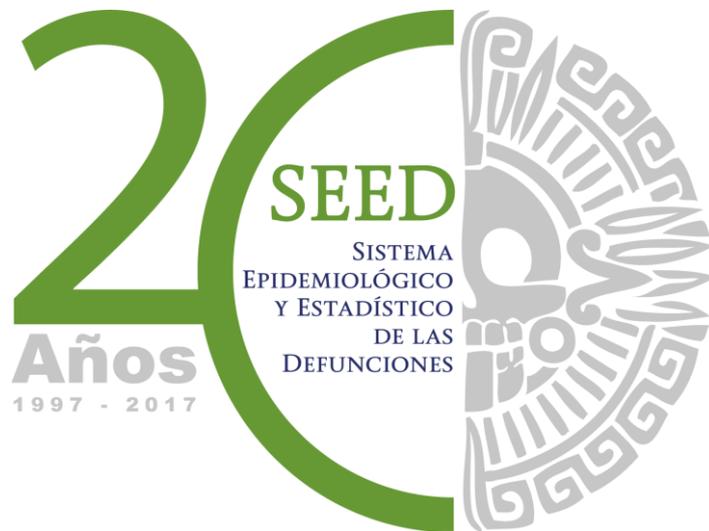


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
ESTANDARIZADOS PARA EL SISTEMA
EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE
DEFUNCIONES (SEED)



VERSIÓN 2017.1

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta

Lic. Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular

Dr. Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Ernesto H. Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dr. Máximo Alberto Evia Ramírez
Titular del Órgano Interno de Control

Mtro. Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)

Dr. Hector Hiram Hernández Bringas
Director General

Director de Información sobre Necesidades de Salud y Población

Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano
Director de Información de Recursos para la Salud

Mtra. Aline Patricia Jiménez Romero
Directora de Sistemas de Información de Servicios de Salud

Mtra. Daniela Angélica Fernández Gallego
Directora de Coordinación, Normatividad y Difusión

Ing. María Elisa Chávez García
Directora de Proyectos

Director de Administración y Prestación de Servicios de Salud Electrónicos

Subdirector de Estudios de Salud

Subdirector de Información de Medición en Salud
Lic. Gaspar Nino Ibarra Espinosa

Subdirector de Clasificaciones de la Información en Salud (CEMECE)
Mtro. Manuel Yáñez Hernández

Subdirector de Integración y Difusión de la Información

Subdirector de Información Institucional
Dra. Janet Alvarado Gonzalez

Subdirector de Información Hospitalaria
Lic. Claudia Angélica Ramírez Gutiérrez

Subdirector de Administración e Integración de Información

Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios
Ing. Luis Enrique Puente Lozano

Subdirector de Información de Recursos Humanos y Materiales
Lic. Angel González Serrano

Subdirectora de Procesos Electrónicos en Salud
Lic. Maria del Pilar Peña Olmos

Subdirector de Información Financiera
Mtro. Oscar Santiago Salinas

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Cuitláhuac Ruíz Matus
Director General de Epidemiología

Dra. María Eugenia Jiménez Corona
Directora General Adjunta de Epidemiología

Dr. José Alberto Díaz Quiñonez
Director General Adjunto del InDRE

Dr. Martín Arturo Revuelta Herrera
Director de Información Epidemiológica

Biól. José Cruz Rodríguez Martínez
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Dr. María del Rocío Sánchez Díaz
Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Javier Montiel Perdomo
Director de Investigación Operativa Epidemiológica

Biol. Irma López Martínez
Directora de Diagnóstico y Referencia

QFB. Lucía Hernández Rivas
Directora de Servicios y Apoyo Técnico

COLABORACIÓN EN LA EDICIÓN

La elaboración de este documento estuvo a cargo de la Dirección de Información Epidemiológica, bajo la dirección del Dr. Arturo Revuelta Herrera de la DGE y Dirección de Información Demográfica a cargo del Mtro. Marco Aurelio García Domínguez de la DGIS y personal de ambas áreas:

- M. en C Kathia Rodríguez González- DGE
- Dr. Ricardo Alcalá Oros- DGE
- Dr. Luz Cruz Canela – DGE
- Lic. Alejandro Castro Jaramillo – DGE
- Lic. Julio César Suarez Garnica- DGE
- Lic. Gaspar Nino Ibarra Espinosa- DGIS
- M. en C. Felipe de Jesús Lara Vargas –DGIS
- Lic. Miguel Ángel Garrido Rodríguez- DGIS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
ANTECEDENTES.....	8
SITUACIÓN ACTUAL.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	14
MARCO CONCEPTUAL.....	15
MARCO JURÍDICO (ORDENAR Y REVISAR).....	17
REGULACIÓN DEL SEED.....	19
(NORMAS DE OPERACIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONES)	19
Nivel Nacional.....	19
NIVEL NACIONAL.....	23
NIVEL ESTATAL.....	23
NIVEL JURISDICCIONAL.....	24
ESTRUCTURA Y FUNCIONES.....	25
1. Administración de los formatos de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.....	25
2. Expedición.....	25
3. Vigilancia Epidemiológica.....	25
4. Consolidación.....	25
5. Difusión.....	25
6. Mejora continua.....	25
2. Expedición.....	41
3.- Vigilancia Epidemiológica.....	46
3.1.- Recolección de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.....	46
3.2.- Selección de los certificados con probables causas sujetas a vigilancia epidemiológica.....	48
3.3.- Investigación Epidemiológica (Ratificación o Rectificación).....	49
3.4.- Captura del Anexo 8 en la herramienta electrónica.....	51
3.5.- Unificar las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica a la base del SEED componente estadístico.....	52
5.- Unificar las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica a la base del SEED componente estadístico.....	52
3.6.- Integración, validación y análisis de la información sujeta a vigilancia epidemiológica estatal y nacional.....	53
IX. ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

La mortalidad es un indicador del cambio demográfico en una población, con el que se genera evidencia sobre el estado y tendencias de salud, esta información no solo se limita a la cuantificación de defunciones en un área geográfica determinada, si no por el contrario permite conocer las causas más frecuentes de muerte, calcular esperanza de vida, realizar estimaciones sobre programas de acción específica, conocer la transición demográfica y epidemiológica, lo cual permite a los tomadores de decisiones planear, monitorear, evaluar y dirigir las políticas públicas del Sistema Nacional de Salud, a fin de brindar servicios de salud con calidad, eficiencia y sensibilidad para toda la población.

En México, la fuente primaria de la información para la mortalidad es el Certificado de Defunción y el de Muerte Fetal, los cuales sirven a la Secretaría de Salud para generar estadísticas preliminares de manera mensual y anual; siendo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el que publica las cifras oficiales anualmente.

La Secretaría de Salud en 1997 crea el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) y no es hasta 1998, que se consolida la primera base de datos. El diseño y la actualización del SEED obedecen a las necesidades actuales de los procesos de integración de información que el SEED realiza en los diferentes niveles técnico-administrativos conforme al marco normativo vigente.

El presente manual contiene los lineamientos específicos que todo personal involucrado en los procesos para generar información sobre defunciones debe conocer y aplicar, con la finalidad de garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de información en los diferentes niveles técnico administrativos del sector salud, con la garantía de generar estadísticas veraces, oportunas y de calidad que contribuyan a la adecuada toma de decisiones así como la generación de políticas de salud.

ANTECEDENTES

El origen de la estadística de defunciones generales en México data desde 1893. Un hecho importante que contribuyó al mejoramiento de la calidad de las estadísticas ocurrió en 1986 cuando se decreta la certificación de las defunciones a través del Certificado de Defunción, el cual constituye la fuente primaria para generar información y lograr la elaboración de las estadísticas de mortalidad. Este formato oficial, sustituyó a las boletas y cuadernillos en donde se transcribían los datos procedentes de las actas de defunción del Registro Civil. Durante ese mismo año la Dirección Regional de estadísticas continuas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de la Secretaría de Programación y Presupuesto enviaba una relación de datos necesarios para reportar causas de muerte epidemiológicas a la Secretaría de Salud (SSA).

A partir del 1 de julio de 1942 se conforma un convenio entre la Secretaría de Economía y el Departamento de Salubridad para fijar las normas correspondientes a la elaboración de estadísticas de defunción y en 1947 la Ley Federal de Estadística plantea la obligatoriedad de todas las instancias de gobierno suministrar con veracidad y oportunidad los datos e informes para fines estadísticos. Con ello se fundamentan los elementos esenciales para concebir a la información estadística como un instrumento jurídico destinado a normar y orientar la función pública y sanitaria del país.

Desde 1989, la Secretaría de Salud lo implementó a nivel nacional y desde entonces este documento es el formato único de captación de la mortalidad ocurrida en el país.

El procesamiento y generación de la estadística de defunciones fetales inició en 1932. En 1987 la Secretaría de Salud introdujo el Certificado de Muerte Fetal, que comenzó a ser utilizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 1989, y se mantiene como el formato único de captación vigente.

La instancia responsable de la integración oficial de las estadísticas vitales de defunciones, desde su inicio, ha sido la Dirección General de Estadística, dependiente, según el periodo, de las siguientes secretarías: Secretaría de Economía, Secretaría de Industria y Comercio y la Secretaría de Programación y Presupuesto; actualmente, es una de las direcciones generales del INEGI.

El Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) es el resultado de la coordinación entre las áreas de epidemiología y estadística de la Secretaría de Salud para satisfacer sus necesidades proporcionando información preliminar de mortalidad en México. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) son las instancias encargadas de dar cumplimiento a los procesos derivados de la integración de la estadística en salud.

El SEED cuenta con una herramienta informática de captura y procesamiento que opera desde 1997, facilitando la integración continua (mensual y anual) y el

análisis de los datos sobre mortalidad. En la captura, integra criterios de verificación que permiten minimizar los errores e inconsistencias en los datos. Esta herramienta incorpora un conjunto de reportes que permiten al usuario llevar a cabo el análisis primario de la información y, posteriormente, desarrollar investigación con mayor nivel de detalle. De esta manera, en la Secretaría de Salud de forma continua se realizan procesos de integración, validación y difusión para conformar las estadísticas de mortalidad como cifras preliminares.

En 1996 la Dirección de Estadísticas, Demográficas y Sociales dependiente del INEGI emite una propuesta de procedimientos para el reporte de defunciones por causas sujetas a vigilancia epidemiológica en el cual se plantean que “ los originales de los Certificados de Defunción fueran utilizados por la Secretaría de Salud (SSA) con fines epidemiológicos para controlar las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, evitando así la propagación de brotes epidémicos” así mismo en esos años el INEGI elaboraba los reportes de las causas sujetas a vigilancia epidemiológica y los enviaba al Departamento de información Epidemiológica de los Servicios Coordinados de Salud Pública (S.C.S.P) en las entidades, sin embargo, dentro de la problemática expresada era que se confirmaban diagnósticos a nivel estatal que no eran reconocidos a nivel federal dentro de la SSA, con la finalidad de mejorar la oportunidad de la información el INEGI crea el “reporte de causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica” también llamado anexo 8, mismo que sufre una primera modificación en su contenido para 1998.

Antes de la implementación del SEED la información de la mortalidad no era oportuna para la vigilancia epidemiológica, lo anterior se debía fundamentalmente a la extemporaneidad de la información y a los problemas de cobertura y calidad de los datos producidos, posteriormente la SSA implementó un mecanismo de recolección semanal el cual facilitaba la elaboración de estadísticas preliminares a intervalos más cortos para su análisis. La incorporación de la estadística de muertes fetales obedece a las necesidades derivadas de las nuevas condiciones de salud de la población donde la mortalidad ocurrida durante los primeros días de nacido ha representado el mayor peso dentro de la mortalidad infantil, indicador utilizado internacionalmente para medir las condiciones de salud alcanzadas por los países. Por ello, es necesario contar con información oportuna sobre las causas de las defunciones ocurridas antes del nacimiento que permita conocer las condiciones perinatales existentes para poder establecer un conjunto de medidas orientadas a minimizar la ocurrencia de este tipo de eventos.

En sus inicios el SEED operaba con la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), en ese entonces sólo se capturaba la causa básica de la defunción y se obtenían algunos cuadros estadísticos para el análisis. Con la implementación de la Décima revisión (CIE-10) en 1998 y más adelante con la experiencia derivada de su aplicación, se hicieron modificaciones al sistema para captar todas las causas anotadas en el Certificado de Defunción además de la causa básica, se incorporaron nuevos criterios de verificación a la captura de los datos y se incrementó el número de tabulados de salida, respondiendo a las necesidades de los usuarios.

Por otra parte y en atención a la recomendación del Comité Asesor de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para la Región de las Américas,

la Secretaría de Salud creó en 1986 el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), el cual funcionó en la Dirección General de Epidemiología hasta marzo de 1997. A partir de esa fecha fue transferido a la Dirección General de Estadística e Informática, hoy Dirección General de Información en Salud (DGIS) y continúa desarrollando las funciones para las que fue creado.

El CEMECE ha contribuido con la capacitación de codificadores en todo el país y ha asesorado a los usuarios desde la implementación de la Décima Revisión de la (CIE-10) en 1998. Al mismo tiempo ha utilizado la información del SEED para evaluar los efectos del cambio de una revisión a otra, así como de la calidad de la codificación, con objeto de mejorarla. En el CEMECE están representadas las instituciones del Sistema Nacional de Salud en donde se establecen acuerdos para resolver los problemas en la codificación y además se establece la coordinación con otros centros regionales y con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial del Salud (OMS).

SITUACIÓN ACTUAL

El SEED consta de dos componentes, el estadístico y el epidemiológico; el componente estadístico, desde 2004 el SEED permite integrar la estadística de las defunciones fetales ocurridas. El 30 de enero del 2009, se dio a conocer el formato del Certificado de Defunción que constaba del original y 2 copias, el 29 de diciembre del 2011 se actualizó dicho formato agregando una tercera copia y el flujo de esta, la cual apoyó al incremento de la cobertura oportuna mensual con la obtención de la información, implementada desde el 2012. El 6 de febrero de 2015 Se dio a conocer mediante el diario oficial, el cambio en la integración de información de defunciones por causas externas.

En el 2012 el componente epidemiológico del SEED crea una herramienta informática llamada Registro Electrónico de Mortalidad (REMo), dicha herramienta fue creada en ACCESS en dos modalidades, la primera para nivel jurisdiccional la cual permite tener el Anexo 8 de manera virtual y generar una base de datos para cada jurisdicción y, la segunda para nivel estatal cuya principal función es conjuntar las bases de datos jurisdiccionales así como generar reportes de validación de la información.

Actualmente el SEED constituye la vertiente de mortalidad del sistema de Daños a la Salud dentro del SINAIS. Es capaz de proporcionar información con cortes mensuales, lo cual facilita implementar acciones de seguimiento a los programas, así como, realizar actividades de vigilancia epidemiológica en la mortalidad, teniendo como fecha límite para su publicación preliminar el 30 de abril del siguiente año, teniendo coberturas mayores del 90% con respecto a las defunciones estimadas por el CONAPO.

Como parte del esfuerzo de mantener estadísticas de calidad, en 2015 se ha implementado en la Secretaría de Salud la incorporación de herramientas informáticas que permitieron homologar los criterios de codificación entre el personal capacitado para ello, utilizando el software: Mortality Medical Data System (MMDS).

En el 2000 el INEGI adoptó el MMDS, desarrollando una interfaz en español, genera un diccionario de términos médicos, el reconocimiento ortográfico, la incorporación de términos de inclusión y acuerdos que se han dictado por el CEMECE. En 2007 INEGI realiza la implementación a nivel nacional dentro de sus procesos de integración y validación de la información de defunciones, teniendo una eficacia del 87.7% de la codificación con respecto a la codificación manual que hasta esa fecha realizaba.

Los principales factores que determinan los problemas de calidad en la recolección de los certificados, están relacionados con la dispersión de las localidades donde reside la población y como resultado la falta de presencia de oficialías del Registro Civil, donde la población lleva a cabo el proceso de registro, así como en ocasiones de los formatos de certificados y del personal autorizado por la Secretaría de Salud para llevar a cabo la certificación de la defunción. Por otro lado opera el desconocimiento de la población sobre la importancia del registro de hechos

vitales y derivado de ello, una falta de cultura de registro. Aún con todo lo anterior el SEED ha demostrado su utilidad al obtener información oportuna y apoyar el proceso de toma de decisiones. Con el fin de abatir la falta de registro de defunciones certificadas y la recolección del original del Certificado de Defunción, en año de 2011 se incorporó una tercera copia (hoja verde), la cual se debe capturar en el SEED, para después ser sustituida por el original, el cual ya contiene los datos del Registro Civil.

JUSTIFICACIÓN

El presente manual tiene como finalidad de dar a conocer los procesos que se deben seguir de manera obligatoria relacionados al desempeño del SEED en sus dos componentes (epidemiológico y estadístico), con el propósito de tener en forma veraz y oportuna, información de calidad que nos lleve a realizar el análisis de la mortalidad. El establecimiento y la formalización de los procedimientos de integración de la misma es un principio fundamental para lograr los estándares de calidad requeridos. Por ello es necesario contar con el presente manual de procedimientos, el cual servirá de guía en la operatividad de este sistema.

En la actualidad, los principales problemas que afectan la estadística de defunciones es el mal llenado del Certificado de Defunción, la recolección de las hojas verdes con los certificantes y las hojas blancas en las oficialías del registro civil, la integración de información en la base de datos del SEED de manera oportuna, así como, el mal llenado del formato de ratificación y rectificación (Anexo 8) y una vez concluida la investigación epidemiológica no se retroalimenta la base de datos del SEED.

Disponer de la información con oportunidad tiene su mayor aplicación en los niveles locales y jurisdiccionales, donde derivado del conocimiento de los patrones de mortalidad es posible poner en práctica mecanismos de prevención de las muertes, sobre todo de aquellas que ocurren de manera prematura y otras que por su naturaleza podrían estar indicando la presencia de brotes de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Al respecto es preciso destacar la necesidad que la Secretaría de Salud y el Sector tiene de realizar el seguimiento de los procesos y su impacto en la salud de la población, por ello se ha estructurado éste sistema a bien de tener los insumos requeridos para los procesos de planeación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas, así como el fortalecer las estadísticas oficiales realizando confrontas internas de las causas sujetas a vigilancia epidemiológica y posteriormente la DGIS realizará una confronta externa con INEGI en cuatro grupos: 1) defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica, 2) muertes maternas, 3) menores de cinco años y 4) presuntos homicidios.

