



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Panamá

**Panamá,
Diciembre 2006**

Instituciones participantes



Ministerio de Salud



Caja de Seguro Social



Contraloría General de la Republica



Tribunal Electoral



Ministerio de Desarrollo Social

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	4
CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD	5
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	9
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	13
El sistema general de estadísticas de salud	14
Estadísticas vitales	15
Estadísticas de morbilidad	20
Recursos y servicios	28
INFRAESTRUCTURA DEL SIS	34
Normas y regulaciones	34
Recursos humanos	35
Infraestructura tecnológica	36
CONCLUSIONES	36
ANEXOS	38

Diagnostico del SIS Panamá

Introducción

Panamá viene desarrollando notables esfuerzos en la mejora de los datos y la gestión de la información aplicados al desarrollo de políticas públicas y la vigilancia social. Una de las más importantes iniciativas en este sentido ha sido el Sistema de Indicadores para el Desarrollo (SID)¹, esfuerzo mancomunado entre el Gabinete Social y la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. El SID, reconoce que “la complejidad del proceso de toma de decisiones, requiere de información estadística actualizada acerca de las características de las variables que se involucran en dichas decisiones, para garantizar el éxito de las mismas, pero que los indicadores dependen de los insumos estadísticos que se utilizaron para construirlos”.

En el marco del proyecto de la [Red de la Métrica en Salud](#) (HMN, por sus siglas en ingles, de *Health Metrics Network*) dirigido esencialmente a desarrollar un plan integral de mejoramiento que busca la unificación del sistema de información en salud (SIS) de Panamá, el mejoramiento de las capacidades para el análisis básico de equidad en salud, la incorporación de información socioeconómica en los censos y encuestas de hogares, mejorar el registro de hechos vitales, la creación de observatorios en las áreas de bajos ingresos, el mejoramiento de la colección y el uso descentralizado de la información para la toma de decisión en políticas de salud; se requiere disponer de un diagnostico y evaluación del sistema con el fin de diseñar el modelo que necesita el país, que permita elaborar un plan de desarrollo global y guiar el futuro desenvolvimiento de los sub-componentes del SIS.

El objetivo de este documento es describir globalmente la situación del sistema de información en salud de Panamá, en el ámbito de sus capacidades potenciales considerando: la estructura de los subsistemas que lo integran, algunos elementos de calidad de la información, la interrelación entre ellos, el nivel alcanzado en materia de desarrollo informático, las fortalezas y debilidades de las diferentes bases de datos y fuentes de información del sector salud, la disponibilidad de información socioeconómica y demográfica, y el uso de la información disponible en la gestión de salud del país.

Este diagnostico es producto del análisis y el trabajo conjunto de las instituciones participantes en el desarrollo del proyecto en el país, bajo la coordinación de la OPS/OMS en Panamá.

Antecedentes

En mayo del 2005, la 58a Asamblea Mundial de la Salud lanzó la HMN - una innovadora red de cooperación integrada por países, organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo, fundaciones, iniciativas mundiales de salud y expertos técnicos – con la meta de aumentar la disponibilidad, valor y uso de la información en salud oportuna y precisa en los países y a nivel mundial. En aquella oportunidad se realizó la primera convocatoria a los países para presentar propuestas de apoyo técnico y financiero. Cinco meses después, HMN informó que 40 países, habían merecido la aprobación de sus propuestas. Panamá fue el único país seleccionado en Latinoamérica.

La propuesta de Panamá hace hincapié en la necesidad del desarrollo, planeación, gestión y evaluación de las políticas de los servicios de salud basadas en evidencia, para asegurar el uso óptimo de los limitados recursos, para lo cual requiere de un Sistema de Información en Salud sólido, funcionando de forma sistémica, en un proceso que reúna, comparta, analice y use la información relacionada con la salud.

¹ El [Sistema Integrado de Indicadores para el Desarrollo](#) de la República de Panamá (SID) y su Equipo Técnico fueron institucionalizados por Decreto Ejecutivo No.38 de junio del 2004.

El proyecto se sustenta en un acuerdo firmado entre el Ministerio de Salud (MINSA) y HMN, para ejecutar las actividades de desarrollo del SIS en Panamá, el cual está siendo dirigido por un comité interinstitucional conformado por varias entidades nacionales además del MINSA, Contraloría General de la República, el Tribunal Electoral, el Ministerio de Desarrollo Social y Caja de Seguro Social, con la firme intención de fortalecer todos los componentes del SIS.

La primera fase de actividades de la propuesta incluye el diagnóstico del Sistema de Información en Salud que posteriormente permitirá desarrollar planes de fortalecimiento en el corto, mediano y largo plazo y enfocar la atención al fortalecimiento de componentes específicos.

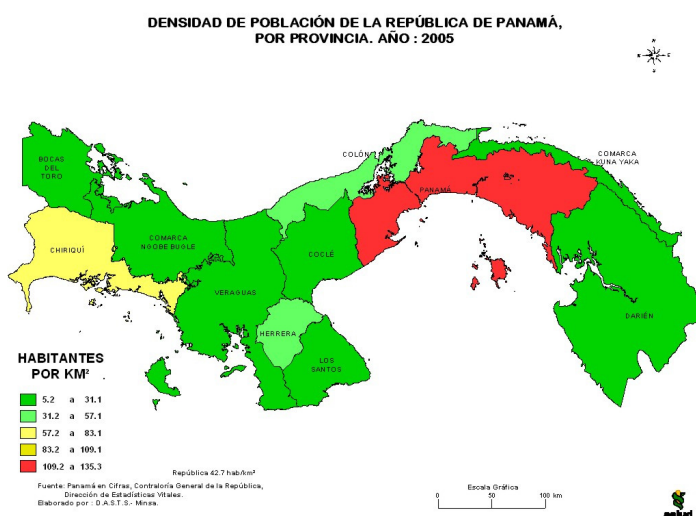
Para completar el análisis del SIS, además del proceso propio de diagnóstico HMN, se aprovecharon otras evaluaciones realizadas a algunos componentes del sistema, revisión de documentación, entrevistas con funcionarios de las instituciones involucradas en la producción de estadísticas de salud y expertos nacionales.

El marco de referencia de esta iniciativa y de esta fase de diagnóstico son los documentos de la Red Métrica de Salud, *"Hacia un Marco y Estándares para el desarrollo del Sistema de Información en Salud del país"*² y *"Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud en los países: Instrumento de análisis de la situación"*³.

Contexto sociodemográfico y de salud

Panamá es una república independiente desde el 3 de noviembre de 1903, fecha en que se separó de Colombia. Su sistema de gobierno es el de una democracia representativa con tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El territorio panameño se divide en nueve provincias (ver figura 1), 75 distritos o municipios, 620 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madugandi y Kuna de Wargandi) y tres comarcas indígenas. A su vez el sector salud cuenta con 14 Regiones Sanitarias, de las cuales las de mayor densidad de población son la Metropolitana, San Miguelito y Panamá Oeste, y en el otro extremo se ubican Darién, Panamá Este y Bocas del Toro, principalmente las áreas indígenas.

Figura 1. Densidad poblacional. Panamá 2005

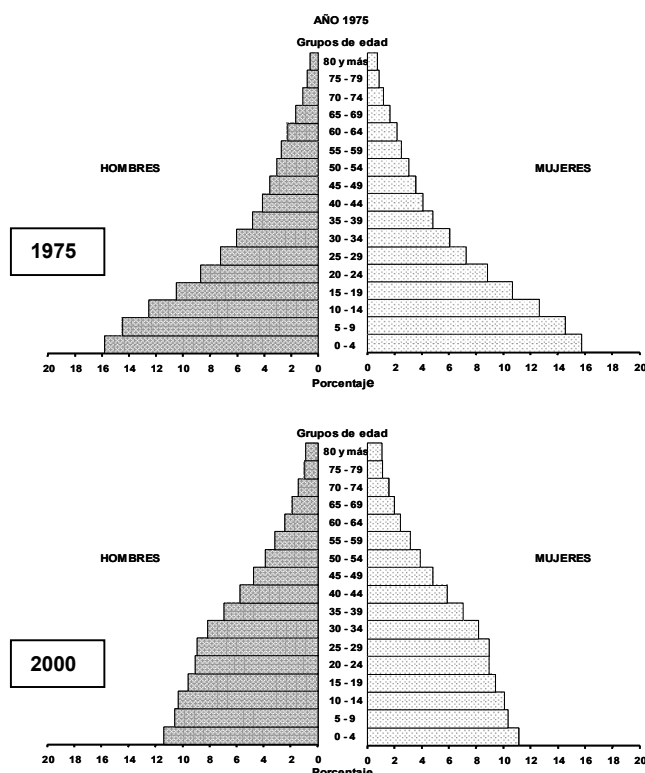


Para el año 2005 el porcentaje de población urbana era del 63,5 por ciento. Los grupos indígenas constituyen aproximadamente el 10% de toda la población y lo conforman grupos claramente definidos: Kuna, Emberá y Wounaan, Ngobe Buglé, Teribes y Bri Bri.

² Red de la Métrica en Salud. "Hacia un Marco y Estándares para el desarrollo del Sistema de Información en Salud del país". Versión 1.65. OMS, Ginebra – Suiza. Enero 2006

³ Health Metrics Network. Strengthening Country Health Information Systems: Assessment and Monitoring Tool. Country Health Information System Assessment Tool Version 1.96: 10 May 2006

Figura 2. Cambio demográfico. Panamá 1975-2000



La estructura poblacional es aún joven, pero en plena transición al envejecimiento, como se puede apreciar en la evolución de la pirámide poblacional y en la paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años. Su índice de envejecimiento⁴ es de 27,7 por ciento. Del total de la población del país, el 50,5% son hombres y el 49,5% son mujeres, siendo el 30,7% menor de 15 años, el 63,5% de 15 a 64 años y el 5,8% de 65 y más.

El crecimiento poblacional ha experimentado una notoria reducción en las últimas décadas, debido al descenso de las tasas de natalidad y fecundidad. La fecundidad de las mujeres panameñas ha pasado de una cifra cercana los seis hijos por mujer en la década del 50 a 2,4 en el 2005. Sin embargo, esta situación presenta variaciones al interior del país, observándose que las mujeres pobres, rurales y con menos educación tienen tasas más altas, al igual que las pertenecientes a grupos indígenas

La esperanza de vida al nacer se estima que pasó de 72,2 años en 1990 a 75,1 años en el 2005. En los hombres la esperanza de vida aumentó de 69,8 años a 72,6 años y en las mujeres pasó de 74,7 años a 77,7 años, durante el mismo periodo. Para el mismo año, las provincias con mayor expectativa de vida al nacer eran Panamá y Chiriquí ambos con 76,9 años, Los Santos y Herrera, ambos con 76,2 años. Las Comarcas Emberá con 65,5 años, Ngöbe Buglé con 67,4 años, Kuna Yala con 70,2 años y la provincia de Darién con 69,6 años presentan la expectativa de vida más baja.

Tabla 1: Indicadores de mortalidad y fecundidad seleccionados. Panamá 2005

Región	Tasa Mortalidad Infantil	Tasa Mortalidad de 1 a 4 años	Tasa Bruta Mortalidad	Tasa Bruta Natalidad	Tasa Global Fecundidad (estimada)	Tasa Mortalidad Postneonatal
Panamá	15.4	1.3	4.4	19.7	2.7	6.7
Bocas del Toro	37.1	5.6	4.5	33.5	4.0	24.3
Coclé	15.7	0.6	4.8	18.7	3.1	6.0
Colón	16.3	1.0	5.2	21.4	2.8	4.8
Chiriquí	16.0	1.2	4.2	19.5	2.6	5.6
Darién	16.9	1.5	2.9	24.1	4.3	4.7
Herrera	14.3	0.1	5.1	14.0	2.3	2.6
Los Santos	11.5	0.6	6.0	12.7	2.0	1.8
Panamá	12.1	0.6	4.3	18.8	2.3	4.4
Veraguas	9.6	1.1	4.2	18.6	3.0	4.6
Kuna Yala	27.7	3.6	6.6	26.6	3.6	16.4
Emberá	34.6	2.6	2.8	24.8	5.2	26.0
Ngöbe Buglé	22.6	5.2	3.2	27.4	4.9	16.0

Fuente: Contraloría General de la Republica, secciones de Estadísticas Vitales y Análisis Demográfico.

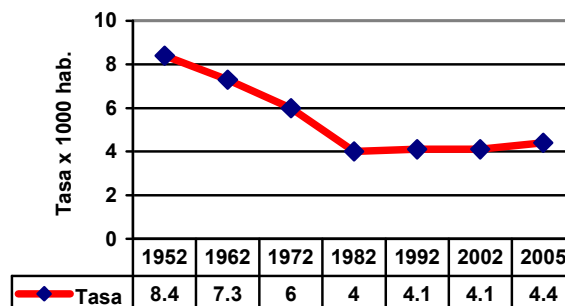
⁴ Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población 0-14) x 100

"Panamá es uno de los países con peor distribución de riqueza en la región y el mundo"⁵. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano, el 40,5% de los panameños viven bajo la línea de pobreza y el 26,5% en condiciones de pobreza extrema, situación que se ha mantenido con escasas variaciones desde la década del '70 y que llegó a su peor momento en 1990. Ese mismo informe estima que en la provincia de Panamá es donde vive el mayor número de personas en situación de pobreza extrema, seguido por las comarcas indígenas.

Figura 3. Mortalidad general. Panamá 1952-2005

La mortalidad general de Panamá ha disminuido en los últimos cincuenta años, sin embargo desde aproximadamente 20 años se mantiene estable con algunas variaciones (ver Figura 3).

En el año 2005 murieron en Panamá 14,180 personas, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 4,4 por mil habitantes; 4,7 en los hombres y 3,4 en las mujeres.

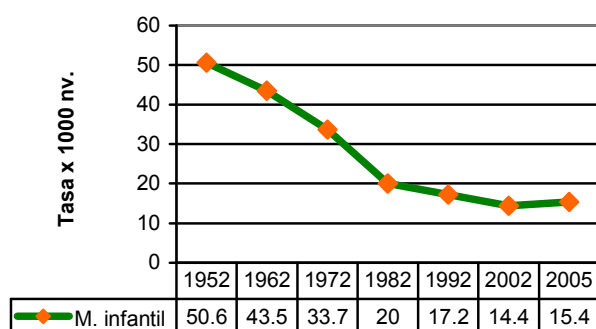


Fuente: Contraloría General de la República.

Al analizar las causas de muerte ocurridas en el año 2005, según grandes grupos de causas (Lista especial de mortalidad 6/67), encontramos que la primera causa de muerte en el país corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio (126,2 por 100 mil hab.), en segundo lugar están las neoplasias o tumores malignos (69,7), en tercer lugar figuran las causas externas (44,7), seguidas por las muertes por enfermedades transmisibles (43,6), con una importante contribución del VIH/SIDA.

En los últimos cincuenta años la mortalidad infantil en Panamá ha descendido significativamente como ha sucedido en otros países a nivel mundial (ver Figura 4).

Figura 4. Mortalidad infantil. Panamá 1952-2005



Fuente: Contraloría General de la República.

Entre 1982 y el 2005 la mortalidad infantil bajó de 20 a 15.4 por 1.000 nacidos vivos (NV), es decir en un 27%; la neonatal disminuyó un 34% mientras que la postneonatal lo hizo en un 18%. Bocas del Toro y las Comarcas indígenas, son las regiones con las tasas de mortalidad infantil más altas del país, superando la tasa nacional en un 50% o más, mientras que Los Santos y Veraguas presentaron las menores tasas para el 2005. El 40% de las muertes de este grupo ocurrió por causas originadas en el periodo perinatal y un 30% se debieron a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas⁶.

Entre las afecciones originadas en el periodo perinatal sobresale la dificultad respiratoria del recién nacido y otras afecciones respiratorias del recién nacido. En cuanto a las malformaciones congénitas la más asociada a las defunciones es la malformación congénita del corazón. De las infecciones respiratorias agudas un componente importante son las muertes por neumonía. Como causas externas predominan las muertes debidas a accidentes que obstruyen la respiración.

⁵ Objetivos de Desarrollo del Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003

⁶ Análisis de situación de Salud en Panamá. OPS/OMS. Panamá 2005

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años se ha mantenido relativamente estable desde 1982, con algunas fluctuaciones en los últimos años. En el año 2002 murieron 303 niños entre 1 y 4 años, con una tasa de 1,1 por 1000 niños. Entre las principales causas de muerte figuran las diarreas infecciosas, la neumonía, la desnutrición y la tuberculosis respiratoria. Como en todos los indicadores, también aquí se aprecian importantes diferencias entre las provincias del país. Así, las tasas más altas se observan en Bocas del Toro, las Comarcas Kuna Yala, la Ngobe Buglé y en la provincia de Darién. El resto de las provincias se mantiene bajo el promedio nacional.

La mortalidad materna también mostró un importante descenso desde la década del 50 hasta inicios de la década del 80, asociado principalmente a un aumento en la cobertura del control prenatal y en la atención profesional del parto. Sin embargo, desde entonces no se aprecian cambios positivos en las tasas de mortalidad materna e incluso la línea de tendencia muestra un leve aumento.

En el año 2005 la tasa de mortalidad materna fue de 7 por 10 mil nacidos vivos. Del total de muertes, la mayoría se debió a causas obstétricas directas (50% de las muertes), seguidas de las causas obstétrica indirectas (34%) y por último las debidas a los abortos (16%). Entre las causas específicas figuran principalmente los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia postparto. Otros diagnósticos incluyen las anomalías de la dinámica del parto, embarazos ectópicos y abortos no especificados. Llama la atención las muertes maternas por tuberculosis que complica el embarazo en las Comarcas Kuna Yala, Ngöbe Buglé y en la provincia de Veraguas.

Las tasas mas altas de mortalidad materna se presentaron en áreas con población indígena: la Comarca Kuna Yala (21 x 10,000 NV), la Comarca Ngöbe Buglé (47 x 10,000 NV), la Comarca Emberá (43 por 10,000 NV) y en Darién con 28 x 10,000 NV, mientras que en Coclé y en Chiriquí no se produjeron muertes maternas. Para el año 2005 la cobertura de atención profesional del parto fue de 91% a nivel nacional (99% en el área urbana y de 85% en el área rural).

Las condiciones de salud muestran grandes desigualdades, con una situación más desfavorable para la población indígena. Los grupos indígenas representan aproximadamente el 9% de la población, conformados por siete naciones indígenas. El 63% de ellos habita en cinco comarcas, el otro 37% se distribuye en las provincias de Bocas del Toro, Darién, Chiriquí y Panamá.

Los 7 grupos indígenas

- Kuna
- Emberá
- Wounaan
- Ngobe
- Buglé
- Naso o Teribe
- Bri-Bri

Las tasas de fertilidad en mujeres indígenas es de 3,5 nacidos vivos, versus 2,9 en no indígenas. Los mayores índices de fertilidad se observan en la población Ngöbe-Buglé. La mortalidad general se estima que es un 50% más elevada que el promedio del país, la mortalidad infantil es cuatro veces mayor, con una elevada proporción de causas evitables, desnutrición y diarrea; la mortalidad materna es tres veces más alta, producto en parte de la baja cobertura en la atención de parto.

La desnutrición es un grave problema que afecta en promedio a uno de cada dos menores de 5 años, siendo más frecuente en el grupo Ngöbe Bugle. Las enfermedades transmitidas por vectores también presentan mayor incidencia, incluyendo malaria, leishmaniasis, tuberculosis y neumonía. Finalmente otros serios problemas que afectan a los indígenas son el trabajo infantil, la prostitución infantil y los altos índices de embarazos en adolescentes⁷.

⁷ Fuente: Situación de la Juventud Indígena en Panamá. Jorge Stanley Icaza.

Descripción general del sistema de información

En Panamá, las estadísticas que contribuyen a los principales subsistemas o componentes del sistema de información en salud están a cargo de varias instituciones que desarrollan todo el ciclo estadístico. Estas son principalmente la Contraloría General de la República, el Tribunal Electoral (TE), el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social (CSS). Estos subsistemas son principalmente. Los de hechos vitales, de morbilidad y de recursos y servicios de salud (ver figura 5).

Figura 5. Principales sub-sistemas de información en salud en Panamá, 2006

Institución coordinadora	Contraloría General de la República (CGR) y Tribunal electoral (TE)		Ministerio de Salud (MINSA) y Caja de Seguro Social (CSS)		Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (CSS) y CGR*	
Subsistema	ESTADÍSTICAS VITALES		MORBILIDAD Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD		RECURSOS Y SERVICIOS	
Sub-componentes	1. Nacimientos: a. Variables: peso al nacer, edad y escolaridad de la madre 2. Defunciones: a. General b. Infantil c. Perinatal d. Materna		1. Enfermedades objeto de vigilancia: enfermedades transmisibles: - Malaria, - Tuberculosis, - Dengue, - ITS-VIH/SIDA, - Meningitis viral y bacteriana, - Inmunoprevenibles, - Otras. 2. Egresos hospitalarios 3. Enf. No transmisibles y factores de riesgo 4. Salud bucal 5. Salud mental, 6. Discapacidad		Atención médica: - Ambulatorio - Hospitalaria Promoción de salud: - promoción y prevención - Campañas de salud - Participación social Recursos: - Instituciones de salud - Equipos médicos - Medicamentos Administrativos: - Recursos humanos - Presupuesto y finanzas	
Recursos humanos	520 Profesionales y técnicos de la DEC y 695 del Registro Civil		831 Profesionales y técnicos del MINSA y 155 de la CSS		831 Profesionales y técnicos del MINSA y 155 de la CSS	
Infraestructura y organización	CGR	TE	MINSA	CSS	MINSA	CSS
	- Estructura: Oficina nacional, 9 oficinas regionales, oficinas locales (en distritos) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web	- Estructura: Oficina nacional, 9 oficinas regionales, oficinas locales (en distritos) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web	- Estructura: Oficina nacional, 14 oficinas regionales, oficinas locales (en instalaciones de salud) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web	- Estructura: Oficina nacional, 9 oficinas regionales, oficinas locales (en instalaciones de salud) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web	- Estructura: Oficina nacional, 14 oficinas regionales, oficinas locales (en instalaciones de salud) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web	- Estructura: Oficina nacional, 9 oficinas regionales, oficinas locales (en instalaciones de salud) - Intranet a nivel nacional - Equipos de computación personal a nivel regional, manual en nivel local - Conexión a Internet en todas las oficina regionales - Pagina Web

* La CGR recoge información sobre recursos y servicios de salud (incluido el sector privado) mediante una encuesta anual.

Estadísticas vitales

La información sobre hechos vitales (nacimientos y defunciones) se produce en forma coordinada entre varias instituciones, principalmente intervienen el sistema de salud (a través de las instituciones que lo representan), que registra la ocurrencia del hecho desde el punto de vista médico-biológico, el Registro Civil, que realiza el registro y certificación legal del hecho y la Contraloría General de la República, que consolida, procesa y oficializa las estadísticas sobre estos hechos, las cuales se difunden por medio de su página Web y un número limitado de publicaciones impresas.

