

## Aplicación del Comité de Verificación de Mortalidad Materna de Nuevo México

El Comité de Verificación de Maternidad Materna de Nuevo México (MMRC) del Departamento de Salud de NM (NMDOH) anuncia la oportunidad de aplicar a una membresía al comité por 3 años. Los individuos con interés y antecedentes diversos en salud materna y seguridad del paciente son necesarios. Se les recomienda a las personas con experiencias vividas como miembros comunitarios impactados desproporcionadamente por la mortalidad materna a que apliquen.

NMMMRC verifica todas las muertes asociadas con el embarazo que le ocurren a los residentes de NM. Estas son definidas como cualquier muerte que ocurra durante el embarazo, o dentro de un año después de haber terminado el embarazo, sin importar la causa. Los miembros MMRC verifican la información de casos individuales y en general relacionada con la mortalidad materna, identifican tendencias y patrones, y le ofrecen recomendaciones al estado, socios comunitarios, y proveedores del cuidado de la salud para que eviten futuras muertes.

MMRC busca miembros con perspectivas diversas en la salud materna en NM para asegurar que las comunidades, oficiales gubernamentales, profesional del cuidado de la salud, defensores, y personas que dan a luz trabajen unidas para evitar estas muertes trágicas.

## Comprensión y Expectativas de los Miembros de MMRC

La membresía a MMRC es voluntaria, pero hay reembolso disponible para los miembros que requieran compensación por el tiempo en las reuniones del comité. (No está disponible para aquellos que sus patronos le ofrecen compensación por su participación.)

Generalmente, los miembros participan en seis reuniones de revisión de casos, casi todas son llevadas a cabo virtualmente, pero pueden incluir una o dos en persona. (Hay millaje y per diem disponibles para todos los miembros del comité que tengan que viajar más allá de ciertas millas para participar en las reuniones.)

Los miembros se comprometen a participar del 75% de las reuniones MMRC, participar en talleres y revisión de casos, y responder a todas las comunicaciones MMRC.

Se espera que la preparación para las reuniones incluya la revisión de resúmenes de casos antes de cada reunión y la consideración de posibles recomendaciones.

Se espera que los miembros firmen una declaración de confidencialidad.

Los miembros servirán por un término de tres años, sin términos consecutivos.

Un miembro de MMRC puede dejar el comité en cualquier momento y por cualquier razón.

Si usted o algún miembro de su comunidad o redes es un buen candidato para MMRC, le sugerimos que aplique. Las prioridades para el reclutamiento de miembros MMRC incluyen:

Miembros comunitarios LGBTQIA

Individuos con discapacidades y/o servicio de discapacidad/ experiencia de defensa

Miembros comunitarios con una relación directa con alguien que haya experimentado muerte materna, una complicación con el embarazo, o que casi haya muerto durante el embarazo o posparto

Curanderos tradicionales y practicantes de curación

Personas viviendo en comunidades rurales y regiones fuera del área central de Nuevo México

Profesionales en el uso de sustancias y salud mental

Médicos y practicantes expertos en la salud materna y/o medicina de emergencia

Miembros de comunidades inmigrantes y de refugiados y organizaciones que dan servicio a dichas comunidades

Trabajadores de la salud comunitaria, representantes de la salud comunitaria (CHRs), y Promotores de Salud

Trabajadores comunitarios del parto

Especialistas de prevención de violencia y lesiones

Cumplimiento de la ley

Cómo Aplicar y Sigüientes Pasos:

El proceso de aplicación es fácil. Complete esta forma. Sus respuestas son confidenciales y serán utilizadas únicamente para ganar acceso a las experiencias y credenciales de los aplicantes, en el servicio de representación diversa en MMRC.

Después de someter su aplicación, será contactado para información adicional. Todas las aplicaciones serán consideradas, y usted será notificado con el estatus de su aplicación.

Las aplicaciones permanecerán en un archivo y consideradas activamente en vacantes que ocurran hasta por un año.

Gracias por su interés y por su compromiso en mejorar los resultados en las familias y personas dando a luz de Nuevo México, y por su deseo de participar en un MMRC diverso, que valora las sugerencias y participación comunitaria.