OBJETIVOS

General

Garantizar la distribución, expedición e integración de la información de forma sistemática, oportuna y de calidad sobre la mortalidad del sector salud en el país, que permita regular las actividades de todos los niveles técnico-administrativos involucrados (jurisdiccional, estatal y nacional) para realizar la vigilancia epidemiológica, el análisis de la información que conlleve a la toma de decisiones y la evaluación del impacto de los programas de Salud.

Específicos

1. Homologar criterios en cada nivel y etapas de la información de mortalidad.
2. Mejorar el correcto llenado del Certificado de Defunción y del Anexo 8.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica activa de la mortalidad.
4. Detectar los problemas y proponer soluciones de la falta de certificación del total de las defunciones.
5. Integrar la información de defunciones que permita el cálculo de los indicadores asociados al seguimiento de la mortalidad.
6. Integrar la información de muertes fetales que permita el cálculo de los indicadores asociados al seguimiento de las muertes perinatales.

MARCO CONCEPTUAL

El Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene entre sus prioridades conocer el perfil epidemiológico del país con objeto de orientar las estrategias más adecuadas de planeación, decisión y acción; dicho perfil se establece en gran parte con base en la información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Ambos sistemas se interrelacionan a través de la mortalidad y cuentan para ello con formatos únicos como son el Certificado de Defunción, Certificado de Muerte Fetal y el de Ratificación y Rectificación por Padecimientos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica (Anexos 2, 3 y 8)

Una de las estrategias actuales del SNS es integrar un sistema universal de información en salud para consolidar el SINAVE y SINAIS, realizando acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en la adecuada toma de decisiones así como el control, eliminación y erradicación de las enfermedades transmisibles, reducir la mortalidad materna especialmente en comunidades marginadas asegurando un enfoque integral y la participación de todos los involucrados.

En los últimos años se han dado importantes avances enfocados a mejorar la información de la mortalidad; sin embargo, para afrontar el reto descrito se requiere contar con la información en los niveles técnico-administrativos más operativos del SNS, como la jurisdicción sanitaria y las unidades de primer nivel de atención (nivel local). Para ello se buscan alternativas y mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos del sistema y guiar con mayor confiabilidad y precisión las acciones de vigilancia epidemiológica y planeación de la salud en las comunidades del país.

El SEED prevé la recolección sistemática, análisis y difusión de la información de mortalidad de manera oportuna. Esto permite conocer la frecuencia de las enfermedades que se reportan como causa básica o asociada en los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, para apoyar la implementación de políticas en salud y como fuente para realizar las acciones de vigilancia epidemiológica, así como proporcionar servicios de salud oportunos y de calidad, es de importancia resaltar que la información oficial de mortalidad es publicada por el INEGI la cual presenta un desfase debido a las condiciones geográficas del país, por lo que la información generada en el SEED es considerada de forma preliminar.

El SEED componente epidemiológico, brinda apoyo fundamental realizando investigaciones para la vigilancia activa de la mortalidad a través de cinco ejes principales:

- 1.- Las defunciones por enfermedades de notificación inmediata
- 2.- Muertes Maternas (CIE-10: O10-O16)
- 3.- Enfermedades emergentes y reemergentes
- 4.- Las Enfermedades Diarreicas Aguas (EDAS) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) ambas en menores de cinco años
- 5.- Las de vigilancia internacional.

Estos ejes se describen en el Apéndice “B” de la NOM-017-SSA2-2012, en los anexo 4, 5, 5ª y 6 del presente manual.

Para su operación, el sistema requiere:

a) Recursos humanos necesarios y capacitados en:

- ◆ El correcto llenado de los Certificados de Defunción y el de Muerte Fetal.
- ◆ En la codificación de las causas múltiples y selección de la causa básica de defunción.
- ◆ En la vigilancia epidemiológica.
- ◆ En el análisis estadístico.

Lo anterior para producir e interpretar correctamente los datos obtenidos por el sistema y aplicar oportunamente las decisiones y acciones que sean necesarias.

b) Recursos Materiales:

- ◆ Infraestructura tecnológica en los servicios de epidemiología y estadística en los diferentes niveles técnico-administrativos.
- ◆ Los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento

c) Recursos financieros:

- ◆ Para la supervisión, capacitación y evaluación del funcionamiento del sistema de información, desde unidad médica/hospital y SEMEFO hasta nivel estatal donde se integra la información de toda la entidad.
- ◆ Soporte técnico

MARCO JURÍDICO (ORDENAR Y REVISAR)

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-XII-1976, última reforma publicada DOF 19-V-2017 (artículos 2, 26 y 39).
- Ley General de Salud. DOF 07-II-1984, última reforma publicada DOF 22-VI-2017 (artículos 2, 3, 5 a 9, 13, 14, 27, 96, 104 fracción a 109, 133 a 166, 338 – 350, 388 – 392).
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-VI-2002, última reforma publicada DOF 14-VII-2014.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. DOF 16-IV-2008 (artículos 2, 3, 5, 6, 14, 17, 20 a 23, 32 y 44).
- Código Civil Federal DOF 26-V-1928, última reforma 24-12-2013.
- Códigos Civiles de las entidades federativas, vigentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-I-2004, última reforma 02-II- 2010 (Artículo 24 fracciones I a V y XI a XIII; Artículo 45, fracciones VIII, XI, XIII, XIV, XV y XXIII).
- Reglamentos de los Registros Civiles de las entidades federativas.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-VI-2003.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. (nueva creación)
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Bases de Colaboración suscritas por la Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud para realizar acciones que garanticen el registro inmediato de los nacimientos y defunciones que ocurran en el territorio nacional, celebradas el 2 de mayo de 2007.
- Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública. DOF 05-VII-2010.
- Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. DOF 20-II- 2004.
- Estrategia “Caminando a la Excelencia” de la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud.

- Ley General de Acceso a la Transparencia y Acceso a la Información suplementaria a la Ley Federal.
- Ley Federal de Archivos

REGULACIÓN DEL SEED (NORMAS DE OPERACIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONES)

Normas de operación del componente estadístico

La Dirección General de Información en Salud (DGIS), según establece el Reglamento Interior en su artículo 24, fracción VIII, es el área responsable de establecer el diseño y contenido de los certificados de estadísticas vitales (entre los que se encuentran los Certificados de Defunción y Certificado de Muerte Fetal), así como controlar y supervisar, en colaboración con los Servicios Estatales de Salud, el manejo de los mismos.

De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, para dar cumplimiento a estas atribuciones, la DGIS expide los siguientes lineamientos para la distribución y control de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.

Nivel Nacional

Primero. La DGIS revisará de manera quinquenal el diseño y contenido de los Certificados y establecerá los acuerdos para su puesta en práctica, para dar cumplimiento a lo anterior formará un comité integrado por el CTESS, CEMECE y 3 SESA que representan a las 32 entidades.

Segundo. La DGIS, una vez acordado el contenido de los certificados, será la responsable del diseño de los mismos, es el área responsable de la coordinación para la impresión de los formatos. A través de una licitación que determinará el proveedor responsable de dicha impresión y distribución.

Tercero. La DGIS estimará la cantidad de formatos a asignar a cada estado, la cual se calculará con base en el número de defunciones registradas en el año inmediato anterior, más una cantidad extra con el fin de asegurar el abasto.

Cuarto. La DGIS en conjunto con el proveedor, se encargarán de distribuir de manera anual los certificados a los titulares de los Servicios Estatales de Salud, mediante oficio que ampare los números de folio que se entregan, en este mismo solicitará el retiro y cancelación de formatos obsoletos. A partir de su recepción, los SESA's son los responsables de velar por el cuidado y el buen uso de los certificados.

La DGIS debe contar con una reserva de formatos para apoyar a los estados que soliciten una dotación extraordinaria.

Quinto. La DGIS establecerá un control mensual y anual de los certificados expedidos, cancelados, robados y/o extraviados y en circulación. Cada uno de los SESA's debe reportar en el mismo periodo establecido los controles anteriormente mencionados.

Sexto. Recepción de oficios y actas administrativas referentes a la destrucción de los formatos de Certificado de Defunción y Muerte Fetal de modelos anteriores y obsoletos.

Séptimo. El titular de la Secretaría de Salud o su equivalente en cada entidad, en el momento de recibir su dotación de los certificados, será el responsable del manejo, control, distribución y vigilancia del buen uso de los mismos, a través del área que designe para el caso.

Octavo. Los Servicios Estatales de Salud al recibir los certificados deberán revisar, contar y verificar que la dotación que marca el oficio es la recibida, en caso contrario deberá notificar a través del formato establecido a la DGIS, en un tiempo no mayor a los 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción, de cualquier faltante o anomalía en la entrega. En caso de no ser reportados se entenderá que no hubo problemas en la recepción de dichos formatos.

Noveno. Las Secretarías de Salud Estatales o sus equivalentes, serán las responsables de distribuir los certificados en su entidad a través de las jurisdicciones sanitarias y de éstas a las unidades médicas del SNS y los certificantes (médicos particulares, autoridad civil y personal autorizado por la Secretaría de Salud, haciendo la entrega mediante oficio o registro automatizado de folios. **Los certificados deben ser distribuidos gratuitamente y la certificación de una defunción no deberá generar costo alguno.**

La Secretaría de Salud o su equivalente en cada entidad debe establecer los mecanismos necesarios para que cada unidad médica o personal autorizado disponga de suficientes formatos para garantizar la certificación.

Décimo. El área responsable del manejo de los certificados deberá tener perfectamente identificado quiénes son los responsables institucionales e interinstitucionales del manejo y control de los mismos. Así los Servicios Estatales de Salud le deberán informar mensualmente a la DGIS acerca de la utilización de los certificados y el resultado de la integración estadística.

Décimo primero. En caso de recibir aviso de la DGIS de la existencia de cambios en el diseño de los formatos, los no utilizados deberán ser retirados de circulación en todo el estado y las propias Secretarías estatales, procederán a su cancelación según se especifica en el siguiente apartado.

Décimo segundo. Corresponde a las Secretarías de Salud estatales la cancelación de formatos en sus tres modalidades:

- a) *Formatos vacíos obsoletos sin utilizar.* Realizará la cancelación mediante acta administrativa o circunstanciada donde se especifique el número de folios cancelados. Esta acta deberá mantenerse durante tres años en archivo activo. La forma de destrucción puede ser incinerados o triturados y deberá enviarse copia del acta a la DGIS.
- b) *Formatos llenos ya capturados en el sistema automatizado.* Deberán mantenerse durante cinco años en archivo activo. Posteriormente se procederá a su cancelación mediante acta que ampare los números de folios. Esta acta deberá mantenerse en archivo activo durante tres años y deberá enviarse copia de la misma a la DGIS. Se sugiere verificar en cada una de las entidades si este archivo puede considerarse histórico y por lo tanto remitirlos a la dependencia responsable para su resguardo.

- c) *Formatos robados o extraviados.* En caso de extravío y/o robo, el responsable del manejo en la entidad, a través del área jurídica, deberá levantar el acta correspondiente ante las oficinas del Ministerio Público, indicando el número de folio faltante, asimismo se avisará y remitirá copia del acta a la oficina central estatal del Registro Nacional de Población (RENAPO), Registro Civil y a la DGIS en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la pérdida. Dichas actas deberán guardarse al menos cinco años.

Décimo tercero. Cada entidad federativa deberá realizar el control de certificados llenos, cancelados y en circulación.

Las instituciones, médicos o personal autorizado que reciban y extiendan certificados de defunción y muerte fetal deben ser responsables de la distribución al interior, buen uso y control de los mismos, así como de conocer y difundir los procedimientos para su correcto llenado, evitando problemas de registro, cancelaciones.

Las unidades médicas y administrativas que reciban y otorguen certificados de defunción y muerte fetal deben llevar un control acerca de los certificados recibidos, expedidos y cancelados, que será presentado en el momento que se solicite una nueva dotación ante la dependencia que distribuya los certificados o bien cuando se solicite para revisar la cobertura.

Los certificados cancelados deben ser devueltos, mediante oficio, a la oficina o unidad administrativa de la Secretaría que los distribuye, en donde se procederá a su destrucción mediante acta administrativa.

Décimo cuarto. La certificación de las defunciones por causas en las que se sospeche o compruebe un accidente, traumatismo, envenenamiento, homicidio, suicidio u otra violencia deben ser certificadas por médicos legistas, forenses u otro personal autorizado para tal efecto. Para ello se dará aviso al ministerio público.

El certificado de defunción debe expedirse dentro de las primeras 48 horas después de haberse comprobado la muerte de la persona, por parte del certificante (o de encontrado el cuerpo, según sea el caso).

No debe llenarse un certificado si no se corrobora la defunción.

Los certificados deben llenarse con letra legible, sin omisiones y con apego a las instrucciones que aparecen al reverso de los mismos. No es necesario usar máquina de escribir.

Para el caso de los fallecidos que no recibieron atención durante la última enfermedad, pero son conocidos por la institución, unidad médica, médico o personal autorizado, el certificado debe ser llenado por el certificante luego de comprobar la muerte y descartada la posibilidad de una causa accidental o violenta.

La certificación de cada defunción debe ser acompañada de la orientación a los familiares del fallecido sobre la importancia de acudir al Registro Civil para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación o cremación para los futuros trámites legales. La tercera copia se quedará con el certificante y las demás copias (original, primera copia y segunda copia) se le entregaran al familiar.

Los certificantes deben responder de manera oficial, por escrito, a las dudas o aclaraciones planteadas por la jurisdicción sanitaria, sobre cualquiera de las variables registradas en las que se detecten omisiones, abreviaturas o incongruencias que dificulten su interpretación, codificación y procesamiento.

Además de los médicos autorizados, podrán expedir certificados las autoridades civiles y el personal auxiliar de salud de las comunidades que no cuenten con médico, previa autorización escrita por la Secretaría de Salud de la entidad. Este personal deberá recibir al menos una orientación sobre el llenado del certificado.

Décimo quinto. Las Secretarías de Salud Estatales (SESAS) y/o jurisdicciones deben recopilar semanalmente el original de los certificados de defunción y muerte fetal en las Oficialías del Registro Civil.

Cada entidad debe establecer los mecanismos para recoger los certificados llenados y copias de acta sin certificado para su procesamiento y análisis.

En especial, los responsables estatales deberán dirigir y organizar búsquedas intencionales y cotejo de certificados de defunción correspondientes a muertes ocurridas en las unidades médicas y hospitales del sector público con lo recolectado en las oficialías del registro civil. Posteriormente, se deberá incorporar al SEED toda la información recabada, de preferencia aquella para la que se cuente con copias originales o al carbón (legibles) de las muertes certificadas en unidades del sector que no hayan sido objeto de registro.

Además, la Secretaría de Salud en cada entidad debe promover, de manera periódica, la búsqueda, en otras fuentes (panteones, domicilios, ministerios públicos, etc.), de certificados utilizados que por algún motivo no fueron entregados al Registro Civil, a efecto de incrementar la cobertura mediante notificación escrita de estos casos al INEGI.

Cada defunción no certificada debe ser motivo de investigación para determinar los factores que impidieron el registro y resolver los problemas de accesibilidad a los certificados por parte de la población.

Normas de operación del componente Epidemiológico

La Dirección General de Epidemiología (DGE), propone las bases referentes a normar, operar, coordinar, supervisar y evaluar las estrategias y acciones concernientes a la vigilancia epidemiológica. Dichas acciones se rigen además por la Norma Oficial Mexicana NOM-017 SSA2-2012.

Para dar cumplimiento a estas atribuciones, la DGE expide las siguientes normas de operación y lineamientos referentes a la mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica.

NIVEL NACIONAL

- I. La DGE es la instancia que definirá los tiempos y las necesidades de información referente a mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica.
- II. La DGE es la responsable de revisar, validar y analizar la información derivada de las ratificaciones y rectificaciones de las causas sujetas a vigilancia epidemiológica emitidas por las entidades federativas a través de la herramienta informática.
- III. La DGE es la instancia encargada de realizar la confronta de información con la DGIS de manera interna y posteriormente ambas Direcciones Generales, realizan la confronta con el INEGI de aquellas defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- IV. La DGE es la responsable de realizar evaluaciones, supervisiones y capacitaciones del componente epidemiológico del SEED.
- V. La DGE es la responsable de retroalimentar y difundir la información del componente epidemiológico del SEED.

NIVEL ESTATAL

- I. El epidemiólogo estatal es el responsable de recibir, concentrar, validar y analizar las ratificaciones o rectificaciones de causas sujetas a vigilancia epidemiológica de cada jurisdicción para enviar dicha información a nivel Nacional de manera quincenal.
- II. El epidemiólogo estatal revisará el correcto llenado del formato de ratificación o rectificación (Anexo 8) de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y del cumplimiento de los tiempos establecidos para el inicio y conclusión de la investigación epidemiológica.
- III. El epidemiólogo estatal es el responsable de enviar a la DGE, en un lapso no mayor a quince días hábiles o 21 días naturales posteriores a la fecha de defunción, la información a través de la herramienta informática de las ratificaciones o rectificaciones de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica correspondientes a su entidad de adscripción.

- IV. El epidemiólogo estatal debe realizar las supervisiones y capacitaciones necesarias dirigidas a los epidemiólogos jurisdiccionales a fin de garantizar la oportunidad y calidad de la información de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- V. El epidemiólogo estatal debe compartir la información con los diferentes programas de acción, sistemas de vigilancia epidemiológica especiales y con el área de planeación y/o estadística.
- VI. El epidemiólogo estatal debe realizar una confronta trimestral con el INEGI de la información de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.

