



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (UMECIT)**

**Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004 Acreditada Mediante Resolución
N°15 del 31 de octubre de 2012**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD**

**INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE
INFORMACIÓN EN LOS DEPARTAMENTOS DE
REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD**

Autor: Anyuri A. Agudo A.

Tutor: Consuelo Lenoyr

Panamá, Noviembre 2017

DEDICATORIA

“Si quieres triunfar en la vida, haz de la perseverancia tu amigo del alma, de la experiencia tu sabio consejero, de la advertencia tu hermano mayor y de a esperanza tu genio guardián”.

Joseph Addison

Esta investigación deseo dedicársela en primer lugar a Dios, quien me permitió culminar esta faceta en mi vida y por ser guía en este largo recorrido.

A mi hijo **Elvin Ivan Navarro Agudo**, que día a día es quien me inspira a seguir en búsqueda de un futuro mejor.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
INTRODUCCIÓN	iii
A. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	4
B. OBJETIVOS.....	5
C. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	6
D. MARCO REFERENCIAL	7
E. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	20
F. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Flujo de información del sistema de REMES según subsector.....	24
Figura 2: Utilización de los Sistemas de Información por parte del personal médico	43
Figura 3: Infografía sobre intentos de integración MINSA/CSS	43
Figura 4: Primer Sistema de Información y Estadísticas de Salud utilizado por el MINSA.....	44
Figura 5: Sistema de Vigilancia utilizado a nivel nacional.....	44

INTRODUCCIÓN

Cuando el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social comenzaron sus labores en el territorio panameño, lo hicieron de manera unificada; que significa esto; ambas instituciones trabajaban en conjunto para ofrecer una atención de calidad y oportuna a toda la población que así lo necesitase. Esto no quiere decir que actualmente no se haga, pero se ha dado una desintegración de la mancuerna entre estas dos entidades, lo que ha propiciado que cada una trabaje con sus propios objetivos, visiones y misiones.

Actualmente la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud trabajan en el proceso de volverse unificar, en cuanto a la utilización de sistemas de información en el área de Archivo y Estadísticas de Salud; lo que garantizará que en cualquier momento y en cualquier lugar, los paciente podrán ser atendidos con su respectiva información personal y de salud.

Esto representa un gran desafío, pues las políticas que se manejan a lo interno de cada una de estas instituciones son diferentes y peor aún existen dos direcciones de mando que son los encargados de negociar qué se puede llevar a cabo y qué no debe aplicarse.

El siguiente documento expone la historia relativa a la implementación de los sistemas de información en salud en nuestro país, además hacer énfasis en la terminología que ayude a entender la importancia de dichos sistemas y como temática principal, exaltar la necesidad de que los sistemas de información sean unificados tanto para el Ministerio de Salud como para la Caja de Seguro Social.

A. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Para los autores de la historia de Panamá nuestro sistema de salud nació en 1941 cuando bajo el mandato del Dr. Arnulfo Arias Madrid se crea la Caja De Seguro Social, esta acción se da por los múltiples problemas de salud pública que habían en el territorio nacional. Luego para 1969, bajo el gobierno del Coronel José María Pinilla (Régimen Militar) se crea el Ministerio de Salud; la institución de ambas entidades ayudó a que Panamá mejorará en cuanto atención en salud, pues la población se sintió más tranquila y conforme con los servicios que obtenían.

Si bien es cierto, la creación de estas dos instituciones se dio para garantizar que toda aquella persona que necesitará una atención rápida y oportuna, pudiera asistir a cualquier instalación de salud, y que se le garantizará la atención sin problemas en cuanto a su información personal y de salud; esto en la actualidad no se ha vuelto a lograr, pues aunque ambas entidades emplean sistemas de información, los mismos no se encuentran unificados para que los pacientes puedan atenderse en cualquier lugar y momento sin tener que estar repitiendo toda su historia clínica.

Desde este punto se plantea la siguiente premisa de estudio ¿Es importante la integración de los sistemas de información en Registros y Estadísticas de Salud entre los componentes del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social?

