté presente el sentido ético y la responsabilidad profesional e institucional.
- 11.4.7 Proporcionar asesoría técnica a los Comités Provinciales, de Áreas de Salud y Hospitalario, para su adecuado funcionamiento según tipo de mortalidad.
- 11.4.8 Analizar las recomendaciones proporcionadas por el Comité Provincial y/o de Área de Salud en el análisis de evitabilidad de las muertes maternas e infantiles, para obtener resultados uniformes y comparables.
- 11.4.9 Establecer, actualizar los lineamientos y procedimientos para la operación de los comités.
- 11.4.10 Proponer acciones de mejora en la calidad de la información en salud.

- 11.4.11 Fomentar y coordinar investigaciones interinstitucionales, sustentadas en los resultados de los estudios realizados, que permitan conocer las causas de las muertes maternas e infantiles, y establecer medidas para su reducción.
- 11.4.12 Fortalecer la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna e infantil.
- 11.4.13 Impulsar y promover la creación, instalación y el funcionamiento de los Comités Provinciales, de Área de Salud y Hospitalario (Centros públicos y privados).
- 11.4.14 Realizar monitoreo y evaluación de las muertes maternas e infantiles a nivel nacional, en coordinación con la Direcciones Provinciales y Áreas de Salud.
- 11.4.15 Evaluar el cumplimiento de las auditorías de mortalidad materna e infantil.
- 11.4.16 Monitorear el funcionamiento de los Comités Provinciales y Hospitalarios.
- 11.4.17 Ratificar las causas de muertes maternas e infantiles descritas en el Certificado de Defunción (según evidencias disponibles), por las indicadas por Patología Forense, (si las del certificado de defunción son diferentes).
- 11.4.18 Programar, convocar, coordinar las reuniones del Comité Nacional para estudiar y dar seguimiento a los casos de mortalidad materna e infantil.
- 11.4.19 Elaborar planes, establecer los programas y estrategias sectoriales para mejorar la organización junto al funcionamiento de los servicios médicos que faciliten el logro de los objetivos en salud.
- 11.4.20 Dar seguimiento al Plan de Mejora en coordinación con la Dirección Provincial o de Área de Salud.

11.5 Sobre las reuniones del Comité Nacional

- 11.5.1 Las reuniones ordinarias del Comité Nacional se programarán y calendarizarán cada 90 días, y de forma extraordinaria cuantas veces sea necesario. Las mismas serán convocadas por el Viceministerio de Salud Colectiva, con al menos 7 días de anticipación.

- 11.5.2 El propósito de las reuniones del Comité Nacional es analizar la frecuencia, tendencia y causalidad de la mortalidad materna e infantil, para su prevención, discutir los aspectos relevantes de los informes que sean presentados con el objetivo de identificar y proponer estrategias que promuevan cambios en el Sistema Nacional de Salud y en la sociedad.
- 11.5.3 El Comité podrá sesionar si cuenta con la asistencia 50% mas 1 de sus miembros, debiendo estar presente por lo menos un representante de:
- Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría (OCGDR).
 - Servicio Regional de Salud (SRS).
 - Programa Materno Infantil y Adolescentes.
 - Dirección General de Epidemiología (DIGEPI).
- 11.5.4 En cada reunión debe realizarse la lectura del acta o minuta de la reunión anterior, para dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos. Al finalizar su lectura debe ser firmada por todos los presentes.
- 11.5.5 Las actas o minutas son de responsabilidad de redacción del Programa Materno Infantil y Adolescentes, documentando la discusión, aportes, recomendaciones, acuerdos y decisiones tomadas.
- 11.5.6 La Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) será responsable de la compilación de los datos, la elaboración y presentación de los informes de situación, en coordinación con el Programa Materno Infantil y Adolescentes y la Dirección de Análisis de Situación de Salud, Monitoreo y Evaluación de Resultados (DASIS).
- 11.5.7 Cada uno de los presentes en la reunión deberá firmar el acta de asistencia y un formulario de conflicto de intereses, previo al inicio de las discusiones. (Ver anexos).
- 11.5.8 La ausencia reiterativa (más de dos ausencias sin justificación) de miembros de este comité, debe ser informada para ser sustituidos.
- 11.6 Responsabilidades específicas de las instancias que conforman el Comité Nacional