NIVEL JURISDICCIONAL

- I. El epidemiólogo jurisdiccional debe realizar en coordinación con las unidades locales, el llenado del formato de ratificación o rectificación (Anexo 8) de los certificados de defunción de las causas sujetas a vigilancia epidemiológica, definidas en este manual en los anexos 4, 5, 6 y el apéndice “B” de la Norma Oficial Mexicana NOM-017 SSA2-2012.
- II. El epidemiólogo jurisdiccional debe realizar la investigación epidemiológica de las defunciones con causa(s) sujetas a vigilancia epidemiológica de su área de adscripción, el inicio de la investigación epidemiológica no excederá de una semana a partir de la fecha de recolección del Certificado de Defunción.
- III. El epidemiólogo jurisdiccional debe llenar correctamente, los formatos de ratificación o rectificación (Anexo 8) de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y compartir la información con los diferentes programas de acción, sistemas de vigilancia epidemiológica especiales y con el área de planeación y/o estadística.
- IV. El epidemiólogo jurisdiccional debe enviar al nivel estatal, la información de ratificación o rectificación de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica a través de la herramienta informática de manera quincenal apegado al calendario de envíos del SEED componente epidemiológico.
- V. Toda vez que el epidemiólogo o responsable estatal del SEED componente Epidemiológico sea personal de nuevo ingreso, deberá acudir a la DGE a capacitación sobre el correcto llenado del formato de ratificaciones o rectificaciones (Anexo 8)

ESTRUCTURA Y FUNCIONES

En el funcionamiento del SEED participan todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) públicas y privadas, médicos y personal no médico autorizado para certificar defunciones.

El Registro Civil en coordinación con la Secretaría de Salud, participa proporcionando de manera semanal los Certificados de Defunción canjeados por el Acta de Defunción.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), es el responsable de concentrar, generar y publicar la información de la mortalidad oficial anual.

Para efectos de este manual se distinguen los siguientes niveles técnicos administrativos del Sistema Nacional de Salud: Local, Jurisdiccional, Estatal y Nacional

PROCESOS DEL SEED

1. Administración de los formatos de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal
 - 1.1. Actualización
 - 1.2. Control de folios
 - 1.3. Impresión
 - 1.4. Distribución
 - 1.5. Recuperación
 - 1.6. Resguardo
2. Expedición
3. Vigilancia Epidemiológica
 - 3.1. Recolección
 - 3.2. Investigación Epidemiológica (Ratificación o Rectificación)
 - 3.3. Captura del Anexo 8
 - 3.4. Integración estatal y nacional
 - 3.5. Validación estatal y nacional (Retroalimentación)
 - 3.6. Análisis
4. Consolidación
 - 4.1. Captura de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal
 - 4.2. Codificación
 - 4.3. Integración jurisdiccional, estatal y nacional
 - 4.4. Validación jurisdiccional, estatal y nacional
5. Difusión
 - 5.1. Publicación
 - 5.2. Confronta
6. Mejora continua
 - 6.1. Sistema de indicadores
 - 6.2. Capacitación
 - 6.3. Supervisión

DENOMINACIÓN DEL PROCESO

1.- Administración de los formatos de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal

PROPÓSITO

Garantizar la actualización de los certificados de defunción y muerte fetal conforme a los requerimientos del sector salud y dando cumplimiento a lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012, con la finalidad de coadyuvar en la planeación, monitoreo y evaluación del comportamiento de la mortalidad y su aportación a las políticas públicas.

ALCANCE

Será un comité formado por miembros del CTEES, CEMECE, representantes de tres entidades y coordinados por la DGIS quienes se encargaran de evaluar las propuestas de mejora a los formatos de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, para posteriormente actualizar y difundir dichos formatos en los tiempos establecidos en el presente manual.

La DGIS se apoyará en la Dirección de Información sobre Necesidades de Salud y Población (DINSP), quien estará a cargo de presentar la propuesta de modificación al Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS). Dentro de la DINSP, la Subdirección de Estudios de Salud será la encargada de coordinar las solicitudes de actualización de variables de los certificados así como de su consenso por parte del sector, para generar la propuesta de inclusión y exclusión de variables de los certificados. Se coordinará con la Subdirección de Integración y Difusión de la Información para los procesos de impresión y envío de certificados a las entidades federativas.

La Subdirección de Integración y Difusión de la Información, conformará los "Master" de los Certificados en digital y será la encargada de realizar el enlace con la empresa para la impresión y distribución de los certificados a los Servicios Estatales de Salud (SESAs).

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Con base en las atribuciones conferidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En materia de información en salud, en su numeral 12.2.11, la Dirección General de Información en Salud será la encargada de revisar y actualizar los Certificados de Defunción y Muerte Fetal de manera quinquenal, de conformidad con las necesidades del SNS y de las disposiciones jurídicas aplicables para determinar sus modificaciones y/o actualizaciones. La distribución de folios debe contar con tres formas de distribución.

- Distribución ordinaria
- Distribución extraordinaria
- Reasignación (Recuperación/Reasignación)

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

1.1. Actualización			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirección de Estudios de Salud	1	Analiza base de datos de los últimos tres años, identificando las variables con baja frecuencia de respuesta así como las que sustentan a indicadores y programas.	Tabla de frecuencia de las variables de la base de datos.
	2	Envío de oficios a las 32 entidades federativas y a los integrantes del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS), para solicitar propuestas de modificación de variables en los formatos de los certificados.	Oficio a las 32 entidades federativas y responsables del CTESS.
	3	Integrar las propuestas de modificaciones de variables para su revisión.	Documento Excel indicando el motivo de rechazo/aceptación de la propuesta.
	4	Programar y coordinar las reuniones de trabajo para la revisión y en su caso aprobación o descarte de las propuestas. A estas reuniones asistirán integrantes del CTESS, CEMECE y 3 SESA a seleccionar, la coordinación estará a de la DGIS.	Documento Excel con todas las propuestas recibidas para su incorporación o descarte.
	5	Modificación de los formatos de los certificados	Documento editable
Dirección de Información Sobre Necesidades de Salud y Población	6	Presentación de los formatos actualizados de los certificados en el CTESS para su aprobación.	Envío de oficio, adjunto los formatos finales de los certificados.

1.2 Impresión			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Nivel Nacional – DGIS-Subdirección en Estudios de Salud	1	Entrega de los archivos editables de los formatos de los Certificados para su impresión y distribución. Integrar los comentarios a propuesta para elaboración de documento final. Revisa adecuaciones al formato por actualización de normatividad correspondiente.	Conformar documento final para su envío a la Subdirección de Integración y Difusión de la Información
Subdirección de Integración y Difusión de la Información	2	Supervisa la conformación de propuesta de los certificados para su posterior validación	Documento impreso
	3	Enviar documento impreso a la Subdirección de Estudios en Salud para su revisión y/o aprobación.	
Subdirección de Estudios de Salud / Subdirección de Estudios de Salud	4	Revisa documento original y tres copias, para verificar el uso de combos, números, modelo de certificado, instructivo así como modificaciones aprobadas.	
	5	Confirma validación de cambios y uso de combos y modelo, instructivos de llenado, tanto en original como en las copias. Se firma cada una de éstas.	
	12	Envío de documento impreso con firmas de validación.	
Subdirección de Integración y Difusión de la Información	13	Recibe y se pone en contacto con la empresa particular para la impresión y distribución de los formatos.	

1.3 Control de Folios			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Nivel Nacional-DGIS-Subdirección de Estudios de Salud	1	Establecer el control de los folios distribuidos de acuerdo a las necesidades de cada entidad, jurisdicción y unidad médica, ya que es el inicio de una serie de procesos que conllevan la recepción, redistribución, uso, cancelaciones, devoluciones, pérdidas, rechazos, recuperación de folios entre niveles para que al finalizar el ciclo se conozca a detalle el destino de cada uno de los folios distribuidos.	Reportes
	2	En el Control de Folios se deben incluir las siguientes secciones: 1. Folios Disponibles 2. Folios Usados 3. Folios Recuperados 4. Folios Rechazados en la distribución 5. Folios Cancelados (robo, extravío, mal llenado, maltratado y modelo obsoleto)	Reporte
Nivel estatal-SESA	3	Establecer los mecanismos necesarios para llevar un Control de Folios, al interior de su estado.	
	4	Enviar a la Subdirección de Estudios en Salud, vía oficio y en electrónico, el acta administrativa y el control de folios con el estatus correspondiente de todos los folios asignados para la entidad en la primera semana de febrero del año siguiente.	Oficio, correo electrónico (con anexos).
	5	A través del Control de Folios se determinará cuántos formatos se entregarán al	Control de Folios

		solicitante.	
	6	Solicitar a los usuarios de los certificados un control de folios de los formatos expedidos, cancelados (robados, extraviados, maltratados y obsoletos). Lo anterior será de acuerdo a las fechas que se establezcan para la entrega/recepción de dichos formatos.	Formato de control de folios
	7	Enviar un concentrado mensual del control de folios estatal a la DGIS de acuerdo al calendario establecido.	Formato de control de folios
	8	Controlar la entrega de formatos de acuerdo al promedio de certificados expedidos en el periodo que se establezca (semana, mes, trimestre, etc).	Formato de control de folios
	9	Para aquellos formatos robados o extraviados, la persona que tenía bajo su resguardo los formatos, debe levantar un acta ante Ministerio Público y debe entregar una copia al nivel que le distribuyo los formatos	Oficio y copias de la denuncia
Nivel Jurisdiccional	3	Establecer los mecanismos necesarios para llevar un Control de Folios, al interior de su jurisdicción.	
	4	Enviar al nivel estatal, vía oficio y en electrónico, el acta administrativa y el control de folios con el estatus correspondiente de todos los folios asignados para a la jurisdicción, de acuerdo al calendario que establezca el nivel estatal	Oficio, correo electrónico (con anexos).
	5	A través del Control de Folios se determinará cuántos formatos se entregarán al solicitante.	Control de Folios

	6	Solicitar a los usuarios de los certificados un control de folios de los formatos expedidos, cancelados (robados, extraviados, maltratados y obsoletos). Lo anterior será de acuerdo a las fechas que se establezcan para la entrega/recepción de dichos formatos.	Formato de control de folios
	7	Controlar la entrega de formatos de acuerdo al promedio de certificados expedidos en el periodo que se establezca (semana, mes, trimestre, etc).	Formato de control de folios
	8	Para aquellos formatos robados o extraviados, la persona que tenía bajo su resguardo los formatos, debe levantar un acta ante Ministerio Público y debe entregar una copia al nivel que le distribuyo los formatos	Oficio y copias de la denuncia

1.4 Impresión			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirección en Estudios de Salud	1	Entrega de los archivos editables de los formatos de los Certificados para su impresión y distribución. Integrar los comentarios a propuesta para elaboración de documento final. Revisa adecuaciones al formato por actualización de normatividad correspondiente.	Conformar documento final para su envío a la Subdirección de Integración y Difusión de la Información
Subdirección de Integración y Difusión de la Información	2	Supervisa la conformación de propuesta de los certificados para su posterior validación	Documento impreso
	9	Enviar documento impreso a la Subdirección de Estudios en Salud para su revisión y/o aprobación.	
Subdirección de Estudios de Salud	10	Revisa documento original y tres copias, para verificar el uso de combos, números, modelo de certificado, instructivo así como modificaciones aprobadas.	
	11	Confirma validación de cambios y uso de combos y modelo, instructivos de llenado, tanto en original como en las copias. Se firma cada una de éstas.	
	12	Envío de documento impreso con firmas de validación.	
Subdirección de Integración y Difusión de la Información	13	Recibe y se pone en contacto con la empresa para la impresión de los formatos.	

1.5 Distribución			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Nivel Nacional – DGIS-Subdirección de Estudios en Salud	1	Verificar de datos de contacto de cada entidad, dirección y número de oficios a entregar	Formato Excel
	2	Genera los oficios de envío, con información de número de folios enviados y rango de los mismos.	32 oficios
	3	Seguimiento de la recepción de los certificados, requerimiento de corrección a nivel central cuando éste sea detectado.	Correo electrónico / Oficios / Actas de hecho.
Nivel Nacional – DGIS-Subdirección de Integración y Difusión de la Información	4	Recibe archivo de Excel con los datos de contacto, dirección y rango de folios a entregar a cada entidad federativa	
	5	Coordina la entrega con la empresa que distribuye los certificados, dando fechas estimadas de entrega	
	6	Recibe los formatos de entrega de aquellas entidades cuya recepción es correcta.	
	7	Solicitud de corrección a la empresa cuando alguna entidad reporte alguna anomalía o defecto en la entrega.	
	8	Resguarda los formatos de recepción de certificados enviados por parte de las entidades.	
Nivel estatal-SESA	9	Validar el número y calidad de los certificados recibidos en un tiempo no mayor a 10 días hábiles.	
	10	Si encuentra anomalía en la entrega, se integrará un acta administrativa donde se describa, a detalle, las anomalías detectadas y se remitirá a la DGIS para su seguimiento.	
	11	Al término de la verificación se llenará el reporte de entrega, anexado al oficio. Se llenará	Reporte de entrega

		uno por los Certificados de Defunción entregados y otro por los de Muerte Fetal.	
	12	Los SESA distribuirán los certificados de defunción y muerte fetal a sus Jurisdicciones Sanitarias, para que sean éstas las encargadas de llevar el control de folios con las instituciones, hospitales/unidades médicas, SEMEFO y médicos particulares dentro de su área de competencia.	Oficio
	13	Cuando haya cambio de modelo de los certificados, en el mes de enero del año siguiente los SESA realizarán la recolección de los certificados de modelos anteriores para su cancelación, esto para garantizar que solo esté en circulación el modelo vigente.	Oficio y Acta administrativa
	14	En la distribución de los formatos, calculada de acuerdo a las defunciones reportadas, se debe contemplar hasta un 15% extra para cubrir imprevistos y dicha dotación cubrirá como máximo un mes, a quien se le distribuyan formatos, debe entregar los certificados utilizados (hoja verde) y/o la base de datos correspondiente	
	15	Controlar el padrón de médicos particulares para el otorgamiento de certificados y será responsabilidad de la entidad federativa cumplir con los siguientes requisitos mínimos indispensables: a) Cédula profesional de médico b) Comprobante de domicilio particular y/o consultorio c) Comprobante de haber	Padrón de médicos particulares

		<p>aprobado el curso del correcto llenado del certificado de defunción en línea o presencial en el nivel administrativo correspondiente.</p> <p>d) Adicionalmente los que el estado o jurisdicción determine.</p>	
	15	<p>En caso de que se detecte el mal uso del Certificado de Defunción y Muerte Fetal, el SESA debe negar los formatos, de acuerdo a lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012.</p> <p>El nivel estatal tiene la obligación de boletinar al interior de su entidad y a nivel nacional a los certificantes que se les retiró la entrega de formatos por mal uso.</p>	Oficio
Nivel Jurisdiccional-Planeación	16	<p>Verificar la recepción de los certificados, su estado físico y folios asignados.</p> <p>Si encuentra alguna anomalía se reporta al SESA para su corrección</p>	Correo electrónico
	17	<p>En la distribución de los formatos, calculada de acuerdo a las defunciones reportadas, se debe contemplar hasta un 15% extra para cubrir imprevistos.</p>	
	18	<p>Realiza la distribución de los certificados a los hospitales / unidades médicas mediante oficio dirigido al director de la unidad.</p>	Oficio
	19	<p>Capacitará de manera obligatoria a los médicos en el correcto llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal</p>	
	20	<p>Se conformará un padrón de médicos particulares para el otorgamiento de certificados y será responsabilidad de la jurisdicción cumplir con los</p>	Padrón de médicos particulares

		<p>siguientes requisitos mínimos indispensables:</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Cédula profesional de médico f) Comprobante de domicilio particular y/o consultorio g) Comprobante de haber aprobado el curso del correcto llenado del certificado de defunción en línea o presencial en el nivel administrativo correspondiente. h) Adicionalmente los que el estado o jurisdicción determine. 	
	20	<p>En caso de que se detecte el mal uso del Certificado de Defunción y Muerte Fetal la jurisdicción debe negar los formatos, de acuerdo a lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012.</p> <p>La jurisdicción tiene la obligación de boletinar en la entidad a los certificantes que se les retiró la entrega de formatos por mal uso.</p>	Oficio

1.6 Recuperación			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Nivel Nacional- DGIS-Subdirección de Estudios de Salud	1	<p>Cuando se tenga una solicitud extraordinaria de formatos y el resguardo de la DGIS sea insuficiente, se pedirá el apoyo a los estados para recuperar formatos que tengan en reserva y no afecte su cobertura.</p> <p>Para que proceda la solicitud, debe de justificar con base en el control de folios la cantidad de formatos solicitada.</p>	Oficio
Nivel estatal	2	<p>Antes de solicitar apoyo de una dotación extraordinaria a la DGIS, debe realizar una recuperación en sus jurisdicciones.</p> <p>Para que proceda la solicitud, debe de justificar con base en el control de folios la cantidad de formatos solicitada.</p>	Oficio
	3	<p>Cuando reciba una solicitud de apoyo de recuperar formatos por parte de la DGIS, el estatal revisará su resguardo para verificar si la puede atender o pedirá apoyo a sus jurisdicciones para recuperar los formatos solicitados.</p>	Oficio
	4	<p>No se podrá realizar la recuperación de manera directa entre estados</p>	
Nivel Jurisdiccional	6	<p>Antes de solicitar apoyo de una dotación extraordinaria al nivel estatal, debe realizar una recuperación en sus unidades médicas.</p>	
	7	<p>Para que proceda la solicitud de dotación extraordinaria, debe de justificar con base al control de folios, la cantidad de formatos solicitada.</p>	Oficio
	8	<p>Cuando reciba una solicitud de apoyo de recuperar formatos</p>	Oficio

		por parte del nivel estatal, revisará sus reservas para checar si la puede atender o pedirá apoyo a las unidades médicas.	
	9	No se podrá realizar la recuperación de manera directa entre jurisdicciones	

1. 7 Resguardo			
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Nivel Nacional-DGIS-Subdirección de Estudios de Salud		Al término de la distribución de los formatos a nivel nacional, esta subdirección debe contar con una dotación extra para cubrir las necesidades extraordinarias de las entidades durante el año en curso.	Formatos de los Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal.
		Los formatos de los certificados con el modelo actual tendrán una vigencia máxima de 5 años, después de este periodo se tendrán que destruir los formatos existentes original y copias.	Oficio, Acta administrativa para la destrucción de los formatos de los certificados obsoletos.
Nivel estatal-SESA		Al término de la distribución de los formatos a nivel estatal, debe contar una dotación extra del modelo vigente para cubrir las necesidades extraordinarias de las jurisdicciones, unidades médicas y médicos particulares.	Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal.
		Los formatos de los certificados con el modelo vigente tendrán una vigencia máxima de 5 años después de este periodo, dichos formatos se recuperarán, en caso de existir formatos en reserva, ambos se destruirán en original y copias.	Oficio y Acta administrativa para la destrucción de los formatos de los certificados cancelados y/u obsoletos
Nivel Jurisdiccional-Planeación		Al término de la distribución de los formatos, el nivel jurisdiccional debe contar con una dotación de los modelos en curso para cubrir las necesidades extraordinarias, la cual será asignada por el nivel estatal.	Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal.
		Los formatos de los certificados con el modelo	Oficio

		actual tendrán una vigencia máxima de 5 años después de este periodo, dichos formatos se recuperarán y serán enviados al nivel estatal para su destrucción.	
Nivel Local		Este nivel no deberá tener resguardo y será responsable de canjear la copia de los certificados expedidos por formatos nuevos. Este canje será responsabilidad de la unidad médica o particular para evitar su desabasto.	Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal.
		Los formatos de los certificados con el modelo actual tendrán una vigencia máxima de 5 años, después de este periodo, dichos formatos serán enviados al nivel jurisdiccional.	Oficio

DENOMINACIÓN DEL PROCESO

2. Expedición

PROPÓSITO

Garantizar la certificación de toda defunción que ocurre en el territorio nacional, acorde a lo establecido en la Ley General de Salud y en la NOM-035-SSA3-2012 en materia de información en salud.