Estadísticas de morbilidad

Los datos estadísticos sobre morbilidad en el país son generados y procesados por las instituciones del sistema de salud: MINSA, CSS y servicios privados. En este caso solo se consolida y sistematiza regularmente información de las dos primeras, mientras que los servicios privados solo reportan en forma regular las enfermedades de declaración obligatoria⁸, a través de la unidad de epidemiología del territorio al que pertenecen. Se producen estadísticas de la morbilidad atendida ambulatoriamente y hospitalaria (egresos) de las instituciones del MINSA y la CSS, así como de las enfermedades de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica de todos los servicios de salud.

Estadísticas de servicios y recursos

La información sobre servicios y recursos de salud es producida de forma similar a la morbilidad, pero solo de las instituciones públicas del MINSA y la CSS. Los datos corresponden básicamente a establecimientos de salud por tipo y área geográfica, consultas médicas, recursos e indicadores hospitalarios y otras actividades de salud. La información se consolida en forma paralela por ambas instituciones (público y de la seguridad social) y aunque se han hecho intentos por integrar en una sola base de datos esto no se ha logrado completamente, pero eventualmente se produce un intercambio de información entre ambas instancias, cuando se requiere por alguna de las partes.

Adicionalmente la CGR realiza un levantamiento anual de información de algunos datos sobre recursos, directamente de las instalaciones de salud, incluidas las privadas.

Otros subsistemas de información

Además el país produce datos e información relevante para análisis del sector y el estado de salud a través de encuestas periódicas, sobre diferentes aspectos principalmente económicos y sociales (condiciones y estilos de vida, ingreso, percepciones y satisfacción, entre otros) y en las que participan varias instituciones: centros de investigación social y económica, universidades, organismos internacionales, etc.; pero la mayoría de las encuestas nacionales son conducidas por la Contraloría General de la República, a través de su Dirección de Estadística y Censo (ver Anexo 1).

Además de estas instituciones, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) ha desarrollado un importante sistema de información de actividades y proyectos de amplio contenido social que facilita la definición de políticas y acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y salud de la población (ver Anexo 2). Aunque la información de esas actividades no cuentan con un sistema estructurado de recolección continuo de estadísticas, si se consolidan en registros internos y se publican en documentos e informes de análisis de los problemas que esta institución atiende, siendo esa información de gran utilidad para desarrollar estrategias globales con el fin de mejorar las condiciones de vida y salud de la población. De esta forma el MIDES se convierte también en una fuente de recolección y producción de información, pero es principalmente un usuario de los subsistemas de información de salud mencionados (hechos vitales, morbilidad y recursos), como complemento para orientar y desarrollar sus políticas sociales.

⁸ Obligatoriedad establecida por el Decreto Ejecutivo No. 268 del 17 de agosto de 2001

Metodología

Para elaborar el presente documento se utilizaron los resultados de evaluaciones diagnósticas realizadas previamente de los sistemas de información en el país, específicamente dos evaluaciones de las estadísticas, una realizada en el 2005 y un diagnóstico preliminar del SIS a inicios del 2006, con el apoyo de HMN. Adicionalmente y como complemento a los anteriores, se realizó una evaluación rápida del sistema de vigilancia.

El **diagnóstico de HMN**, realizado en febrero 2006, permite obtener una visión cualitativa sobre los diferentes subsistemas de información estadística del país, mientras que la evaluación de las estadísticas vitales, de morbilidad y de recursos y servicios de salud realizada por la OPS/OMS en el año 2005⁹, a numerosos países de la región, nos permite tener una descripción del sistema de producción las tres principales estadísticas de salud (hechos vitales, de morbilidad y de recursos y servicios) y dar una visión cuantitativa de su cobertura y calidad.

El proceso de diagnóstico de HMN realizado en febrero de 2006 se desarrolló mediante la técnica de grupos de enfoque¹⁰, intentando conocer las percepciones, actitudes y valores de los gerentes y otros miembros de la organización con respecto a las funciones para la generación de información. Para ello se organizó una serie de 5 sesiones de trabajo, cada una de las cuales tuvo diferentes énfasis:

1. Entrevista con las áreas de censos poblacionales, estadísticas vitales y encuestas de población.
2. Entrevista con las áreas de vigilancia epidemiológica, vigilancia de la salud y enfermedad.
3. Entrevista con el área de información gerencial.
4. Entrevista con el área de información financiera.
5. Entrevista con las áreas de información socio-económica, encuestas de hogares y estudios multicéntricos.

Participaron en este diagnóstico, representantes de ocho (8) instituciones del país (y 21 áreas) con responsabilidad en la administración de estadísticas sanitarias. El *instrumento de análisis de la situación*, cuya aplicación corrió a cargo del MINSA con el apoyo de expertos externos y un representante de la OPS en Panamá, capta información cualitativa que permite identificar las características del funcionamiento del Sistema de Información de un país en comparación con el estándar establecido en la Red:

1. Aspectos técnicos asociados al desempeño del SIS,
2. Aspectos organizacionales y de comportamiento del SIS.

La descripción del SIS se realizó en términos de sus recursos, procesos (selección de indicadores y fuentes de datos; recolección y administración de los datos); y los resultados (información, uso y difusión). Para ello, el instrumento abordó seis sub-componentes del SIS (ver Anexo 3):

1. **Los Recursos:** Las preguntas se incluyeron el marco legal y regulador para asegurar un funcionamiento total del SIS y los recursos disponibles para el SIS, incluyendo los humanos, el apoyo logístico, la tecnología de la información y de la comunicación, y los mecanismos de coordinación.
2. **Los indicadores:** Las preguntas se refirieron a un grupo básico de indicadores y sus metas correspondientes. Estos cubrieron las principales áreas de la información en salud (determinantes, recursos y productos del sistema de salud, la cobertura de los servicios de

⁹ Basado en OPS/OMS (2005). "*Diagnóstico para el análisis de la situación de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas*". AIS/OPS. Buenos Aires, noviembre 2005

¹⁰ Informe del Diagnóstico del Sistema de Información en Salud (SIS) de Panamá. Proyecto Red Métrica de Salud. Panamá, 6 al 10 de febrero del 2006

salud y la calidad y estado de salud), es la base para establecer un plan y una estrategia para un sistema de información en salud.

3. *Las fuentes de datos:* Las preguntas examinaron dos tipos de fuentes de datos: aquellos que generan estimaciones a nivel poblacional (censo, registro de hechos vitales y encuestas a hogares), y los que se relacionan con la prestación de los servicios de salud y registros administrativos (vigilancia de las enfermedades, registros de los centros de salud, registros administrativos y encuestas de los centros de salud).
4. *La administración de la información:* Las preguntas incluyeron los aspectos del manejo de datos: recolección, administración, procesamiento y análisis.
5. *Los productos de la información:* Las preguntas examinaron los procesos en que los datos se transforman en información.
6. *La difusión y el uso:* Las preguntas exploraron la forma en que la información esta disponible y accesible a los tomadores de decisiones, así como en la medida en que se da importancia a los aspectos organizacionales y de comportamiento que limiten su uso.

El segundo recurso para el diagnóstico fue la **evaluación de los sistemas estadísticos de salud**, realizada a varios países de la región, empleando una metodología desarrollada en el marco del Plan de Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de las Américas (PFEVS)¹¹ y basada en el uso de instrumentos desarrollados para evaluar el estado y calidad de las estadísticas vitales, de morbilidad y de recursos y servicios de salud. La metodología aborda la situación de producción de datos desde una perspectiva cualitativa (a través de seis cuestionarios) y desde otra cuantitativa (dos aplicaciones), ambas complementarias para el análisis de la situación de cada una de las estadísticas.

Cinco cuestionarios indagan, para cada tipo de estadística, por las características de las etapas del proceso de producción de la información con vistas a detectar, en un análisis posterior, aquellos factores determinantes o invalidantes de la calidad del dato. Su identificación permitiría a los países contar o complementar el diagnóstico disponible, y focalizar acciones de fortalecimiento en aquellos momentos de la secuencia productiva en que los mismos actúan. Un sexto cuestionario (denominado Escala, fue dirigido a usuarios de la información en salud quienes opinan sobre el estado de situación particular de las estadísticas vitales del país). Las dos aplicaciones, que contienen trece ejercicios enfocados a detectar niveles de cobertura y calidad de las citadas estadísticas, se desarrollan para una serie histórica y para el segundo nivel geográfico administrativo de cada país

Al no disponerse de una evaluación de la información de morbilidad reportada por la vigilancia se llevó a cabo una **evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica**, mediante la aplicación de varios instrumentos (ver mas adelante) dirigidos a evaluar aspectos de capacitación y percepción del personal que dirige y realiza las actividades de vigilancia, algunos atributos del sistema como la sensibilidad, oportunidad, representatividad y uso de la información, basado en la metodología y estándares propuestos por los CDC¹² y la OMS¹³.

Para realizar el proceso de evaluación en esta fase se realizaron entrevistas con funcionarios y directivos del área de epidemiología y se revisó la documentación, manuales e instrumentos, procesos y reportes relacionados con el proceso de vigilancia epidemiológica.

¹¹ Metodología propuesta en la **Guía para el análisis de las estadísticas vitales, de morbilidad y recursos de salud**, que incluye de instrumentos de análisis de este tipo y desarrollada como parte de las recomendaciones del Comité Regional de Estadísticas de Salud de la OPS (CRAES), en su última reunión efectuada en Washington en septiembre de 2003.

¹² CDC. Framework for Evaluating Public Health Surveillance Systems for Early Detection of Outbreaks. MMWR. Recommendations and reports May 7, 2004 / 53(RR05);1-11

¹³ WHO. Protocol for the evaluation of epidemiological surveillance systems Division of Health Situation and Trend Assessment and Division of Emerging and other Communicable Diseases Surveillance and Control. World Health Organization, Geneva February 1997

Resultados

Según los resultados de la evaluación realizada a los sistemas de estadísticas de salud en países de la región¹⁴, Panamá presenta una situación de sus estadísticas que lo ubican en el grupo con tipología 2, junto a países como Brasil, Colombia, Ecuador, México y Venezuela. Este grupo presenta las siguientes características:

1. En estadísticas vitales:

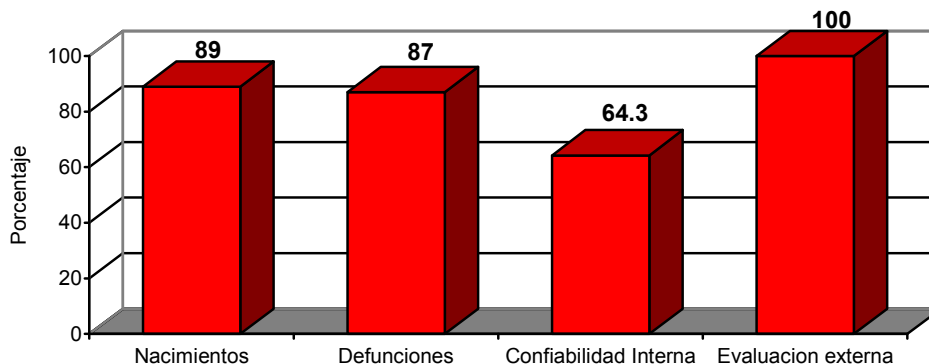
- Nivel de cobertura intermedio en promedio (entre 70 y 80 por ciento).
- Importantes disimilitudes según fuentes de estimación.
- Menor nivel de calidad que de cobertura.
- Importantes diferencias regionales en uno y otro aspecto.
- Percepción diferente de productores y usuarios sobre el sistema

2. En sus estadísticas de morbilidad y recursos:

- Mayor nivel de análisis de problemas en las primeras, pero más errático.
- Menor nivel de análisis en series y niveles geográficos.
- Importantes diferencias regionales, cuando existe análisis.
- Percepción diferente de los productores sobre el sistema.

Los análisis de confiabilidad indican que las estadísticas vitales requieren algunas mejoras, mientras que las de morbilidad y recursos necesitan mejoras considerables. Según los resultados de la evaluación, para el año 2005, la cobertura de los hechos vitales alcanzó el 89% en los nacimientos y el 87% para las defunciones (ver figura 6).

Figura 6. Porcentaje de cobertura de nacimientos y defunciones. Panamá, 2005



Fuente: Contraloría General de la Republica

¹⁴ Todos los países de habla hispana, Brasil y Haití; y siete países del caribe inglés (Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago) y Estados Unidos. Canadá aún no ha entregado la información.

El sistema general de estadísticas de salud

El Sistema Estadístico Nacional en Panamá tiene la función de integrar de manera eficiente las actividades correspondientes a la estadística nacional, bajo una normativa común, con la finalidad de asegurar la eficiencia del proceso de producción estadística, garantizar su calidad, evitar la duplicidad de esfuerzos y optimizar el uso de los recursos; el sistema está conformado por las Instituciones del sector Público. La Contraloría General de la República, a través de la Dirección de Estadística y Censo (DEC), es la responsable de las estadísticas oficiales del país (ver figura 7).

Actualmente la DEC está promoviendo la Estrategia Nacional de Desarrollo de Estadísticas, basada en las directrices de la iniciativa PARIS21¹⁵, que prevé desarrollar una cultura de toma de decisiones y de ejecución transparente y basada en datos, que permita mejorar la eficiencia, el buen gobierno y la responsabilidad a nivel nacional (ver Anexo 4).

El sistema de *estadísticas relacionadas con salud* en Panamá tiene una organización mixta, pues intervienen varias entidades en el ciclo de producción de los datos estadísticos, pero, como se ha señalado, la institución que emite la información definitiva y oficial es la Contraloría General de la República, mediante la Dirección Nacional de Estadística y Censo (ver figura 7). Aunque generalmente hay una institución principal o responsable para cada tipo de estadísticas, en ocasiones instituciones diferentes procesan datos del mismo componente del subsistema (ver figura 8). Por ejemplo en la producción de las estadísticas vitales participa el sector salud en el registro médico biológico del nacimiento o la defunción, el registro civil en la certificación legal y la DEC en el ordenamiento y la consolidación final.

Figura 7. Organigramas de la Contraloría

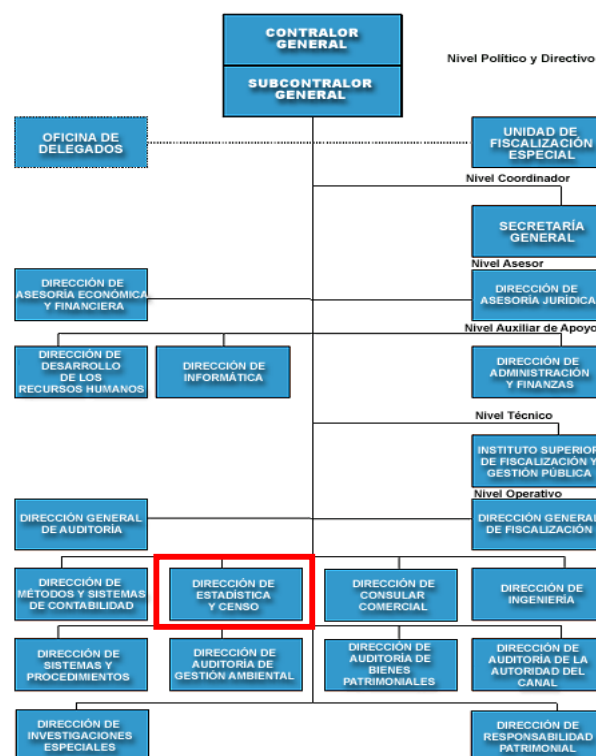


Figura 8. Responsables y participantes de cada subsistema

Subsistema	Responsable	Participantes (en algún momento del ciclo)
Estadísticas vitales	CGR (DEC)	• MINSA, • Tribunal Electoral
Estadísticas de morbilidad	MINSA (REMES)	• MINSA, • CSS
Estadísticas de recursos y servicios	MINSA (REMES)	• MINSA, • CSS, • CGR

CGR: Contraloría General de la República
DEC: Dirección de Estadística y Censo
MINSA: Ministerio de Salud

REMES: Sección de Registros Médicos y Estadísticas
CSS: Caja de Seguro Social

¹⁵ PARIS21 (**PAR**tnership **I**n **S**tatistics for development in the **21**st century o Colaboradores de la Estadística al Servicio del Desarrollo en el Siglo XXI) es una iniciativa internacional lanzada por un consorcio mundial de responsables estadísticos y usuarios de información estadística al servicio del desarrollo. La Estrategia Nacional de Desarrollo de la Estadística en la subregión nace en el 2003 en reunión realizada y convocada por el consorcio PARIS21 en El Salvador. En este encuentro se determinó la importancia de homogenizar las estadísticas y elaborar indicadores comparativos para el estudio de la Región Centroamericana.

Con relación a las *estadísticas vitales* la recolección y codificación de la información está descentralizada, pero el procesamiento, elaboración y publicación de los datos, está centralizada en la oficina nacional de la Sección de Estadísticas Vitales, la cual forma parte de la Dirección Nacional de Estadística y Censo (ver Anexo 1), dependiente de la Contraloría General de la República (CGR). Como indica su nombre, esta sección produce (recolecta, codifica, ingresa, procesa y difunde) estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) del país. La misma cuenta con oficinas regionales en cada provincia del país¹⁶.

En el ciclo de producción de las estadísticas de hechos vitales intervienen también el Registro Civil, institución dependiente del Tribunal Electoral y la Sección de Registros Médicos y Estadísticas (REMES) del MINSA.

Las estadísticas de *morbilidad y recursos de salud* (disponibilidad, organización y utilización), son producidas por la Sección de Registros Médicos y Estadísticas del Departamento de Análisis y Tendencias en Salud (DATS) que forma parte de la Dirección de Políticas del Sector Salud, del Ministerio de Salud (MINSA). De la misma forma, la Caja de Seguro Social (CSS) produce la información de morbilidad y recursos generada en las instalaciones de salud de la Caja, a través de la estructura del departamento de estadísticas de esta institución. Adicionalmente la Dirección Nacional de Estadística y Censo de la CGR, recoge información sobre recursos y servicios de salud mediante una encuesta anual.

El país produce también *otras estadísticas sociodemográficas*, que están a cargo de las Secciones Social y de Población y Análisis Demográfico dentro de la Dirección de Estadística y Censo, dependiente de la CGR (ver organigrama en Anexo 1). La DEC se encarga de producir información demográfica, socioeconómica y sobre condiciones de vida, mediante encuestas periódicas de hogares, generalmente anuales (ver tabla en Anexo 5).

Estadísticas vitales

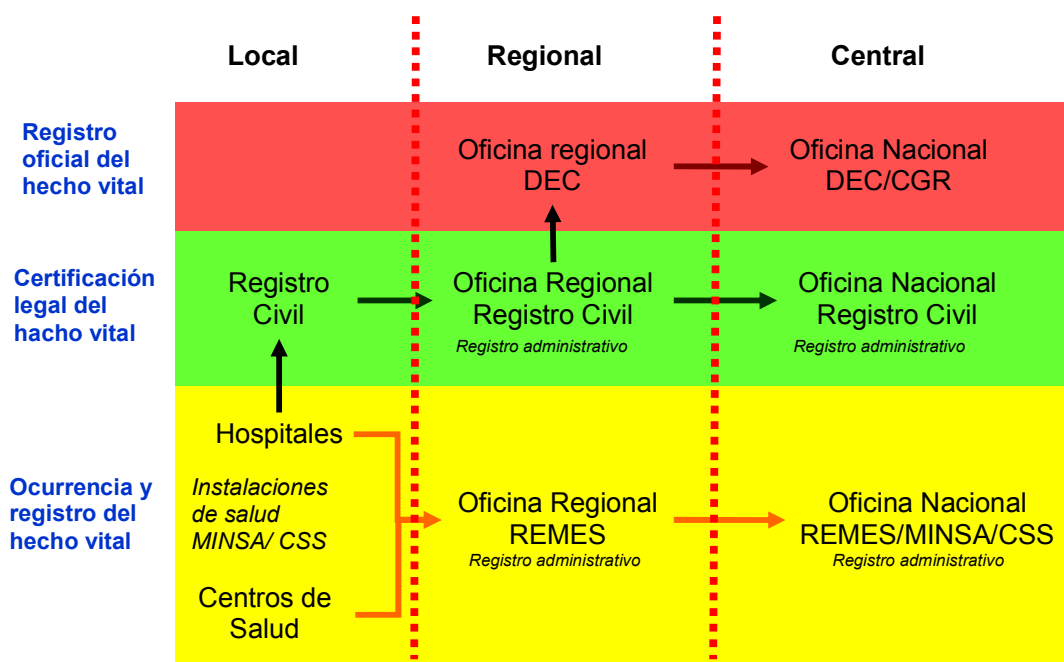
La rectoría en la producción de las estadísticas vitales de Panamá se encuentra en manos de la Sección de Estadísticas Vitales, dentro de la Dirección de Estadística y Censo, dependiente de la CGR. El país cuenta con normativas legales que regulan el sistema de estadísticas vitales, principalmente el Decreto Ley No. 7, sobre la Estadística Nacional y la Ley No. 68 del 20 de noviembre de 2003, que reglamenta los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada. Las definiciones de los hechos vitales utilizadas en el país se ajustan a las recomendaciones internacionales.

Las fuentes de información de los eventos vitales (nacimientos, defunciones y defunciones fetales) son los sectores público (niveles nacional, subnacional y local), la seguridad social y el privado. Para realizar el registro legal de los nacimientos vivos y defunciones se siguen los procedimientos establecidos por el Registro Civil del Tribunal Electoral (ver Anexo 6) y para la recopilación de los datos necesarios y elaborar la información estadística, se utilizan los formularios distribuidos por la Sección de Estadísticas Vitales (ver Anexo 7).

En el caso de las defunciones el proceso de registro se inicia con la certificación médica, realizada por las instituciones del MINSA, la CSS, Instituto de Medicina Legal, Clínicas privadas y médicos particulares, mediante el llenado del certificado de defunción (ver Anexo 7b). En estas instituciones el registrador del Registro Civil realiza la inscripción legal del hecho y envía los informes a la oficina correspondiente de Estadísticas Vitales de la DEC. En todas estas instituciones se realiza el respectivo registro administrativo a lo largo de su estructura institucional (ver figura 9).

¹⁶ En Panamá este segundo nivel o región, se corresponde con el nivel político-administrativo oficial de las provincias.

Figura 9. Flujo general de información de estadísticas vitales.



A nivel local (donde ocurre el hecho), el llenado del Formulario de Estadísticas Vitales lo realizan tanto el registro civil, como el servicio de salud. El oficial del registro civil ubicado en el hospital, recibe la información del servicio de salud o directamente del informante del hecho vital (mediante el parte clínico) y realizan la inscripción oficial del hecho, utilizando el parte clínico del médico que atendió el hecho. Este nivel local completa los formularios de los hechos vitales (nacimientos, defunciones y defunciones fetales) y consolida la información semanal y mensualmente. Una vez completado el informe estadístico se hacen paquetes y se envían por correo ordinario a la oficina regional (ver mayor detalle en Anexo 8).