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✚ Explicar la importancia de que se dé una integración de sistemas de información en Registros y Estadísticas entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Definir los términos para comprender la importancia de los sistemas de información.
- ✚ Asimilar la importancia de los sistemas de información en el sistema de salud de Panamá.
- ✚ Exponer la importancia de la necesidad de integración de sistemas de información en Registros y Estadísticas entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.
- ✚ Detallar los puntos críticos que enfrentan actualmente los sistemas de información en salud.

C. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Todo lo que sucede o pasa en nuestras vidas tiene repercusiones a presente y futuro, quizá no para el que perpetra el acto, sino para quienes lo rodean.

Como lo mencionan algunos autores, actualmente los sistemas de información en nuestro sistema de salud se encuentran desenfocados; al transcurrir de los tiempos, y con los cambios de gobierno cada 5 años; se dan los cambios continuos de políticas, estrategias y proyectos, esto conlleva a que muchas veces no se dé el debido seguimiento a programas que se implementan; en salud, esto representa un gran problema, pues no se logra que entidades como el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social cuenten con sistemas de información que garanticen que los datos manejados se encuentren concatenados o unificados, y que puedan ser usados por el paciente en cualquier instalación de salud.

La necesidad de realizar este estudio nace de la premisa de la existencia de una integración que debe existir entre los Sistemas de Información del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, sobre el territorio Panameño; y que esto sea garantía de que cualquier ciudadano pueda obtener atención de calidad en cualquier nivel de atención en salud.

D. MARCO REFERENCIAL

El presente estudio está orientado a esclarecer todas aquellas dudas respecto al manejo de la terminología relacionada con sistemas de información, conocer la historia de nuestro sistema de salud y la manera en la que se fueron implementando los sistemas de información en cada una de nuestras instituciones de salud.

Al hablar del término “salud”, nos inmiscuimos en un gran mundo de interrogantes que algunas veces tienen respuestas, pero muchas otras no.

“La salud es una realidad que siempre ha preocupado al ser humano y que ha configurado el modo de verse y de pensarse el hombre a sí mismo y a su medio existencial. Es un concepto que ha ido variando a lo largo del devenir histórico de la humanidad, pero que nunca podrá perder su importancia y significatividad; lo primero, porque es una categoría que enmarca la propia esfera del ser y del estar éste en-el-mundo (la salud es algo connatural a todo hombre, tanto en su dimensión corporal, mental o espiritual), y lo segundo porque tener salud o no tenerla es lo que determina, desde un enfoque fenomenológico, el poder hallarse o ajustarse (en terminología zubiriana) más y mejor a la existencia que a cada uno le haya tocado vivir”. (Piédrola Gil, 2009)

Para muchos autores concedores de la terminología referente a salud, el hecho de llamarle a alguien “saludable”, involucra que sea un ser pleno,

tanto en el aspecto físico, como el mental y lo espiritual; esto representa un todo y que si en algún momento alguna de éstas llega a fallar se produce un punto de quiebre, que se conoce como “enfermedad”.

Desde los inicios de las civilizaciones existieron sistemas de salud, aunque no se encontraban bien constituidos, tenían una sola meta “procurar la salud de los habitantes de una comunidad”. (OMS 2017, 2005)

En la actualidad los sistemas de salud han sido reforzados con la introducción de sistemas de información, equipos y personal humano calificado en distintas áreas para garantizar que todos los procesos que se lleven a cabo en una instalación de salud tengan resultados óptimos y precisos.

Como es del conocer público en Panamá son dos grandes instituciones las que rigen el Sistema de Salud; por un lado tenemos a la principal autoridad, El Ministerio de Salud y bajo su control encontramos a la Caja de Seguro Social; en teoría estos dos organismos deben garantizarle a cada uno de los habitantes de nuestro país una atención de calidad en materia de salud.

Dentro de las responsabilidades de estas dos entidades encontramos los departamentos de archivos y estadísticas de salud, que son los encargados de velar por la conservación de la historia clínica y manejar todos los datos e información de salud que se obtengan en cada una de las instalaciones de salud y analizarlas a nivel regional y luego nacional, por esta razón las estadísticas utilizan los sistemas de información y esto es de mucha importancia, pues garantizan la fluidez de los datos y la presentación

oportuna de los mismos, para tomar las medidas necesarias en materia de salud pública.