- 11.6.1 El Viceministerio de Salud Colectiva (VMSC) vela por el cumplimiento de las recomendaciones y las medidas correctivas emitidas, según lo establecido por los reglamentos y normas vigentes.
- 11.6.2 Programa Materno Infantil y Adolescentes es responsable de:
 - 11.6.2.1 Recibir los informes de los análisis de evitabilidad de los casos analizados en el nivel local.
 - 11.6.2.2 Presentar el avance de la realización de las auditorías clínicas ocurridas en el país.
 - 11.6.2.3 Realizar la minuta o relatoría preliminar en cada sesión.
 - 11.6.2.4 Elaborar el borrador del informe técnico y gestionar su circulación entre los integrantes del comité para su revisión y anuencia. Una vez incorporados los aportes con las medidas recomendadas y las acciones correctivas, se constituye en el informe final, mismo que deberá estar avalado con la firma de todos los miembros del Comité.
 - 11.6.2.5 Viabilizar la remisión del informe final al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, para su aprobación y posterior remisión a los Centros de Salud y demás instancias o instituciones vinculadas al o los casos.
 - 11.6.2.6 Presentar el informe final en siguiente reunión del Comité.
- 11.6.3 La Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría (OCGDR) impulsa a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud a analizar las causas de las muertes maternas e infantiles y dar seguimiento a la aplicación de las recomendaciones emanadas por el Comité.
- 11.6.4 La Dirección de Análisis de Situación de Salud, Monitoreo y Evaluación de los Resultados (DASIS) consolida y analiza cada evento en un tiempo determinado.
- 11.6.5 La Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) realiza el mapeo territorial de las muertes maternas e infantiles, presentando de manera actualizada la situación de mortalidad materna e infantil en la red pública y privada.

- 11.6.6 El Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS) monitorea y evalúa la calidad de atención ofrecidas a los usuarios a nivel de los servicios y acompaña en la elaboración de las normativas y mecanismos de control a ser aplicados por las instancias del Sistema Nacional de Salud correspondientes.
- 11.6.7 La Dirección de Jurídica del MISPAS verifica la viabilidad jurídica legal de las acciones y decisiones del Comité y evalúa la sanción disciplinaria recomendada por la Dirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (en caso de que hubiese).
- 11.6.8 El Servicio Nacional de Salud (SNS) es responsable de:
 - 11.6.8.1 Identificar y proveer los recursos para mejorar la calidad de la atención a nivel nacional, atendiendo a las necesidades identificadas en los establecimientos de salud.
 - 11.6.8.2 Remitir los informes a los involucrados de los Centros de Salud.
 - 11.6.8.3 Velar por el cumplimiento de las medidas correctivas y preventivas, según lo establecido por el comité.
 - 11.6.8.4 Impulsar que los establecimientos públicos realicen el análisis de evitabilidad de las muertes maternas e infantiles, y preparen oportunamente la documentación necesaria para realizar la auditoría.
 - 11.6.8.5 Aplicar las recomendaciones descritas en el análisis a través del Servicio Regional de Salud del área territorial correspondiente.
 - 11.6.8.6 Aplicar las sanciones a las faltas cometidas por el personal de salud en los casos que se compruebe negligencia y según los acuerdos emanados del Comité.
- 11.6.9 Todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, asociaciones de profesionales del Sector Salud, sociedades científicas y representantes de la Sociedad Civil Organizada convocados a participar de sesiones de Comité, estarán presentes y aportarán posibles soluciones de acuerdo con su involucramiento en el o los casos a ser discutidos.

12) SOBRE LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA Y ANÁLISIS DE CASOS DE MUERTES INFANTILES

12.1 Los siguientes diagnósticos serán tomados en cuenta para la priorización de la necropsia:

- Recién nacido por encima de 32 semanas con diagnóstico de encefalopatía por asfixia.
- Recién nacido por encima de 34 semanas con diagnóstico de sepsis neonatal.
- Recién nacido a término fallecido durante la primera semana de vida.
- Óbito intraparto por encima de 32 semanas.
- Casos de quejas o reclamos por práctica inadecuada o calidad deficiente en la atención.
- Casos de interés científico.
- Otros casos según lo considere el departamento de neonatología.

12.2 Al analizar la mortalidad infantil, se hará énfasis en los menores de 28 días (neonatos).

12.3 El análisis puede realizarse por grupos no mayor a tres muertes; preferiblemente deberá seleccionarse casos con los mismos diagnósticos o con la misma edad gestacional o los que fallecieron en la primera semana de vida.