El segundo nivel corresponde a la Oficina Regional de la Dirección de Estadística y Censo de la CGR, la cual se comunica con las unidades de donde proceden los datos y con ellas realizan consultas y ajustes o aclaraciones para resolver errores o dudas sobre los hechos vitales reportados. En estas oficinas se realiza la codificación de las causas de muerte, el lugar geográfico y la ocupación de la persona, haciendo uso de las claves correspondientes. Para ello se utilizan nomencladores internacionales (por ejemplo la CIE-10) y nacionales (la División política de la República de localidades, de ocupaciones y otras).

En las Oficinas Regionales de Estadística y Censo, una vez codificados los formularios originales, se envían al nivel central. En el caso de la Comarca Kuna Yala y Panamá Este, el personal de la Sección de Estadísticas Vitales es el responsable de recopilar la información. El personal del área sociodemográfica de las Oficinas Regionales, realizan la compilación, crítica y codificación del informe estadístico; posteriormente envían el material a la oficina central donde se realiza el ingreso de los datos, revisión de la consistencia, tabulación y el cálculo de los indicadores.

La oficina nacional de Estadística y Censo de la CGR, mantiene coordinación con las oficinas regionales con el propósito de mejorar la cobertura y calidad de la información. En esta oficina se realizan todos los procedimientos para asegurar la calidad de los datos: se ingresa, registra y revisa la codificación, se realiza la edición crítica y un análisis de consistencia. La Sección de Estadísticas Vitales de la oficina central, es la encargada de realizar la elaboración y difusión de las cifras oficiales e informes estadísticos.

La Sección de Estadísticas Vitales cuenta con personal profesional y técnico para desarrollar sus procesos. Este personal ha recibido capacitación básica en contenidos de CIE 10 y bioestadística (estadística descriptiva, muestreo) y uso de paquetes informáticos. La Sección dispone además de un equipamiento de 17 computadoras, 5 de ellas con conexión a Internet, cuenta con 2 impresoras, dos líneas de teléfono y utiliza el fax de la Dirección.

Periódicamente la oficina central de estadística realiza actividades de intercambio de la información de los hechos vitales: consultas técnicas, reuniones de coordinación, capacitaciones relacionadas con la certificación médica de la causa básica de muerte con base en la CIE, sobre el Sistema de las Estadísticas Vitales, el llenado correcto de los formularios estadísticos y otras charlas o conferencias de acuerdo con los conocimientos y experiencia del personal, además de la elaboración de las publicaciones estadísticas (semestral y anual).

En el país está conformado un comité nacional interinstitucional de estadísticas vitales, integrado por la Contraloría General (Dirección de Estadística y Censo), Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y la Dirección Nacional de Registro Civil (dependiente del Tribunal Electoral). Este comité se reunió de manera irregular durante los años noventa, pero actualmente no está funcionando y no cuenta con un plan anual de trabajo.

La Sección de Estadísticas Vitales de la CGR cuenta también con normas y procedimientos para realizar las actividades de control de la información estadística: pruebas de validez y consistencia, codificadores y otros estándares internacionales, como:

- Organización de las Naciones Unidas. Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 2, Serie M19, Nueva York, 2003
- Organización de las Naciones Unidas. Manual de Sistemas y Métodos de Estadísticas Vitales. Vol. I. Aspectos Jurídicos, institucionales y técnicos. Nueva York, 1992
- Organización de las Naciones Unidas. Manual de Capacitación en Sistemas de Registro Civil y Estadísticas Vitales. Nueva York, 2003
- Organización Panamericana de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª. Revisión, Washington, D.C., 1995
- Codificación Numérica de la División Política Administrativa de la República de Panamá
- Clasificación Nacional de Ocupaciones CNO - 2000
- Clave de codificación del certificado estadístico.

El ingreso de los datos de los nacimientos vivos, las defunciones fetales, matrimonios y divorcios, se realiza a una base de datos almacenados en SQL Server, en un servidor central propio de la oficina central. Para las defunciones, se trabaja en el administrador de base de datos de Microsoft Access. Existe un plan de frecuencias y tabulados estandarizados para cada año. Anualmente en versión impresa se publican las cifras de todos los hechos vitales por región y algunos cuadros hasta nivel de distrito. Igualmente en forma digital los datos se incluyen en el sitio web de la CGR; URL: <http://www.contraloria.gob.pa/dec/> (ver Anexo 9). Los usuarios que utilizan información de estadísticas vitales la requieren en diferentes formatos: datos tabulados, bases de datos o indicadores.

Esta oficina recibe financiamiento del Presupuesto de la Republica y no cuenta con apoyo de proyectos de cooperación técnica externa, aunque eventualmente recibe la ayuda de la colaboración bilateral o multilateral para desarrollar algún proyecto específico.

Sobre la calidad de las estadísticas de nacimientos y defunciones

La oficina central de estadísticas vitales realiza actividades periódicas (frecuencia semestral) de evaluación de cobertura y calidad de las estadísticas vitales, pero no existen documentos que muestren los resultados de dichas evaluaciones. Entre estas actividades se encuentran:

- Para la evaluación de la cobertura se obtienen las cifras estadísticas de las Instituciones de salud y se comparan con las procesadas en la Oficina Central. Además se elabora el cuadro

de la captura diaria de la información recibida en la Oficina Central por provincia, comarca, distrito y corregimiento; por mes de ocurrencia y se compara con años anteriores.

- Para la evaluación de la calidad al recibirse la información, se registra y se hace una revisión crítica; por oficina de registro y por institución de salud. En el proceso de codificación también se critican los datos por oficina de registro y por institución de salud. Finalmente, en la captura de la información se aplica la prueba de validez y consistencia, por cada formulario.

Las tabulaciones de nacimientos, defunciones y defunciones fetales se realizan en base a variables de edad y sexo, causa, fechas de ocurrencia y registro; y lugares de residencia y ocurrencia del hecho. Algunos aspectos relacionados con la calidad de las estadísticas vitales e indicadores de mortalidad y natalidad proveniente de ellas, se presentan en la tabla 2.

Tabla 2: Indicadores seleccionados de estadísticas vitales. Panamá, año 2005

<i>Indicador</i>	<i>Nacimientos (%)</i>	<i>Defunciones (%)</i>	<i>Defunciones fetales (%)</i>
Edad no especificada de la madre	0.5	N/D	1.4
Hechos ocurridos en hospitales o centros de salud	90.7	62.3	10.8
Hechos ocurridos fuera de instituciones asistenciales	9.3	37.7	89.2
Peso del niño al nacer no especificado	2.6	N/D	93.1
Hechos atendidos por médico	81.4	91.8	10.8
Hechos atendidos por parteras tradicionales	2.2	N/A	0.0
Hechos certificados por médico	81.4	91.8	99.9
Causa de muerte certificada por médico	N/A	91.8	N/A
Causas de muerte mal definidas	N/A	N/D	N/A
Omisión de la causa de muerte	N/A	N/A	N/A
Edad no especificada del difunto	N/A	0.8	N/A
Muertes por paro cardíaco/respiratorio	N/A	N/D	N/A

Fuente: Sección de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. N/A: No aplicable N/D: No disponible

* Porcentaje sobre el total de nacimientos vivos, defunciones y defunciones fetales ocurridas.

En los últimos diez años se han realizado tres trabajos de consultoría para el fortalecimiento o mejoramiento de las estadísticas vitales del país, uno dirigido al mejoramiento de las estadísticas de Defunciones y Defunciones Fetales (1996), el segundo para el mejoramiento de las Estadísticas de Defunciones (2002); en ambos casos se alcanzaron buenos resultados. Recientemente en el 2006, se concluyó otra consultoría dirigido a las estadísticas de matrimonios y divorcios. Estos trabajos han ayudado a mejorar la calidad de estas estadísticas, aunque aun existen problemas de registro para algunos hechos.

De acuerdo con la percepción interna, las autoridades califican el sistema de estadísticas vitales del país como bueno, pero necesita mejoras. Para argumentar esto se señala que el sistema mejoraría notablemente, si se descentraliza el sistema de procesamiento de la información o sea que cada oficina regional realice su tratamiento electrónico y a través de la Red, y si se tuviera acceso en la oficina central, donde se terminará el procesamiento de la información a nivel nacional. El sistema también mejoraría en su cobertura y oportunidad, si el registro de los hechos vitales fuese más eficiente a través de una adecuada coordinación interinstitucional, pues aun se presentan problemas de subregistro y errores en la certificación de la causa de muerte, por ejemplo.

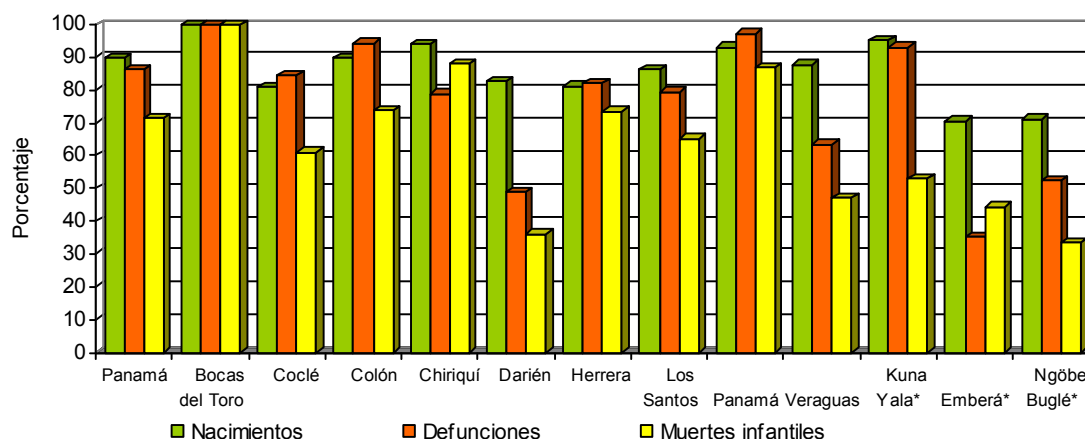
Aunque se han realizado trabajos de consultoría, no se han desarrollado programas o proyectos integrales para mejorar los sistemas de registro civil y estadísticas vitales. No obstante, se realizan actividades para mejorar la calidad de la información de las estadísticas vitales, por ejemplo:

- Verificaciones e investigaciones específicas para control de calidad de la certificación de las causas de muerte.
- Seminarios nacionales y regionales relacionados con certificación médica a personal médico
- Seminarios de capacitación para codificadores de las causas de muerte.
- Cursos de codificación de la CIE-10.

- Capacitación a los Registradores Auxiliares y oficiales del registro de los hechos vitales.

A continuación se muestran algunos resultados cuantitativos relacionados con la calidad de las estadísticas vitales. En general las mejores coberturas se observan para los nacimientos, mientras que mas bajas corresponden a las defunciones infantiles. Las regiones con mayores problemas de cobertura de hechos vitales son Darien y las Comarcas indígenas (ver Figura 10).

Figura 10. Cobertura de algunos hechos estadísticos¹. Panamá, 2005



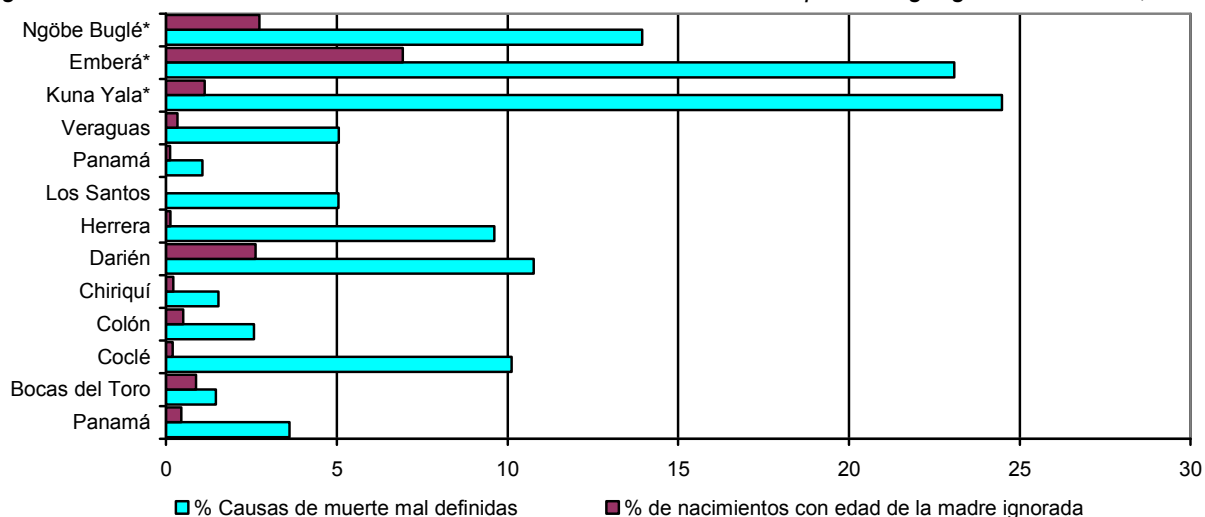
Fuente: Contraloría General de la Republica, Sección de Estadísticas Vitales

* Comarcas indígenas

¹ Calculada a partir de las diferencias entre el registro continuo y las estimaciones de defunciones de la Sección de Análisis Demográficos de la Dirección de Estadística y Censo, y los nacimientos de la Sección de Estadísticas Vitales de la CGR.

La calidad del registro de los hechos también muestra los mayores problemas en las comarcas, así como en Chiriquí y Bocas del Toro. En estas regiones se encontró que más del 40% de los nacimientos aparecen con edad de la madre ignorada (ver Figura 11). Adicionalmente, en Kuna Yala el 20% de las causas de muerte están mal definidas.

Figura 11. Indicadores de calidad seleccionados de estadísticas vitales por área geográfica. Panamá, 2005



Fuente: Contraloría General de la Republica, Sección de Estadísticas Vitales * Comarcas indígenas

La Sección de Análisis Demográfico es la encargada de realizar las proyecciones de población del país, además de estimar los nacimientos vivos y las defunciones por año, y por ende, los subregistros respectivos. Las fuentes de información son los Censos de Población y las Encuestas Socio

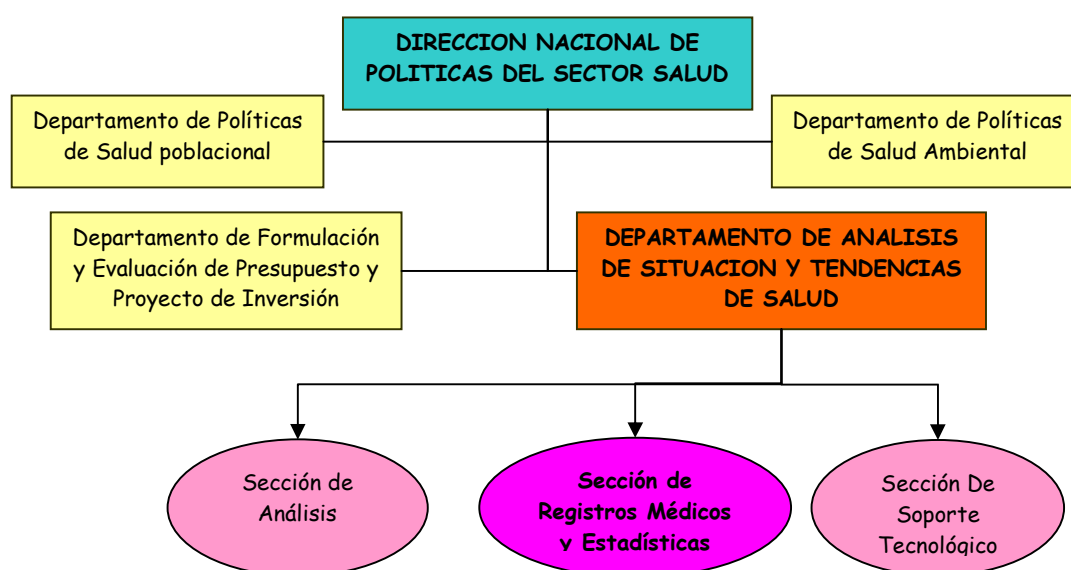
demográficas que se realizan anualmente, captándose información desagregada para las distintas áreas geográficas del país. Se estima que los Censos de Población tienen un porcentaje de omisión de 3,6%, lo que significa una calidad bastante buena de la información recopilada.

Durante el análisis de esta información se utilizan métodos directos e indirectos que permiten no sólo evaluar su calidad sino también hacer estimaciones a futuro del comportamiento de la fecundidad y de la mortalidad, dando luces de los avances que en materia de salud se han alcanzado. Dentro del rol de las unidades administrativas arriba señaladas, la Sección de Población es la responsable de recopilar, criticar, revisar la consistencia, tabular y calcular los indicadores sociodemográficos; mientras que análisis demográfico evalúa y analiza el comportamiento de estos indicadores. Periódicamente se realizan reuniones entre estas secciones con el propósito de dar seguimiento a la calidad de la información.

Estadísticas de morbilidad

En Panamá el MINSA es el único organismo oficial responsable de las estadísticas de morbilidad hospitalaria en el país, a través de la Sección de Registros Médicos y Estadística (REMES), perteneciente a la Dirección de Políticas del Sector Salud del MINSA (ver figura 12), la cual registra y procesa toda la información oficial que se difunde sobre morbilidad hospitalaria. Ello se establece también en la Ley No. 7, sobre Estadísticas Nacionales.

Figura 12. Organigrama de la Dirección de Políticas del Sector Salud, del Ministerio de Salud



De acuerdo con la oficina de REMES, existen 785 instalaciones de salud que están incorporadas al sistema de información y producen datos estadísticos de salud (ver Tabla 3).

Tabla 3: Instalaciones de salud. Panamá, 2006

<i>Instalación</i>	<i>MINSA</i>	<i>CSS</i>
AMBULATORIO		
Policentros de Salud/ Policlinicas	3	25
Centros de Salud/ ULAPS	185	13
Sub Centros de Salud	110	
Puestos de Salud	455	
Centros de Promoción/ CAPPS	7	27
<i>Subtotal</i>	<i>760</i>	<i>65</i>

<i>Instalación</i>	<i>MINSA</i>	<i>CSS</i>
HOSPITALARIO		
Nacionales Especializados	4	18
Nacional Enf. Crónicas	1	
Instituto Nacional Especializado	1	
Regionales	9	
Regional Int. MINSA – CSS	1	
Área	9	
<i>Subtotal</i>	<i>25</i>	<i>18</i>
Total	785	83

Fuente: Sección REMES. MINSA

La información de estadísticas de morbilidad se recibe del sector público y de la seguridad social (ver Tabla 4). No se reciben datos sobre morbilidad atendida en el sector privado, aunque algunas instalaciones de este tipo envían reportes sobre egresos hospitalarios, a las oficinas regionales de salud.

Tabla 4: Eventos de salud en estadísticas de salud según subsector. Panamá, 2005

<i>Práctica/evento</i>	<i>Subsector</i>				
	<i>Público</i>			<i>Seguridad social</i>	<i>Privado</i>
	<i>Nacional</i>	<i>Regional</i>	<i>Local</i>		
Egresos hospitalarios	X	X	X	X	X*
Consultas en consultorios externos	X	X	X	X	
Consultas en salas de emergencia	X	X	X	X	
Movimiento de pacientes	X	X	X	X	
Pacientes internados	X	X	X	X	

Fuente: Sección REMES. MINSA

* Se recibe informe parcial de algunas clínicas privadas

A nivel de cada establecimiento de salud (tanto del sistema público, como de la CSS) existe una *oficina o departamento de estadística* dependiente de la Sección de Registros Médicos y Estadísticas, encargada de recepcionar y registrar los formularios llenados por el personal de salud. Este departamento depende de la oficina regional de salud.

Para la recolección de información se utiliza un formulario único e idéntico para cada práctica o evento, con dos copias (en papel carbónico), con el que se realiza el registro de los datos de morbilidad atendida, desde el servicio de salud (centro de salud u hospital). Este instrumento es el Registro Diario de Actividades (ver Anexo 10), que utiliza el personal de los servicios de salud para anotar las actividades que realiza en cada jornada de trabajo. Este formulario se utiliza en todos los servicios de primer¹⁷ y segundo nivel (hospitales). Para consolidar la información se utiliza un formato estándar que se envía semanalmente a la oficina regional.

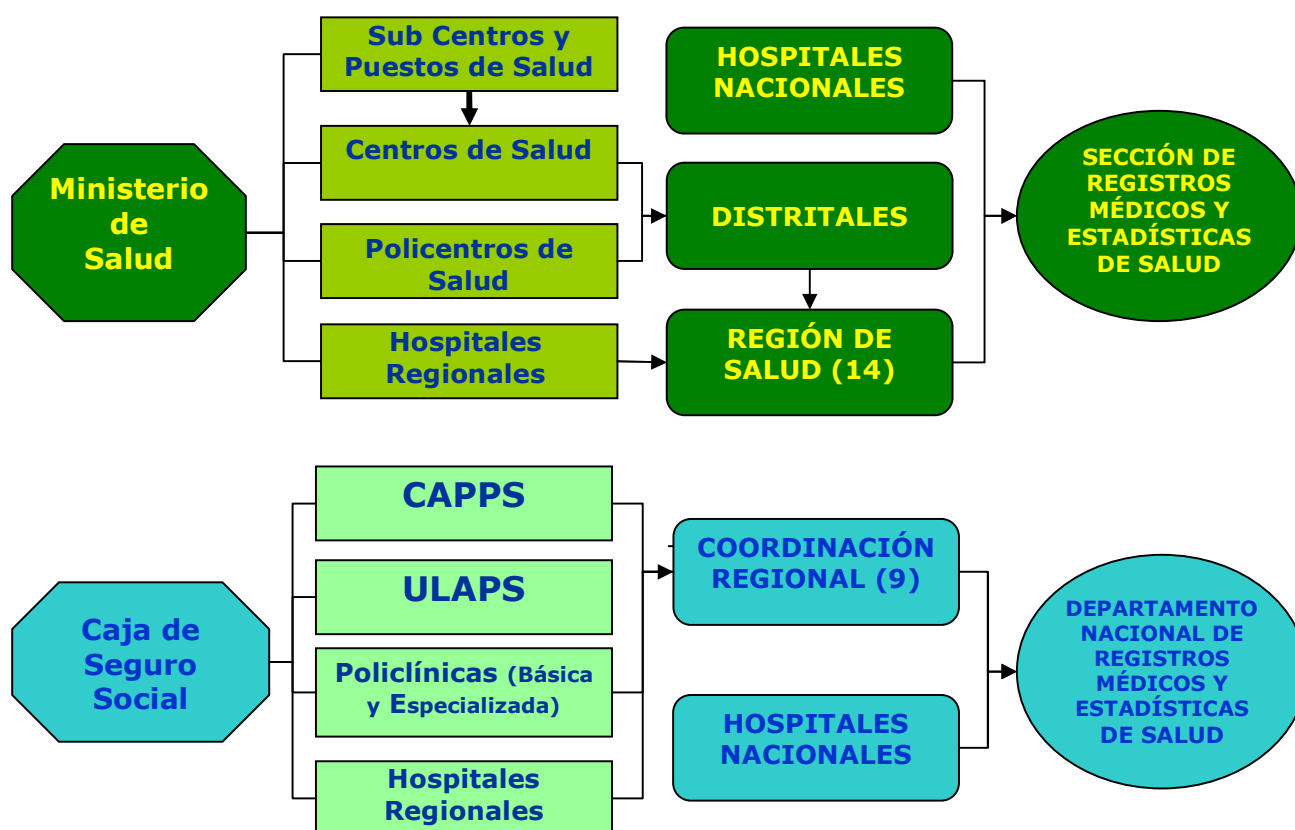
A nivel hospitalario se utiliza también un formulario único, que recoge datos sobre egresos hospitalarios y también de servicios. Aunque existe un formato estándar, algunas instituciones modifican su estructura para captar otros datos de interés local. La información se consolida mensualmente en un informe con dos copias, una se retiene en el establecimiento y la otra se envía a la oficina regional.