Es importante que los datos estadísticos manejados a nivel nacional se encuentren interrelacionados, pues de esta manera se garantiza una atención más eficiente a quien la requiera.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

★ **Salud:**

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

★ **Sistema de Información:**

Es un conjunto de elementos que interactúan entre sí con un fin común; que permite que la información esté disponible para satisfacer las necesidades en una organización, un sistema de información no siempre requiere contar con recuso computacional aunque la disposición del mismo facilita el manejo e interpretación de la información por los usuarios.

★ **Estadística:**

“La Estadística se ocupa de la recolección, agrupación, presentación, análisis e interpretación de datos.” (Concepto de Estadística)

A menudo se llaman estadísticas a las listas de estos datos, cosa que crea una cierta ambigüedad, que no debería originarnos confusiones. La Estadística no son sólo los resultados de encuestas, ni el cálculo de unos porcentajes, la Estadística es un método científico que pretende sacar conclusiones a partir de unas observaciones hechas.

★ **Sistema de Salud:**

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

★ **Salud Pública:**

Es una ciencia que se encarga de curar y cuidar las enfermedades de la población humana, en el cual sus principales objetivos son mejorar la salud, para así poder mantener el control y la eliminación de las enfermedades. Pero también se encarga de que los estudiantes tengan los conocimientos de carácter multidisciplinario, debido a que están compuestos por diversas ramas como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales.

★ **Historia Clínica**

Es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

★ **Estadísticas de Salud:**

“Se conoce como estadísticas de salud al conjunto de datos recolectados de diversas fuentes censales, muestrales o registros de actividades, correspondientes a estadísticas de población, morbilidad, recursos para la salud, atenciones y acciones en salud, económicas y sociales.” (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 2015)

Las estadísticas son algo más que números, ofrecen un panorama que permite a los planificadores de políticas, decidir cuál es la mejor forma de utilizar los recursos para mejorar la salud pública.

HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ

En 1941, durante el Gobierno de Dr. Arnulfo Arias Madrid, se crea la Caja del Seguro Social. Esta etapa se caracteriza por una creciente participación del Estado en los Problemas de la Salud Pública, pero sin una planificación adecuada y la consecuente duplicidad de actividades y servicios. En 1969, durante el gobierno del Coronel José María Pinilla (Régimen Militar) se crea el Ministerio de Salud.

Durante las décadas de 1960, 1970 y 1980, el sistema de Salud Panameño tuvo un crecimiento y desarrollo considerable, sobre las bases del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, a los que se fue agregando un sector privado.

Este crecimiento se hizo a partir de un gasto estatal elevado, especialmente durante la década de 1970, cuando el gasto en salud se mantuvo sobre el 10% de un presupuesto nacional, lo que produjo el aumento del gasto por persona entre 1970 y 1980. A finales de la década de 1980, se detuvo esta tendencia tanto por la crisis económica de 1982-1984 como por la crisis del Estado de 1988-1989, que hicieron caer el gasto social notablemente. Como resultado, en 1988 el gasto por persona se había reducido.

Durante las últimas dos décadas el sistema de salud ha sido criticado por muchos debido a la duplicidad de funciones y a

la ineficiencia. A pesar de ello, la salud es accesible a casi todas las personas del área urbana y área rural no indígena. En la República de Panamá el Sector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud (MINSA), la Caja de Seguro Social (CSS), y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MINSA que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente Rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSA y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

Para la prestación de servicios, el sector dispone de 11 médicos y 10 enfermeras profesionales por 10,000 habitantes. Panamá, al igual que varios países de la Región, lleva a cabo procesos de reforma y modernización del Estado, que de manera discontinua ha incluido al sector de la salud cuyo logro más significativo fue alcanzado en 1998 con la apertura del Hospital San Miguel Arcángel como unidad de atención hospitalaria integrada en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre (RSSM). (Webescolar, 2017)

El principal objetivo de la política de los gobiernos en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad

de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas especialmente entre la población pobre.

Para alcanzar este objetivo se ha dado continuidad a algunos programas iniciados en administraciones anteriores, esto conlleva al hecho de que se mantenga la eficiencia en el proceso de manejo de datos e información de estadísticas de salud y por consiguiente en la toma de decisiones por parte de las autoridades pertinentes.

IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

Al hablar de la implementación de sistemas de información en salud tenemos que remontarnos a algunos años, a continuación se describirán algunos de los sistemas que han sido utilizados por nuestras instituciones de salud:

- ✚ **Registro Nacional del Cáncer:** Inicia en enero del 2012. Es un sistema creado para dar seguimiento y control de todos los casos de cáncer diagnosticados en el país en cualquier institución y por cualquier medio diagnóstico. Está constituido por diversos módulos, entre ellos el registro del paciente, diagnósticos, detección de duplicados, control de calidad, análisis de datos y otros. Se utiliza en instalaciones de salud pública y privada.
- ✚ **Sistema informático de seguimiento de terapia antirretroviral (MoniTARV):** inicia en noviembre de 2011. Es un sistema para el monitoreo clínico y atención integral a personas con VIH.
- ✚ **Sistema informático de historial perinatal (SIP):** este sistema recoge la información clínica de la embarazada. Su propósito es contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- ✚ **Sistema de citas médicas y agenda electrónica del médico:** inicia el 7 de octubre de 2009 con los módulos de citas médicas y agenda electrónica del médico en dos instalaciones de salud (Juan Díaz y Las Garzas de Pacora).

- ✚ **Sistema de Información Estadístico de Salud (SIES):** es un sistema de información que registra y procesa los consolidados mensuales de la hoja de trabajo del estadígrafo, salud bucal, citología, morbilidad, aplicación de suplemento de hierro, distribución de complemento alimenticio y además permite la captura de los Registros Diarios de Actividades y genera a partir de estos los diferentes consolidados mensuales.

- ✚ **Sistema de monitoreo y evaluación del plan estratégico del sector salud (SIMEPESS):** sistema desarrollado con el apoyo del Consejo de Ministros de Centroamérica (COMISCA), es un conjunto de normas, procedimientos e instrumentos interrelacionados que permiten medir y evaluar resultados y efectos de las políticas, planes, programas, proyectos y acciones en el ámbito de la salud.

- ✚ **Sistema de Vigilancia (SISVIG):** contiene 3 subsistemas básicos: Eventos de Notificación Obligatoria Semanal, Vigilancia de la Mortalidad en Hospitales, Notificación Individual de Casos y Malformación Congénita. Su principal objetivo es poder desarrollar un sistema de alerta temprana ante posibles brotes y otras amenazas a la salud pública.

- ✚ **Sistema informático de Registro de Admisión y Egresos (RAE):** se utiliza para el registro de admisiones y egresos de pacientes, cuyo objetivo es contar con datos generales del paciente a su admisión además del diagnóstico de ingreso y la información clínica de egreso hospitalizado, lo que conlleva a información oportuna y con un estándar elevado de calidad que permita intervenciones efectivas por parte de los distintos actores.

- ✚ **Plataforma de Radiología e Imagenología:** inicia en el año 2007, operando en 23 instalaciones de salud a nivel nacional.

- ✚ **SEIS:** *Es el Sistema Electrónico de Información de Salud*, inicia en el año 2016, es uno de los nuevos programas cuyas funciones son las siguientes:
 - ✓ Contar con un expediente clínico único electrónico, que puede ser consultado en las instalaciones de salud donde esté implementado.
 - ✓ Facilitar el control y seguimiento de la condición de salud del paciente.
 - ✓ Gestionar desde los consultorios los trámites de órdenes de radiología, farmacia, laboratorio u otros.
 - ✓ *La información estará sistematizada y disponible electrónicamente, para la toma de decisiones oportuna.*
 - ✓ Manejo de agendas y archivos de manera electrónica.

- ✚ **SIS:** Es un Sistema de Información en Salud que se interconecta con las diferentes áreas de un Hospital, Policlínica, ULAPS y/o CAPPs para generar un Expediente Médico único del paciente, que puede ser consultado desde cualquier Unidad Ejecutora de la Caja de Seguro Social a nivel nacional. Inicia en abril de 2012 y se mantiene vigente. El SIS busca facilitar la disponibilidad de la información de todos los pacientes y simplificar los procesos internos, tanto médicos como administrativos, para brindar un mejor servicio. Los objetivos del proyecto son:
 - ✓ Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales, buscando sinergias y optimizando los recursos.