ALCANCE

A nivel interno: No aplica.

A nivel externo: A todas las personas autorizadas para ello.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Con base en la Ley General de Salud (LGS), donde se establece la expedición del Certificado de Defunción y de Muerte Fetal conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente (artículos 388 y 389), en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud (artículo 392) y conforme a lo establecido en el Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal publicado en el **DOF el 06 de marzo de 2017**. Para toda defunción y muerte fetal ocurrida en el territorio nacional es obligatoria su certificación (NOM-035-SSA3-2012, numeral 12.2.3). La expedición del Certificado de Defunción y de Muerte Fetal se realizará sólo una vez (LGS, artículo 391). La inhumación del cuerpo o el destino final del mismo, se llevará a cabo dentro de las primeras 48 horas siguientes a la muerte (LGS, 348) previa autorización del oficial del registro civil, quien exigirá la presentación del certificado para extender el Acta de Defunción (NOM-035-SSA3-2012, numeral 12.2.4).

Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal están conformados por un original y tres copias (Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicado en el **DOF el 06 de marzo de 2017** y de acuerdo en lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012 en el apartado 12.2, se debe cumplir con lo siguiente:

12.2.3 Para toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional es obligatoria su certificación, para lo cual deben utilizarse los formatos vigentes de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.

Las defunciones y muertes fetales ocurridas en el extranjero quedan excluidas de la expedición del Certificado correspondiente.

12.2.4 Para toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional, el Certificado de Defunción es requisito indispensable para el trámite del Acta de Defunción.

El Certificado de Defunción no debe ser confundido con el Acta de Defunción.

El Certificado de Defunción no debe ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta de Defunción para fines legales o administrativos.

12.2.5 El Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal están conformados por un original y tres copias.

Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de las defunciones y muertes fetales ocurridas se establece lo siguiente para ambos Certificados:

12.2.5.1 El original y sus dos primeras copias deben entregarse al interesado(a) con la instrucción de que a su vez deben entregarlos en el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación en caso de una defunción, o para tramitar el permiso de inhumación en caso de una muerte fetal.

12.2.5.2 Si el Certificado no es reclamado, la unidad médica del SNS que lo haya expedido o el certificante, debe remitirlo a los SESA.

12.2.5.3 Corresponde a los SESA, en un plazo no mayor a una semana a partir de la fecha de registro, recuperar el Certificado original del Registro Civil para complementar la integración de la información en el SEED.

12.2.5.4 La primera copia del Certificado debe ser entregada por el Registro Civil al INEGI, institución responsable de su custodia.

12.2.5.5 La segunda copia del Certificado queda bajo resguardo del Registro Civil.

12.2.5.6 La tercera copia del Certificado debe conservarse en la unidad médica del SNS que certificó la defunción para garantizar la integración de la información correspondiente en el SEED, de conformidad con los términos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS, así como para cotejar la información requerida por los SESA.

Si la defunción o muerte fetal no fue certificada por alguna unidad médica del SNS, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a los SESA, en un período no mayor a los diez días hábiles posteriores a su expedición.

Los Servicios Médicos Forenses de común acuerdo con los SESA, pueden conservar la tercera copia de los Certificados expedidos siempre y cuando se establezca un mecanismo que asegure la incorporación de la información en el SEED.

12.2.6 Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos por única vez para toda defunción o muerte fetal ocurrida en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o por la persona autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente.

Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya revisado el cuerpo, constatado la defunción (o muerte fetal) y las probables causas de defunción.

12.2.7 Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal deben expedirse según las circunstancias que acompañen la defunción o muerte fetal, de conformidad con lo siguiente:

12.2.7.1 Si la defunción ocurrió en una unidad médica del SNS, el Certificado de Defunción debe ser expedido obligatoriamente de forma inmediata después de ocurrida la defunción, por el médico tratante (médico que dio la última asistencia), o a falta de éste, por otro médico autorizado por la unidad médica para la certificación.

Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica del SNS el Certificado de Muerte Fetal debe ser expedido obligatoriamente de forma inmediata después de ocurrida la muerte fetal, por el médico que atendió la expulsión o extracción del producto, o a falta de éste, por otro médico autorizado por la unidad médica para la certificación.

12.2.7.2 Si la defunción ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y el fallecido recibió atención durante su último proceso de enfermedad en alguna unidad médica del SNS, a solicitud del interesado, es obligación de ésta expedir el Certificado de Defunción dentro de las siguientes 48 horas después del deceso.

Si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y la madre recibió atención durante el embarazo en alguna unidad médica del SNS, a solicitud del interesado, es obligación de ésta expedir el Certificado de Muerte Fetal dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento.

12.2.7.3 Si la muerte ocurrió en el traslado entre una unidad y otra, es responsabilidad de la unidad de referencia (la que envió al paciente) expedir el Certificado de Defunción.

Si la muerte fetal ocurrió en el traslado de la madre entre una unidad y otra, es responsabilidad de la unidad de referencia (la que envió a la madre) expedir el Certificado de Muerte Fetal.

12.2.7.4 Si la defunción ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y el fallecido no recibió atención durante su último proceso de enfermedad en alguna unidad médica del SNS es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Defunción dentro de las siguientes 48 horas después del deceso.

Si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y la madre no recibió atención durante su embarazo en alguna unidad médica del SNS es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Muerte Fetal dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento.

12.2.7.5 En el caso de las defunciones o muertes fetales ocurridas por causas externas (violentas, accidentales o autoinflingidas):

12.2.7.5.1 El personal médico o quien conozca del hecho debe dar aviso inmediato a la autoridad competente, quien tiene la obligación de expedir el Certificado respectivo dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento (o de encontrado el cuerpo, según sea el caso).

12.2.7.5.2 El Certificante debe asentar en el Certificado de Defunción la presunta intencionalidad del evento y detallar las circunstancias en las que éste ocurrió, de acuerdo a la información disponible al momento de la Certificación.

12.2.7.5.3 Sólo en el caso de encontrar partes vitales de un cuerpo (cabeza, tórax y/o pelvis), se expedirá un Certificado de Defunción, previa investigación de concordancia para evitar duplicidad en la certificación.

12.2.8 Para todos los casos anteriores, antes de la expedición del Certificado de Defunción y/o Muerte Fetal, el certificante debe consultar la historia clínica del fallecido, según sea el caso, y los documentos de identificación oficial para garantizar el correcto llenado del mismo; en caso de no existir la historia clínica, el certificante debe auxiliarse con los datos proporcionados por el informante.

12.2.9 La expedición y entrega de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal no debe ser condicionada por motivo alguno, salvo lo señalado en el numeral 12.2.6.

Cualquier variación dolosa entre los hechos ocurridos y lo asentado en un Certificado de Defunción o de Muerte Fetal, será objeto de sanción conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Los SESA deben prohibir a cualquier certificante, temporal o definitivamente según la gravedad o reincidencia, la expedición de Certificados de Defunción y/o Muerte Fetal y suspenderle la entrega de formatos, cuando se detecten anomalías en su uso y manejo, desviaciones con respecto a lo asentado en la NOM-035-SSA3-2012 y demás disposiciones jurídicas aplicables o calidad deficiente de la información contenida en los mismos.

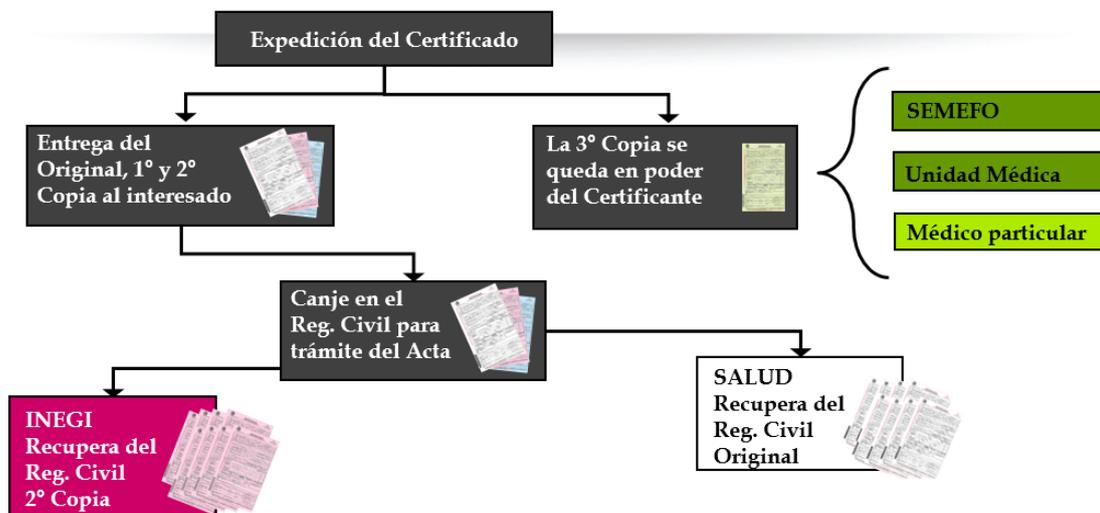
Para más detalle del correcto llenado de los certificados, remítase al “Manual de Llenado del Certificado de Defunción”

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud:
http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualLlenadoCertDefuncionyMfetal_2017.pdf

El SESA y/o la Jurisdicción Sanitaria será responsable de supervisar el correcto llenado de los Certificados de Defunción o Muerte Fetal por parte de los certificantes, cuando se observe un mal llenado de los mismos en más del **5%** de los certificados expedidos, en un mes, será obligatorio tomar un curso de capacitación del correcto llenado en la próxima entrega-recepción de certificados.

REINGENIERÍA DEL SEED

FLUJO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



3.- Vigilancia Epidemiológica

- 3.1 Recolección de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal
- 3.2 Selección de los certificados de defunción con probables causas sujetas a vigilancia epidemiológica.
- 3.3 Investigación Epidemiológica y llenado del Anexo 8 (Ratificación o Rectificación).
- 3.4 Captura del Anexo 8 en la herramienta electrónica.
- 3.5 Unificación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica con la base del SEED componente estadístico
- 3.6 Integración, validación y análisis de la información sujeta a vigilancia epidemiológica estatal y nacional
- 3.7 Validación (Confrontas) DGIS- INEGI

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1.- Recolección de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal

PROPÓSITO

Garantizar la recolección semanal de la totalidad de los Certificados de Defunción en las Oficialías del Registro Civil y los de Muerte Fetal en las unidades médicas y el SEMEFO de acuerdo al área de influencia que le corresponda.

El Epidemiólogo estatal es responsable de coordinar a los epidemiólogos jurisdiccionales para garantizar la recolección semanal de todos los Certificados de Defunción.

El epidemiólogo jurisdiccional puede delegar esta función a los responsables o epidemiólogos de los centros de salud en su área de influencia con la finalidad de optimizar la recolección, la cual llevará a cabo utilizando el formato de recolección de defunciones (Anexo 7).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Recolección de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
*Personal de Epidemiología, planeación o el que el director jurisdiccional designe a nivel Jurisdiccional	1	Acudir una vez a la semana a las oficinas del registro civil de su área de influencia a recolectar la totalidad de los originales (Hoja blanca) del Certificado de Defunción, correspondientes a la semana inmediata anterior Llenar el formato de recolección semanal de defunciones (Anexo 7) y entregarlo al epidemiólogo jurisdiccional junto con todos los certificados de cada oficina del registro civil.	Anexo 7
*Personal designado a nivel Jurisdiccional	2	Acudir a las unidades médicas y al SEMEFO para recolectar la fotocopia de la Hoja Verde (tercera copia) del Certificado de Defunción y los Certificados de Muerte Fetal (hoja blanca y/o verde)	-----
Epidemiólogo jurisdiccional	3	Recibirá y concentrará todos los Certificados de Defunción, Muerte Fetal y anexos 7 recolectados en su área de influencia.	-----

*Director, Médico, Epidemiólogo y/o Responsable de la Unidad de Salud asignado, del Primer nivel de atención y Epidemiólogo o Responsable del SEED hospitalario.

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.2.- Selección de los certificados con probables causas sujetas a vigilancia epidemiológica

PROPÓSITO

Identificar y seleccionar los certificados de defunción con probables causas sujetas a vigilancia epidemiológica para realizar la investigación epidemiológica (Ratificación o Rectificación)

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Selección de los certificados con probables causas sujetas a vigilancia epidemiológica

Epidemiólogo jurisdiccional	1.	Identificar y seleccionar los certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica para fotocopiarlos e iniciar la investigación epidemiológica.	Fotocopia del certificado de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica (Hoja blanca)
Epidemiólogo jurisdiccional	2.	Integrar nuevamente la totalidad de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal para enviarlos de manera inmediata al área de planeación y estadística.	Memorándum de entrega de los certificados al área de planeación.

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.3- Investigación Epidemiológica (Ratificación o Rectificación)

PROPÓSITO

Recopilar la información necesaria de las defunciones con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica para la ratificación o rectificación de estas causas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Investigación Epidemiológica (Ratificación o Rectificación)

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documentos auxiliares o anexos
Epidemiólogo jurisdiccional o Responsable del SEED componente epidemiológico en la Jurisdicción o unidades médicas	1	<p>Acudir con los responsables de los programas de acción específica, unidades médicas, hospitales, SEMEFO, etc. de las diferentes instituciones (IMSS, SEMAR, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, Privados, etc.) donde ocurra la defunción a fin de obtener información necesaria para realizar la investigación epidemiológica de las defunciones con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica en un plazo no mayor a 15 días hábiles o 21 días naturales posteriores a la defunción; esta se deberá realizar por lugar de ocurrencia de la defunción y se deberá coordinar con las entidades federativas de la residencia habitual del fallecido para informar el resultado de la ratificación o rectificación del causa de defunción.</p> <p>*Las instituciones (IMSS, SEMAR, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, Privados, etc.) deberán realizar un resumen clínico de cada defunción por causas sujetas a vigilancia epidemiológica y entregarlo al epidemiólogo jurisdiccional en periodo máximo de 7 días hábiles después de ocurrida la defunción.</p>	Expediente clínico, Resultados de Laboratorio, patología y/o periciales, Dictaminaciones por comités especializados, Autopsias verbales.

<p>Epidemiólogo o Responsable del SEED componente epidemiológico en la Jurisdicción o unidades médicas</p>	<p>2</p>	<p>De acuerdo al resultado de la investigación epidemiológica se elaborará resumen clínico o informe de hechos para ratificar o rectificar si la causa básica de defunción fue la sujeta a vigilancia epidemiológica en el Anexo 8.</p>	<p>Formato de Ratificación y Rectificación (Anexo 8, en papel)</p>
<p>Epidemiólogo o Responsable del SEED componente epidemiológico en la Jurisdicción o unidades médicas</p>		<p>Revisar, analizar y de ser necesario reordenar el apartado III del anexo 8 con la evidencia suficiente e irrefutable (evidencia documental) para modificar las causas de defunción; el reordenamiento se deberá realizar de acuerdo a los lineamientos del correcto llenado del certificado para ratificar o rectificar la causa básica, la cual puede o no ser la causa sujeta a vigilancia epidemiológica.</p>	<p>Formato de Ratificación y Rectificación (Anexo 8, en papel)</p>
<p>Epidemiólogo o Responsable del SEED componente epidemiológico en la Jurisdicción o unidades médicas</p>		<p>Las defunciones se deberán investigar de acuerdo al lugar donde la persona fallece (Lugar ocurrencia de la defunción) y el resultado de esta investigación será enviado a la entidad de residencia con la finalidad de tomar acciones correspondientes.</p>	<p>Formatos de Ratificación y Rectificación (Anexo 8, en papel)</p>

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.4.- Captura del Anexo 8 en la herramienta electrónica

PROPÓSITO

Obtener información oportuna y de calidad de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica, para su análisis e integración del panorama epidemiológico que permita la toma de decisiones.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Captura del Anexo 8 en la herramienta electrónica

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documentos auxiliares o anexos
El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) jurisdiccional	1	Una vez hecha la vinculación de la base de planeación, el responsable del componente Epidemiológico del SEED realizará la captura del Formato de Ratificación y Rectificación (Anexo 8) en la herramienta electrónica.	-----
Responsable del componente Epidemiológico del SEED jurisdiccional	2	Validar y enviar semanalmente la información capturada de las defunciones con los resultados finales de la investigación (Ratificación y rectificación) al responsable estatal del SEED Epidemiológico.	-----
Responsable del componente Epidemiológico del SEED estatal	3	Validar y enviar la información capturada quincenalmente a Epidemiología del nivel nacional.	-----
Responsable del componente Epidemiológico del SEED Nacional	4	Concentrar, validar, analizar y retroalimentar la información a la entidades federativas de manera mensual	-----
Responsable del componente Epidemiológico del SEED Nacional	5	Elaborar el anuario de mortalidad de causas sujetas a vigilancia epidemiológica.	-----

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.5.- Unificar las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica a la base del SEED componente estadístico.