13) SOBRE EL ANÁLISIS DE EVITABILIDAD DE MUERTES MATERNAS E INFANTILES

- **13.1** En el análisis de evitabilidad deberá seguirse el siguiente orden de actividades, sin que este sea excluyente a otras que favorezcan al propósito de las sesiones. Lectura del resumen del expediente clínico. Debe incluir: motivo de ingreso, detallar referimientos de otro centro (si hubo), especificar instituciones que le brindaron atención, historia clínica, manejo, evoluciones por día, tratamientos, hojas de enfermería, y otros que se consideren necesarios o pertinentes.
- Lectura de la autopsia social.
- Lectura de resultado anatomopatológico.
- Espacio para preguntas y respuestas del caso.
- Comentarios con relación al caso para determinar causas de muerte y evitabilidad.

- Llenado de los formularios de auditorías de muertes maternas e infantiles, SVEMM-4, si es muerte materna, y SVEMI-4 si es infantil.
- Elaboración de Plan de mejora que incluya conclusiones y recomendaciones del caso.

13.2 En el momento en que se va a determinar la evitabilidad del caso con el llenado de la ficha, debe solicitarse a los involucrados presentes en las sesiones que abandonen el salón, quedando solo los miembros del Comité Hospitalario, del Comité Provincial o de Área de Salud, el representante del Servicio Regional de Salud correspondiente y los representantes del Programa Materno Infantil y Adolescentes, en los casos en que estén presentes.

13.3 Una vez concluido el análisis de la auditoría clínica y el llenado del formulario, hacer las recomendaciones y dar las pautas para el seguimiento; se da por cerrada la sesión.

14) SOBRE EL CERTIFICADO DEFUNCIÓN

14.1 Ante un caso de muerte materna o infantil en un Centro de Salud, el certificado de defunción deberá ser llenado en el centro donde ocurrió la muerte. Las causas de muerte serán ratificadas cuando patología forense entregue los resultados anatomopatológicos.

14.2 Si la madre, el niño o niña fallece fuera del centro mientras era trasladado a otra institución, el centro de salud que recibe el cadáver deberá llenar el acta de defunción.

14.3 Las causas deben ser descritas en el orden establecido por el certificado de defunción y según las evidencias disponibles hasta ese momento.

14.4 Si la causa de muerte materna e infantil se determinó por necropsia y el resultado es distinto a las descritas en el certificado de defunción, debe ratificarse la causa.

14.5 Si no se le realizó necropsia, en el análisis del caso se deberá determinar cuáles fueron las causas de la muerte y el orden en que debieron ser suscritas en el certificado de defunción.

15) SOBRE LA VIGILANCIA Y RESPUESTA A LAS MUERTES MATERNAS E INFANTILES (VRMMI)

- 15.1 La Vigilancia y Respuesta a las Muertes Maternas e Infantiles es un continuo ciclo de acción para impulsar la identificación, la notificación obligatoria de las muertes maternas e infantiles, su revisión y análisis de los casos, para orientar la acción a todos los niveles de atención y a todo tipo de servicios de salud ofertados para mejorar la calidad, así como su fortalecimiento.
- 15.2 Los datos de la vigilancia deben convertirse en información útil para orientar a quienes toman las decisiones, identifican la magnitud del problema, su distribución geográfica, los cambios en las causas de muerte, los grupos de alto riesgo y los factores coadyuvantes.
- 15.3 Las respuestas deben hacer frente a los problemas identificados (conocimientos, práctica, recursos humanos y financieros, comunicación, entre otros).
- 15.4 Las acciones que se tomen dependerá del nivel en el cual se toman las decisiones, y de la participación de todos los actores interesados, las mismas pueden requerir planificación intersectorial y amplio apoyo gubernamental.

15.5 Las acciones pueden incluir:

- Incremento del flujo de recursos hacia áreas y poblaciones más afectadas.
- Recomendaciones a la actualización de políticas, leyes y parámetros.
- Desarrollo de programas de promoción y educación para la salud.
- Creación y desarrollo de programas para mejorar el acceso a los servicios.
- Capacitaciones para mejora de actitudes y destrezas de comunicación de los profesionales de la salud.