El flujo de recolección de información estadística de salud sigue dos caminos independientes, según el subsector: establecimientos del sector público (MINSA) y de la Seguridad Social (CSS). Cada subsector tiene su propio flujo de información desde el establecimiento de salud hasta el nivel nacional, y aunque se han hecho esfuerzos para establecer una comunicación y la integración de las

¹⁷ Existen 7 tipos de instituciones de salud de primer nivel: Policlínicas, ULAPS, CAPPS (de la CSS), Centro de Salud, Policentros, Centros de Promoción, Puestos de Salud (de sector público), pero solo reportan o notifican morbilidad las Policlínicas y Centros de salud que cuentan con médico.

estadísticas de ambos a nivel central, aun no se logra este propósito (ver figura 13). En ese proceso, participan los respectivos servicios de epidemiología de ambas instituciones, que se encargan de recolectar, procesar y diseminar información sobre enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en el país. Entre ambas instituciones del mismo sector, no existe un intercambio de información sistemático. Como consecuencia se produce un proceso de recolección de paralelo de datos que por la falta de coordinación, genera duplicidad y mala calidad del registro de los casos..

Figura 13. Flujo de información del sistema de REMES según subsector.



CAPPS: Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud
 ULAPS: Unidades Locales de Atención Primaria de Salud

Los datos de enfermedades sujetas a vigilancia¹⁸ son recolectados a través de la unidad de vigilancia epidemiológica, a cargo del Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgos a la Salud y enfermedades (perteneciente a la Dirección General de Salud Pública). La codificación y tabulación se realiza por las oficinas de REMES, pasa a revisión por la unidad de epidemiología regional y luego regresa a REMES regional, la cual envía el informe semanalmente a la sección de estadística del Departamento de Epidemiología nacional. El registro de los casos se realiza en el mismo Registro Diario de Actividades y se consolida en un formulario semanal por edad y sexo (ver Anexo 11).

Además del registro diario, el médico de atención realiza el llenado del formulario de notificación e investigación del caso de enfermedad objeto de vigilancia, el cual incluye información epidemiológica adicional sobre el paciente y la enfermedad (ver Anexo 12). Los datos se almacenan en registros de papel y en bases de datos en la unidad de Epidemiología y son tabulados periódicamente para su

¹⁸ El Decreto Ejecutivo No. 268 del 17 de agosto de 2001, determina los problemas de salud de notificación obligatoria, señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones.

diseminación y publicación en el Anuario Estadístico del MINSA, por la Sección de Registros Médicos y Estadística.

En todos los eventos o prácticas para el registro estadístico de los datos de morbilidad intervienen las diferentes instancias de REMES. Una vez que se ha realizado la certificación del evento por el médico, se llena y envía el informe estadístico y su compilación y crítica se realizan por el personal del servicio de salud (ver Tabla 5). El ciclo de este proceso es similar y se realiza paralelamente en la estructura de estadística de la CSS.

Antes de ingresar los datos, para el control de calidad de la información que llega en los informes estadísticos, se realiza la revisión de criterios de registro y corrección del dato previa consulta con el profesional que lo registra o en el expediente clínico.

Tabla 5: Responsable de cada etapa del proceso estadístico según evento o práctica. Panamá, 2005

Etapas de la secuencia	Práctica o evento				
	1	2	3	4	5
Certificación médica	Jefatura	Servicio	Jefatura	Jefatura	Jefatura
Envío del informe estadístico	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio
Compilación y edición crítica del informe estadístico	Jefatura	Servicio	Jefatura	Jefatura	Jefatura
Codificación	REMES	REMES	REMES	REMES	REMES
Ingreso de datos	REMES	REMES	REMES	REMES	REMES
Consistencia y asignación	REMES	REMES	REMES	REMES	REMES
Procesamiento de tabulados	REMES	REMES	REMES	REMES	REMES
Elaboración de indicadores	REMES	REMES	REMES	REMES	REMES
Difusión de la información	DiPol	DiPol	DiPol	DiPol	DiPol

Fuente: Sección REMES. MINSA

1. Egresos hospitalarios

2. Consultas en consultorios externos

3. Consultas en salas de emergencia

REMES: Registros médicos y Estadística

4. Movimiento de pacientes

5. Pacientes internados

DiPol: Dirección de Políticas del MINSA

El informe de morbilidad (para cada práctica o evento) originado en el establecimiento, se envía a la oficina de estadística del segundo nivel (regional) en paquetes por correo público. El envío se realiza semanalmente a la oficina regional y mensualmente de la oficina regional al nivel central.

En la *oficina regional*, antes del ingreso de los datos y para asegurar la calidad de la información que llega en los informes estadísticos, se realiza un control de cada variable en cuanto a criterios u objetivos y llenado completo del cuestionario. Además se hace corrección de datos con el expediente y/o personal responsable de la atención y llenado de los mismos. El informe estadístico recibido también es sometido a procesos de codificación, ingreso de datos, análisis de consistencia, tabulación y elaboración de indicadores. En esta oficina se verifican todas las actividades del proceso estadístico desde la codificación hasta la difusión. Para ello cuentan con varios manuales y normas que orientan la ejecución de las actividades estadísticas, por ejemplo:

- Manual de la CIE- 10
- División Político administrativa del país
- Sistema de Clasificación Nacional de Ocupación
- Servicio de Salud y Profesionales
- Codificación de Instalación de Salud
- Sistema de Aplicación de Admisión y Egreso – Urgencia (softwares)
- Manual para el manejo de software de la Historia Clínica Perinatal

En algunas ocasiones la oficina regional se comunica con la oficina de los establecimientos (unidades asistenciales, centro de salud, hospital) de donde provienen los informes estadísticos para hacer

correcciones o reclamos relacionados con el completamiento/ llenado o ajustes de información faltante o errónea; siendo respondidas siempre esas consultas o aclaraciones.

El ingreso de los datos se realiza manualmente a bases de datos, sin utilizar pautas de consistencia o validación automáticas; el análisis de la consistencia se realiza después del ingreso (identificando valores aberrantes, comparando periodos, etc.). Los datos se ingresan y almacenan en computadoras utilizando software convencionales para bases de datos: Access, FOX Pro y especiales como el sistema informático perinatal del CLAP, y posteriormente se copian a disquetes o CDs para su envío al nivel central.

A nivel de esta oficina se cuenta con un plan de frecuencias y tabulados estandarizado para cada año (43 formatos tabulares por problema de salud para las variables edad, sexo y área geográfica) y los resultados se publican en formato electrónico (archivos de texto que se copian en disquetes o CDs), impreso y en Internet (en la pagina web a través de la oficina central). En este nivel no se cuenta con financiamiento para publicaciones, tampoco tiene el apoyo de ningún proyecto o programa de cooperación técnica.

La *oficina nacional* de estadísticas de salud del MINSA (Sección REMES) recibe los informes estadísticos de todas las oficinas regionales del país y sistemáticamente se comunica con ellas para hacer correcciones o reclamos relacionados con el llenado o ajustes de información faltante o errónea, lo que permite aclarar siempre cualquier duda o error. A este nivel se cumplen las mismas actividades del proceso estadístico que en la oficina regional, desde la codificación hasta la publicación y difusión.

Los datos recibidos se consolidan y almacenan en computadoras utilizando los mismos software convencionales para bases de datos: Access, FOX Pro y especiales como el sistema informático perinatal del CLAP. Previamente se realiza un control de llegada de los datos y su contenido, verificación de las fuentes u origen, así como la verificación de la construcción de los indicadores y su variación cronológica. Como en la oficina regional, en este nivel disponen de varios manuales y normas para realizar las actividades estadísticas. Los reportes y bases de datos con su respectiva periodicidad de envío al nivel central se muestran en la tabla 6.

Tabla 6: Tipos de informes bases de datos estadísticos y su periodicidad. Panamá, 2005

<i>Tipo de information</i>	<i>Periodicidad</i>
Informes	
Básico de gestión	Semanal
Producción de servicios	Mensual
Giras de salud	Mensual
Estadísticas hospitalarias	Semestral
Programa Escolar	Anual
Programa Adolescente	Anual
Indicadores Nutricionales	Anual
Distribución de Alimentos	Anual
Instalación de Salud	Anual
Boletín Estadístico	Anual
Bases de datos	
Historia Clínica Perinatal	Mensual
Violencia Domestica	Mensual
Morbilidad Consulta Externa	Trimestral
Egreso	Trimestral
Urgencia	Trimestral
Salud Bucal	Semestral

Fuente: Sección REMES. MINSA

La información sobre morbilidad, para todos los eventos, se obtiene y tabula teniendo en cuenta variables básicas de tiempo y lugar (fechas y lugares de ocurrencia y registro), así como relacionadas con las personas, específicamente, edad, sexo (ver tabla 7). No se captan datos regularmente atendiendo al origen étnico.

Tabla 7: Variables incluidas en las tabulaciones sobre morbilidad. Panamá, 2005

Tabulaciones en base a:	Práctica o evento				
	1	2	3	4	5
Fecha de ocurrencia	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes
Fecha de registro	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
Lugar de residencia	Provincia, Distrito	Provincia, Distrito	Provincia, Distrito	Provincia, Distrito	Provincia, Distrito
Lugar de ocurrencia	Instalación de salud	Instalación de salud	Instalación de salud	Instalación de salud	Instalación de salud
Contempla diferencias etareas	Grupo etareo	Grupo etareo	Grupo etareo	Grupo etareo	Grupo etareo
Contempla diferencias de género	Masc. y Fem.	Masc. y Fem.	Masc. y Fem.	Masc. y Fem.	Masc. y Fem.
Contempla diferencias étnicas	-	-	-	-	-
Contempla otras diferencias (especifique)	Profesional que atiende	Profesional que atiende	Profesional que atiende	Profesional que atiende	Profesional que atiende

Fuente: Sección REMES. MINSA

1. Egresos hospitalarios

2. Consultas en consultorios externos

3. Consultas en salas de emergencia

4. Movimiento de pacientes

5. Pacientes internados

La oficina nacional de REMES, de la Dirección de Políticas del MINSA, es la encargada de la elaboración y difusión de los reportes estadísticos. Esta oficina cuenta con un plan de frecuencias y fabulación estandarizada para cada año (el mismo que el nivel regional) y los resultados son publicados en formato electrónico (archivos de texto en disquetes o CDs), versión impresa en papel (impresión por la propia oficina, en cantidad limitada para distribución dentro del Ministerio) y en Internet (pagina web:

http://www.minsa.gob.pa/minsa2006/informacion_de_salud/estadisticas_de_salud/estadisticas.htm).

Los usuarios de la información de morbilidad solicitan principalmente datos tabulados, bases de datos e indicadores. En ocasiones también requieren resultados y conclusiones de análisis de situación realizados con la información estadística con el propósito de apoyar la elaboración de planes y programas de salud.

Actualmente no existe un Comité Interinstitucional de estadísticas de morbilidad de nivel nacional, ni un plan anual de trabajo para el análisis o el desarrollo de estas estadísticas en el país. Eventualmente la oficina nacional de estadísticas de salud se comunica con la oficina central de estadísticas del país (de la CGR), para realizar consultas técnicas, reuniones de capacitación e intercambio de datos.

La oficina central tampoco cuenta con financiamiento específico para publicaciones, ni tiene el apoyo de ningún proyecto o programa de cooperación técnica. Tampoco se ha introducido un programa o proyecto para mejorar las estadísticas de morbilidad en el país. Nos obstante, se realizan algunas actividades en el país para mejorar la calidad de la información de las estadísticas de morbilidad, como por ejemplo seminarios de entrenamiento para codificadores de enfermedades, cursos de codificación de la CIE-10 a estadísticos y se realiza supervisión y asesoría sistemática a las oficinas locales de estadística.

Información sobre ocurrencia de enfermedades producida por el sistema de vigilancia

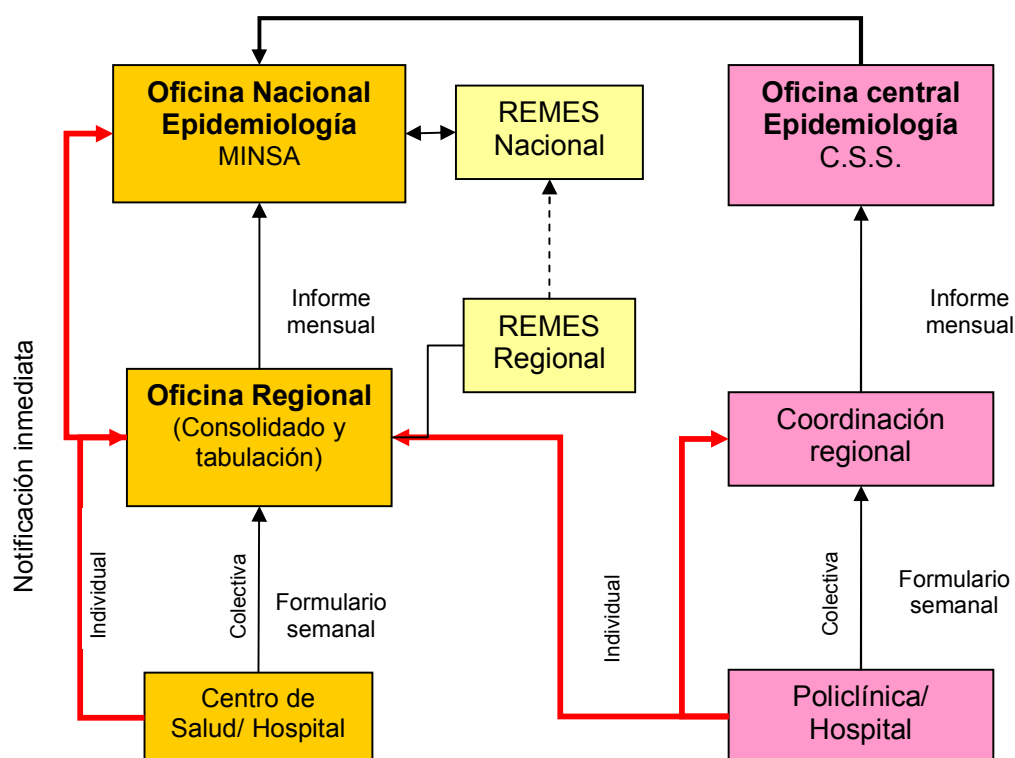
El proceso de vigilancia se sustenta en el Decreto Ejecutivo No. 268 del 17 de agosto de 2001¹⁹. Este Decreto Ejecutivo y otras normas del MINSA establece dos categorías de notificación: las enfermedades de declaración obligatoria colectiva (79 enfermedades) y las de notificación obligatoria inmediata e individual (30 enfermedades) (ver Anexo 13).

La notificación de enfermedades de declaración obligatoria se realiza en los servicios de primer²⁰ y segundo nivel (hospitales) que cuenten con médicos por el profesional encargado de brindar la atención médica a las personas que acuden a esas instalaciones. Una vez que el médico detecta un caso sospechoso lo registra y reporta al nivel regional. Para realizar la notificación de los casos y realizar la investigación epidemiológica cada médico debe completar y enviar el formulario individual de notificación e investigación correspondiente (ver Anexo 12).

El médico de atención también anota el paciente en el Registro diario de actividades (ver anexo 10) y semanalmente mediante un informe tabular de las enfermedades atendidas por semana epidemiológica, que incluye también el listado de casos enfermedades de notificación individual reportados de inmediato. Aunque el médico identifica los casos sospechosos de las enfermedades sujetas a vigilancia, en el reporte solo se incluyen los casos confirmados.

El reporte rápido de los casos de notificación individual (obligatoria e inmediata) detectados se realiza también por vía telefónica/ radio u otra a la oficina regional de salud (ver figura 14). Según la norma, todos los casos se incluyen en el reporte semanal.

Figura 14. Flujograma del proceso de vigilancia



¹⁹ Este Decreto establece las categorías de riesgos a la salud individual y colectiva, los denominados problemas de salud de notificación obligatoria, los conceptos básicos de los mismos, define el listado de las enfermedades o problemas de salud de notificación obligatoria, los procedimientos para la notificación y establece sanciones por su violación.

²⁰ Existen 7 tipos de instituciones de salud de primer nivel: Policlínicas, ULAPS, CAPPS (de la CSS), Centro de Salud, Policentros, Centros de Promoción, Puestos de Salud (de sector público), pero solo reportan o notifican morbilidad las Policlínicas y Centros de salud que cuentan con médico.

A nivel local se presentan problemas de calidad del proceso de registro de los casos atendidos, pues el personal de asistencia (médico y de enfermería) prioriza las actividades de atención del paciente y no pone el debido cuidado en el registro correcto de la información estadística.

La oficina regional recibe los formularios físicos de cada centro de salud y en la mayoría de las provincias se ingresan los datos a un archivo electrónico (generalmente en formato Excel) y algunas regiones consolidan en una tabla y se envía en papel a la oficina central de vigilancia. La información se consolida a nivel regional con el apoyo de la sección de estadística regional con la revisión de los coordinadores de epidemiología del mismo nivel. Una vez consolidados los datos mensualmente se envía el informe al nivel central.

A nivel de la oficina de nacional, una unidad interna de estadística del DVFPRESE, es la encargada de consolidar y procesar los datos de las enfermedades reportadas por semana epidemiológica y con las variables registradas. En esta instancia también se llenan registros de casos de enfermedades bajo vigilancia de programas (Malaria, Tuberculosis, Dengue, VIH/SIDA y otras), aunque el proceso de actualización de los registros no es sistemático y tiene problemas de calidad (con la excepción de algunos como Malaria, Dengue, Tuberculosis, VIH/SIDA), pues no siempre se dispone del personal y los medios para transcribir la información a los registros y bases de datos.

En la CSS el reporte para la vigilancia se realiza de forma similar. La notificación se realiza utilizando el mismo formulario por el médico y semanalmente la información se consolida en las oficinas de coordinación regional, de ahí se envía el resumen a la oficina nacional de la institución. Aunque el la Unidad de Epidemiología de la CSS informa los casos en vigilancia al Departamento de Epidemiología Nacional, no existe una coordinación o integración sistemática de los datos entre ambas instituciones para consolidar un reporte nacional único de enfermedades y problemas bajo vigilancia, o en ocasiones se realiza al finalizar el año.

A nivel de la oficina regional los datos recibidos de los establecimientos de salud se ingresan en archivos electrónicos en formato Excel y se almacenan en computadoras en las secciones de Estadísticas (REMES) y Epidemiología. En ocasiones los informes se envían en papel hasta el nivel central, donde si ingresan en los archivos electrónicos, generalmente en formato Excel.

El análisis de la información se realiza a nivel regional y también nacional, mediante la presentación de tablas y gráficos del comportamiento semanal de las enfermedades y por regiones, en reportes o boletines, con una frecuencia mensual. La calidad de los resultados del análisis es cuestionable, dado los problemas con el registro y notificación, lo que afecta la oportunidad y representatividad de los indicadores elaborados, pues no siempre se incluye la información de la CSS para el análisis de un problema de salud a nivel nacional.

La comunicación de los resultados se realiza mediante boletines de vigilancia, aunque ha sido irregular. Entre 1995 y el año 2002 se elaboraban boletines mensuales, con información tabular de la notificación de enfermedades por regiones del país. En el año 2003 no se elaboraron/difundieron reportes de vigilancia. Según la información disponible en la página Web, durante los años 2004 y 2005 se elaboraron y publicaron boletines semanales de vigilancia, hasta la semana epidemiológica 10 del año 2005. A nivel de la CSS existen problemas con la diseminación de la información estadística de morbilidad, pues no se ha autorizado su publicación en la página Web.

Sobre la calidad de las estadísticas de morbilidad

Habitualmente no se realizan evaluaciones de calidad de las estadísticas de morbilidad en el país, ni existe un plan o programa para fortalecer o mejorar estas estadísticas.

De acuerdo con los datos del año 2004, los problemas del registro muestran que a nivel local, el 33% de los casos atendidos no especifican la edad de la madre y 15% reflejan diagnósticos mal definidos. Por regiones, los mayores problemas se observan en la Comarca Ngöbe Bugle, Panamá y Los Santos. Una situación crítica se observa en relación a los datos de la atención obstétrica, pues no se especifica la edad gestacional en el 11% de los casos.