PROPÓSITO

Proporcionar de manera quincenal y/o mensual la información de las defunciones con los resultados finales de la investigación (Ratificación y rectificación) al área de planeación a fin de unificar la causa básica de defunción.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.- Unificar las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica a la base del SEED componente estadístico.

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documentos auxiliares o anexos
El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) a nivel jurisdiccional	1	Entregar de manera quincenal la base de datos y copia de los anexos 8 de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica con los resultados finales (Ratificación y rectificación) al área de planeación jurisdiccional	Fotocopia de los Anexos 8 y base de datos
El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) a nivel estatal	2	Entregar de manera mensual la base de datos de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica con los resultados finales (Ratificación y Rectificación) al área de planeación estatal. En caso de ser necesario para corroborar defunciones dudosas se deberá solicitar el anexo 8 y/o copia del certificado de defunción en físico a la jurisdicción.	Base de datos

Nota: Cada defunción sujeta a vigilancia epidemiológica (ratificada o rectificada) contenida en la base debe contar con copia fotostática del anexo 8, mismas que serán entregadas al área de planeación.

3.6.- Integración, validación y análisis de la información sujeta a vigilancia epidemiológica estatal y nacional

PROPÓSITO

El nivel estatal integrará y validará las bases de datos jurisdiccionales a fin de enviarlas a nivel nacional.

ALCANCE

El epidemiólogo o responsable estatal del SEED (componente epidemiológico) debe integrar y validar las bases de datos de todas las jurisdicciones sanitarias de su entidad.

El responsable nacional debe integrar y validar las bases de datos de todas las entidades federativas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Integración y validación de bases de datos

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documentos auxiliares o anexos
El epidemiólogo o responsable estatal del SEED (componente epidemiológico)	1	Concentrará las bases de datos jurisdiccionales en una estatal.	-----
El epidemiólogo o responsable estatal del SEED (componente epidemiológico)	2	Validará la base estatal revisando los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar registros duplicados • Edad con causas básicas de defunción • No dejar campos vacíos • Solo incluir causas de defunción sujetas a vigilancia epidemiológica • Secuencia lógica de padecimientos que ocasionaron la defunción. 	-----
El epidemiólogo o responsable estatal del SEED (componente epidemiológico)	3	Una vez validada la base de datos estatal se enviará a nivel nacional de manera quincenal.	
Responsable del componente Epidemiológico del SEED Nacional	4	Concentrará las bases de datos jurisdiccionales en una estatal.	-----

Responsable componente Epidemiológico SEED Nacional	del del	5	Concentrar, validar, analizar y retroalimentar la información a la entidades federativas de manera mensual	----
Responsable componente Epidemiológico SEED Nacional	del del	6	Elaborar el anuario de mortalidad de causas sujetas a vigilancia epidemiológica.	----

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.7.- Validación (Confrontas)

PROPÓSITO

Identificar las diferencias y coincidencias de las causas básicas entre las bases de Epidemiología y Estadística. El resultado de dicha confronta se debe homologar en ambas bases.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Validación (Confronta)

Responsable	No Act.	Descripción de Actividades	Documentos auxiliares o anexos
<p>Nivel Jurisdiccional:</p> <p>El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)</p>	1	<p>Para la confronta será necesaria la presencia del responsables de ambas áreas (epidemiología y estadística) y codificador. Así como las bases de datos de ambas áreas y anexos 8, la base de datos de estadística deberá estar filtrada solo con las causas sujetas a vigilancia epidemiológica existentes en las causas múltiples y básicas.</p> <p>En caso de ser necesario se debe solicitar una copia fotostática del certificado de defunción</p>	<p>Fotocopia de los Anexos 8 y base de datos</p> <p>En caso de ser necesario, copia fotostática del certificado de defunción</p>
<p>Nivel Jurisdiccional:</p> <p>El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)</p>	2	<p>Revisar la codificación del apartado 3 del anexo 8 para cada uno de los registros de manera exhaustiva.</p>	<p>Base de datos</p>
<p>Nivel Jurisdiccional:</p> <p>El epidemiólogo o responsable del SEED (componente</p>	3	<p>Identificar las defunciones de acuerdo al folio, nombre, primer apellido, segundo apellido, sexo, entidad de la defunción, fecha de defunción, lugar de ocurrencia y fecha de certificación del certificado de defunción que no estén</p>	<p>Base de datos</p>

epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)		en la base de estadística. El área de epidemiología deberá entregar la fotocopia de estos certificados para ser capturados en la base de planeación.	
Nivel Jurisdiccional: El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)	4	Identificar las defunciones de acuerdo al folio del certificado de defunción que no estén en la base de epidemiología. El área de epidemiología solicita al área de estadística la base de datos con los registros faltantes para realizar la investigación epidemiológica	Base de datos
Nivel Jurisdiccional: El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)	5	Identificar las defunciones que se encuentren en ambas bases de acuerdo al folio del certificado de defunción, se debe verificar la codificación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica	Base de datos
Nivel Jurisdiccional: El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)	6	Identificar posibles registros duplicados y/o cancelados en las bases a confrontar para su posterior eliminación.	Base de datos
Nivel Estatal: El epidemiólogo o responsable del SEED (componente epidemiológico) el responsable del SEED y codificador (componente estadístico)	7	Reportar a nivel nacional los cambios en las defunciones epidemiológicas antes del cierre, de no ser así se tomará la causa básica existente en la base nacional en la herramienta informática epidemiológica.	Bases de datos
Nivel Nacional	8	El resultado de esta confronta debe quedar plasmado en una base de datos homologada entre ambos componentes	

	del SEED al cierre de cada año. *El cierre del componente epidemiológico se realizará durante la última semana de febrero de cada año.	
--	---	--

Actividades durante la confronta

1.- revisión de codificación del anexo 8

2.- Identificar las defunciones que no estén en la base de estadística

3.- Identificar las defunciones que no estén en la base de epidemiología

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.- Consolidación

PROPÓSITO

Garantizar la integración de las defunciones ocurridas en el territorio nacional, mediante la captura de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal expedidos a través del SEED, en tiempo y forma que el presente manual establece.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

La integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el SEED, de conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS y en apego a lo normado en la NOM-035-SSA3-2012.

Los SESA y las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, son responsables de integrar oportunamente la información de todos los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal expedidos bajo su jurisdicción en el SEED, aquellas instituciones que cuente con algún sistemas de información de registro electrónico para la salud, realizaran el envío de la información de manera electrónica a la jurisdicción sanitaria correspondiente, en apego a la Guía de Intercambio de Información en Salud (GIIS).

4.1 Captura de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
*Unidad médica SEMEFO	1	<p>Capturaran todas las variables del certificado de defunción y muerte fetal en el SEED de la tercera copia (hoja verde), a excepción de los códigos CIE-10 y datos del Registro Civil.</p> <p>Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal deberán ser resguardados para su posterior requerimiento y/o aclaración de acuerdo a la Ley General de Archivos por cinco años.</p>	<p>Certificados de Defunción y Muerte Fetal</p> <p>Bases de datos</p>

Nivel Jurisdiccional	2	<p>Capturaran todas las variables del certificado de defunción y muerte fetal en el SEED de la original (hoja blanca) o tercera copia (hoja verde).</p> <p>Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal deberán ser resguardados para su posterior requerimiento y/o aclaración de acuerdo a la Ley General de Archivos por cinco años.</p>	<p>Certificados de Defunción y Muerte Fetal</p> <p>Bases de datos</p>
Nivel Estatal	3	<p>Capturaran todas las variables del certificado de defunción y muerte fetal en el SEED de la original (hoja blanca) o tercera copia (hoja verde).</p> <p>Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal deberán ser resguardados para su posterior requerimiento y/o aclaración de acuerdo a la Ley General de Archivos por cinco años.</p>	<p>Certificados de Defunción y Muerte Fetal</p> <p>Bases de datos</p>

Nota:

- Únicamente se deben capturar Certificados de Defunción y de Muerte Fetal con la información contenida en el mismo tal como fue expedido.
- Los Certificados de Defunción y Muerte Fetal que han sido cancelados **NO SE DEBEN CAPTURAR.**

4.2 Codificación

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Unidad médica SEMEFO	1	<p>La codificación de causas múltiples y selección de causa básica la realizará el codificador utilizando la herramienta de codificación automatizada.</p> <p>Es responsabilidad del codificador validar la información capturada en las causas múltiples, turnando al jefe inmediato aquellos certificados con inconsistencias para su posterior aclaración al certificante.</p> <p> La codificación deberá realizarse únicamente por personal capacitado.</p>	Bases de datos
Nivel jurisdiccional	2	<p>La codificación de causas múltiples y selección de causa básica la realizará el codificador utilizando la herramienta de codificación automatizada bajo la supervisión de personal codificador debidamente capacitado en el manejo de este sistema.</p> <p>Es responsabilidad del codificador validar y corregir las bases de datos proporcionadas por sus unidades médicas correspondientes. En caso de requerir una aclaración, el Jefe de Departamento de Estadística jurisdiccional la solicitará vía oficio. Cuando éste reciba contestación a la misma, turnará la respuesta al codificador para su valoración y/o ingreso a la base de datos.</p> <p>Los registros que se envíen sin ser codificados no se tomarán en cuenta para la publicación mensual preliminar.</p> <p>Una vez que el médico epidemiólogo ratifique o rectifique las causas de defunción Sujetas a Vigilancia Epidemiológica (CSVE), es responsabilidad del codificador jurisdiccional o estatal codificar dichas causas y seleccionar la causa básica de</p>	Bases de datos

		<p>defunción de acuerdo a las Reglas establecidas para dicho fin contenidas en el Volumen 2 de la CIE-10, siempre y cuando sean aplicables.</p> <p>* La codificación deberá realizarse únicamente por personal capacitado.</p>	
Nivel Estatal		<p>La codificación de causas múltiples y selección de causa básica la realizará el codificador utilizando la herramienta de codificación automatizada.</p> <p>Es responsabilidad del codificador validar y corregir las bases de datos proporcionadas por sus unidades médicas correspondientes.</p> <p>El Jefe de Departamento de Estadística estatal solicitará, en caso de ser requerido vía oficial, aclaración de la información al certificante u hospital. Cuando éste reciba contestación a la misma, turnará la respuesta al codificador para su valoración y/o ingreso a la base de datos.</p> <p>Los registros que se envíen sin ser codificados no se tomaran en cuenta para la publicación mensual preliminar.</p> <p>* La codificación deberá realizarse únicamente por personal capacitado.</p>	Bases de datos
Nivel Nacional		<p>La DGIS revisará la codificación de las bases de datos estatales con la finalidad de localizar inconsistencias y en caso de ser necesario solicitar la aclaración o corrección al respecto, en el tiempo que se establezca.</p> <p>Los registros que se envíen sin ser codificados no se tomaran en cuenta para la publicación mensual preliminar.</p>	Bases de datos Certificados de Defunción digitalizados.

4.3 Integración

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Instituciones		Integración de la información de las Instituciones acorde a lo establecido en la NOM-035-SSA2-2012.	Base de datos
Unidad médica y SEMEFO	1	Garantizar la integración de la información de defunciones en el SEED de manera permanente.	SEED
	2	Supervisar el envío de la información de manera semanal a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.	Bases de datos
Nivel Jurisdiccional	1	Recibe e integra mensualmente las bases de datos de las unidades médicas y/o instituciones, encargadas de la captura.	Bases de datos
	2	Aplica criterios de integración para detectar inconsistencias en la información usando la herramienta correspondiente.	Bases de datos
	3	Genera tabulados de resumen para revisar consistencia de los datos.	Informe de frecuencias
	4	Recibe e integra el archivo vigente respecto a los folios cancelados, robados y/o extraviados	Herramienta y/o Archivo vigente
Nivel estatal	1	Recibe e integra mensualmente las bases de datos de cada jurisdicción y/o instituciones.	Bases de datos
	2	Aplica criterios de integración para detectar inconsistencias en la información usando la herramienta correspondiente.	Bases de datos
	3	Genera tabulados de resumen para revisar consistencia de los datos.	Informe de frecuencias
	4	Recibe e integra el archivo vigente respecto a los folios cancelados, robados y/o extraviados	Herramienta y/o Archivo vigente
Nivel Nacional	1	Recibe e integra mensualmente las bases de datos de cada entidad, de acuerdo al cronograma establecido.	Bases de datos
	2	Aplica criterios de integración para detectar inconsistencias en la información usando la herramienta correspondiente.	Bases de datos
	3	Recibe e integra el archivo vigente respecto a los folios cancelados, robados y/o extraviados	Herramienta y/o Archivo vigente

4.4 Validación jurisdiccional, estatal y nacional

Responsable	Nº	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Nivel Jurisdiccional	1	La validación se realizará una vez terminado el proceso de codificación e integración, utilizando la herramienta informática.	Base de datos
	2	En caso de encontrar inconsistencias, se solicitará a la unidad médica correspondiente y/o área epidemiológica la información necesaria para su modificación	Documentación
	3	Las modificaciones aplicables en la base de datos serán responsabilidad de este nivel.	Base de datos
	4	Verificar que la base de datos no contenga folios de certificados cancelados y en caso de encontrarlos, estos deberán ser eliminados.	Relación de folios cancelados y base de datos
	5	Una vez realizadas las correcciones, es obligación de este nivel, realizar un envío desde la herramienta informática (SEED) de la base de datos de acuerdo al periodo correspondiente al nivel inmediato superior e inferior, con el objetivo de actualizar la base de datos correspondiente origen.	Base de datos
Nivel Estatal	1	La validación se realizará una vez terminado el proceso de codificación e integración, utilizando la herramienta informática.	Base de datos
	2	En caso de encontrar inconsistencias, se solicitará a la jurisdicción correspondiente y/o área epidemiológica la información necesaria para la modificación.	Documentación
	3	Las modificaciones aplicables en la base de datos serán responsabilidad de este nivel.	Base de datos
	4	Verificar que la base de datos no contenga folios de certificados cancelados y en caso de encontrarlos, estos deberán ser eliminados.	Relación de folios cancelados y base de datos
	5	Una vez realizadas las correcciones, es obligación de este nivel, realizar un envío desde la herramienta informática (SEED) de la base de datos de acuerdo al periodo correspondiente al nivel inmediato superior e inferior, con el objetivo de actualizar la base de datos correspondiente origen.	Base de datos
Nivel Nacional	1	La validación se realizará una vez terminado el proceso de codificación e integración, utilizando la herramienta informática.	Base de datos
	2	En caso de encontrar inconsistencias, se solicitará al nivel estatal correspondiente la	Documentación

	modificación de la misma con base a la información que se tenga.	
3	Las modificaciones aplicables en la base de datos será responsabilidad de este nivel	Base de datos
4	Verificar que la base de datos no contenga folios de certificados cancelados y en caso de encontrarlos, estos deberán ser eliminados.	Relación de folios cancelados y base de datos
5	Este nivel tiene la responsabilidad de entregar su base de datos anualmente a nivel estatal, después de la publicación correspondiente.	Base de datos
6	Los resultados de la validación serán publicados por nivel nacional a través de los indicadores correspondientes de calidad.	Publicación en plataforma electrónica

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.- Difusión

PROPÓSITO

Garantizar la difusión de la mortalidad ocurrida en el territorio nacional, mediante la publicación en cubos dinámicos de manera mensual y anual, así como la realización de confrontas en coordinación con el INEGI a fin de obtener estadísticas completas y de calidad.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Se debe publicar de manera mensual la base de datos del SEED parcial al mes correspondiente en formato de cubos dinámicos.

Se realizará de manera anual durante el primer trimestre del año, una confronta entre el área de Epidemiología (DGE) y el área de información en Salud (DGIS) previa a la publicación del cierre del SEED en cubos.

Una vez publicada la base de datos al cierre del SEED (preliminar), se realizará la confronta con el INEGI durante el segundo y tercer trimestre del año en curso para su publicación oficial.

5.1 Publicación

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Nivel Nacional	1	<p>Depurar la base de datos del SEED para su publicación mensual y cierre anual.</p> <p>Revisando los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores fuera de catálogo • Valores fuera de rango • Revisión de causas de defunción conforme al catálogo CIE actual • Eliminación de registros de folios reportados como cancelados • Folios duplicados • Nombres con espacios al principio y al final de la captura • Folios que no corresponden a la entidad o extemporáneos • Registros sin codificar • Fechas válidas en la certificación • Y otros 	Bases de datos

	2	Posterior a la depuración, se generará la publicación en el sitio web de cubos dinámicos de manera mensual y anual.	Base de datos
--	---	---	---------------

5.2 Confronta

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Nivel Estatal Epidemiología- Estadística	1	Realizar confronta antes de los envíos mensuales.	Base de datos de planeación y epidemiología
	2	Identificar certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica sin anexo 8 que estén contenidos en la base de datos de estadística.	Base de datos de planeación y epidemiología
	3	Cotejar el resultado de la causa básica del anexo 8 de las bases de datos de estadística y epidemiología. En caso de identificar diferencias en la causa básica en la base de datos de estadística, imputar la causa básica contenida en el anexo 8. En caso de ser necesario se solicitará el certificado de defunción digitalizado o anexo 8 para cotejar la información.	Base de datos de planeación y epidemiología
Nivel Nacional DGIS & DGE	1	Realizar confronta después del cierre epidemiológico y previa al estadístico con la finalidad de rectificar las confrontas realizadas a nivel estatal.	Base de datos de planeación y epidemiología
	2	Identificar certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica sin anexo 8 que estén contenidos en la base de datos de estadística.	Base de datos de planeación y epidemiología
	3	Cotejar el resultado de la causa básica del anexo 8 de las bases de datos de estadística y epidemiología. En caso de identificar diferencias en la causa básica en la base de datos de estadística, imputar la causa básica contenida en el anexo 8. En caso de ser necesario se solicitará el certificado de defunción digitalizado o anexo 8 para cotejar la información.	Base de datos de planeación y epidemiología
	4	Se homologa una sola base la cual se confrontará con INEGI.	Base de datos de la SSA

DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.- MEJORA CONTINUA

Para el componente Estadístico en la NOM-035-SSA3-2012 se establece el conjunto de indicadores donde se define que la información generada en todos los componentes del SINAIS, debe cumplir con los atributos de calidad.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Para el componente epidemiológico, se utilizan un conjunto de indicadores de acuerdo a la estrategia Caminando a la Excelencia (CAMEX), la cual es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia, mismos que fueron establecidos para contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población.