15.6 Para la planificación de las acciones de Vigilancia y Respuesta a las Muertes Maternas e Infantiles de tomarse en cuenta lo siguiente:

- El diseño debe basarse en los factores evitables identificados.
- Utilizar enfoques basados en la evidencia.
- Priorizar las acciones en base a la prevalencia, la viabilidad, los recursos y las condiciones del sistema de salud.
- Elaborar un cronograma viable.
- Decidir cómo y cuándo monitorear el progreso, la eficacia y el impacto.

- Integrar las recomendaciones en los planes anuales de la salud y establecer un presupuesto para ellas.
- Crear Plan de mejora que incluya sistema de monitoreo y evaluación a las recomendaciones.
- Mapeo de ocurrencia de casos.

15.7 La medición se realizará a partir de los siguientes indicadores, sin que esto represente la exclusión de otros que se consideren necesarios:

- Número de Muertes Materna e Infantiles notificadas en la primera 24 horas de ocurrencia por establecimientos.
- Número de Muertes Maternas e infantiles analizada antes de las 72 horas de ocurrida el evento.
- Número de Muerte Maternas e Infantiles con análisis de evitabilidad por establecimientos antes de las cuatro semanas.
- Número de Muerte materna e Infantiles que se le realizo la Necropsias.
- Porcentaje de Direcciones Provinciales o de Áreas de Salud, con Planes Operativos para reducir la Mortalidad Materna e Infantil en implementación.
- Porcentaje de reuniones realizadas de comités de análisis de situación de Muertes Maternas e Infantiles, a nivel nacional, local, hospitalario y, con acciones de seguimiento evaluadas.
- República Dominicana. Decreto No. 1522-04, Creación y Desarrollo de Redes de Servicios de Salud y Reglamentos Técnicos para la Atención al Embarazo y Atención al niño.
- República Dominicana. Decreto No. 309-07, que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con el objeto de regular el manejo epidemiológico de enfermedades y eventos de importancia para la salud pública.
- República Dominicana. Decreto No. 59-05 del 10/02/2005 que establece el Reglamento sobre Promoción de la Salud.
- República Dominicana. Decreto No. 732-04 que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- República Dominicana. Ley No. 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo.
- República Dominicana. Ley No. 135-11, del VIH y SIDA, del 7 de junio del 2011.
- República Dominicana. Ley No. 136-03, del 7 de agosto del 2003.
- República Dominicana. Ley No. 172-13, de protección a datos personales
- República Dominicana. Ley No. 200-04, sobre el Libre acceso a información pública

- República Dominicana. Ley No. 24-97, sobre Violencia Intrafamiliar, del 27 de enero del año 1997, que introduce modificaciones al Código Penal Dominicano.
- República Dominicana. Ley No. 41-08 Función Pública
- República Dominicana. Ley No. 42-01, Ley General de Salud del 8 de marzo del año 2001.
- República Dominicana. Ley No. 68-03, de Colegiación Médica.
- República Dominicana. Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- República Dominicana. Ley No. 8-95 que declara prioridad nacional a la promoción y fomento de la Lactancia Materna.
- República Dominicana. Ley No.123-15 del Servicio Nacional de Salud.
- República Dominicana. Ley No.395-14, de Carrera Sanitaria.

16) BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Disposición No. 000006 -2014 que crea el Comité Nacional de Auditoría Clínica de Servicios Maternos Infantiles y de Adolescentes del Personal de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), para la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías de atención a las principales Urgencias Obstétricas, serie de guías Materno-infantiles, No.1. 2008.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Elaboración de Normas y Documentos Técnicos, 2010.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma Nacional para la Vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna 1998.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Monitoreo de los programas de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, 2010.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de reducción de la Mortalidad Materna-Infantil, 2013.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Reducción de Mortalidad Materna-Infantil, 2012-2016.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico de la Dirección General Materno Infantil Adolescentes, 2011-2015.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de Vigilancia Especial de Morbilidad Materna Extrema y Muerte Materna Código: DIGEPI-VEEMMEIMM-PRO-1 Versión: 02 Fecha de elaboración: 8/octubre/2015 Fecha de revisión: 2/diciembre/2019.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resolución ministerial No. 00004 -19 Creación de la Alianza para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resolución ministerial No. 000002-2018 que crea el reglamento disciplinario del personal de Salud del Servicio Nacional de Salud, de la Red Privada, de las Asociaciones sin fines de lucro, (ASFL) y otros para prevenir la mortalidad materna e infantil
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de las respuestas a las muertes maternas e infantiles.
- Organización de Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del año 1948.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, del 10 de diciembre del año 1948.
- Organización de las Naciones Unidas. La Convención Internacional de los Derechos del Niño del 2 de septiembre de 1990.