Figura 15. Indicadores de calidad del registro de enfermedades

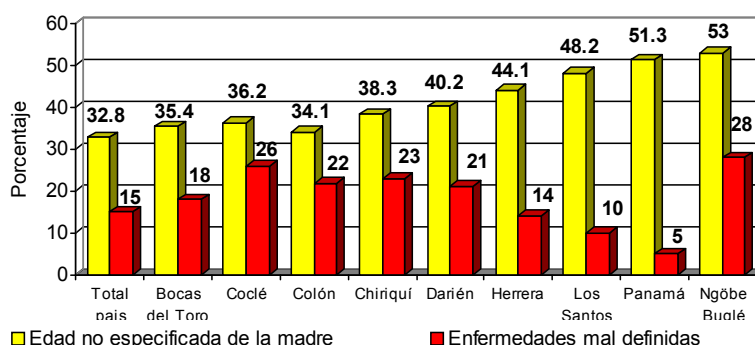
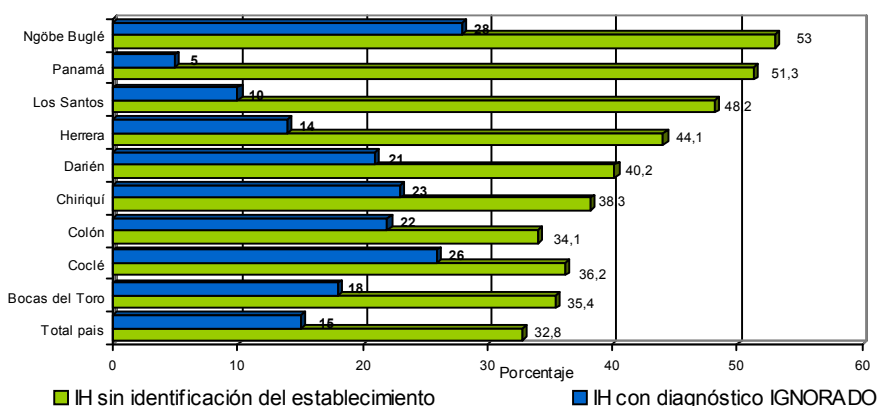


Figura 16. Calidad del registro de egresos hospitalarios



Por otro lado, en un tercio de los egresos hospitalarios no se identifica el establecimiento y el 16% aparece con diagnóstico ignorado. Estos porcentajes son aun más altos en algunas regiones, como las Comarcas (para ambos indicadores), más del 20% de los egresos tienen diagnóstico ignorado en Coclé (28%), Chiriquí (23%), Colón (22%) y Darién (21%); mientras que en Panamá (51%) y Los Santos (48%), alrededor de la mitad de los egresos no identifican el establecimiento.

Recursos y servicios

En Panamá las estadísticas de recursos de salud (características y niveles de los establecimientos, tipo de servicios que se prestan, existencia de camas, nivel de equipamiento, volumen y perfil de los recursos humanos, y otros aspectos relacionados con la disponibilidad, organización y utilización de los recursos en salud), son producidas por dos entidades, la Dirección de Estadística y Censo de la CGR y la Sección de REMES de la Dirección de Políticas de Salud del MINSA, aunque no existe ninguna norma jurídica o regulación que establezca las responsabilidades específicas de este tipo de información. Entre los datos de ambas instituciones existen diferencias de datos debido a que la Dirección de Estadística y Censo solicita datos de forma independiente a las instituciones de salud (Encuesta anual de recursos humanos de salud), utilizando criterios diferentes a los establecidos por la oficina REMES del MINSA.

La información estadística de recursos del subsector público se obtiene a través de REMES, para todos los tipos de recursos (humanos, establecimientos de salud, equipamiento, servicios y camas),

mientras que de la seguridad social no se recoge la de recursos humanos y del sector privado solo establecimientos y camas (ver Tabla 8).

Tabla 8: Tipo de recursos incluidos en el sistema de información según subsector. Panamá, 2005

Recurso	Subsector				
	Público			Privado	Seguridad Social
	Nacional	Regional	Local		
Humanos	X	X	X		
Establecimientos	X	X	X	X	X
Equipamiento	X	X	X		X
Camas	X	X	X	X	X
Servicios	X	X	X		X

Fuente: Sección REMES. MINSA

La información generada en los establecimientos de salud se registra en formularios únicos para cada recurso, con dos copias manuscritas: una para el nivel regional y otra para el nivel central. Con la información consolidada se producen informes únicos para todo el país. Las actividades estadísticas comunes para todos los recursos son el ingreso de datos, el análisis de consistencia, la tabulación, la elaboración de indicadores y la difusión (ver Tabla 9).

Tabla 9: Tipo de recursos incluidos en el sistema de información según subsector. Panamá, 2005

Etapa de la secuencia	Recurso				
	1	2	3	4	5
Envío del informe estadístico	X	X		X	X
Compilación y edición (crítica) del informe estadístico	X	X		X	X
Codificación	X	X			X
Ingreso de datos	X	X	X	X	X
Consistencia y asignación	X	X	X	X	X
Procesamiento de tabulados	X	X	X	X	X
Confección de indicadores	X	X	X	X	X
Difusión de la información	X	X	X	X	

Fuente: Sección REMES. MINSA

1. Humanos
2. Establecimientos
3. Equipamiento

4. Camas
5. Servicios

Las actividades de intercambio en relación a las estadísticas de recursos de salud, que realiza habitualmente la oficina central de REMES con la institución central de estadística del país (de la CGR), consisten principalmente en el plan de tabulados y las publicaciones estadísticas.

Como en el caso de la información de morbilidad, el proceso de registro de los datos se inicia en la oficina de estadística del establecimiento de salud que se subordina a la oficina regional. La elaboración del informe es también manual, y una copia del informe se queda en el establecimiento. El envío a la oficina regional (segundo nivel) se hace mediante un paquete con los informes en papel, por correo regular.

En la oficina regional se realiza la recepción, control, verificación de informes y preparación de informes para el nivel central. En este nivel se hacen actividades de codificación de: lugar geográfico, la ocupación y la rama de actividad, la edición crítica del informe y el ingreso de los datos. También se realiza el análisis de consistencia, el procesamiento y tabulación de la información para su posterior difusión. Para este proceso, la oficina cuenta con los manuales de normas y procedimientos específicos, como la división política-administrativa del país y la Clasificación Nacional de Ocupaciones.

Los datos se ingresan manualmente y son copiados en CD o disquetes. El ingreso no tiene pautas de consistencia o validación, aunque ésta se realiza después del ingreso. La información se almacena en computadoras en archivos electrónicos con formato Excel. No obstante, los datos se transmiten al nivel central, también mediante los formularios originales. Aunque no existe una base de datos de todo el personal de salud, se cuenta con información tabulada de médicos, odontólogos y enfermeras, partir de la encuesta anual de Recursos Humanos de la CGR.

En la oficina nacional se reciben los datos y se aplican actividades de control estadístico similares al nivel regional. Por ser la misma oficina que procesa la información de morbilidad, lo hace bajo las mismas condiciones que procesa aquella. En este caso, tampoco existe un Comité Interinstitucional de estadísticas de recursos de salud de nivel nacional.

La publicación de información estadística de salud del MINSA a través de su página web²¹, son:

- **Boletines:** Presenta el anuario estadístico, que incluye una variedad de información (tabular) sobre estado de salud de la población, a través de indicadores demográficos, de vigilancia, prevención y control, recursos, hospitalarios y ambiente.
- **Resumen estadístico ambulatorio y hospitalario:** resumen mensual de indicadores de atención en servicios de salud ambulatorios y de hospitales.
- **Instalaciones:** actualiza anualmente el listado de instalaciones de salud Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.
- **Población:** presenta información tabular con proyecciones de población por niveles político-administrativos y grupos quinquenales, en base a las estimaciones de la Dirección de Estadísticas y Censo de la CGR.
- **Registro Nacional de Cáncer:** presenta las estadísticas (según sexo, grupos de edad y lugar de residencia) de morbilidad por cáncer con información proporcionada por las instalaciones de atención del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y parte del sector privado; y estadísticas de mortalidad por cáncer obtenida de los registros de defunciones que procesa la Dirección de Estadística y Censo de la CGR.
- **Indicadores Básicos de Salud:** presenta un documento con información de salud tabulada de un grupo de indicadores (demográficos, morbilidad, mortalidad, salud materno infantil y de recursos de salud) a nivel nacional y de cada región del país.

Adicionalmente a esta información producida por el MINSA, la Sección de Estadísticas Sociales, de la Dirección de Estadística y Censo, dependiente de la CGR; recoge información anual sobre recursos y servicios de salud, particularmente referidos a la capacidad y al personal de salud de las instalaciones de salud que funcionan en el país, los cuales se obtiene mediante dos encuestas anuales realizadas en el mes de marzo. Además se recopila información sobre movimiento de pacientes hospitalizados en el país y la consulta externa de algunos hospitales oficiales de la ciudad de Panamá. Los datos se clasifican por nombre de la instalación, servicios de hospitalización, mes y sexo del paciente.

Para la recopilación de la información se siguen los siguientes procedimientos:

- a. recolección de la información donde se recibe, registra y se lleva un control de la información; clasificando y confrontando la información recibida.
- b. elaboración de los informes. En esta etapa se da un proceso de crítica y codificación, revisión de la codificación para posteriormente proceder a la grabación y elaboración de los tabulados y al análisis final de la información.

²¹ Sitio web del MINSA: http://www.minsa.gob.pa/minsa2006/informacion_de_salud/estadisticas_de_salud/estadisticas.htm

De acuerdo con los resultados del diagnóstico de HMN, en términos generales la información que aportó el mismo, fue básicamente cualitativa sobre el nivel de desarrollo alcanzado por el SIS y los diferentes componentes que permiten su funcionamiento²². Este diagnóstico consideró aspectos estructurales, de funcionamiento y productos del SIS (ver Anexo 3).

En el caso del componente de **recursos** fue considerado *inadecuado* (50% del puntaje máximo posible). Resultaron inadecuados los aspectos específicos de planeación, así como instituciones, recursos humanos y financiamiento del SIS.

En lo que se refiere a la *planeación*, no hay en funcionamiento un mecanismo de coordinación entre las diferentes instancias que participan en la producción, administración y difusión de la información. Por ello, es importante que una nueva normativa establezca las bases legales para el establecimiento de dicho mecanismo, así como los lineamientos para hacer operativo su funcionamiento. El país se encuentra en proceso la organización de un Instituto Nacional de Estadística. La nueva institución deberá estar al tanto de los mecanismos de evaluación de las estadísticas a diferentes niveles. Adicionalmente, el nuevo marco legal debe contemplar mecanismos para facilitar la integración de la estadística del sector privado.

En los aspectos de *instituciones, recursos humanos y financiamiento*, existe un problema de recursos humanos que se presenta de forma más crítica a nivel sub nacional, derivado de la alta rotación del personal y a la inexistencia de un programa de entrenamiento de RR.HH. aplicado a las estadísticas de salud.

En cuanto a la *infraestructura del SIS*, es necesario contar con un mecanismo para asegurar recursos para el funcionamiento adecuado del SIS, debe insistirse en la necesidad de contar con software y aplicativos que faciliten el manejo y análisis de los datos, y mejorar la comunicación entre las bases de datos de las diferentes instituciones, generando un repositorio de información que sirva para generar reportes para la toma de decisiones en salud.

En relación con el nivel de desarrollo alcanzado por el componente de **indicadores** fue considerado *adecuado* (73% del puntaje máximo posible).

En lo que respecta a *indicadores*, a pesar de que existe una buena coordinación para la lista de indicadores básicos, no hay una revisión periódica de la misma que permita ir la adecuando a las necesidades de información para planeación nacional y para el reporte a organismos internacionales. En particular esta área debe reforzarse para lograr un buen nivel de seguimiento de los compromisos nacionales, regionales y globales de los que el país es signatario. En el mismo sentido es necesario que los indicadores puedan proveer una clara visión de las disparidades en salud (por ejemplo en términos de inversiones y resultados).

El diagnóstico para el componente **Fuentes de datos** se realizó para 6 áreas:

- a) Censo
- b) Estadísticas vitales
- c) Encuestas a la población
- d) Registro del estado de salud
- e) Registros de servicios
- f) Registros administrativos

La distribución de los puntajes y niveles de desarrollo según áreas específicas puede encontrarse en la tabla a continuación.

²² Diagnóstico del Sistema de Información en Salud (SIS) de Panamá. Proyecto Red Métrica de Salud. Febrero 2006

Tabla 10: Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente Fuentes de datos según áreas, de los Sistemas de Información en Salud. Panamá, Feb. 2006

<i>Fuente de datos</i>	<i>Contenido</i>	<i>Capacidad y Prácticas</i>	<i>Integración</i>	<i>Difusión y uso</i>	<i>Total</i>
A. Censo	Altamente adecuado	Adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado
B. Estadísticas vitales	Altamente adecuado	Adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado
C. Encuestas a la población	Presente pero no adecuado	Altamente adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Presente pero no adecuado
D. Resultados del estado de salud	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Adecuado
E. Registros de servicios de salud	Altamente adecuado	Presente pero no adecuado	Altamente adecuado	Adecuado	Adecuado
F. Registros administrativos	Presente pero no adecuado	Presente pero no adecuado	Presente pero no adecuado	No es funcional	Inadecuado

En lo que se refiere a las encuestas, es necesario desarrollar intervenciones para el mejoramiento de los análisis de los datos, con particular dirección a identificar grupos vulnerables, así como las inequidades. Aunque el resultado de la difusión y uso de la información de las encuestas resulto inadecuado en el grupo de evaluación, institucionalmente la CGR ha creado las condiciones para la publicación de los resultados de las encuestas en coordinación con otras instituciones involucradas, especialmente por vía electrónica, a través de la página Web o de medios magnéticos (principalmente CDs). No obstante es necesario continuar mejorando el proceso de planificación y ejecución de encuestas relacionadas con la calidad de vida y salud.

En cuanto al registro del estado de salud, tal como se había mencionado anteriormente debe hacerse un esfuerzo por expandir y mejorar las capacidades analíticas en estadística sanitaria, incluyendo la georeferenciación. Este aspecto presenta una gran área de oportunidad. Existe información financiera pero no se ha integrado siguiendo la metodología de cuentas en salud. Sin embargo, existe la información, por lo menos para el sector público, con lo que podrían empezar a generarse reportes ejecutivos a los tomadores de decisiones.

No se ha considerado un subsistema de información financiera, que integre de manera rutinaria las estadísticas de gasto, como parte del SIS. En este sentido se ha sugerido aprovechar la experiencia obtenida con el proceso de cuentas nacionales de salud, para desarrollar un subsistema de información financiera útil para la gestión en salud.

En términos generales el componente **Administración de datos** fue considerado *presente pero no adecuado* (50% del puntaje máximo posible). En este componente se requiere generar un repositorio de información que sirva para articular la data disponible en las diferentes instituciones, considerando como nivel mínimo geográfico la localidad. El repositorio debe ser accesible a los niveles de administración regional, de manera de formar una cultura de análisis de la información y Toma de decisiones en salud basada en evidencias. A nivel de los usuarios, la información debe continuar alimentándose en Internet, este paso permitirá mejorar los grandes avances en transparencia

El diagnóstico para este componente **Productos de la información** se planificó realizar para 3 áreas:

- Indicadores del Estado de Salud, considerando Mortalidad y Morbilidad
- Indicadores del Sistemas de Salud
- Indicadores de Factores de Riesgo

La distribución de los puntajes y niveles de desarrollo según áreas específicas puede encontrarse en la tabla a continuación.

Tabla 11: Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente Productos de la información según áreas, de los Sistemas de Información en Salud. Panamá, Feb. 2006

Indicadores	Estado de Salud			Indicadores del Sistema de Salud	Indicadores de Factores de Riesgo	Total - calidad de los indicadores
	Mortalidad	Morbilidad	Subtotal			
Método de recolección de datos	Altamente adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado	N/E	N/E	N/E
Oportunidad	Altamente adecuado	Presente pero no adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	N/E	Adecuado
Periodicidad	Altamente adecuado	Inadecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	N/E	Adecuado
Consistencia	Presente pero no adecuado	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	N/E	Adecuado
Representatividad	Altamente adecuado	Altamente adecuado	Altamente adecuado	No es funcional	N/E	Adecuado
Desagregación	Adecuado	Adecuado	Adecuado	N/E	N/E	N/E
Método de estimación/ transparencia	Altamente adecuado	N/E	N/E	Presente pero no adecuado		Adecuado
Resultados totales de la evaluación	Altamente adecuado	N/E	N/E	N/E	N/E	N/E

Nota: las celdas que aparecen con N/E se refieren a aspectos que no fueron evaluados

Aunque los resultados del análisis de las estadísticas de morbilidad indican una representatividad altamente adecuada, en realidad la cobertura de información no es completa, pues no se recibe información del sector privado, y en ocasiones la información de la CSS no esta disponible en forma oportuna, lo que afecta la calidad de este atributo.

Respecto de la información de mortalidad, debe enfatizarse la necesidad de mejorar los niveles de registro, fundamentalmente en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, a la par el análisis de mortalidad requiere informar de su comportamiento en relación a determinantes sociales (por ejemplo pobreza, educación). Para fortalecer el sistema se requiere desarrollar algún mecanismo de contrastación del nivel y calidad de registro de mortalidad, el que podría desarrollarse por muestreo en conglomerados poblacionales.

El monitoreo / vigilancia del estado de salud requiere de financiamiento específico a fin de dotar de continuidad a encuestas en poblaciones centinelas y en muestras poblacionales. En la actualidad, como en el caso del VIH, esta se basa fundamentalmente en registros administrativos.

El diagnóstico para el componente de **Difusión y uso de la información** se realizó para 5 áreas:

- d) Análisis y uso de la información
- e) Planeación de políticas y abogacía
- f) Planeación/establecimiento de prioridades
- g) Asignación de recursos
- h) Implantación/acción

En términos generales el nivel de desarrollo alcanzado en este componente fue considerado *adecuado* (64% del puntaje máximo posible). En este componente se identificaron como inadecuadas las áreas de asignación de recursos y la Implantación/acción

Se responde de manera *ad hoc* a solicitudes explícitas de información. Hay un departamento de estadísticas, pero se limita mucho a producción de datos. No es una función explícita de la unidad del SIS. Se realizan solicitudes de información cada seis meses, pero no se conoce la prioridad que se da, más bien se da en otros niveles políticos. Se utiliza información en la programación local y

regional, evaluación periódica, pero se analizan parcialmente y reportan datos y no se toman decisiones con base a ello.

Algunos planificadores de políticas regularmente usan información para evaluar el desempeño del sistema sin embargo el uso no óptimo no se debe a una percepción de baja calidad sino a la cultura de la información, hay poca cultura de análisis integrado más allá de un reporte cuantitativo (la tasa disminuyó, aumentó).

Con relación a la asignación de recursos, el MINSA utiliza información estadística para la implantación de los compromisos de gestión, sin embargo la mayoría de los casos es el nivel nacional el que los utiliza para sustentar algunos renglones. No existe mucha información sobre los factores de riesgo, que permita implementar estrategias o ejecutar acciones de salud preventivas.

Infraestructura del SIS: normas y regulaciones, recursos humanos y tecnología del sistema

Los avances y la situación actual de los recursos con que cuenta el SIS dependen del desarrollo de cada institución. Los aspectos relativos a la infraestructura del SIS serán complementados con el diagnóstico final que se concluirá mas adelante.

Normas y regulaciones

Bajo el marco general que la Constitución Política de la República de Panamá le otorga a las instituciones civiles, las actividades relacionadas con la producción estadística y las entidades responsables se regulan a través de diversas normas jurídicas, las cuales se emiten y rigen el trabajo de cada una de esas instituciones.

Entre las normativas para la Contraloría General de la Republica se encuentran:

- a. Ley No. 7, del 25 de febrero de 1960. Define las funciones y la organización de la oficina encargada de la dirección y producción de la Estadística Nacional.
- b. El Decreto No. 69, de 31 de marzo de 1998: Establece la ubicación de la Dirección de Estadística, dentro de la estructura orgánica de la Contraloría.
- c. Ley No. 6, de 1941: Establece los deberes y facultades de la Contraloría General. En 1943 la Contraloría General de la República se acoge al Sistema IBM, apoyando así la labor de control y fiscalización en el país.
- d. Decreto No. 176, de 31 de diciembre de 1944: Define el lugar donde funciona actualmente la oficina de Estadística Nacional, que antes pertenecía al Ministerio de Agricultura y Comercio.
- e. Ley No. 32, de 8 de noviembre de 1984. (Capítulo VIII: De la Estadística Nacional). Establece que la Contraloría General de la República dirigirá y formará la estadística nacional, de conformidad con lo que a tal efecto establezcan las leyes especiales y reglamentos respectivos. Se declara a la estadística nacional como actividad de utilidad pública y de interés nacional.

Para regular las responsabilidades y el funcionamiento, el Tribunal Electoral se rige principalmente por:

- a. Ley del Código de Familia
- b. Ley No. 31 de 25 de julio de 2005. Que define la organización y funciones del Registro Civil
- c. Código Electoral. Establece las normas de registro, control y
- d. Ley No. 15, de 1990. Adecua las regulaciones de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, para su aplicación en el país.

Para el MINSA las principales normas

1. Ley 66, de 1947. Aprueba el Código Sanitario de la República, el cual regula los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
2. Decreto Ejecutivo No. 268, del 17 de agosto de 2001. Define las categorías de riesgos a la salud individual y colectiva, los denominados problemas de salud de notificación obligatoria, los conceptos básicos de los mismos, define el listado de las enfermedades o problemas de salud de notificación obligatoria, los procedimientos para la notificación y establece sanciones por su violación.

Recursos humanos

Cada institución responsable por la producción de estadísticas relacionadas con salud, tiene su propia estructura de recursos humanos y es responsable de su contratación, atención, capacitación y desarrollo, por lo que el personal que trabaja en cada componente depende administrativamente de la institución que lo hace funcionar. El personal encargado de realizar las actividades del proceso estadístico y los supervisores, son mayoritariamente técnicos, mientras que el personal directivo está compuesto por profesionales.

A nivel nacional la DEC cuenta con 520 funcionarios, distribuidos en las diferentes secciones; 18 personas (7.1%) intervienen en el proceso de estadísticas vitales, 24 en Población y Vivienda, Análisis Demográfico y 3 en Sociales. El resto, se encuentra en otras áreas y en las Oficinas Regionales de todo el país.

El Registro Civil cuenta con una estructura de recursos humanos para desempeñar sus actividades que incluye a los Oficiales de Registro Civil, que pueden estar a nivel regional, distrital o local (hospitales) y los Directores de Registro Civil, Regionales y Comarcales. Además existe el Registrador Auxiliar, encargado de realizar el proceso de inscripción de los hechos. En total, el personal que interviene en el proceso es de 412 personas (ver Tabla).

Tabla 12: Personal del Registro Civil. Tribunal Electoral, 2006

Dirección	Total de funcionarios	Total de registradores auxiliares
Dirección Nacional	113	-
Oficinas Regionales	299	283
Total	412	283

Fuente: Tribunal Electoral

Por su parte el MINSA, a través de sus oficinas nacional, regionales y de las instalaciones de salud cuenta con mas de 800 personas, principalmente personal técnico (79,7% del total) que realiza las actividades de registro, procesamiento y tabulación de los datos en todo el sistema.

Tabla 13: Personal de REMES. MINSA, 2006

Recurso humano	Total		Técnico		Administrativo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Regiones de Salud	614	73,9	482	58,0	132	15,9
Hospitales Nacionales	217	26,1	180	21,7	37	4,5
Total	831	100,0	662	79,7	169	20,3

Fuente: Sección REMES. MINSA

Infraestructura tecnológica

En general las instituciones encargadas de recoger, consolidar y procesar los datos estadísticos cuentan con una oficina nacional, oficinas regionales (a nivel de provincias) y oficinas locales (en distritos). En el caso del MINSA y la CSS la mayoría de las instalaciones de salud tienen un departamento de estadísticas o un personal encargado de registrar los datos y elaborar los informes para enviar al nivel superior.