La medición, seguimiento y difusión de estos atributos se lleva a cabo según los procedimientos establecidos por la DGIS y la DGE. Derivados de los resultados de dichos indicadores se planeará el calendario de capacitaciones y supervisiones a las entidades federativas con el fin de tener una mejora continua en el SEED.

6.1 Conjunto de Indicadores

Tomando en cuenta que el SEED consta de dos componentes, la evaluación se realizará a través de los siguientes indicadores los cuales pueden ajustarse a las necesidades de cada componente.

- **Evaluación del Componente Estadístico de acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012**
 - Indicador de Cobertura
 - Indicador de Oportunidad
 - Indicador de Consistencia
 - Indicador de Calidad
 - Indicador de Veracidad
 - Indicador de Validez

- **Evaluación del Componente Epidemiológico de acuerdo a la estrategia CAMEX**
 - Indicador de Cobertura
 - Indicador de Oportunidad
 - Indicador de Consistencia
 - Indicador de Calidad

El resultado de las evaluaciones de los indicadores, será difundido mensualmente para el componente estadístico y trimestralmente para el componente

epidemiológico. Además los resultados de estos, serán responsabilidad del encargado de cada componente del SEED en los Servicios Estatales de Salud.

6.1 Conjunto de Indicadores

Responsable	No.	Actividad	Documentos auxiliares o anexos
Nivel Estatal	1	Implementar el mecanismo correspondiente para la evaluación de calidad de la información mediante los indicadores de cada componente que apliquen para este nivel técnico administrativo.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	2	La periodicidad para el cálculo de los indicadores del componente estadístico será mensual y para el componente epidemiológico será trimestral.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	3	Conforme a los resultados obtenidos se deben aplicar las medidas necesarias (supervisiones, capacitaciones, entre otras)	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	4	Reportar los resultados de los indicadores al nivel jurisdiccional con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y esta debe implementar las acciones correspondientes para la mejora continua.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
Nivel Nacional	1	Evaluar mediante los indicadores el desempeño estatal de manera mensual para el componente estadístico y trimestral para el componente epidemiológico.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	2	Evaluar el desempeño estatal anual del SEED en sus componentes epidemiológico y estadístico.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	3	De acuerdo a los resultados obtenidos en los indicadores, las entidades federativas deberán implementar las acciones correspondientes para la mejora continua.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX
	4	Reportar los resultados de los indicadores al nivel estatal con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y esta debe implementar las acciones correspondientes para la mejora continua.	Indicadores de calidad e indicadores de CAMEX

6.2 Capacitación

Local, Jurisdiccional, Estatal y Nacional:

Objetivo: Proporcionar el conocimiento necesario al personal involucrado del SNS en el proceso del SEED de manera continua.

Propósito

La capacitación es un elemento indispensable para el adecuado funcionamiento del SEED. Por ello se deberán contemplar sesiones de asesoría dirigidas a los certificantes, con el objetivo de llenar correctamente el certificado de defunción; a los epidemiólogos y estadísticos jurisdiccionales para el conocimiento de los procedimientos y manejo del SEED y al menos un curso de actualización anual para los codificadores de la entidad. Adicionalmente se podrán incluir temas que se consideren necesarios para optimizar el funcionamiento del SEED, los cuales pueden surgir a raíz de su operación en la entidad.

Cuando el nivel estatal, considere necesario se podrán solicitar cursos de capacitación al nivel central, tanto a la Dirección General de Epidemiología como a la Dirección General de Información en Salud, cuando la solicitud sea con respecto a la codificación de la causas de defunción se solicitará el apoyo al CEMECE, con la debida anticipación y especificación de los temas a tratar, así como el total y perfil de los participantes en el curso.

Al interior de cada entidad se promoverá la formación de instructores en codificación de información médica para apoyar el proceso de descentralización de esta actividad a modo de tener un codificador por cada jurisdicción.

6.3 Supervisión

El objetivo de la supervisión del SEED es encontrar áreas de oportunidad, asesorar en el trabajo de campo y capacitar a fin de mejorar los procesos operativos.

La supervisión del SEED se lleva a cabo según los niveles técnico-administrativos; el nacional supervisará al estatal, jurisdiccional y local; a su vez el estatal supervisará al jurisdiccional y nivel local y por último el jurisdiccional supervisara al nivel local.

Las supervisiones se deben realizar de acuerdo a un calendario que se debe establecer de común acuerdo.

La supervisión nacional para la DGIS y la DGE tienen como objetivo detectar aquellas áreas donde se puedan mejorar la integración, oportunidad y calidad de la información de las defunciones, así como el correcto llenado de los formatos de ratificación y rectificación de causas de muerte en vigilancia epidemiológica. En este nivel, se debe efectuar al menos una supervisión anual a las entidades en las que se detecten los mayores problemas e irregularidades en alguna de las etapas de la generación de la información.

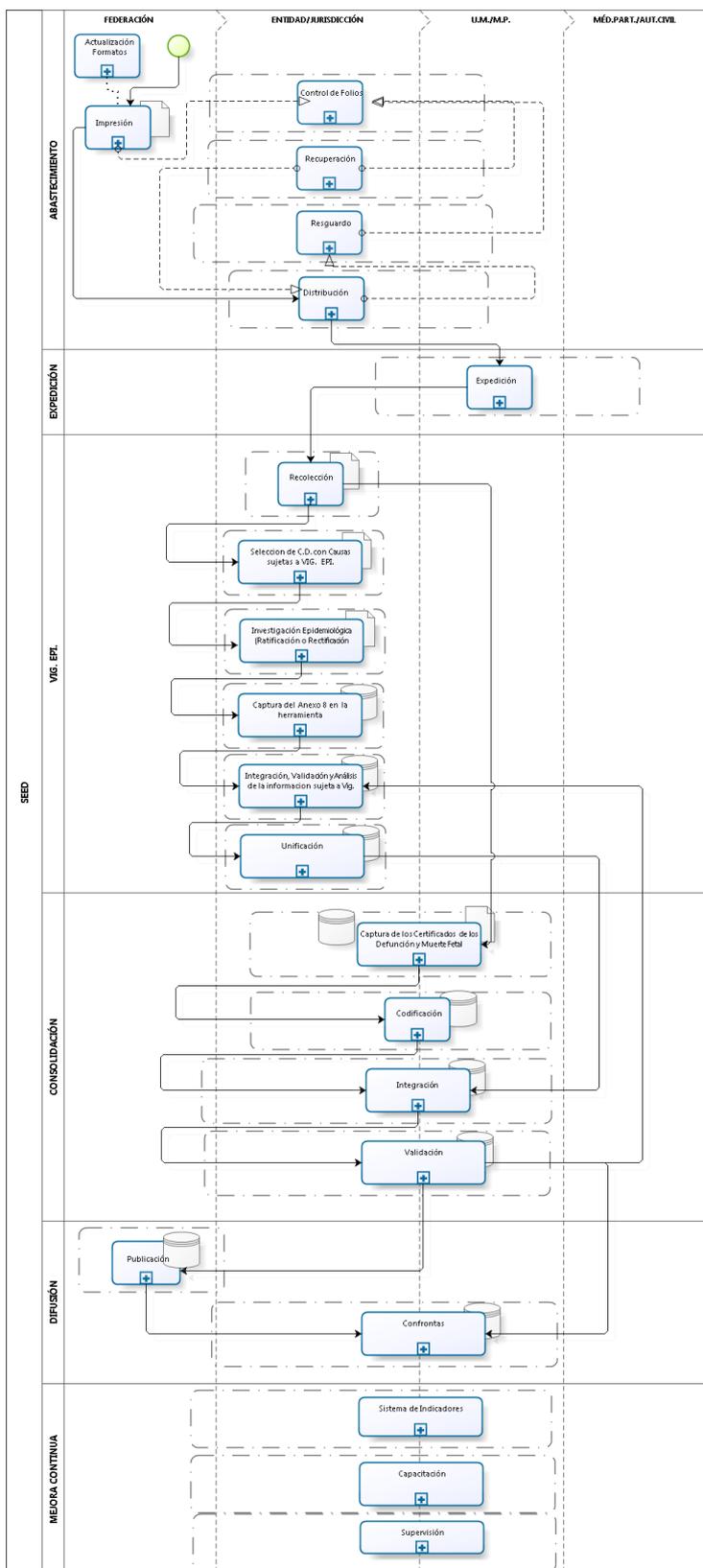
El nivel estatal debe efectuar capacitaciones y supervisiones constantes a las jurisdicciones que así lo requieran, con la finalidad de solventar dudas, problemáticas, mejorar la calidad y oportunidad de la entrega de la información.

El nivel jurisdiccional debe efectuar supervisiones y capacitaciones constantes a nivel local las veces que así se requieran.

La guía de supervisión debe contener indicadores y apartados para la detección de problemas y la asesoría en los siguientes aspectos: calidad del registro de los datos del certificado y aclaraciones efectuadas con los certificantes; distribución, control y captación de certificados; codificación de causas múltiples y selección de causa básica; verificación de la captura y aplicación de criterios de consistencia de los datos; verificación de las defunciones con causas sujetas a vigilancia epidemiológica y los estudios realizados así como la identificación de muertes mediante fuentes de captación no oficiales. Así mismo se deberá contemplar elementos que permitan evaluar los tiempos de integración de la estadística.

IX. ANEXOS

ANEXO 1 FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SEED



ANEXO 2
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
FRENTE



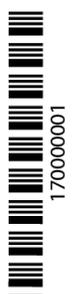
Modelo 2017
FOLIO
17000001

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN...
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____	
10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____	
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____	
15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____ 21.1 ¿SE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Escuela u oficina <input type="radio"/> _2_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicido 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF. 23. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	



ANEXO 2 a
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
REVERSO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 0 3 2 0 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 9 9 2 0 1 0**.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntarle si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos **9 9 9 9**. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
- 8.1. Folio del Certificado de Nacimiento.** Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote **1 7 0 9**.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, **sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción.** Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: **"debido a (o como consecuencia de)",** la cual indica que **la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

23. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	Peritonitis aguda	2 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existen algunos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
b)	Perforación del duodeno	4 días	
c)	Úlcera duodenal	3 años	
d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
	Hipertensión arterial	5 años	

- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 - Fue un presunto. No omita la respuesta. **La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.**
 - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, **coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.**
 - Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo:* esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
 - Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, *ejemplo:* caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
 - Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. **La firma** del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NUM: Número. REG: Registro.

ANEXO 3
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
FRENTE



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2017

FOLIO

17100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO																										
1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	2. EDAD GESTACIONAL Semana(s) _____ Gramos _____																									
3. PESO Gramos _____	4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3																									
5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 5.2 Total de consultas recibidas _____																										
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input type="radio"/> _2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2																									
7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input type="radio"/> _2																										
7.2 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2																										
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____																										
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN																										
9.1 Tipo de vialidad _____ 9.2 Nombre de la vialidad _____ 9.3 Núm. Exterior _____ 9.4 Núm. Interior _____																										
9.5 Tipo de asentamiento humano _____ 9.6 Nombre del asentamiento humano _____ 9.7 Código Postal _____																										
9.8 Localidad _____ 9.9 Municipio o delegación _____ 9.10 Entidad federativa _____																										
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN																										
Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 10.1 Nombre de la unidad médica _____ 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99																										
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Casárea <input type="radio"/> _1 Fórceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 14.2 ¿Anoté la relación que tiene el presunto agresor con la madre? _____																										
15. ANOMALIAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO																										
a) _____ b) _____																										
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL* (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir—ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo e) _____ f) _____ </td> <td style="width: 40%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especifique si la causa fue:</td> <td rowspan="2">Código CIE</td> </tr> <tr> <td>MATERNA <input type="radio"/></td> <td>FETAL <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>I.a <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.b <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.c <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.d <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.1 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.2 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo e) _____ f) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especifique si la causa fue:</td> <td rowspan="2">Código CIE</td> </tr> <tr> <td>MATERNA <input type="radio"/></td> <td>FETAL <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>I.a <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.b <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.c <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.d <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.1 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.2 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>	Especifique si la causa fue:		Código CIE	MATERNA <input type="radio"/>	FETAL <input type="radio"/>	I.a <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.b <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.c <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.d <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	II.1 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	II.2 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo e) _____ f) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especifique si la causa fue:</td> <td rowspan="2">Código CIE</td> </tr> <tr> <td>MATERNA <input type="radio"/></td> <td>FETAL <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>I.a <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.b <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.c <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>I.d <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.1 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>II.2 <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>	Especifique si la causa fue:		Código CIE	MATERNA <input type="radio"/>		FETAL <input type="radio"/>	I.a <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.b <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.c <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	I.d <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	II.1 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	II.2 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Especifique si la causa fue:		Código CIE																								
MATERNA <input type="radio"/>	FETAL <input type="radio"/>																									
I.a <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
I.b <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
I.c <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
I.d <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
II.1 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
II.2 <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																								
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____																										
18. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____																										
19. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> _99																										
20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9																										
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
22. EDAD (Años) _____																										
23. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
24. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre																										
24.1 Tipo de vialidad _____ 24.2 Nombre de la vialidad _____ 24.3 Núm. Exterior _____ 24.4 Núm. Interior _____																										
24.5 Tipo de asentamiento humano _____ 24.6 Nombre del asentamiento humano _____ 24.7 Código Postal _____																										
24.8 Localidad _____ 24.9 Municipio o delegación _____ 24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____ 24.11 Teléfono _____																										
25. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99																										
25.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2																										
26. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> _99 26.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 Seguro Popular <input type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9																										
27.1 Número de seguridad social o afiliación _____																										
28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99																										
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 29.1 Nacidos Muertos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> _99 29.3 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> _99																										
30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2																										
30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____																										
DEL INF.:																										
31. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____																										
32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO _____																										
33. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico* <input type="radio"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Autoridad civil* <input type="radio"/> _5 Otro* <input type="radio"/> _8 *Especifique _____																										
34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____																										
35. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____																										
36. DOMICILIO																										
36.1 Tipo de vialidad _____ 36.2 Nombre de la vialidad _____ 36.3 Núm. Exterior _____ 36.4 Núm. Interior _____																										
36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____																										
36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o delegación _____ 36.10 Entidad federativa _____																										
37. TELÉFONO _____																										
38. FIRMA _____																										
39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____																										

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



17100001

ANEXO 3 a
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
REVERSO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO). ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, EL FETO NO RESPIRA, NI DA NINGUNA OTRA SEÑAL DE VIDA, COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA. (CIE-10, VOLUMEN 2).

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal** para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. **Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1|0 9|2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9|9 9|2 0 1 6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar **"domicilio conocido"**, en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
- PESO.** Anote en gramos el peso del producto, *ejemplo:* si el producto pesa 450 gramos, anote [0 4|5 0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1 3|0 0]. No registre con otra unidad de medida (1kg.= 1000 gramos).
- ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
- ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
- 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
- 7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?.** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
- FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 *ejemplo:* si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6|0 5].
- SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
- PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
- ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?.** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, *ejemplo:* esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
- CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I. En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir- ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Especifique si la causa fue:		Uso exclusivo del personal codificador	
		MADRE	FETAL	Código CIE	
PARTE I	Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	a)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hemorragia intraventricular				
	Debido a (o como consecuencia de)				
	b)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Hipoxia intrauterina				
	Debido a (o como consecuencia de)				
	c)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Insuficiencia placentaria				
	Debido a (o como consecuencia de)				
	d)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hipertensión gestacional				
PARTE II	Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado materno que la produjo				
	Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

ANEXO 4

Lista de causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica de notificación inmediata

Código CIE-10	Nombre
A000	Cólera debido a <i>Vibrio cholerae</i> 01, biotipo cholerae
A001	Cólera debido a <i>Vibrio cholerae</i> 01, biotipo el Tor
A009	Cólera, no especificado
A170	Meningitis tuberculosa
A171	Tuberculoma meníngeo
A178	Otras tuberculosis del sistema nervioso
A179	Tuberculosis del sistema nervioso, no especificada
A200	Peste bubónica
A201	Peste celulocutánea
A202	Peste neumónica
A203	Meningitis por peste
A207	Peste septicémica
A208	Otras formas de peste
A209	Peste, no especificada
A33X	Tétanos neonatal
A34X	Tétanos obstétrico
A35X	Otros tétanos
A360	Difteria faríngea
A361	Difteria nasofaríngea
A362	Difteria laríngea
A363	Difteria cutánea
A368	Otras difterias
A369	Difteria, no especificada
A370	Tos ferina debida a <i>Bordetella pertussis</i>
A371	Tos ferina debida a <i>Bordetella parapertussis</i>
A378	Tos ferina debida a otras especies de <i>Bordetella</i>
A379	Tos ferina, no especificada
A390	Meningitis meningocócica
A403	Sepsis debida a <i>Streptococcus pneumoniae</i>
A413	Sepsis debida a <i>Haemophilus influenzae</i>
A500	Sífilis congénita precoz, sintomática
A501	Sífilis congénita precoz, latente
A502	Sífilis congénita precoz, sin otra especificación
A503	Oculopatía sifilítica congénita tardía
A504	Neurosífilis congénita tardía [neurosífilis juvenil]
A505	Otras formas de sífilis congénita tardía, sintomática
A506	Sífilis congénita tardía, latente
A507	Sífilis congénita tardía, sin otra especificación