- Organización de las Naciones Unidas. La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), del 18 de diciembre del año 1979.
- Organización Mundial de la Salud. Cumbre del Milenio, de la cual el país fue signatario de las “Metas para el Desarrollo del Milenio” que incluyeron como objetivos específicos, la disminución de la mortalidad materna y la mortalidad infantil, año 2000.
- República Dominicana. Código para el sistema de protección y los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.
- República Dominicana. Constitución de la República Dominicana proclamada el año 2015.

17) ANEXOS

Anexo No.1: Ficha de investigación de muerte materna
(Parte anterior o frontal)

<i>Ministerio de de Salud Pública y Asistencia Social</i>			
Dirección General de Epidemiología			
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL			
Ficha de notificación de muerte de Menor de un año SVEMI-01			
IDENTIFICACIÓN DEL CASO	DPS o ÁREA DE SALUD DONDE OCURRE MUERTE:	(Solo para uso del SIE)	
REGIÓN DE SALUD / /		Código	
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE:	EN CASO DE HOSPITAL O CLÍNICA CONSIGNE EL NOMBRE:		
1 Hospital publico <input type="checkbox"/>			
2 Clínica privada <input type="checkbox"/>			
3 Casa <input type="checkbox"/>			
4 Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL MENOR FALLECIDO			
NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA:	APELLIDO PADRE:	APELLIDO MADRE:	
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE O PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO		SEXO:	
		Masculino <input type="checkbox"/>	
		Femenino <input type="checkbox"/>	No datos <input type="checkbox"/>
EDAD: <i>Si se trata de Nacido Vivo:</i>	FECHA DE NACIMIENTO:		
Horas / / Dias / / Meses / /	Día: / / Mes: / / Año: / / / / Hora: / : /		
<i>Si se trata de Nacido Muerto:</i>	FECHA DE LA DEFUNCIÓN:		
Semanas de edad gestacional	Día: / / Mes: / / Año: / / / / Hora: / : /		
DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL (calle y numero):			
REFERENCIAS:			
BARRIO/PARAJE:	SECCIÓN:	TELÉFONO:	
MUNICIPIO:	PROVINCIA:		
CATEGORIZACIÓN DEL CASO		CAUSA DE MUERTE:	
SEÑALE LA CLASIFICACIÓN DE MUERTE QUE CORRESPONDA:		A _____ (como consecuencia de)	
1 Muerte fetal tardia <input type="checkbox"/>		B _____ (como consecuencia de)	
2 Neonatal precoz <input type="checkbox"/>		C _____	
3 Neonatal tardia <input type="checkbox"/>		_____ (causa contribuyente)	
4 Postneonatal <input type="checkbox"/>			
FUENTE DE LA NOTIFICACIÓN		PERSONA QUE NOTIFICA:	
1 Establecimiento publico <input type="checkbox"/>		INSTITUCIÓN Y CARGO:	
2 Establecimiento privado <input type="checkbox"/>		FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:	
3 Comunidad <input type="checkbox"/>		Día: / / Mes: / / Año: / / / /	
4 Búsqueda activa <input type="checkbox"/>			
COMENTARIOS			