- ✓ Gestionar la actividad sanitaria de forma conjunta en toda la organización.
- ✓ Integrar la gestión de los procesos asistenciales con las áreas económica, logística y de recursos humanos.
- ✓ Facilitar al profesional de asistencia y administrativo su trabajo diario con la creación de una estación de trabajo que les permita obtener la información que requiera, en el momento en que la necesite, en función de su perfil y con independencia del dispositivo utilizado.
- ✓ Dotar al CSS de una herramienta de toma de decisiones, el Cuadro de Mandos Integral, con información fiable en tiempo real, informes ad-hoc y el acceso a indicadores de gestión que permitan, entre otras cosas, el seguimiento de los procesos clínicos.
- ✓ Disponer de una plataforma de hardware y software robusta, segura y escalable que permita a la organización evolucionar y crecer, así como adecuarse a las necesidades del sector, tanto en el plano legal, como en el de orientación al paciente.
- ✓ Establecer una comunicación rápida y automatizada con las demás aplicaciones del entorno corporativo y facilitar la integración con las externas.

✚ **ESIAP:** Es el Sistema Electrónico de Atención Primaria que incluye el módulo de Atención Primaria con la utilización del expediente electrónico que crea, programa, modifica y gestiona las citas médicas solicitadas por los pacientes.

Aunque el ESIAP sea una aplicación de atención primaria, en el área hospitalaria la atención en Urgencias, Salud Ocupacional y Hemodiálisis lleva un programa de vacunación que anualmente

genera este registro, por lo que se hace necesario que los colaboradores de estas áreas logren mayor destreza en la utilización de dicha aplicación.

E. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Ministerio de Salud de Panamá, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) inició en el 2015 el proceso de desarrollo de una Estrategia Nacional sobre e-Salud, como parte de la respuesta al desafío de garantizar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el país, mediante el empleo de herramientas y metodologías innovadoras basadas en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's).

La implementación de una Estrategia sobre eSalud contribuye a que el país mejore el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos, como resultado de la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC's), la formación en alfabetización digital y TIC'S, el acceso a información basada en pruebas científicas y la formación continua.

“El primer paso debe ser establecer un modelo de gobernanza que garantice el orden y la sostenibilidad del uso de la TIC's en salud en el país. Además, este modelo facilitaría la gestión de las iniciativas con un enfoque de salud pública”, señaló el Dr. Novillo. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

En septiembre de 2011 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) aprobaron la Resolución CD51/13 denominada Estrategia y Plan de acción sobre eSalud, con el propósito de contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los países de la región de las Américas.

La Estrategia de eSalud aborda al menos seis componentes esenciales:

1. Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica).
2. Telesalud (incluida la telemedicina)
3. mSalud (o salud por dispositivos móviles)
4. eLearning (incluida la formación o aprendizaje a distancia)
5. Educación continua en tecnologías de la información y la comunicación
6. Estandarización e interoperabilidad.

El proceso de diseño de la Estrategia y el establecimiento del modelo de gobernanza es coordinado por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Planificación.

F. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Al hablar de sistemas de información en salud, debemos tomar en cuenta que en nuestro país a pesar de existir un regente que es el Ministerio de Salud, existe otra institución de carácter público que fue creada para la atención de los asegurados que es la Caja de Seguro Social; estos dos pilares hacen en ocasiones difícil el proceso de poder unificar acciones, pues se encuentran comandados por distintas personas y tienen sus estructuras bien definidas.

Más allá del problema que pueda traer que estas instituciones sean comandadas por distintas personas, la dificultad principal nace en la perspectiva que cada uno tenga sobre el tema de “salud”; pues en la actualidad se utiliza en muchas ocasiones para obtener méritos personales que no garantizan una atención de calidad a los pacientes.

Para contar con un sistema de información óptimo dentro de cada sistema de estadísticas en salud, debemos empezar por identificar las debilidades del sistema de salud en este aspecto.

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, 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.

La información de estadísticas de morbilidad se recibe del sector público y de la seguridad social. 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.