Todas las oficinas nacionales de las instituciones involucradas, cuentan con equipamiento básico de informática (servidores, computadoras, personales, impresoras y otros medios), los cuales se encuentran funcionando en una intranet y con acceso a Internet. La oficina nacional se comunica generalmente con las regionales por correo electrónico. Cada institución también ha desarrollado una página Web para la publicación de la información estadística.

A nivel regional las oficinas disponen de equipos de computación personal que utilizan para el ingreso de los datos y organización en bases de datos. Generalmente no están conectadas en red interna, aunque sí disponen de servicio de Internet. En el nivel local, el registro y procesamiento es manual.

Conclusiones

En *resumen*, los resultados obtenidos mediante el diagnóstico realizado, tanto a través de la evaluación de los subsistemas realizada por OPS/OMS, como el uso de la herramienta de HMN; permiten identificar varios **puntos críticos** a resolver para el fortalecimiento del SIS. Estos puntos son:

- A nivel del sistema de salud, existen sistemas paralelos de información estadística, uno a través de las instalaciones del MINSA y otro a través de las de la CSS; los cuales no se comunican entre sí. Ambos informan de forma independiente a la CGR.
- La información relacionada con salud del sector privado (hechos vitales, morbilidad y recursos) no pasa al MINSA y se capta directamente por la CGR, lo que no le permite al sistema de salud disponer de una información completa para la elaboración de políticas y estrategias adecuada.
- Falta de coordinación en el área de estadísticas vitales. Aunque se conformó y mantuvo actividad por un tiempo, actualmente no funciona el Comité Interinstitucional Nacional de Estadísticas Vitales.
- Existen problemas con el llenado del parte clínico del hecho vital por personal de salud, lo que afecta la inscripción por el oficial del Registro civil a nivel local.
- Se observan problemas también con el registro diagnóstico médico por desconocimiento y mala aplicación de la CIE-10.
- Se utilizan criterios diferentes por el MINSA y la CGR en la clasificación de algunos recursos de salud.
- No se cuenta con mecanismos de producción sistemática de datos, para elaborar indicadores de factores de riesgo.
- Poco enfoque de desarrollo integral de las investigaciones y análisis de información al interior del sector salud.
- Los recursos del sistema, tanto humanos como la infraestructura tecnológica (informática) requieren un fortalecimiento. Los primeros mediante un proceso de entrenamiento, capacitación y actualización continuo y los segundos con el desarrollo de una plataforma moderna que facilite la captación, comunicación, procesamiento, almacenamiento y publicación inmediata de datos estadísticos.

- Las dificultades y problemas de calidad en registro e informes en las diferentes fuentes de datos del sistema.
- No se ha sistematizado la aplicación de encuestas (contenido, integración, difusión y uso)
- Los registros administrativos tienen problemas de calidad (contenido, capacidad, integración, difusión y uso).
- El proceso de administración de datos no es adecuado y no se cuenta con un repositorio de datos, principalmente para la información de morbilidad y recursos.

Al mismo tiempo existen áreas de ***oportunidad*** identificadas, que pueden contribuir a intervenir y mejorar el sistema. Entre estas podemos mencionar:

1. El proceso de desarrollo de la Estrategia Nacional de Desarrollo de Estadística (ENDEP) impulsado por la CGR y la elaboración del anteproyecto de Ley Estadística Nacional.
2. La ejecución del Proyecto de la Red Métrica de Salud de Panamá
3. Apoyo de otras instituciones y proyectos al sistema de salud: programa de fortalecimiento institucional del sector salud, financiado por el BID.
4. Proceso actual de reforma del sistema de salud, para definir las responsabilidades del MINSA en la rectoría, de la CSS en el aseguramiento y la creación de una nueva entidad para la provisión de los servicios de salud.
5. En desarrollo el Plan de Fortalecimiento de las Estadísticas vitales y de Salud de las Américas (PFEVS) por parte de la OPS.

Los resultados del uso de este instrumento son un componente importante del diagnóstico del sistema de información en salud. Por lo tanto, en la siguiente etapa se deberán discutir con las instituciones y demás actores del sistema para generar un consenso sobre las actividades a realizar.

Anexos

Anexo 1. Acerca de la Dirección de Estadísticas y Censos de la CGR

- [Objetivos](#)
- [Funciones](#)
- [Organigrama](#)

La Dirección de Estadística y Censo es la unidad responsable de dirigir y formar los procesos inherentes a la estadística nacional, de conformidad con lo que establece la Constitución, el Decreto Ley 7 de 25 de febrero de 1960, y el Decreto No. 69 de 31 de marzo de 1998, ubicada a Nivel Operativo en la estructura orgánica de la Contraloría General.

Para el desarrollo de sus funciones cuenta con las siguientes unidades administrativas: a Nivel Directivo cuenta con la Dirección y dos (2) Sub-Direcciones, de Área Económica y Área Sociodemográfica, respectivamente, a Nivel Auxiliar de Apoyo cuenta con la Unidad de Enlace Administrativo y Servicios Estadísticos Informáticos, a Nivel Técnico las unidades de Muestreo y Análisis Demográfico, a Nivel Operativo los Departamentos de Información y Divulgación, Estudios Económicos, Estadística, Censos, sus Secciones respectivamente y 7 Oficinas Regionales a nivel Nacional

Objetivos

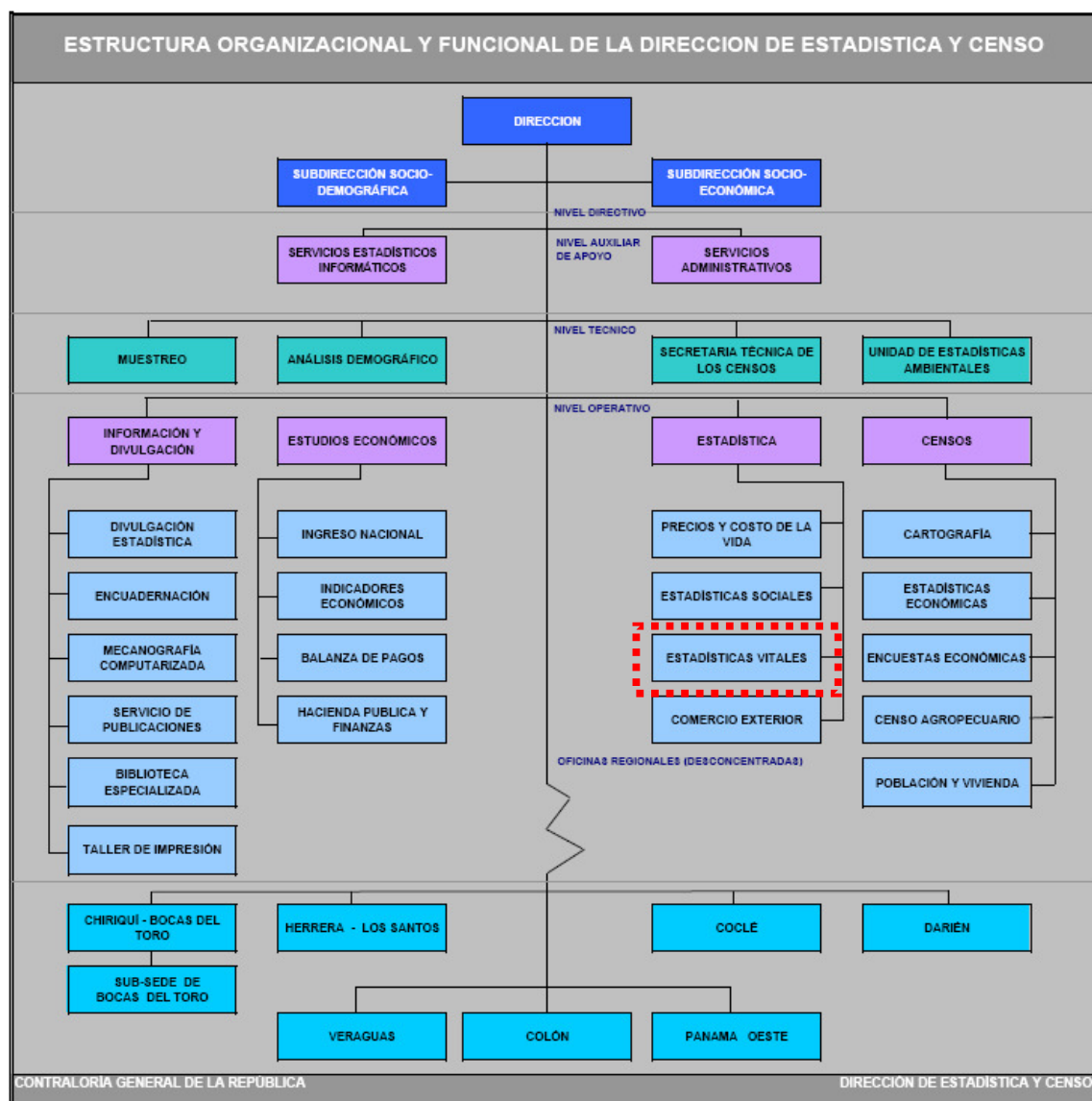
- Dirigir y formar la Estadística Nacional conforme lo establece la Constitución Nacional, la Ley No. 32 de 1984 y el Decreto Ley No. 7 de 1960.
- Mantener informada a la nación respecto a los hechos de interés nacional, susceptibles de numeración o recuento, utilizando procesos científicos de recolección, elaboración, análisis y publicación de los datos estadísticos.
- Dirigir y elaborar las Estadísticas Nacionales Continuas de Comercio Exterior, Estadísticas del Trabajo, Industriales, Transporte, Agropecuarias, Justicia, Educación, Salud, Asistencia Social, Vitales, Económicas, Ambientales y otras.
- Realizar investigaciones estadísticas que sean de interés y prioridad para el desarrollo económico y social del país.

Funciones

- Dirigir y formar la Estadística Nacional, que comprende las actividades relacionadas con la recopilación, elaboración, análisis y publicación de Estadísticas Nacionales, Oficiales y Municipales u otros Organismos Gubernamentales.
- Dirigir todas las investigaciones estadísticas periódicas o especiales de interés para el país.
- Asesorar, como Órgano Superior del Sistema Estadístico Nacional, a las distintas dependencias del Estado que integran dicho Sistema y estimular la realización de investigaciones de carácter estadístico, tanto en el Sector Público como en el Privado.
- Colaborar estrechamente con los Organismos Internacionales vinculados a las actividades estadísticas a Nivel Mundial, Hemisférico y Regional.
- Emitir opinión sobre las publicaciones de tipo estadístico relacionadas con Panamá, de carácter Nacional e Internacional, que se editen fuera de la Contraloría General de la República.
- Planificar y dirigir el levantamiento periódico de los Censos de Población y Vivienda, Agropecuario, Industrial, Comercial, y cualquier otro que demande las necesidades del país.
- Representar al país en reuniones y conferencias internacionales, relacionadas con principios y normas para el mejoramiento de las estadísticas nacionales y establecer los parámetros de comparabilidad.

- Determinar las necesidades de asistencia técnica y autorizar los proyectos con financiamiento internacional.
- Asesorar y preparar informes y/o documentos al Contralor General en aspectos estadísticos.
- Preparar estudios o análisis sobre aspectos sociales y económicos de la vida nacional.

Organigrama



Anexo 2. Áreas de trabajo e información del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

CGR	Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Desarrollo Social
Estadísticas vitales	Nutrición	Recursos y servicios:
Sistema Integrado	Vulnerabilidad	Rectoría Política social:
Indicadores para el desarrollo (SID)	Desarrollo Género	Trabajo Social
Sistema de Indicadores con Enfoque de Género	Estado de la salud de la Sociedad civil	Psicología
Encuesta de Niveles de Vida	Ventanilla Social	Derecho
1. Nacimientos	Comportamientos objeto de vigilancia:	Sociología
2. Defunciones	- Vulnerabilidad: - Embarazo en adolescentes - Violencia doméstica - Abandono - Explotación - Maltrato - Cobertura de los servicios de salud en la población indígena - Riesgo social: - Menores en bandas - Población en los Centros de Custodia y Cumplimiento - Resocialización. - Discapacidad: - Población - Determinantes y localización - Integridad e identidad. - Pobreza / Pobreza extrema - Población - Determinantes - Indicadores Desarrollo Humano. - Indicadores Objetivos Desarrollo del Milenio.	Economía
3. Nutrición		Línea 147
4. Igualdad entre sexos		Centro de Orientación y Atención Integral
5. Cobertura salud, agua potable y saneamiento		Atención psicosocial a la exclusión social:
6. Edad		- Vulnerabilidad - Riesgo social - Discapacidad - Pobreza - Adopción infantes.
7. Étnica		Protección social:
8. Territorialidad		- Adopción infantes. - Acogida / Refugio - Subsidio para corresponsabilidad - Resocialización de menores en conflicto con la Ley. - Campaña de cultura de rechazo al flagelo social - Equiparación a la persona con discapacidad
9. Urbano / Rural.		Promoción del Capital Humano y Social :
10. Desarrollo social.		- Acompañamiento - Desarrollo de capacidades - Voluntariado - Redes territoriales
11. Democracia		Recursos:
		- Instalaciones - Subsidios e Inversión social - Tercerización de la atención integral
		Administrativos:
		- Recursos humanos - Presupuesto y finanzas

Anexo 3. Componentes y áreas abordadas en el diagnostico del sistema de estadísticas en salud de Panamá. Febrero, 2006

Componente	Área	Item	Grupos				
			Censos, encuestas, Estadísticas vitales	Vigilancia epidemiológica, Vigilancia sanitaria	Información gerencial	Información financiera	Información socioeconómica, encuestas hogares, estudios multicéntricos
I. Recursos	A. Planeación				x	x	
	B. Instituciones, Recursos Humanos, Financiamiento del SIS				x		
	C. Infraestructura del SIS				x		
II. Indicadores	A. Indicadores		x				x
III. Fuentes de datos	A. Censo		x				x
	B. Estadísticas vitales		x				x
	C. Encuestas a la población			x			x
	D. Registro del estado de salud			x			
	E. Registros de servicios				x		
	F. Registros administrativos	1. Infraestructura y servicios de salud			x		
		2. Recursos Humanos					
		3. Financiamiento				x	
		4. Equipo, insumos					
IV. Administración de la información	A. Administración de la información		x				x
V. Productos de la información	A. Estado de Salud	1. Menores de 5 años	x	x			
		2. Adulta	x	x			
		3. Materna	x	x			
	Morbilidad	4. Prevalencia VIH	x	x			
		5. Bajo peso en niños	x	x			
		6. Atención ambulatoria					
	B. Sistema de Salud	7. Cobertura de vacunación de sarampión					
		8. Atención calificada del parto					
		9. Tratamiento de tuberculosis					
		10. Porcentaje de niños durmiendo bajo mosquiteros con insecticida					
		11. Gasto público en salud <i>per capita</i>					
		12. Gasto privado en salud <i>per capita</i>					
		13. Densidad de trabajadores de la salud por 1,000 habitantes					
	C. Indicadores de factores de riesgo	14. Prevalencia de consumo de tabaco					
		15. Uso de condón en población de alto riesgo					
		16. Prevalencia de hogares con acceso mejorado a agua					
VI. Difusión y uso	A. Análisis y uso		x		x		
	B. Planeación/ de políticas y abogacía		x		x		
	C. Planeación/ establecimiento de prioridades		x		x		
	D. Asignación de recursos				x		
	E. Implantación/ acción				x		

Anexo 4. Estrategia Nacional de Desarrollo de Estadísticas de Panamá (ENDEP)

Objetivos y resultados esperados

- Adoptar una estrategia nacional para el desarrollo de la estadística conforme a los requerimientos que exigen los **usuarios**.
- Fortalecer el **Sistema Estadístico Nacional**, a través de la participación de las instituciones en la evaluación de las estadísticas nacionales.
- Brindar al SEN, la **experiencia** de la DEC en la organización y recolección del dato estadístico.
- Fortalecer la **capacidad de la gestión estadística entre organizaciones** nacionales e internacionales.
- Permitir la elaboración de la ENDEP de forma consensuada, **participativa** y con los recursos humanos con que cuenta el SEN.

Instancias establecidas

- Coordinación general
- Comité Consultivo Nacional
- Comités Técnicos Sectoriales
- Instancia de Asesoría Técnica Internacional

Documentos existentes

- Plan Estratégico 2005-2009, Dirección de Estadística y Censo.
- Inventario Estadístico Nacional (2003).
- Situación de la Dirección de Estadística y Censo.

Diagnóstico-Elaboración

- Se basó en herramientas cualitativas y cuantitativas.
- Se diseñaron cuestionarios a productores y usuarios de información estadística.
- Se aplicaron los cuestionarios a una muestra representativa.
- Se realizaron entrevistas individuales y grupos de discusión.
- Análisis documental.
- Elaboración participativa

Diagnóstico - Talleres

Recoge la percepción acerca de las siguientes características de las estadísticas:

- | | |
|--------------------|------------------|
| • Acceso | • Credibilidad |
| • Cobertura | • Disponibilidad |
| • Confiabilidad | • Divulgación |
| • Confidencialidad | • Oportunidad. |

Eje central de la ENDEP

Lograr un Sistema Estadístico Nacional (SEN) que responda a las demandas de los usuarios de las estadísticas.

- | | |
|-------------------|-------------------|
| - Institucionales | - Internacionales |
| - Particulares | - Internos |
| - Nacionales | - Externos |

Efectos de la ENDEP

1. Estadísticas suficientes para apoyar las políticas de desarrollo.
2. Estadísticas de calidad para sustentar los distintos sistemas de indicadores para la toma de decisiones.
3. Respuestas adecuadas a la demanda de los usuarios.
4. Indicadores suficientes para dar seguimiento a los objetivos de desarrollo del milenio.
5. Respuestas adecuadas para brindar a los organismos internacionales Estadísticas suficientes para el Sistema de Cuentas Nacionales de Panamá (Basado en SCN93).
6. Cumplir con los requerimientos para ser país miembro de las Normas Especiales de Divulgación de Datos (NEDD).

Metas de la ENDEP

1. Articular el SEN, para que responda a los requerimientos de la demanda de los usuarios.
2. Propiciar que el funcionamiento del Sistema Estadístico Nacional cumpla con altos estándares de calidad.
3. Difundir eficientemente las actividades e información estadística producida en el Sistema Estadístico Nacional.
4. Elevar la cultura estadística en usuarios y público en general.
5. Brindar respuestas adecuadas a la demanda de los usuarios del Sistema Estadístico Nacional.

Anexo 5. Otro tipo de información producida por la Dirección de Estadística y Censo y por otras instituciones nacionales

Fuente/tema	Preguntas/ Datos Información	Cobertura	Periodicidad	Información disponible
CENSOS				
Censo de Población y Viviendas (DEC)	Fecundidad, fecundidad actual, mortalidad infantil, mortalidad general	Nacional, provincial, distrital corregimiento, lugar poblado	Decenal	A todos los niveles de desagregación enunciados en el punto 2, en la página web a través de la base del Censo
ENCUESTAS				
Habituales a hogares				
Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares 1997/98 ¹ (DEC)	Gastos e ingresos Gastos en cuidados médicos y conservación de la salud	Principales centros urbanos del país: distritos de Panamá y San Miguelito; Resto Urbano: Colón, La Chorrera, Aguadulce, Chitré, Santiago, David y Changuinola	Mínimo, cada 10 años	Solo para los distritos de Panamá y San Miguelito. Se cuenta con una base de datos, con los resultados del Resto Urbano
Encuesta de hogares	Empleo e ingresos	Nacional	Anual	
Encuesta de propósitos múltiples	Empleo, ingresos, salud, ambiente, uso de tecnología	Nacional	Año 2006	
Condiciones de vida				
Demografía y Salud Encuesta Demográfica de Panamá ² (DEC)	Demográficos y de salud	Nacional	Única vez, 1975-76	Boletines
Encuesta de niveles de vida (MEF)	Vivienda, ingresos, empleo,	Nacional	Quinquenal	
Encuesta de Vulnerabilidad social (MIDES)		Grupos de corregimientos	Progresivo anual, hasta 2008	

¹ Son las denominadas MECOVI (Encuestas de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe), también Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.

² Son las denominadas Encuestas de Demografía y Salud o en inglés Demographic and Health Surveys (DHS).

DEC: Dirección de Estadística y Censo

MEF: Ministerio de Economía y Fianzas

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

Anexo 6. Registro Civil. Tribunal Electoral

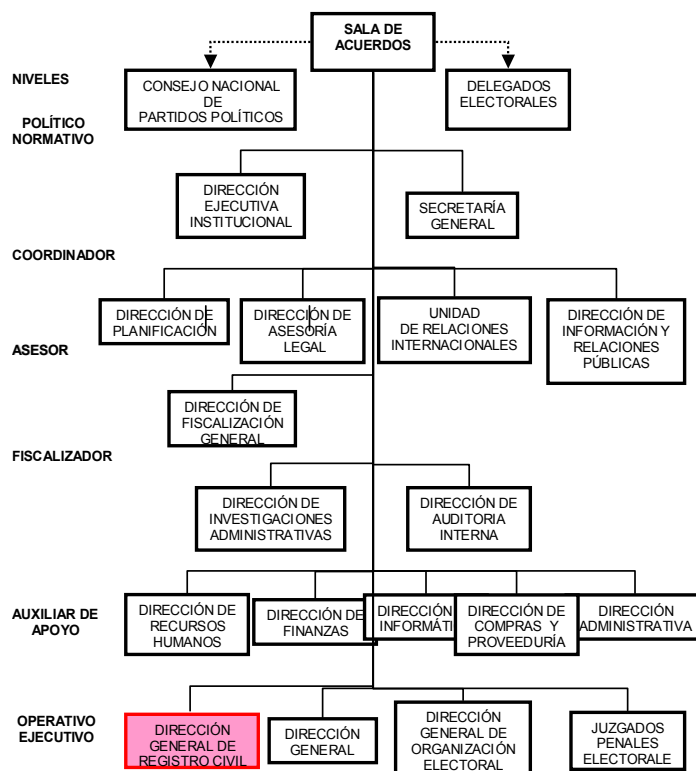
La Dirección Nacional del Registro Civil, del Tribunal Electoral de Panamá, es constitucionalmente la encargada de efectuar las inscripciones de los hechos vitales, garantizando y salvaguardando la nacionalidad panameña, así como los derechos humanos relativos al estado civil, reconocidos en las convenciones internacionales y en otros instrumentos de igual naturaleza, los cuales la República de Panamá ha ratificado mediante Ley. De esta manera, se convierte en la Institución depositaria de los documentos públicos relativos al estado civil y la encargada de su custodia y conservación, así como el otorgamiento de copias y certificaciones emitidas sobre la base de las inscripciones y anotaciones hechas en los medios autorizados y en las dependencias de la Dirección.