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
Dirección General de Epidemiología			
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y PERINATAL			
Ficha de Investigación de muerte infantil			
Formulario de auditoría médica (SVEMI-02)			
Esta ficha deberá ser llenada por el epidemiólogo del hospital o su equivalente en funciones. El mismo registra información sobre el manejo médico de la última condición patológica del menor, el reconocimiento de factores de riesgos perinatales, neonatales o postneonatales y condiciones previas, estos, datos que en su conjunto permitan evaluar el grado de calidad de la atención de la salud infantil. Se busca realizar una auditoría del expediente o historia clínica existente en cualquier nivel de la red de servicios donde el fallecido o la fallecida recibió atención, independientemente de que este corresponda al lugar de la defunción. En caso de muerte perinatal o neonatal debe auditarse el expediente de la madre si esta recibió atención durante su proceso de embarazo y parto. Este formulario debe de llenarse aun no exista historia o expediente clínico completo, ya que este hecho se considera un dato sobre calidad de la atención.			
IDENTIFICACIÓN DEL CASO		DPS o ÁREA DE SALUD DONDE OCURRE MUERTE:	(Solo para uso del SIE)
REGIÓN DE SALUD		Código	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:		DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:	
PUDO UBICAR EL RECORD:		¿TIENE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O, EN CASO DE NACIDO MUERTO, CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL?:	
Si No		Si No	
NUMERO DE RECORD:			
DATOS DEL MENOR FALLECIDO			
NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA:		APELLIDO PADRE:	
		APELLIDO MADRE:	
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE O PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO		SEXO:	
		Masculino	
		Femenino No datos	
EDAD: Si se trata de Nacido Vivo:		FECHA DE NACIMIENTO:	
Horas Días Meses		Día: / / Mes: / / Año: / / / / Hora: / : /	
Si se trata de Nacido Muerto:		FECHA DE LA DEFUNCIÓN:	
Semanas de edad gestacional		Día: / / Mes: / / Año: / / / / Hora: / : /	
DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL (calle y número):			
REFERENCIAS:			
BARRIO/PARAJE:		SECCIÓN:	
		TELÉFONO:	
MUNICIPIO:		PROVINCIA:	
CAUSA DE MUERTE CERTIFICADA			
		¿QUIÉN CERTIFICO LA MUERTE?	
A		1 Medico tratante 5 No datos	
B		2 Medico no tratante	
C		3 Alcalde	
		4 Otra	
DATOS GENERALES AL INGRESO			
CONDICIONES AL MOMENTO DEL INGRESO:		REFERIDO: 1 Si 2 No	
1 Buena 2 Mala 3 Muerto 4 No datos		3 No datos	
DIAGNOSTICO AL INGRESO:		De donde	
		FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL	
		Día: / / Mes: / /	
		Año: / / / / Hora: / : /	
GUÍA PARA RESUMEN DEL EXPEDIENTE: Proceda a elaborar un resumen cronológico del expediente tomando en cuenta los 24 ítems descritos a continuación y en base a las notas de ingreso, las evoluciones medicas, las descripciones de procedimientos, las notas de enfermería y los resultados de laboratorio realizados, además el expediente clínico de la madre si se trata de muerte fetal o neonatal. Anexa este resumen a este formulario.			
ANTECEDENTES PERINATALES		17. Anti-Hepatitis B	
1. Antecedentes patológicos y gineco-obstetricos de la madre (RH-, Diabetes, Cardiopatías, RPM, Trastornos Hipertensivos del embarazo, otros).		HOSPITALIZACIÓN	
2. Condiciones al nacer de los hijos previos de la madre.		18. Criterios de hospitalización	
3. Tipo de Parto y complicaciones		19. Evolución seguida por el paciente	
4. Condición al nacer		20. Laboratorios y estudios indicados, realizados y resultados considerados	
5. APGAR 1-5 min.		21. Tratamiento indicado	
6. Peso al nacer		22. Interconsultas indicadas y recomendaciones seguidas	
7. Edad gestacional		23. Complicaciones y manejo de las mismas	
8. Identificación y tratamiento de complicaciones al nacer		REFERIMIENTO	
9. Malformaciones congénitas		24. Criterios considerados para el referimiento	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		IDENTIFICACIÓN PERSONA E INSTITUCIÓN QUE COMPLETA EL FORMULARIO	
10. Antecedentes hereditarios		LLENADO POR:	
11. Antecedentes adquiridos		INSTITUCIÓN Y CARGO:	
ANTECEDENTES DE VACUNAS		FECHA DE TERMINO DE LLENADO:	
12. BCG			
13. Anti-Polio			
14. DPT			
15. Anti-Sarampión			
16. Anti-Haemophilus influenzae			
OBSERVACIONES:			

Anexo No.2: Ficha de Investigación de Muerte Materna (Parte Posterior)