A509	Sífilis congénita, sin otra especificación
A680	Fiebre recurrente transmitida por piojos
A681	Fiebre recurrente transmitida por garrapatas
A689	Fiebre recurrente, no especificada
A750	Tifus epidémico debido a <i>Rickettsia prowazekii</i> transmitido por piojos
A752	Tifus debido a <i>Rickettsia typhi</i>
A770	Fiebre maculosa debida a <i>Rickettsia rickettsii</i>
A771	Fiebre maculosa debida a <i>Rickettsia conorii</i>
A772	Fiebre maculosa debida a <i>Rickettsia siberica</i>
A773	Fiebre maculosa debida a <i>Rickettsia australis</i>
A778	Otras fiebres maculosas
A779	Fiebre maculosa, no especificada
A78X	Fiebre Q
A790	Fiebre de las trincheras
A791	Rickettsiosis pustulosa debida a <i>Rickettsia akari</i>
A798	Otras rickettsiosis especificadas
A799	Rickettsiosis, no especificada
A800	Poliomielitis aguda parálitica, asociada a vacuna
A801	Poliomielitis aguda parálitica debida a virus salvaje importado
A802	Poliomielitis aguda parálitica debida a virus salvaje autóctono
A803	Otras poliomielitis agudas parálíticas y las no especificadas
A804	Poliomielitis aguda no parálitica
A809	Poliomielitis aguda, sin otra especificación
A820	Rabia selvática
A821	Rabia urbana
A829	Rabia, sin otra especificación
A970	Dengue sin signos de alarma
A971	Dengue con signos de alarma
A972	Dengue severo
A979	Dengue, no especificado
A922	Fiebre equina venezolana
A950	Fiebre amarilla selvática
A951	Fiebre amarilla urbana
A959	Fiebre amarilla, no especificada
B03X	Viruela
B050	Sarampión complicado con encefalitis
B051	Sarampión complicado con meningitis
B052	Sarampión complicado con neumonía
B053	Sarampión complicado con otitis media
B054	Sarampión con complicaciones intestinales
B058	Sarampión con otras complicaciones
B059	Sarampión sin complicaciones
B200	Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias

B201	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas
B202	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus
B203	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales
B204	Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis
B205	Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis
B206	Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por Pneumocystis carinii
B207	Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples
B208	Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias
B209	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada
B210	Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi
B211	Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de Burkitt
B212	Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin
B213	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos del tejido linfoide, hematopoyético y tejidos relacionados
B217	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples
B218	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos
B219	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados
B220	Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía
B221	Enfermedad por VIH, resultante en neumonitis linfoide intersticial
B222	Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético
B227	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte
B230	Síndrome de infección aguda debida a VIH
B231	Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente)
B232	Enfermedad por VIH, resultante en anomalías inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte
B238	Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
B334	Síndrome (cardio) pulmonar por hantavirus [SPH] [SCPH]
B500	Paludismo debido a Plasmodium falciparum con complicaciones cerebrales
B508	Otro paludismo grave y complicado debido a Plasmodium falciparum
B509	Paludismo debido a Plasmodium falciparum, sin otra especificación
B602	Naegleriasis
J09X	Influenza debida a ciertos virus de la influenza identificados
J100	Influenza con neumonía, debida a otro virus de la influenza identificado
J101	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a otro virus de la influenza identificado
J108	Influenza, con otras manifestaciones, debida a otro virus de la influenza identificado
J110	Influenza con neumonía, virus no identificado
J111	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J118	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
P350	Síndrome de rubéola congénita
X220	Contacto traumático con escorpión, vivienda
X221	Contacto traumático con escorpión, institución residencial
X222	Contacto traumático con escorpión, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X223	Contacto traumático con escorpión, áreas de deporte y atletismo
X224	Contacto traumático con escorpión, calles y carreteras

X225	Contacto traumático con escorpión, comercio y área de servicios
X226	Contacto traumático con escorpión, área industrial y de la construcción
X227	Contacto traumático con escorpión, granja
X228	Contacto traumático con escorpión, otro lugar especificado
X229	Contacto traumático con escorpión, lugar no especificado
X230	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, vivienda
X231	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, institución residencial
X232	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X233	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, áreas de deporte y atletismo
X234	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, calles y carreteras
X235	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, comercio y área de servicios
X236	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, área industrial y de la construcción
X237	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, granja
X238	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, otro lugar especificado
X239	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas, lugar no especificado
X301	Exposición al calor natural excesivo, institución residencial
X302	Exposición al calor natural excesivo, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X303	Exposición al calor natural excesivo, áreas de deporte y atletismo
X304	Exposición al calor natural excesivo, calles y carreteras
X305	Exposición al calor natural excesivo, comercio y área de servicios
X306	Exposición al calor natural excesivo, área industrial y de la construcción
X307	Exposición al calor natural excesivo, granja
X308	Exposición al calor natural excesivo, otro lugar especificado
X309	Exposición al calor natural excesivo, lugar no especificado
X310	Exposición al frío natural excesivo, vivienda
X311	Exposición al frío natural excesivo, institución residencial
X312	Exposición al frío natural excesivo, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X313	Exposición al frío natural excesivo, áreas de deporte y atletismo
X314	Exposición al frío natural excesivo, calles y carreteras
X315	Exposición al frío natural excesivo, comercio y área de servicios
X316	Exposición al frío natural excesivo, área industrial y de la construcción
X317	Exposición al frío natural excesivo, granja
X318	Exposición al frío natural excesivo, otro lugar especificado
X319	Exposición al frío natural excesivo, lugar no especificado
X470	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, vivienda
X471	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, institución residencial
X472	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X473	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, áreas de deporte y atletismo
X474	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, calles y carreteras
X475	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, comercio y área de servicios
X476	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, área industrial y de la construcción
X477	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, granja
X478	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, otro lugar especificado

X479	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores, lugar no especificado
X480	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, vivienda
X481	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, institución residencial
X482	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
X483	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, áreas de deporte y atletismo
X484	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, calles y carreteras
X485	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, comercio y área de servicios
X486	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, área industrial y de la construcción
X487	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, granja
X488	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, otro lugar especificado
X489	Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas, lugar no especificado
Y580	Efectos adversos de la vacuna BCG
Y581	Efectos adversos de la vacuna tifoidea y paratifoidea
Y582	Efectos adversos de la vacuna contra el cólera
Y583	Efectos adversos de la vacuna contra la peste
Y584	Efectos adversos de la vacuna contra el tétanos
Y585	Efectos adversos de la vacuna contra la difteria
Y586	Efectos adversos de la vacuna contra tos ferina, inclusive combinaciones con componente pertusis
Y588	Efectos adversos de vacunas bacterianas mixtas, excepto combinaciones con un componente pertusis
Y589	Efectos adversos de otras vacunas bacterianas, y las no especificadas
Y590	Efectos adversos de vacunas virales
Y591	Efectos adversos de vacunas contra rickettsias
Y592	Efectos adversos de vacunas antiprotozoarias
Y593	Efectos adversos de la inmunoglobulina
Y598	Efectos adversos de otras vacunas y sustancias biológicas especificadas
Y599	Efectos adversos de vacunas o sustancias biológicas no especificadas
Z21X	Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
U049	Síndrome respiratorio agudo grave [SRAG], no especificado
U069	Enfermedad por virus del Zika (Fiebre por virus del Zika)

ANEXO 5
Lista de causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica De enfermedades transmisibles
(Emergentes, reemergentes y de importancia en salud)

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO
A051	Botulismo
A080	Enteritis debida a rotavirus
A150	Tuberculosis del pulmón, confirmada por hallazgo microscópico del bacilo tuberculoso en esputo, con o sin cultivo
A151	Tuberculosis del pulmón, confirmada únicamente por cultivo
A152	Tuberculosis del pulmón, confirmada histológicamente
A153	Tuberculosis del pulmón, confirmada por medios no especificados
A154	Tuberculosis de ganglios linfáticos intratorácicos, confirmada bacteriológica e histológicamente
A155	Tuberculosis de laringe, tráquea y bronquios, confirmada bacteriológica e histológicamente
A156	Pleuresía tuberculosa, confirmada bacteriológica e histológicamente
A157	Tuberculosis respiratoria primaria, confirmada bacteriológica e histológicamente
A158	Otras tuberculosis respiratorias, confirmadas bacteriológica e histológicamente
A159	Tuberculosis respiratoria no especificada, confirmada bacteriológica e histológicamente
A160	Tuberculosis del pulmón, con examen bacteriológico e histológico negativos
A161	Tuberculosis de pulmón, sin examen bacteriológico e histológico
A162	Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A163	Tuberculosis de ganglios linfáticos intratorácicos, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A164	Tuberculosis de laringe, tráquea y bronquios, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A165	Pleuresía tuberculosa, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A167	Tuberculosis respiratoria primaria, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A168	Otras tuberculosis respiratorias, sin mención de confirmación
A169	Tuberculosis respiratoria no especificada, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A220	Carbunco cutáneo
A221	Carbunco pulmonar
A222	Carbunco gastrointestinal
A227	Carbunco séptico
A228	Otras formas de carbunco
A229	Carbunco, no especificado
A230	Brucelosis debida a Brucella melitensis
A231	Brucelosis debida a Brucella abortus
A232	Brucelosis debida a Brucella suis
A233	Brucelosis debida a Brucella canis
A238	Otras brucelosis
A239	Brucelosis, no especificada
A270	Leptospirosis icterohemorrágica
A278	Otras formas de leptospirosis
A279	Leptospirosis, no especificada
A300	Lepra indeterminada

A301	Lepra tuberculoide
A302	Lepra tuberculoide limítrofe
A303	Lepra limítrofe
A304	Lepra lepromatosa limítrofe
A305	Lepra lepromatosa
A308	Otras formas de lepra
A309	Lepra, no especificada
A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]
A923	Infección por virus del oeste del Nilo
A99X	Fiebre viral hemorrágica, no especificada
B060	Rubéola con complicaciones neurológicas
B068	Rubéola con otras complicaciones
B069	Rubéola sin complicaciones
B510	Paludismo debido a Plasmodium vivax con ruptura esplénica
B518	Paludismo debido a Plasmodium vivax con otras complicaciones
B519	Paludismo debido a Plasmodium vivax, sin complicaciones
B520	Paludismo debido a Plasmodium malariae con nefropatía
B528	Paludismo debido a Plasmodium malariae con otras complicaciones
B529	Paludismo debido a Plasmodium malariae, sin complicaciones
B530	Paludismo debido a Plasmodium ovale
B531	Paludismo debido a plasmodios de los simios
B538	Otro paludismo confirmado parasitológicamente, no clasificado en otra parte
B54X	Paludismo [malaria] no especificado
B550	Leishmaniasis visceral
B551	Leishmaniasis cutánea
B552	Leishmaniasis mucocutánea
B559	Leishmaniasis, no especificada
B560	Tripanosomiasis gambiense
B561	Tripanosomiasis rhodesiense
B569	Tripanosomiasis africana, sin otra especificación
B570	Enfermedad de Chagas aguda que afecta al corazón
B571	Enfermedad de Chagas aguda que no afecta al corazón
B572	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón
B573	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo
B574	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema nervioso
B575	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta otros órganos
B580	Oculopatía debida a toxoplasma
B581	Hepatitis debida a toxoplasma
B582	Meningoencefalitis debida a toxoplasma
B583	Toxoplasmosis pulmonar
B588	Toxoplasmosis con otro órgano afectado
B589	Toxoplasmosis, no especificada

B73X	Oncocercosis
B740	Filariasis debida a <i>Wuchereria bancrofti</i>
B741	Filariasis debida a <i>Brugia malayi</i>
B742	Filariasis debida a <i>Brugia timori</i>
B743	Loiasis
B744	Mansoneliasis
B748	Otras filariasis
B749	Filariasis, no especificada
G000	Meningitis por hemófilos
G001	Meningitis neumocócica

ANEXO 5 A
Lista de causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA's) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) solo para menores de cinco años.

EDA's	
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO
A010	Fiebre tifoidea
A011	Fiebre paratifoidea A
A020	Enteritis debida a Salmonella
A021	Sepsis debida a Salmonella
A022	Infecciones localizadas debidas a Salmonella
A028	Otras infecciones especificadas como debidas a Salmonella
A029	Infeción debida a Salmonella, no especificada
A030	Shigelosis debida a Shigella dysenteriae
A031	Shigelosis debida a Shigella flexneri
A032	Shigelosis debida a Shigella boydii
A033	Shigelosis debida a Shigella sonnei
A038	Otras shigelosis
A039	Shigelosis de tipo no especificado
A040	Infeción debida a Escherichia coli enteropatógena
A041	Infeción debida a Escherichia coli enterotoxígena
A042	Infeción debida a Escherichia coli enteroinvasiva
A043	Infeción debida a Escherichia coli enterohemorrágica
A044	Otras infecciones intestinales debidas a Escherichia coli
A045	Enteritis debida a Campylobacter
A046	Enteritis debida a Yersinia enterocolitica
A047	Enterocolitis debida a Clostridium difficile
A048	Otras infecciones intestinales bacterianas especificadas
A049	Infeción intestinal bacteriana, no especificada
A050	Intoxicación alimentaria estafilocócica
A052	Intoxicación alimentaria debida a Clostridium perfringens [Clostridium welchii]
A053	Intoxicación alimentaria debida a Vibrio parahaemolyticus
A054	Intoxicación alimentaria debida a Bacillus cereus
A058	Otras intoxicaciones alimentarias debidas a bacterias especificadas
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada
A060	Disentería amebiana aguda
A061	Amebiasis intestinal crónica
A062	Colitis amebiana no disentérica
A063	Ameboma intestinal
A069	Amebiasis, no especificada
A070	Balantidiasis
A071	Giardiasis [lambliasis]
A072	Criptosporidiosis
A079	Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada
A081	Gastroenteropatía aguda debida al agente de Norwalk
A082	Enteritis debida a adenovirus

A083	Otras enteritis virales
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A085	Otras infecciones intestinales especificadas
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso
A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
B650	Esquistosomiasis debida a <i>Schistosoma haematobium</i> (esquistosomiasis urinaria)
B651	Esquistosomiasis debida a <i>Schistosoma mansoni</i> [esquistosomiasis intestinal]
B652	Esquistosomiasis debida a <i>Schistosoma japonicum</i>
B653	Dermatitis por cercarias
B658	Otras esquistosomiasis
B659	Esquistosomiasis, no especificada
B660	Opistorquiasis
B661	Clonorquiasis
B662	Dicrocoeliasis
B663	Fascioliasis
B664	Paragonimiasis
B665	Fasciolopsiasis
B668	Otras infecciones especificadas debidas a trematodos
B669	Infección debida a trematodos, no especificada
B670	Infección del hígado debida a <i>Echinococcus granulosus</i>
B671	Infección del pulmón debida a <i>Echinococcus granulosus</i>
B672	Infección de hueso debida a <i>Echinococcus granulosus</i>
B673	Infección de otro órgano y de sitios múltiples debida a <i>Echinococcus granulosus</i>
B674	Infección debida a <i>Echinococcus granulosus</i> , sin otra especificación
B675	Infección del hígado debida a <i>Echinococcus multilocularis</i>
B676	Infección de otro órgano y de sitios múltiples debida a <i>Echinococcus multilocularis</i>
B677	Infección debida a <i>Echinococcus multilocularis</i> , sin otra especificación
B678	Equinococosis del hígado, no especificada
B679	Equinococosis, otra y la no especificada
B700	Difilobotriasis intestinal
B701	Esparganosis
B710	Himenolepiasis
B711	Dipilidiasis
B718	Otras infecciones debidas a cestodos especificadas
B719	Infecciones debidas a cestodos, no especificada
B72X	Dracontiasis
B75X	Triquinosis
B760	Anquilostomiasis
B761	Necatoriasis
B768	Otras enfermedades debidas a anquilostomas
B769	Enfermedad debida a anquilostomas, no especificada
B770	Ascariasis con complicaciones intestinales
B778	Ascariasis con otras complicaciones
B779	Ascariasis, no especificada
B780	Estrongiloidiasis intestinal
B781	Estrongiloidiasis cutánea
B787	Estrongiloidiasis diseminada
B789	Estrongiloidiasis, no especificada
B79X	Tricuriasis

B80X	Enterobiasis
B810	Anisakiasis
B811	Capilariasis intestinal
B812	Tricostrongiliasis
B813	Angiostrongiliasis intestinal
B814	Helmintiasis intestinal mixta
B818	Otras helmintiasis intestinales especificadas
B820	Helmintiasis intestinal, sin otra especificación
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación
B830	Larva migrans visceral
B831	Gnatostomiasis
B832	Angiostrongiliasis debida a Parastrongylus cantonensis
B833	Singamiasis
B834	Hirudiniasis interna
B838	Otras helmintiasis especificadas
B839	Helmintiasis, no especificada

IRA´s	
Código CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO
H650	Otitis media aguda serosa
H651	Otra otitis media aguda, no supurativa
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J010	Sinusitis maxilar aguda
J011	Sinusitis frontal aguda
J012	Sinusitis etmoidal aguda
J013	Sinusitis esfenoidal aguda
J014	Pansinusitis aguda
J018	Otras sinusitis agudas
J019	Sinusitis aguda, no especificada
J028	Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J029	Faringitis aguda, no especificada
J038	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J039	Amigdalitis aguda, no especificada
J040	Laringitis aguda
J041	Traqueítis aguda
J042	Laringotraqueítis aguda
J050	Laringitis obstructiva, aguda [crup]
J051	Epiglotitis aguda
J060	Laringofaringitis aguda
J068	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada
J120	Neumonía debida a adenovirus
J121	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J122	Neumonía debida a virus parainfluenza