Organigrama del Tribunal Electoral

Dentro de su estructura interna, la misma se compone de una Dirección Nacional, Subdirección Nacional, y seis unidades administrativas que asesoran y brindan el apoyo técnico que la Dirección Nacional y Regional del Registro Civil requieran, para la formulación de las políticas del control de calidad, de coordinación, de supervisión, de mejoramiento tecnológico de desarrollo de nuevos servicios de simplificación y de agilización de los procesos y servicios que prestan.

En la inscripción de los hechos vitales intervienen en la condición de oficiales del Registro Civil los Directores Regionales y los Registradores Auxiliares del Registro Civil, quienes intervienen en la recolección de información de las estáticas vitales y sanitarias para la Sección de Estadísticas Vitales, de la Contraloría General de la República y como apoyo a la vigilancia epidemiológica.

Esta labor se le ha atribuido al Registrador Auxiliar, quien es un colaborador de las funciones del Registro civil, que se ha ubicado de manera estratégica en toda la geografía nacional. Por ello, se le incluye en un pago de dieta trimestralmente. Actualmente el Registro Civil, cuenta con 412 funcionarios a nivel nacional y 283 Registradores Auxiliares



Plataforma tecnológica

El Tribunal Electoral de Panamá cuenta con una base de datos, denominada Base alfanumérica de datos y de imágenes del Registro Civil, que contiene todos las inscripciones de hechos vitales y actos jurídicos que garantizan que la información relativa al estado civil de las personas se procese en dispositivos que la mantengan íntegra, irreversible, recuperable, verificable e inalterable, conforme a los datos que le dieron origen.

Estos datos se dan origen en un sistema en línea integrado a través de las Direcciones Nacionales, Direcciones Regionales, distritales, hospitales y oficinas que se pueda tener accesibilidad a la tecnología de la comunicación externa.

El Tribunal Electoral del Panamá, a través de la Dirección Nacional del Registro Civil, podrá brindar por Internet u otros sistemas de comunicación servicios de verificación y consulta de identificación ciudadana, de conformidad con la reglamentación, sin embargo, la base de datos de la institución **no** puede ser vendida, cedida, ni dada en concesión a ninguna entidad privada o pública, tal como lo reglamenta la ley del Registro Civil.

Organigrama del Registro Civil



Proceso para la inscripción de los hechos vitales

El Registro de los hechos vitales, es clasificado por dos modalidades los efectuados con asistencia médica y los ocurridos fuera de los hospitales, estos deben ser declarados por la madre, padres o familiares en momento oportuno, para que se confeccione un acta que contenga la información concerniente al hecho vital correspondiente, dando fe del nacimiento o defunción declarados.

Clasificación de los nacimientos

- *Con asistencia médica:* Son los nacimientos que ocurren en hospitales clínicas, centros o sub.-centros de salud. Las autoridades médicas deben avalar y expedir gratuitamente, a los oficiales del Registro Civil el parte clínico para que mediante este documento, se efectúe la declaración del nacimiento, certificando la ocurrencia del hecho. Transcurrido un año, se procede con las inscripciones de oficio, de todas las partes clínicos, que no cuenten con una declaración del registro.
- *Sin asistencia médica:* Son los nacimientos que ocurren en ausencia de una autoridad médica (en las casas, en los transportes, etc.). Para los efectos de la declaración de este tipo de nacimientos, ésta se hará mediante los datos proporcionados por el declarante o la declarante, corroborados por dos testigos.

En el caso de los nacimiento de los indígenas sin asistencia médica, el Registrar o Registradora, tomará las declaraciones en base a la declaración jurada de la propia persona a la que se refiere el nacimiento, si es mayor de edad. Cuando se trata de nacimiento de indígenas, menores de edad, la declaración la para el padre, la madre o un pariente del menor, ante el Registrador o Registradora.

Clasificación de las Defunciones

Las inscripciones de las Defunciones ocurrida en el territorio nacional debe ser declarada dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes de ocurrido el hecho, por el cónyuge, por los parientes del difunto o por cualquier persona o autoridad cometerse que tenga conocimiento del hecho del fallecimiento. Estas pueden ser generadas por varios métodos:

- *Con asistencia médica:* La defunción y sus circunstancias esenciales se acreditarán ante el oficial del Registro Civil mediante la Certificación médica que queda avalada en el documento denominado "parte clínico de defunción". Transcurrido un mes del hecho de la defunción con asistencia médica, no se ha efectuado la declaración par ala inscripción correspondiente, El Director Nacional o Regional del Registro Civil deberá ordenar la inscripción con base en los datos correlativos registrados en le parte clínico

- *Sin asistencia médica:* Si no ha médico en la comunidad, la defunción puede ser acreditada ante el Registrador Auxiliar, mediante la declaración de cualquiera de las personas obligadas a hacerlo y la presentación de dos testigos hábiles que corroboren la ocurrencia del hecho vital.

Es importante señalar que el Oficial del Registro Civil debe ser cuidadoso, porque si considera que es una muerte violenta no fortuita, es decir muerte por terceras personas, no extenderá el permiso de entierro hasta que el agente del Ministerio Público lo ordene, y le dará cuenta para que conozca del posible delito perpetrado en la persona de que se trata.

También la información, cuando se trata del nacimiento en la casa o en el trayecto al hospital, en los que se requería de las intervenciones de los facultativos en materia de salud para determinar la causa de la muerte, le corresponderá dictaminarla, en ausencia de estos, al Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Coordinación con otras instituciones

- *Hechos vitales:* Dentro de las coordinaciones con otras entidades los Oficiales del Registro deben coordinar con el sistema de salud para que periódicamente se realice una revisión de los Registros médicos o de admisión así como los listados de embarazadas o personas con partos para coordinar la búsqueda de niños.
El sistema de salud, identifica los niños y niñas a través de un listado o de sus parteras, que no cuentan con un registro de nacimiento y el Registro Civil procede a coordinar una estrategia a través de nuestros oficiales de Registro (Registrador Auxiliar, Distrital o Regional), para efectuar los Registros de nacimientos ya sea en el Centro de Salud donde se atiende el niño, o niña o en el área donde está reside la madre o los padres de los niños. Recientemente se nos está incluyendo en las giras médicas. Cuando de defunción se trata, también se hace una verificación en los documentos hospitalarios o centros de salud y en los municipios.
- *Vigilancia epidemiológica:* En el caso de la vigilancia epidemiológica, nuestros Oficiales de Registros (Directores Regionales, Registradores Auxiliares), al efectuar alguna inscripción de defunción cuya causa de muerte estén en la clasificación de epidemiológica, procede a informar al centro de salud más cercano para la evaluación correspondiente.
- *Estadísticas vitales:* Además de apoyar en la recolección de los datos estadísticos a través de nuestros Registradores Auxiliares, la Dirección de Estadísticas Vitales, procede a hacer una auditoria de las inscripciones que tiene la Base de Datos del Registro Civil durante el año con lo que se tiene en la Base de datos de la Contraloría General de la República, con el fin de corroborar y balancear la información estadísticas de los nacimientos vivos y las defunciones.

Anexo 7. Instrumentos de hechos vitales:

Anexo 7a. Certificado de nacimiento vivo

(Lea las instrucciones al reverse)

REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Dirección de Estadística y Censo

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO
(Use uno para cada niño que nace vivo)

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No.: _____

DATOS DEL NIÑO

1. Nombre(s) y Apellido(s): _____

2. Sexo: ☐ 1 Hombre ☐ 2 Mujer

3. Lugar de nacimiento: _____
Distrito _____
Corregimiento _____ Lugar poblado _____

4. Fecha de nacimiento: Hora: _____
Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL PADRE

5. Nombre(s) y Apellido(s): _____

6. Edad cumplida (años): _____

7. Ocupación actual: _____

DATOS DE LA MADRE

8. Nombre(s) y Apellido(s): _____

9. Edad cumplida (años): _____

10. Cédula No.: _____

11. Residencia habitual (permanente): _____
Distrito _____
Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____

12. Estado conyugal: Unida... ☐ 1 Soltera... ☐ 2
Casada... ☐ 3 Separada/Viuda... ☐ 4

12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: _____
Mes _____ Año _____

13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño):
TOTAL _____
a. ¿Cuántos viven actualmente? _____
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? _____
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? _____

14. Grado o año escolar más alto aprobado:
Ninguno... ☐ 00 Universitaria... ☐ Año
Primaria... ☐ Grado Postgrado... ☐ Año
Secundaria... ☐ Año Vocacional... ☐ Año

¿Trabaja actualmente? No ☐ 1 Sí ☐ 2 → Dentro de la casa... ☐ 1
Fuera de la casa... ☐ 2

Fecha de nacimiento de la madre: _____
Día _____ Mes _____ Año _____

¿Falleció? Sí ☐ No ☐

DATOS DEL PARTO

15. Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo:
a. Hospital o Institución de Salud: _____
(anote el nombre) ☐ 1
b. Otro lugar (especifique): _____ ☐ 2

16. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s) _____
Médico... ☐ 1 Enfermera... ☐ 2 Comadrona { Con adiestramiento... ☐ 5
Sin adiestramiento... ☐ 6
Enfermera... ☐ 3 Otra: _____ ☐ 7
Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud ☐ 4 (madre, amiga, vecina, etc.)

17. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____

18. Peso al nacer: Kilogramos: _____ Libras: _____ Onzas: _____

19. Tipo de nacimiento: De un niño (singular)... ☐ 1
Mellizo... ☐ 2 Trillizo... ☐ 3 Cuatro o más... ☐ 4
a. Nació: Primero ☐ 1 Segundo ☐ 2 Tercero ☐ 3
b. ¿Cuántos nacieron vivos? _____
c. ¿Cuántos nacieron muertos? _____

DATOS DEL REGISTRO

20. Fecha de la declaración: _____
Día _____ Mes _____ Año _____

21. Nombre del declarante: _____
Parentesco con la madre del niño: _____
(esposo, cónyuge, etc.)

Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

PARA LOS ARCHIVOS DE LA INSTITUCION

Anexo 7b. Certificado de defunción

Ver instrucciones al reverso de la última página

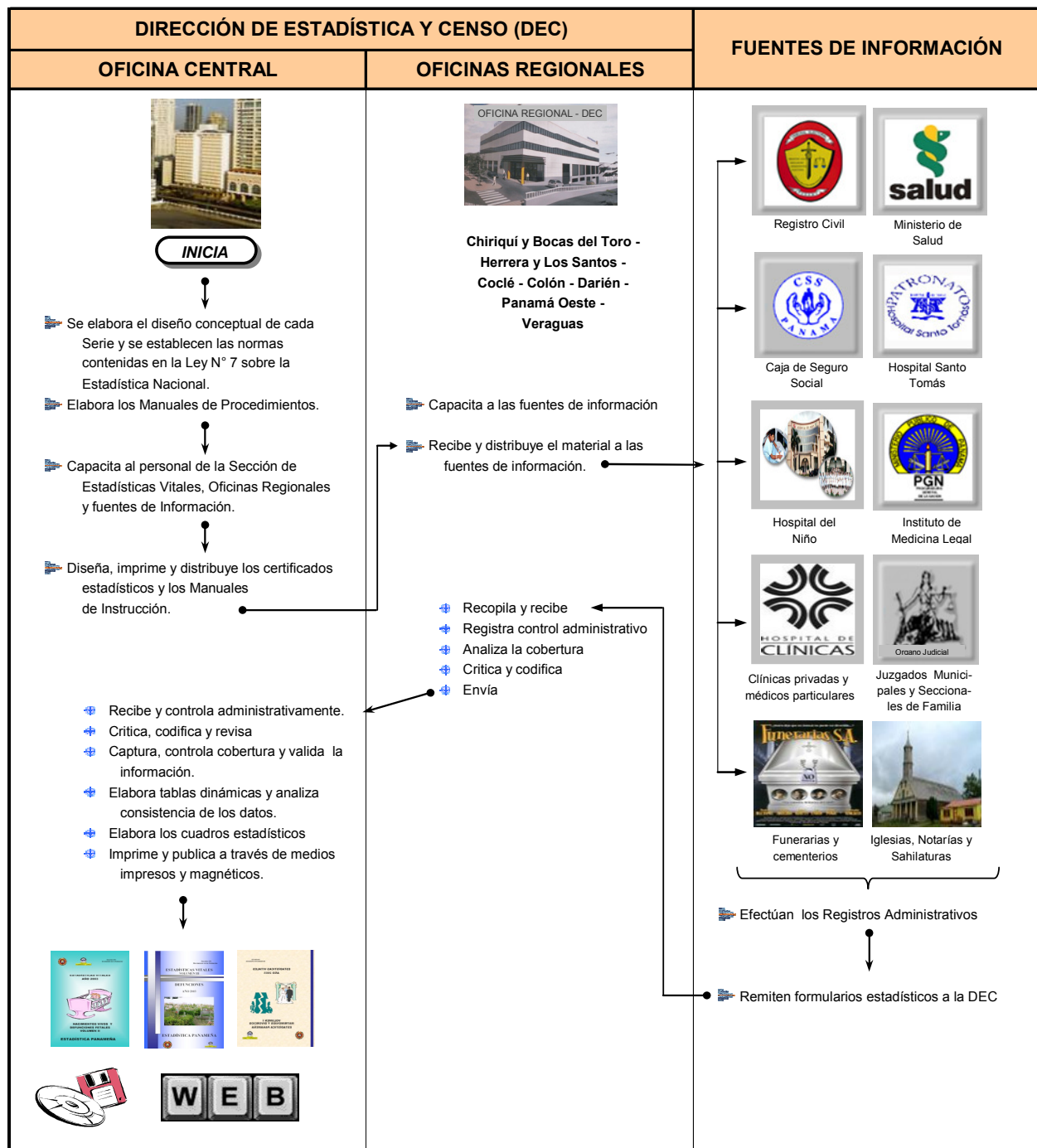
REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Dirección de Estadística y Censo
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ ACTA No. _____

DATOS GENERALES	
1. Nombre(s) y Apellido(s): _____	7. Fecha de Nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____
2. Sexo: Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2	8. Fecha de la Muerte: _____ Hora: _____ Día _____ Mes _____ Año 200 _____
3. Cédula No.: _____	9. Estado Conyugal: _____ Soltero(a) ☐ 1 Separado(a) Divorciado(a) ☐ 4 Unido(a) ☐ 2 Viudo(a) ☐ 5 Casado(a) ☐ 3 Menor de 15 años ☐ 6
4. S.S. No.: _____	
5. Ocupación: _____	
6. Edad cumplida: 4 _____ Años Si es menor de un año: _____ 3 _____ Meses Si es menor de un mes: _____ 2 _____ Días Si es menor de un día: _____ 1 _____ Horas Si es menor de una hora: _____ 0 _____ Minutos	
10. Lugar de la Muerte: _____ Distrito _____ Comienzo _____ Lugar poblado o barriada _____ Hospital o institución _____	
11. Residencia Habitual: _____ Distrito _____ Comienzo _____ Lugar poblado o barriada _____	
DATOS DE LA DEFUNCIÓN	
12. Datos del Nacimiento: a. Lugar donde nació el niño: Hospital o institución ☐ 1 En otro lugar ☐ 2 b. Persona que atendió el parto: Médico ☐ 1 Ayudante de Salud o Auxiliar de Enfermería ☐ 4 Oostetra ☐ 2 Comadrona ☐ 5 Enfermera ☐ 3 Otra ☐ 6 c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación _____ Meses _____ d. Peso al nacer: _____ Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____	13. Datos de la Madre del Niño: Nombre(s) y Apellido(s): _____ a. Edad cumplida: _____ Años b. Estado Conyugal: Soltera ☐ 1 Unida ☐ 2 Casada ☐ 3 Otro ☐ 4 c. Hijos que ha tenido _____ d. Grado o año escolar más alto aprobado: Ningún grado ☐ 0 Vocacional ☐ 3 Primaria ☐ 1 Universitaria/Postgrado ☐ 4 Secundaria ☐ 2
14. Síntomas de la enfermedad que presentaba la persona: _____	
15. Causa probable de muerte: _____	
16. ¿En esta enfermedad recibió asistencia médica? Sí ☐ No ☐	
17. Si era mujer: ¿Estuvo embarazada los últimos 42 días? Sí ☐ No ☐ (pase a 17a.) ¿Los últimos 12 meses? Sí ☐ No ☐ (pase a 17a.)	
16a. Nombre de la Institución o del Médico que atendió a la persona: _____	
17a. La mujer presentó: a. Hemorragia ☐ Antes del parto ☐ Aborto ☐ b. Convulsiones ☐ Durante el parto ☐ c. Fiebre ☐ Después del parto ☐ d. Otro _____ (especifique)	
18. CAUSA DE MUERTE: (Anotar una causa por línea a, b, y c.) I. ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE: Anotar en a, la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte y no la manera o modo de morir como: debilidad cardíaca, asfisia, etc. Causas antecedentes o estados morbosos en b, y c., si existiera alguno, que originaron la causa arriba consignada, mencionándose en c., la causa básica o fundamental a. _____ (debido a, o como consecuencia de b.) b. _____ (debido a, o como consecuencia de c.) c. _____ (causa básica o fundamental) II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD SEÑALADA EN C: 19. ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo? Sí ☐ No ☐ 20. ¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia? Sí ☐ No ☐ 21. Si fue operado, causa que motivó la operación: _____ Fecha _____ 22. Si la muerte se debió a factores externos, especifique si fue: a. Accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐ En investigación ☐ b. Fecha de la lesión: _____ c. Lugar donde ocurrió la lesión (calle, casa, finca, etc.): _____ d. ¿Cómo se produjo la lesión? _____ e. ¿La lesión se produjo mientras trabajaba? Sí ☐ No ☐ 23. Certifico que atendí al difunto(a) desde: El día _____ mes _____ de _____ Hasta el día _____ mes _____ de 200 _____ 24. Médico(a): Nombre(s) y Apellido(s) _____ Código: _____ Registro: _____ Firma: _____ C. Muerte ☐ Certificación ☐	
25. Nombre de ella declarante: _____ Parentesco con ella difunto(a) _____ 26. Fecha de la declaración: _____ Firma de ella Registrador(a) Auxiliar: _____ OBSERVACIONES: _____	

ENVÍESE A: Contraloría General de la República - Dirección de Estadística y Censo. (Dentro de los 8 días, después de ocurrida la defunción)

Anexo 8. Flujo del proceso de producción de las estadísticas vitales



Anexo 8. Publicación de estadísticas vitales publicadas en Internet

Estadísticas Vitales

[Publicaciones en Internet](#)

Palabra o frase a buscar

Buscar

Publicaciones	Fecha
Volumen II. Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales: año 2005	01-11-2006
Volumen I. Matrimonios y Divorcios : Año 2005	18-07-2006
Defunciones – 2004	10-10-2005
Volumen II. Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales – 2004	08-09-2005
Matrimonios y Divorcios – 2004	05-09-2005
Matrimonios y Divorcios – 2002	23-09-2004
Defunciones – 2002	23-09-2004
Nacimientos y Defunciones Fetales – 2002	23-09-2004
Defunciones – 2003	23-09-2004
Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales – 2003	23-09-2004
Matrimonios y Divorcios – 2003	23-09-2004

© 2004-2006 Contraloría General de la República. Reservados todos los derechos.

Dirección de Estadística y Censo
Panamá, República de Panamá
Avenida Balboa y Avenida Federico Boyd
Teléfono: 510-4800
Fax: 510-4801

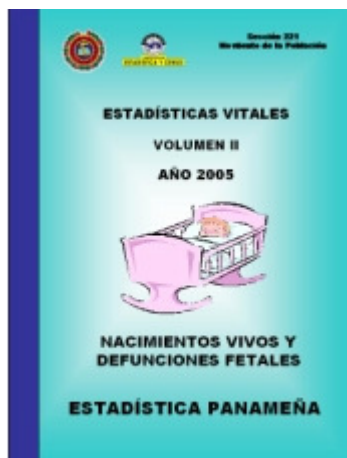


e-mail: cie_dec@contraloria.gob.pa

Publicación de estadísticas de nacimientos y defunciones fetales. Panamá, año 2005

Volumen II. Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales: año 2005

Publicaciones en Internet : [Estadísticas Vitales](#)



La Contraloría General de la República, a través de la Dirección de Estadística y Censo, ofrece en esta oportunidad, la publicación de Estadísticas Vitales Volumen II: Situación Demográfica - Estadística Panameña, con la información concerniente a los nacimientos vivos y defunciones fetales ocurridos en la República durante el 2005.

En la compilación de los datos se siguen las recomendaciones de las Naciones Unidas, contenidas en los "Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales".

Para la clasificación de las causas de muerte fetal, se utiliza el "Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud", Décima Revisión, editado por la Organización Mundial de la Salud.

Esta publicación está constituida por: un comentario, un cuadro combinado sobre natalidad y mortalidad fetal, 18 cuadros estadísticos de nacimientos vivos, de los cuales tres corresponden a las comarcas indígenas y uno sobre fecundidad general. Además, seis cuadros de defunciones fetales y uno de mortalidad perinatal, así como cinco gráficas y un mapa de la República, que refleja la natalidad por provincia y comarca indígena.

Los datos están clasificados de acuerdo con la residencia de la madre, en las divisiones geográficas mayores (provincias, comarcas indígenas y distritos). Asimismo, se incluyen las explicaciones, definiciones y formulas utilizadas con mayor frecuencia en la clasificación de los datos, para facilitar el manejo e interpretación de las cifras.

La Dirección de Estadística y Censo requiere apoyo de la población en general para que informe y declare, de manera precisa, los hechos vitales; en este caso, los nacimientos vivos y defunciones fetales, debido a que las cifras estadísticas son utilizadas por el Estado para el planeamiento, ejecución y evaluación de programas destinados a mejorar la calidad de vida de las personas y las condiciones socioeconómicas del país.