FORMULARIO DE IDENTIFICACION VISUAL DE CADAVERES

NECROPSIA No _____ CODIGO No _____

NOMBRE DEL FALLECIDO _____ CEDULA O PASAPORTE NO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ NACIONALIDAD _____

ESTADO CIVIL _____ NIVEL ESCOLAR _____ OCUPACION _____

DIRECCION _____

NOMBRE PADRE _____ NOMBRE DE MADRE _____

QUIEN SUSCRIBE _____ NACIONALIDAD _____

CEDULA O PASAPORTE NO _____

RESIDENTE EN _____

TELEFONO NO _____

QUIEN ESTA RELACIONADO CON EL OCCISO EN CALIDAD DE _____

DOY FE Y TESTIMONIO DE HABER IDENTIFICADO VISUALMENTE EL CUERPO EN CUESTION EN LA MORGUE DEL INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGIA DR. SERGIO SARITA VALDES, EN SANTO DOMINGO, R.D., Y CONFIRMO QUE CORRESPONDE EFECTIVAMENTE CON EL DE MI PARIENTE O RELACIONADO.

FIRMA

TESTIGO _____

TESTIGO _____

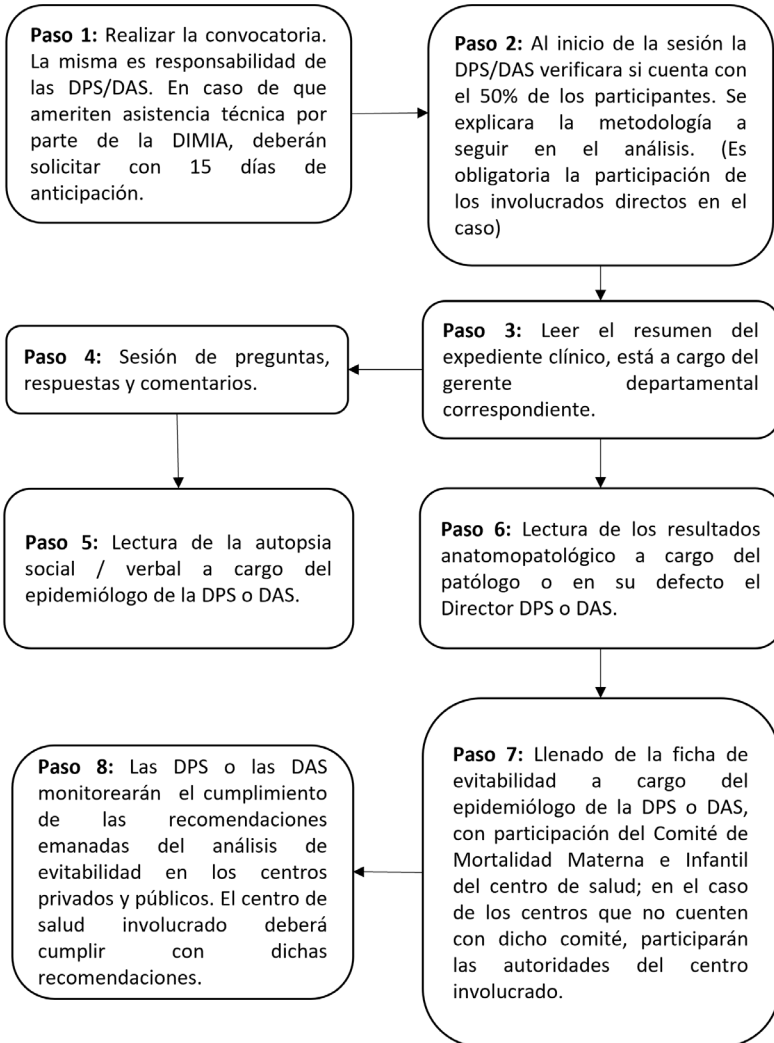
FECHA ____/____/____ HORA _____

MEDICO AYUDANTE

- ◊ Traer copia de documentación para confirmar datos para el llenado del Certificado de Defunción
- ◊ Resultados finales: Llamar en horario laborable de Lunes a Viernes de 9:00 AM a 4:00 PM
- ◊ Teléfono 809-476-7703 (Ext: 226) / 809-476-7705

Anexo No.5: Formulario de recibimiento de cadáver:

Algoritmo para el análisis de casos de muertes maternas e infantiles



Anexo No. 6: Instrumento de Declaración de Confidencialidad y Conflictos de Intereses

El cumplimiento del llenado de este formulario es de carácter obligatorio, cuando se envié el cadáver a Patología Forense y deberá guardarse una copia en el expediente clínico