J123	Neumonía debida a metaneumovirus humano
J128	Neumonía debida a otros virus
J129	Neumonía viral, no especificada
J13X	Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae
J14X	Neumonía debida a Haemophilus influenzae
J150	Neumonía debida a Klebsiella pneumoniae
J151	Neumonía debida a pseudomonas
J152	Neumonía debida a estafilococos
J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo B
J154	Neumonía debida a otros estreptococos
J155	Neumonía debida a Escherichia coli
J156	Neumonía debida a otras bacterias aeróbicas gramnegativas
J157	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae
J158	Otras neumonías bacterianas
J159	Neumonía bacteriana, no especificada
J160	Neumonía debida a clamidias
J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
J170	Neumonía en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte
J171	Neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte
J172	Neumonía en micosis
J173	Neumonía en enfermedades parasitarias
J178	Neumonía en otras enfermedades clasificadas en otra parte
J180	Bronconeumonía, no especificada
J181	Neumonía lobar, no especificada
J188	Otras neumonías, de microorganismo no especificado
J189	Neumonía, no especificada
J200	Bronquitis aguda debida a Mycoplasma pneumoniae
J201	Bronquitis aguda debida a Haemophilus influenzae
J202	Bronquitis aguda debida a estreptococos
J203	Bronquitis aguda debida a virus Coxsackie
J204	Bronquitis aguda debida a virus parainfluenza
J205	Bronquitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J206	Bronquitis aguda debida a rinovirus
J207	Bronquitis aguda debida a virus ECHO
J208	Bronquitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J209	Bronquitis aguda, no especificada
J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J211	Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada

ANEXO 6

Lista de enfermedades transmisibles de vigilancia epidemiológica internacional sujetas a ratificación o rectificación

Código CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO
A210	Tularemia ulceroglandular
A211	Tularemia oculoglandular
A212	Tularemia pulmonar
A213	Tularemia gastrointestinal
A217	Tularemia generalizada
A218	Otras formas de tularemia
A219	Tularemia, no especificada
A240	Muermo
A241	Melioidosis aguda y fulminante
A242	Melioidosis subaguda y crónica
A243	Otras melioidosis
A244	Melioidosis, no especificada
A250	Espirilosis
A251	Estreptobacilosis
A259	Fiebre por mordedura de rata, no especificada
A280	Pasteurellosis
A281	Enfermedad por rasguño de gato
A282	Yersiniosis extraintestinal
A320	Listeriosis cutánea
A321	Meningitis y meningoencefalitis listeriana
A327	Sepsis listeriana
A328	Otras formas de listeriosis
A329	Listeriosis, no especificada
A481	Enfermedad de los legionarios
A482	Enfermedad de los legionarios no neumónica (fiebre de Pontiac)
A692	Enfermedad de Lyme
A70X	Infección debida a Chlamydia psittaci
A810	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
A811	Panencefalitis esclerosante subaguda
A812	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
A818	Otras infecciones del sistema nervioso central por virus atípico
A819	Infecciones del sistema nervioso central por virus atípico, sin otra especificación
A830	Encefalitis japonesa
A831	Encefalitis equina del oeste
A832	Encefalitis equina del este

A833	Encefalitis de San Luis
A834	Encefalitis australiana
A835	Encefalitis de California
A836	Enfermedad por virus Rocío
A840	Encefalitis del Lejano Oriente transmitida por garrapatas [encefalitis primaveroestival rusa]
A841	Encefalitis centroeuropea transmitida por garrapatas
A850	Encefalitis enteroviral
A851	Encefalitis por adenovirus
A920	Enfermedad por virus Chikungunya
A921	Fiebre de O'nyong-nyong
A924	Fiebre del valle del Rift
A930	Enfermedad por virus de Oropouche
A931	Fiebre transmitida por flebótomos
A932	Fiebre de Colorado transmitida por garrapatas
A960	Fiebre hemorrágica de Junín
A961	Fiebre hemorrágica de Machupo
A962	Fiebre de Lassa
A980	Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
A981	Fiebre hemorrágica de Omsk
A982	Enfermedad de la selva Kyasanur
A983	Enfermedad por el virus de Marburg
A984	Enfermedad por el virus de Ebola
A985	Fiebres hemorrágicas con síndrome renal
B04X	Viruela de los monos
B080	Otras infecciones debidas a ortopoxvirus
B081	Molusco contagioso
B082	Exantema súbito [sexta enfermedad]
B083	Eritema infeccioso [quinta enfermedad]
B084	Estomatitis vesicular enteroviral con exantema
B085	Faringitis vesicular enterovírica
B331	Enfermedad del río Ross

ANEXO 7

 	SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)
RECOLECCIÓN SEMANAL DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL EN LAS OFICILIAS DEL REGISTRO CIVIL	

ESTADO	<input style="width: 95%;" type="text"/>
JURISDICCIÓN	<input style="width: 95%;" type="text"/>
OFICILÍA	<input style="width: 95%;" type="text"/>
AÑO	<input style="width: 60%;" type="text"/>
SEMANA NÚMERO	<input style="width: 60%;" type="text"/>
FECHA DE RECOLECCIÓN	<input style="width: 40%;" type="text"/> (dd/mm/aaaa)
PERIODO	DEL <input style="width: 40%;" type="text"/> (dd/mm/aaaa)
	AL <input style="width: 40%;" type="text"/> (dd/mm/aaaa)

ANOTE EL NÚMERO DE:

DEFUNCIONES	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CERTIFICADOS RECOLECTADOS	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ACTAS SIN CERTIFICADOS	<input style="width: 95%;" type="text"/>

ENTREGÓ	RECIBÍÓ
NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:
FIRMA	FIRMA

ANEXO 8



SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
**FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIONES
 POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	<p>1.- DATOS DEL FALLECIDO(A)</p> <p style="text-align: right;">FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN </p> <p>NOMBRE DEL FALLECIDO _____ <small style="display: block; text-align: center;">NOMBRE(S) PATERNO MATERNO</small></p> <p>SEXO HOMBRE <input type="radio"/>1 MUJER <input type="radio"/>2 SE IGNORA <input type="radio"/>9 EDAD CUMPLIDA _____ <small style="display: block; text-align: center;">MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS</small></p> <p>AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: _____ <small style="display: block; text-align: center;">FECHA DE LA DEFUNCIÓN</small></p> <p>NINGUNA <input type="radio"/>1 ISSSTE <input type="radio"/>3 SEDENA <input type="radio"/>5 SEGURO POPULAR <input type="radio"/>7 OTRA <input type="radio"/>8 <small style="display: block; text-align: center;">DIA MESE AÑO</small></p> <p>IMSS <input type="radio"/>2 PEMEX <input type="radio"/>4 SEMAR <input type="radio"/>6 IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/>10 SE IGNORA <input type="radio"/>99</p> <p>ESCOLARIDAD NINGUNA <input type="radio"/>1 PRIMARIA INCOMPLETA <input type="radio"/>2 SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="radio"/>4 BACHILLERATO O PREPARATORIA INCOMPLETA <input type="radio"/>11 PROFESIONAL <input type="radio"/>7 SE IGNORA <input type="radio"/>99 <small style="display: block; text-align: center;">PRE-ESCOLAR <input type="radio"/>12 PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/>3 SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/>5 BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA <input type="radio"/>6 POSGRADO <input type="radio"/>10</small></p> <p>OCCUPACIÓN HABITUAL _____ SE IGNORA <input type="radio"/>99 CERTIFICADA POR MÉDICO TRATANTE <input type="radio"/>1 MÉDICO LEGISTA <input type="radio"/>2 OTRO MÉDICO <input type="radio"/>3 PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/>4 <small style="display: block; text-align: center;">AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/>5 OTRO <input type="radio"/>8</small></p> <p>LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL _____ <small style="display: block; text-align: center;">MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA</small></p> <p>LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ <small style="display: block; text-align: center;">MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA</small></p> <p>NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____</p>																								
DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	<p>2.- CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">INTERVALO</th> <th style="width: 15%;">CÓDIGO CIE</th> <th style="width: 15%;">CAUSA BÁSICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I a) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____ <small style="display: block; text-align: right;">CÓDIGO CIE </small></p>		INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA	I a) _____	_____			b) _____	_____			c) _____	_____			d) _____	_____			II _____	_____		
	INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA																						
I a) _____	_____																								
b) _____	_____																								
c) _____	_____																								
d) _____	_____																								
II _____	_____																								
DATOS DEL INEGI	<p>3.- RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</p> <p style="text-align: right;">RATIFICA <input type="radio"/> RECTIFICA <input type="radio"/></p> <p>CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">INTERVALO</th> <th style="width: 15%;">CÓDIGO CIE</th> <th style="width: 15%;">CAUSA BÁSICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I a) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>FECHA DE LA RECOLECCIÓN FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO FECHA DE LA CONCLUSIÓN <small style="display: block; text-align: center;">D D M M A A D D M M A A D D M M A A</small></p> <p>REPORTE A INEGI / SS <small style="display: block; text-align: center;">D D M M A A</small></p> <p>OBSERVACIONES: _____</p> <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN _____ <small style="display: block; text-align: center;">NOMBRE PATERNO MATERNO</small></p> <p>CARGO _____ FIRMA _____</p>		INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA	I a) _____	_____			b) _____	_____			c) _____	_____			d) _____	_____			II _____	_____		
	INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA																						
I a) _____	_____																								
b) _____	_____																								
c) _____	_____																								
d) _____	_____																								
II _____	_____																								
DATOS DEL INEGI	<p>4.- DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)</p> <p>TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚM. DE PAQUETE: _____ NÚM. DE ACTA: _____ FOLIO DE CAPTURA: _____</p> <p>NOMBRE DEL CODIFICADOR _____ <small style="display: block; text-align: center;">NOMBRE PATERNO MATERNO FIRMA</small></p>																								

ANEXO 8

Anexo 8 (a)

Guía de llenado del formato de ratificación / rectificación de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica

Instrucciones generales: para el llenado correcto del presente documento, utilice letra de molde, clara y legible, no utilice abreviaturas. Estos datos deberán de tomarse del certificado de defunción y de los resultados de la investigación

A continuación se especifica cada uno de los campos del formato:

- 1.- **Folio del certificado de defunción:** se escribirá el número correspondiente al folio del certificado de defunción, esta se encuentra en el ángulo superior derecho del documento.
- 2.- **Nombre del fallecido:** en este rubro se escribirá el nombre o los nombres del fallecido así como el apellido paterno y materno. En el caso que el fallecido sea un recién nacido que no cuente con nombre se escribirá S/N y los apellidos correspondientes.
- 3.- **Sexo:** se marcará con una "X" el óvalo correspondiente a masculino o femenino.
- 4.- **Edad:** se anotará la edad cronológica del fallecido; horas cuando sea menor de un día, días cuando sea menor de un mes, meses cuando sea menor a un año y años cuando sea igual o mayor a uno. En el caso de que la edad se desconozca se marcará con una "X" el recuadro correspondiente.
- 5.- **Lugar de residencia habitual:** se anotará en los recuadros correspondientes el lugar donde el fallecido haya vivido durante los últimos seis meses, iniciando por el municipio y la entidad federativa.
- 6.- **Lugar donde ocurrió la defunción:** se anotará el municipio y la entidad federativa en donde ocurrió la defunción en los recuadros correspondientes.
- 7.- **Fecha de la defunción:** se anotará el día, mes y año en que ocurrió la defunción, anteponiendo un cero cuando sea un solo dígito.
- 8.- **Oficialia:** se anotará el número correspondiente a la oficialía del registro civil donde fue levantada el acta de la defunción, el cual se encuentra en el numeral 29 del certificado de defunción.
- 9.- **Certificada por:** se marcará con "X" si el médico que extiende el certificado corresponde al tratante, legista, otro médico, persona autorizada por la secretaría de salud, autoridad civil u otro.
- 10.- **Causas de Muerte:** se realizará la transcripción fiel de las causas inscritas en el certificado de defunción, con sus intervalos de tiempo y los códigos correspondientes a la CIE-10.
- 11.- **Causa sujeta a vigilancia epidemiológica:** Se anotará la causa y el código de la CIE-10 de la enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, detectada por el nivel jurisdiccional, referida o solicitada por el nivel operativo superior o extra-sectorial, establecida en el manual del Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones.
- 12.- **Resultado de la Investigación epidemiológica:** se marcará con una "X" el apartado de ratificación cuando la investigación corrobore un resultado igual a la enfermedad en estudio. Se marcará con una "X" el apartado de rectificación cuando el resultado de la investigación no corresponda a la misma entidad nosológica.
- 13.- **Causas después de la investigación:** En el caso de ratificación se anotarán las causas y códigos iguales a las inscritas al inicio de la investigación, cuando se rectifica se anotarán las causas y códigos que originaron la defunción como resultado del estudio.

14.- **Fecha de recolección:** se anotará la fecha de recolección de los certificados de defunción de las oficialías del registro civil correspondiente de manera semanal, de acuerdo a la fecha de defunción, **la cual no debe de exceder de una semana.**

15.- **Fecha de inicio del estudio:** anotará la fecha en la que el epidemiólogo jurisdiccional inicia la investigación de la muerte por causa sujeta a vigilancia epidemiológica, **la cual no deberá exceder de una semana a partir de la fecha de la recolección.**

16.- **Fecha de conclusión:** se anotará la fecha en la que se da por terminada la investigación epidemiológica, **la cual no debe de exceder de una semana a partir de la fecha de inicio del estudio.**

17.- **Reporte a INEGI/SS:** se anotará la fecha en la cual se envía este formato al representante estatal de INEGI y a la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE), **esta no podrá exceder de 15 días hábiles a partir de la fecha de la defunción.**

18.- **Nombre del responsable de la investigación:** se anotará el nombre completo de la persona a la cual se le asignó la responsabilidad de la realización de la investigación.

19.- **Cargo:** se anotará el cargo específico del responsable de la investigación.

20.- **Firma:** se firmará obligatoriamente por el responsable de la investigación; no será admitido como válido aquel que no tenga la firma del responsable.

21.- **Datos de control (exclusivo INEGI):** estos datos son de uso exclusivo para el INEGI

ANEXO 10 SUSTITUIR POR FORMATO DE DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE FOLIOS

 <p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES</p> <p style="text-align: center;">DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LAS DEFUNCIONES SEED</p> <p style="text-align: center;">HOJA DE RUTA</p>									
ENTIDAD		FOLIO INICIAL		FOLIO FINAL					
JURISDICCIÓN NÚMERO		PERIODO DEL		AL					
SEMANA NUMERO		D / M / A		D / M / A					
FECHA		D / M / A		D / M / A					
ETAPA	REALIZADO				SUPERVISADO				OBSERVACIONES
	NOMBRE	FECHA			NOMBRE	FECHA			
		DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	
Registro									
Lotificación									
Foliación									
Codificación general									
Codificación de causas									
Selección de la causa básica									
Captura									
Verificación de la captura									
VALIDACIÓN DE LAS CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA									
FOLIO NUMERO	DICE			DEBE DECIR			RESPONSABLE DE RECTIFICACIÓN O RATIFICACIÓN		
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Responsable de Informática					<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Responsable de Epidemiología				
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> V. o. B o									

Dirección General de Información en Salud Dirección General de Epidemiología

Validación técnica de la información

Durante la cuarta semana del mes siguiente al que se informa, la validación técnica deberá ser realizada a nivel estatal por las áreas de estadística, de epidemiología y por los responsables de los programas de salud, quienes comunicarán su visto bueno por escrito al área de epidemiología para liberar la información estatal.

Para ello servirán como guía los 13 indicadores especificados como de control. Además deberán tenerse en cuenta:

1. Criterio de limitación de edad y sexo

Deberá revisarse que sea mínimo el número o no aparezcan defunciones en las que ignore la edad y el sexo.

2. Criterio de comportamiento epidemiológico

Deberá revisarse que no aparezcan enfermedades que no existan en nuestro país; éstas deberán ser rectificadas o ratificadas previo estudio epidemiológico.

Ejemplo: Viruela, peste, fiebre amarilla, poliomielitis, ébola, difteria. Deberá observarse que no se presenten padecimientos que no puedan aparecer por sus características de transmisión en ciertas áreas geográficas, excepto cuando se trata de casos importados.

Ejemplo:

Paludismo y dengue en estados en los cuales no se ha reportado.

Ver anexos (4, 5 y 6).

3. Criterio de afecciones triviales

Deberá revisarse que no aparezcan afecciones triviales como causas básicas de muerte, excepto que éstas hayan dado origen a una más grave y así lo indique el certificante, o bien sea la única causa en el certificado; aun en estos casos deberá investigarse lo sucedido, principalmente si la muerte fue en hospitales en donde es posible analizar el expediente clínico y corregir la codificación.

4. Criterio de codificación

Deberá validarse que coincida el código con lo especificado por el médico con el nombre de la enfermedad.

5. Criterio de situaciones especiales

Por regla general, las siguientes entidades nosológicas solo deben ser reportadas en el certificado, en situaciones especiales cuando no exista otra causa de muerte más específica

- Senilidad
- Enfermedades inespecíficas cuando se señalan específicas.
- Factores que influyen en el estado de salud y con el contacto con los servicios de salud (clave "V"): en estos casos deberá investigarse lo sucedido, principalmente si la muerte ocurrió en hospitales

6. Criterio de problemas determinados

Deberá verificarse que no aparezcan como causa básica los siguientes:

- Tumores secundarios si se menciona el sitio del primario
- Niños con enfermedades de adultos, que no se incluyan en niños
- Códigos de tumores de sitios no especificados cuando la morfología hace evidente a qué sitio corresponde
- Códigos de asterisco (*) que no se usan en mortalidad (sólo los de cruz)
- Afecciones que no correspondan al feto (en muertes fetales) o al recién nacido según la clasificación

7. Criterio para las defunciones por causas maternas

Deberá ponerse especial atención a los certificados atribuibles o sospechosos de causas maternas, las que en ocasiones pueden estar ocultas o no bien precisadas por problemas en el registro. Para ello el codificador deberá auxiliarse de la información de otras fuentes tales como resumen del egreso hospitalario, la atención de urgencia, la autopsia verbal y sobre todo del informe del comité de mortalidad materna para codificar y clasificar correctamente las causas.

La última primera versión del presente manual se imprimió el 8 de abril de 1998 en taller de impresos de la Dirección General de Epidemiología. El tiraje fue de 300 ejemplares.

Posteriormente el 30 de marzo de 2004 se realizó una actualización y la versión actual se terminó el 30 de noviembre del 2017.

Comentarios y aclaraciones en:

**gaspar.ibarra@gmail.com, gaspar.ibarra@salud.gob.mx
**kathiarodriguez.dge@gmail.com, kathia.rodriguez@salud.gob.mx
**flarav32@gmail.com, felipe.lara@salud.gob.mx
ralcala64@hotmail.com, ricardo.alcala@salud.gob.mx******