Explicaciones y definiciones	17 KB
Lista de causas de Muerte Fetal, con base en la Lista Detallada de Mortalidad de la Clasificación Estadística	11 KB
Comentarios	16 KB
Signos Convencionales	8 KB
NACIMIENTOS VIVOS	KB
Tasa bruta de natalidad en la República: años 1980, 1985, 1990, 1995, 2000-05 (Gráfica)	591 KB
Nacimientos vivos y defunciones fetales en la República: años 1952-2005	5 KB
Tasa bruta de natalidad en la República, por provincia y comarca indígena de residencia: año 2005 (Mapa)	1735 KB
Tasa bruta de natalidad en la República, por provincia y comarca indígena: año 2005 (Gráfica)	1370 KB
Nacimientos vivos y tasa bruta de natalidad en la República, según área, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: años 2001-05	6 KB
Nacimientos vivos en la República, por lugar de ocurrencia, residencia y sexo, según área, ciudad, provincia, comarca indígena y distrito: año 2005	14 KB
Nacimientos vivos en las comarcas indígenas de la República, por lugar de ocurrencia, residencia y sexo, según comarca indígena, distrito y corregimiento: año 2005	12 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, por mes de ocurrencia, según área, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	9 KB
Nacimientos vivos en las comarcas indígenas de la República, por mes de ocurrencia, según comarca indígena, distrito y corregimiento de residencia: año 2005	12 KB

Nacimientos vivos en la República, con asistencia profesional en el parto, según provincia y comarca indígena: año 2005 (Gráfica)	311 KB
Nacimientos vivos en la República, por asistencia profesional en el parto y sitio de ocurrencia, según estado conyugal, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	11 KB
Nacimientos vivos en la República, por asistencia profesional en el parto y sitio de ocurrencia, según área, ciudad, provincia, comarca indígena y distrito de residencia: año 2005	14 KB
Nacimientos vivos en las comarcas indígenas de la República, por asistencia profesional en el parto y sitio de ocurrencia, según comarca indígena, distrito y corregimiento de residencia: año 2005	13 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, por estado conyugal, según edad de la madre, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	28 KB
Tasa de fecundidad general en la República, según área, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: años 2001-05	5 KB
Tasa específica de fecundidad en la República, según edad de la madre: años 1990, 1995, 2000, 2003-05 (Gráfica)	18 KB
Indicadores de fecundidad en la República, según edad de la madre: años 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2003-05	6 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, por edad del padre, según edad de la madre y estado conyugal: año 2005	12 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, con asistencia profesional en el parto, por duración del embarazo, según peso al nacer, sexo, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	13 KB
Nacimientos vivos en la República, por tipo de nacimiento, según ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	5 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, por orden del nacimiento vivo, según edad de la madre y estado conyugal: año 2005	16 KB
Nacimientos vivos en la República y ciudades de Panamá y Colón, por orden del nacimiento vivo, según edad de la madre y nivel de instrucción: año 2005	23 KB
Nacimientos vivos en la República, por ocupación del padre, según edad de la madre y ciudades de Panamá y Colón: año 2005	7 KB
Nacimientos vivos en la República, por número de hijos nacidos-muertos, según orden del nacimiento (total) y edad de la madre: año 2005	10 KB
DEFUNCIONES FETALES	KB
Defunciones fetales en la República, según área, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: años 2001-05	6 KB
Defunciones fetales en la República, de 5 meses y más de gestación, según ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: años 2001-05	6 KB
Defunciones fetales en la República, por edad de la mujer, según período de gestación: año 2005 (Gráfica)	6 KB
Defunciones fetales en la República y ciudades de Panamá y Colón, por edad de la mujer, según período de gestación, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	20 KB
Defunciones fetales en la República y ciudades de Panamá y Colón, por estado conyugal, según período de gestación, provincia y comarca indígena de residencia: año 2005	12 KB
Defunciones fetales en la República, por edad de la mujer, según el orden del nacimiento (total) y período de gestación: año 2005	7 KB
Defunciones fetales en la República, por período de gestación, según causa: año 2005	6 KB
Mortalidad perinatal en la República, según ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: años 2001-05	6 KB

© 2004-2006 Contraloría General de la República. Reservados todos los derechos.

Dirección de Estadística y Censo
Panamá, República de Panamá
Avenida Balboa y Avenida Federico Boyd
Teléfono: 510-4800
Fax: 510-4801



e-mail: cie_dec@contraloria.gob.pa

Anexo 9. Instrumento de Registro Diario de Actividades.

[illegible]

Reverso del registro diario

Nº Orden	1. Sexo 2. Ingreso		Ident. del Paciente Cédula	EDAD			SEXO	Atención en el Año			RESIDENCIA DEL PACIENTE				Tipo de Atención				Prog. Control	Servicio al que se Refiere	REGISTRO DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS						A. Puntos Controlados (Laboratorio/Exámenes)	DIAGNOSTICO CIE X 1. NVO. 2. REC. 3. Diagnóstico Crónico (Ingreso)							
	1. Sexo	2. Ingreso		1. Día	2. Meses	3. Años		1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.			3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.		3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	1. Nvo.	2. Feb.	3. Rec.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	COD	Nº	1º	2º	COD	Nº	1º	2º	3º	DIAGNOSTICO CIE X	COD	Nº	1º	2º	3º
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			
22																																			

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN										ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
COD. T.E.E.	TECNICA EDUCATIVA	COD. ACT.	ACTIVIDAD	TEMA	TIEMPO DE EJECUCION	PROGRAMA	Particip.	LUGAR DE EJECUCION	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	Tiempo Utilizado	

CODIGOS Y TECNICAS EDUCATIVAS:	CODIGOS Y ACTIVIDADES:	CODIGOS Y ACTIVIDADES:
01 Seminario	07 Sesión de Consejo	027 Promoción y actualización de la salud a nivel de medios masivos
02 Taller	08 Sesión de Reflexión	028 Capacitación
03 Seminario Taller	09 Encuentro	029 Actualización
04 Curso	10 Registro diagnóstico	030 Formación
05 Ponencia	11 Sesión de Trabajo	031 Evaluación de las actividades de promoción y salud en salud
06 Entrevista	12 Sesión de Trabajo	111 actividades del 028 al 030 realizadas (Equipo de Salud)

Anexo 10. Formulario de consolidación semanal de morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD DE CHIRIQUÍ
CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES
INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES POR EDAD Y SEXO DURANTE LA SEMANA # _____

INSTITUCIÓN: _____

CÓDIGO DE LA INSTALACIÓN: _____

ENFERMEDAD	SEXO	TOTAL	GRUPOS DE EDADES											
			< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	50 a 59	60 a 64	65 y +	No Rap
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													
	Total													
	Masculino													
	Femenino													

Reverso del Informe semanal de morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD DE CHIRIQUÍ
CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION ESPECIAL

[illegible]

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION ESPECIAL
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION INMEDIATA
E INVESTIGACION OBLIGATORIA

DEBE INCLUIRSE TODOS LOS CASOS, CASOS SOSPECHOSOS CASOS
PROBABLES Y POR OBSERVACION DE ENFERMEDADES Y BROTES DE
NOTIFICACION INMEDIATA POR LA VIA MÁS EXPEDITA (TELEFONO) DE LAS
SIGUIENTES ENFERMEDADES.

Enfer. Objeto del Reglamento	Enfermedades Inmunoprevenibles
Sanitario Internacional	Sarampión (B05.X)
Viruela (B03.X)	Difteria (A36.X)
Peste (A29.X)	Tosferina (A37.X)
Fiebre Amarilla (A95)	Tétanos (A33 - A35)
Cólera (A06.X)	Paratifo (B26.9)
	Rubéola (B06.9)
	Rubéola Congénita (P36.0)
Enfer. Objeto de Vigilancia Internacional	* Tuberculosis (A15. X - A19.X)
Dengue Clásico (A80)	
Dengue Hemorrágico (A81)	Todas las Situaciones de Brota y Epidemias en Especial
Síndrome Febril Hemorrágico	Intox. Alimentaria (A05.9)
Malaria (B50 - B54)	Botulismo (A05.1)
Tifus (A75.7)	Eosinofilia (G04.9)
Fiebre Tifoidal (A01.0)	Meningitis Viral (A87.X)
Furunculosis Aguda Foliculitis	Hepatitis Tipo A (B15.9)
Síndrome Guillen Barre < 15 años (G61.0)	Hepatitis Tipo B (B16.9)
Inf. Meningocócica (A39.0)	Hepatitis Tipo C (B17.1)
Fiebre Recurrente (A68.X)	Hepatitis E (B19.9)
* SIDA (B24)	
* Sifilis Congénita (A50.X)	
& Muerte Materna	
Intoxicación por:	
Org. Clorado (T53.6 - T53.7 - T53.9)	
Detegente y Jabones (T55)	
Plomo y Comp. (T56)	
Mercurio y Comp. (T56.1)	
Arsenico, Fósforo y Comp. (T57.X)	
Pesticidas (T58.X)	

NOTA:

* NO PONER NOMBRE Y APELLIDO
A DE LA INSTITUCION Y COMUNIDAD

Anexo 11. Formulario de notificación e investigación de casos



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DEL SEGURO SOCIAL
E INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

(Decreto No. 268 DE 17 DE AGOSTO DE 2001)

REGIÓN _____ DIST. _____ CORREG. _____ LOCALIDAD _____

I IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: NO ASEGURADO ☐ ASEGURADO ☐ No C.E.I. _____ No S.S. _____

NOMBRE _____ PERSONA RESPONSABLE _____

F.NAC.

DÍA	MES	AÑO

 EDAD

AÑO	MES	DÍA

 SEXO: M ☐ F ☐ OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN LABORAL _____ TELÉFONO _____

II DIAGNÓSTICO INICIAL _____ C. SOSPE ☐ C. PROB. ☐ C. CONF. ☐

CONDICIÓN: LEVE ☐ MODERADA ☐ GRAVE ☐ ORIGEN: CASO AUTÓCTONO ☐ CASO IMPORTADO (P & R) ☐

FECHAS DE: _____ FECHA DE INICIO _____

	DÍA	MES	AÑO	SÍNTOMAS Y SIGNOS	DÍA	MES	AÑO
INICIO DE SÍNTOMAS							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
NOTIFICACIÓN							
HOSPITALIZACIÓN							
EGRESO							
DEFUNCIÓN							

III FACTORES DE RIESGO (ENCERRE EN UN CÍRCULO LO(S) FACTORES RELACIONADOS AL PROBLEMA DE SALUD)

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. TRABAJADORA () DEL SEXO | 7. TRANSMISIÓN PERINATAL | 13. DESNUCIDO I II III | 19. INGESTA O CONTACTO CON SUSTR. TÓXICAS |
| 2. TRANSFUSIÓN | 8. PRESENCIA DE ROEDORES | 14. VIAJE A ZONA ENDÉMICA | 20. FALTA DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS |
| 3. H.S.H. | 9. SUMINISTRO LOCAL CERRADO | 15. CONTACTO DE CASO CONF. | 21. FALTA DISPOSICIÓN DE BASURAS |
| 4. HETEROSSEXUAL PROMISCUO | 10. CREADERO DE MOSQUITOS | 16. ALIMENTOS CONTAMINADOS | 22. CADA UNO: a) MALLAS b) LUZ ELÉCT. Y c) AGUA POT. |
| 5. HEMOFILICO | 11. NO VACUNADO | 17. PESC. ANIMALES MUERTOS | 23. HORDENURAS DE ANIMALES A CRÍDIO |
| 6. USUARIOS DE DROGAS I.V. | 12. OCUPACIONAL | 18. INGESTA AGUA NO POTABLE | 24. BUNCELIADO O PERRO D. OTRAS _____ |

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

EMBARAZADA: SEM. GESTACIÓN ☐ CONTROL PRENATAL: NO ☐ SI ☐ No. DE CONTROLES ☐

HIST. OBSTETRICA: G. P. A. C. VDRL: NO ☐ SI ☐ VDRL DILUCIONES ☐ VIH: NO ☐ SI ☐

IV. HISTORIA VACUNAL. (Registrar última fecha de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada)

1. SARAMPIÓN 1 2 R. 2. MMPI 1 2 3 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

VACUNACIÓN COMPLETA DE ACUERDO A LA EDAD: ☐ NO ☐ FECHA DE ÚLTIMA DOSES _____

V. MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS (ENCERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MUESTRA(S) TOMADA(S) OTRAS _____

A. TIPO DE MUESTRA	1. SANGRE	2. SORINA	3. HEMO. PARING	4. TUBEROS	5. LEC. R	6. TUBEROS Y SECRETORIAS	OTRAS
B. FECHA DE TOMA							
C. FECHA RESULT.							
D. RESULTADOS (si no dispone)							

VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL (ENCERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MEDIDA(S) APLICADA(S)

- | | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. AISLAMIENTO | 5. CONTROL DE PLAGAS | 9. SUMINISTRAR MOSQUITOS | 13. QUIMIOPROFILAXIS AL CASO |
| 2. USO DE CUERPOS + | 6. CORDONERA | 10. FUMIGACIÓN | 14. QUIMIOPROFILAXIS A CONTACTOS |
| 3. USO DE FÉBRILES | 7. DESINFECCIÓN | 11. INSPECCIÓN SANITARIA | 15. VACUNACIÓN AL CASO |
| 4. CHARLAS | 8. CASP. DE RESIDUOS | 12. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS | 16. VACUNACIÓN PERIODICA |

OTRAS MEDIDAS (ESPECIFIQUE) _____

VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS VIII DIAGNÓSTICO FINAL

EDAD	# Investigado	# Sintomáticos	# Tratados	CRITERIO DE VIGILANCIA
0-4 AÑOS				CASO: CONFIRMADO ☐ PROBABLE ☐ SOSPECHOSO ☐
5-14 AÑOS				CRITERIO(S) DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO (S)
TOTAL				CASO: CLÍNICO ☐ DE LABORATORIO ☐ EPIDEMIOLÓGICO ☐

NÚMERO DE VIVIENDAS VISITADAS ☐ FECHA _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LLENA EL FORMULARIO _____ CARGO _____

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, OPTO DE MG. DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD Y ENFERMEDADES

MINISTERIO DE SALUD. Correo electrónico: vige.p@minsa.gob.pe Teléfono 212-9267 Fax: 212-9267

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL. Teléfono 262-6269 y 262-6000 EXT 303 Fax: 262-6700

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

1. El primer paso antes de su llenado es verificar si el caso a notificar cumple con los criterios de definición de caso (Guía de Epidemiología).
2. El formulario debe de ser llenado con claridad y en letra impresa.
3. El formulario debe de ser revisado por el notificante y el nivel regional para asegurarse que todos los espacios del mismo están debidamente llenados. Si se requiere su envío al nivel central, debe de llevar la firma del coordinador de epidemiología o su designado.
4. Para las enfermedades de notificación inmediata (Artículo cuatro, Decreto 268) debe de ser hecha por teléfono, fax, correo electrónico o personalmente dentro de las dos primeras horas luego de su captación.
5. Para efectos de las enfermedades de notificación obligatoria e inmediata (antes de dos horas) se deberá de llenar la ficha hasta el V punto incluyendo fecha de notificación, nombre de la institución y las firmas correspondientes y cualquier otro dato que el notificante considere pertinente. Posteriormente se complementará la información con los datos desde el VI punto en adelante.
6. II ORIGEN DEL CASO: Marcar la casilla que corresponda si es **autóctono** si la enfermedad es adquirida en el país/región e **importado** si la enfermedad fue adquirida fuera de la región = (R) ó país = (P).
7. II SÍNTOMAS Y SIGNOS: Anotar los inherentes a la enfermedad en forma clara, en orden cronológico con la fecha de inicio.
8. III FACTORES DE RIESGO: Encerrar con un círculo aquellos relacionados al problema de salud pública y de identificar alguno no especificado en la lista, registrarlo en otros.
9. IV HISTORIA VACUNAL: Encerrar en círculo el número que identifica la vacuna(s) aplicada(s) y la última dosis aplicada según lo registrado en la tarjeta de vacunación o expediente, y registrar fecha de última dosis de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada.
10. V MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS: Encerrar en círculo el tipo de muestra tomada, registre fecha de toma y de resultado, además anotar resultados disponibles en ese momento con base a los flujogramas diagnósticos.
11. VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL: Encerrar con un círculo la(s) medida(s) aplicada(s), de no estar las aplicadas por antes, registrarlas en el espacio correspondiente a otras medidas.
12. VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS: Anotar el número de personas investigadas, asintomáticas y tratadas según grupo de edades especificados.
13. VIII DIAGNÓSTICO FINAL: Anotar el diagnóstico según criterio de vigilancia y de diagnósticos utilizados.
14. El NOMBRE DE INSTITUCIÓN QUE REPORTA es la institución que capta el caso, llena el formulario y lo notifica o investiga y da seguimiento.
15. Cumplir con las normas de envío y transporte de muestras de laboratorio, especialmente de bioseguridad.

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA (*) E INVESTIGACIÓN OBLIGATORIA

1	BOTULISMO*	21	FIEBRE TIFOIDEA*	41	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS POSTERIOR A LAS INMUNIZACIONES *
2	BRUCELLOSIS	22	FIEBRE PARATIFOIDEA*	42	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS A MEDICAMENTOS*
3	CARBUNCO CUTÁNEO	23	GRANULOMA INGUINAL	43	RUBÉOLA*
4	CHANCRO BLANDO	24	HEPATITIS A, B, C, E	44	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA*
5	CISTICERCOSES	25	INFECCIÓN GONOCÓCCICA	45	SARAMPIÓN*
6	CÓLERA*	26	INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA*	46	SHIGUELOSIS
7	DIFTERIA*	27	INFECCIÓN NOSOCOMIAL	47	SIDA E INFECCIÓN POR VIH
8	EFFECTO TÓXICO (INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS IAPs)	28	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA (BROTE)	48	SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ*
9	ENCEFALITIS VIRAL*	29	LEPRA	49	SÍNDROME PARALÍTICO N. E. (PARÁLISIS FLÁCIDA < 15 AÑOS)*
10	ENFERMEDADES CAUSADAS POR HANTAVIRUS*	30	LEPTOSPIROSIS*	50	SÍFILIS Y SÍFILIS CONGÉNITA
11	ENFERMEDAD CHAGAS* (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA)	31	LINFOMANULOMA VENÉREO	51	TÉTANOS NEONATAL Y ADQUIRIDO
12	FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA*	32	MALARIA (PALUDISMO)	52	TIFUS*
13	FIEBRE AMARILLA URBANA*	33	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B*	53	TOS FEREA*
14	DENGUE CLÁSICO	34	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA*	54	SÍNDROME COQUELUCHERDE*
15	DENGUE HEMORRÁGICO*	35	MENINGITIS TUBERCULOSA	55	TUBERCULOSIS (TODAS SUS FORMAS)
16	SÍNDROME DE CHOQUE POR DENGUE*	36	MORDEDURAS DE MURCIÉLAGOS	56	VIRUELA*
17	ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA (SALMONELLOSIS)	37	MUERTE MATERNA Y PERINATALES	57	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*
18	EQUINOCOCOSIS	38	PESTE*		
19	FIEBRE EQUINA VENEZOLANA*	39	POLIOMELITIS*	58	TODO CASO O BROTE DE ENFERMEDAD O PROBLEMA SANITARIO EMERGENTE* (3)
20	FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PEÑOS*	40	RABIA EN HUMANOS*		

NOTAS:

(1) Los problemas de salud pública que tienen formulario especial de notificación e investigación son: caso sospechoso de amipión/rubéola, reacciones adversas posteriores a las inmunizaciones, reacciones a medicamentos, violencia intrafamiliar, parálisis flácida aguda en menores de 15 años de edad e intoxicaciones agudas por plaguicidas (IAPs).

(2) (*) Los problemas de salud pública de notificación inmediata deben de ser notificados dentro de las dos primeras horas contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia e iniciarse su investigación inmediatamente, los otros problemas de salud pública deben de ser investigados dentro de las 72 horas desde que se tuvo conocimiento de su existencia.

(3) Las situaciones de brotes y epidemias se notificarán en formularios e informes especiales establecidos (Revisar Guía Nacional). Recordar que junto con los problemas emergentes son responsabilidad directa de las Coordinaciones Regionales.

Anexo 12. Enfermedades de notificación obligatoria e inmediata

Problemas de salud de notificación obligatoria en la República de Panamá

1. Amebiasis	41. Intoxicación alimentaria
2. Anquilostomiasis	42. Leishmaniasis
3. Botulismo	43. Lepra
4. Bronconeumonía	44. Leptospirosis
5. Brucelosis	45. Linfogranuloma (venéreo) por clamidias
6. Carhunco cutáneo	46. Meningitis según etiología y las no especificadas
7. Chancro Blanco	47. Mordedura de murciélago
8. Cisticercosis	48. Mordedura de ofidio
9. Conjuntivitis Hemorrágica	49. Mordedura de perro
10. Cólera	50. Muertes maternas y perinatales
11. Enfermedad diarreica y gastroenteritis de origen infeccioso	51. Neumonías según etiología y las no especificadas
12. Difteria	52. Paludismo (malaria)
13. Efectos Tóxicos (envenenamientos)	53. Papiloma virus como causa de enfermedades
14. Encefalitis viral	54. Parotiditis
15. Enfermedades causadas por Hantavirus	55. Peste
16. Infección por VIH, incluso el sida	56. Picadura de alacrán
17. Enfermedad de Chagas/Tripanosomiasis americana	57. Poliomieltitis
18. Enfermedad pélvica inflamatoria femenina	58. Rabia en humanos
19. Fiebre reumática	59. Reacciones adversas a vacunas y medicamentos
20. Enteritis debida a Salmonella	60. Rubéola y síndrome de rubéola congénita
21. Equinococosis	61. Sarampión
22. Escarlatina	62. Shigellosis
23. Fiebre amarilla selvática	63. Sífilis (todas sus formas)
24. Fiebre amarilla urbana	64. Síndrome de Guillain-Barré
25. Dengue Clásico	65. Síndrome nefrítico agudo
26. Dengue hemorrágico	66. Síndrome paralítico, no especificado (parálisis flácida aguda)
27. Síndrome de choque de dengue	67. Tétanos, incluso el tétanos neonatal
28. Fiebre equina venezolana	68. Tifus
29. Fiebre recurrente transmitida por piojos	69. Tos ferina
30. Fiebre tifoidea	70. Toxoplasmosis
31. Fiebre paratifoidea	71. Tracoma
32. Fiebre viral transmitida por artrópodos	72. Tuberculosis
33. Frambesia	73. Tularemia
34. Granuloma inguinal	74. Uretritis no especificada
35. Hepatitis A, B, C, D, E y otras infecciosas no especificadas	75. Varicela
36. Infección gonocócica	76. Verrugas venéreas (anogenitales)
37. Infecciones nosocomiales	77. Viruela
38. Infección por virus de herpes simple	78. Violencia intrafamiliar
39. Infección meningocócica	79. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente
40. Influenza	

Fuente: Artículo 3. Decreto Ejecutivo No. 268 del 17 de agosto de 2001

Problemas de salud de notificación individual: obligatoria e inmediata

1. Botulismo	16. Leptospirosis
2. Cólera	17. Meningitis por Hemophilus Infuenzae tipo B
3. Difteria	18. Peste
4. Encefalitis viral	19. Poliomieltitis
5. Enfermedades causadas por el hantavirus	20. Rabia en humanos
6. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)	21. Reacciones adversas por vacunas y medicamentos
7. Fiebre amarilla selvática	22. Rubéola
8. Fiebre amarilla urbana	23. Sarampión
9. Dengue hemorrágico	24. Síndrome Guillain-Barré
10. Síndrome de choque de dengue	25. Síndrome paralítico, no especificado (Parálisis flácida aguda)
11. Fiebre equina venezolana	26. Tifus
12. Fiebre recurrente transmitida por piojos	27. Tos ferina
13. Fiebre tifoidea	28. Viruela
14. Fiebre paratifoidea	29. Violencia Intrafamiliar
15. Infección meningocócica	30. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

Fuente: Artículo 4. Decreto Ejecutivo No. 268 del 17 de agosto de 2001