Si usted cree tener interés, si necesita asistencia con la solicitud, o desea obtener más información, por favor contacte a Stephanie Salazar, Coordinadora MMCR: [stephaniea.salazar@doh.nm.gov](mailto:stephaniea.salazar@doh.nm.gov)

Las aplicaciones pueden ser guardadas y editadas para ser sometidas en otra ocasión pulsando el botón "Save/Guardar" al final de esta página. Usted recibirá un email con un enlace para sus respuestas.

Nombre \*

Nombre

Apellidos

Pronombres \*

(ella/suya, él/suyo, ellos/de ellos, etc.)

Número de Teléfono \*

-

Código de Área

Número de Teléfono

Email \*

[ejemplo@ejemplo.com](mailto:ejemplo@ejemplo.com)

Dirección Postal Deseada \*

Calle

Calle- Línea 2

Ciudad

Estado/Provincia

Zip Code

Trabajo Actual o Experiencia \*

Marque por favor el/los grupo(s) con los que se identifica, si alguno: \*

Identidad Negra y/o Indígena

Miembros comunitarios LGBTQIA+

Individuos con discapacidades y/o servicio de discapacidad/ experiencia de defensa

Miembros comunitarios con una relación directa con alguien que haya experimentado muerte materna, una complicación con el embarazo, o que casi haya muerto durante el embarazo o posparto

Curanderos tradicionales y practicantes de curación

Personas viviendo en comunidades rurales y regiones fuera del área central de Nuevo México

Miembros/proveedores/profesionales comunitarios con experiencia en el uso de sustancias, violencia familiar, prevención de lesiones, enfermedad mental, defensa en la justicia social, y experiencias con géneros específicos y/o salud materna

Personas recibiendo u ofreciendo atención en las clínicas tribales y IHS

Miembros de comunidades inmigrantes y de refugiados, y personal de organizaciones sirviendo dichas comunidades

Trabajadores de la salud comunitaria, representantes de la salud comunitaria (CHRs), y Promotores de Salud

Expertos en trastornos del uso de sustancias

Expertos en salud mental

Médicos y practicantes expertos en la salud materna y/o medicina de emergencia

Trabajadores comunitarios del parto

Especialistas de prevención de violencia y lesiones

Cumplimiento de la ley

Otros (por favor ponga su respuesta en la siguiente pregunta)

Ninguna de las anteriores

Si seleccionó 'Otros' en la pasada pregunta, por favor explique:

Díganos acerca de su trasfondo y por qué tiene interés en el comité. (Por favor incluya cualquier agencia u organización relevante con la que tenga afiliación.) \*

Escriba aquí...

Por favor describa brevemente cualquier experiencia, o identidades (étnica/cultural/geográfica) que informen sobre su participación como miembro de MMRC. \*

Escriba aquí...

Por favor comparta su conocimiento personal/profesional sobre los problemas que impactan la salud materna y muerte (mortalidad materna) en Nuevo México. \*

Escriba aquí...

Por favor comparta lo que espera aprender de, y contribuir con MMRC. \*

Escriba aquí...

\* Sin límite de palabras

El trabajo de revisión de muertes maternas puede ser estresante y difícil emocionalmente. Por favor indique el tipo de destrezas o apoyo emocional que anticipa necesitará (si alguno) para hacer este trabajo \*

Escriba aquí...

¿Está disponible para participar en por lo menos 75% de las reuniones anuales, virtuales y/o en persona por 3 años, y responder a las comunicaciones del personal MMRC? \*

Sí

No

No estoy seguro/a

Por favor indique si su trabajo le reembolsará por su tiempo, mientras participa en MMRC, o si necesita un estipendio por participar. (Los estipendios están disponibles, y la necesidad de apoyo no es considerada en el proceso de aplicación.) \*

Mi trabajo me pagará durante las horas que trabaje con MMRC.

Necesitaré un estipendio para tomar tiempo libre del trabajo mientras sirvo en MMRC.

Todavía no estoy seguro/a.

No necesito reembolso.

¿Habrá algo más que quiera que sepamos? (Opcional)

Si tiene un resumé o cualquier otro documento que describa su experiencia y quiere compartirlos, por favor cárgelos aquí (no requerido):

Buscar Archivos

Ningún archivo escogido

Firma

Borrar

Guardar

Someter