A nivel de cada establecimiento de salud 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, con el que se realiza el registro de los datos de morbilidad atendida, desde el servicio de salud. Este instrumento es el Registro Diario de Actividades, 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 primer y segundo nivel. 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. 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 estadísticas de ambos a nivel central, aun no se logra este

propósito. 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.

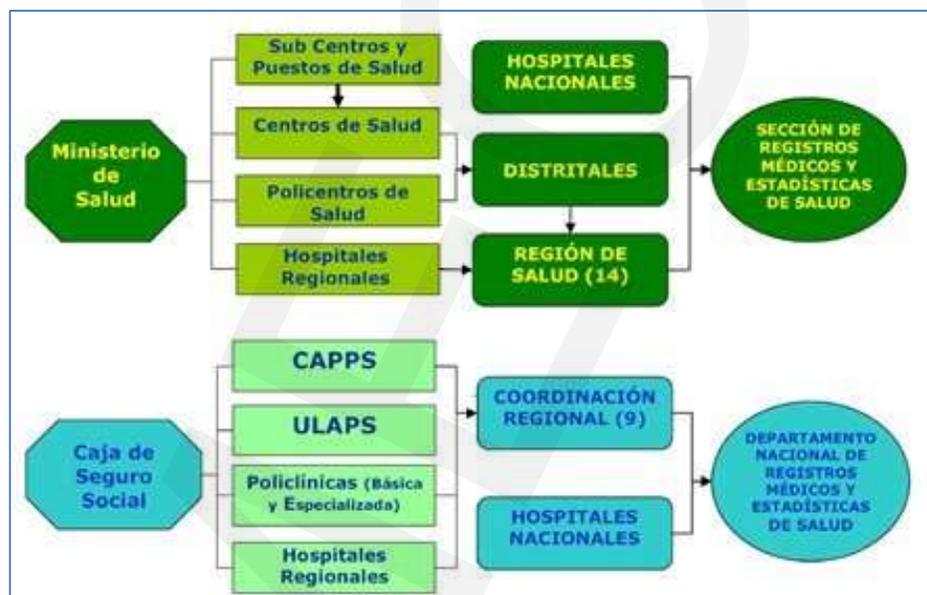


Figura 1: Flujo de información del sistema de REMES según subsector

Fuente: (Webescolar, 2017)

Los datos de enfermedades sujetas a vigilancia 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. 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. 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. Los datos se almacenan en registros de papel y en bases de datos en la unidad de Epidemiología y son tabulados periódicamente para su disseminación 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. 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. El informe de morbilidad originado en el establecimiento, se envía a la oficina de estadística del segundo nivel 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.

En algunas ocasiones la oficina regional se comunica con la oficina de los establecimientos 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. 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 CD para su envío al nivel central. A nivel de esta oficina se cuenta con un plan de frecuencias y tabulados estandarizados para cada año y los resultados se publican en formato electrónico, impreso y en Internet. 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.

La información sobre morbilidad, para todos los eventos, se obtiene y tabula teniendo en cuenta variables básicas de tiempo y lugar, así como relacionadas con las personas, específicamente, edad, sexo

PUNTOS CRÍTICOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

Los puntos críticos son evaluados desde la perspectiva de calidad que se pretende lograr con la implementación e integración de los sistemas de información, a continuación detallaremos algunos de ellos:

- ✚ El Sistema de información de salud está desarticulado, fragmentado, descoordinado a todos los niveles a razón de los insuficientes controles de la calidad del dato, en las instituciones involucradas y responsables.
- ✚ Algunos datos que se producen, capturan procesan y analizan dentro del sistema de información de salud para ser publicados en boletines o páginas web de las instituciones son insuficientes y en algunos casos poco coherentes.

- ✚ Falta de capacitación continua de las personas que captan, procesan, sistematizan y analizan la información en las instituciones involucradas.
- ✚ Ausencia de una visión integral de un sistema de información entre las dos instituciones para el uso del expediente electrónico unificado.
- ✚ Poca utilidad y calidad de algunos datos e información disponible, para dar respuestas efectivas a quienes toman las decisiones en todos los ámbitos.
- ✚ La desagregación de los datos e información del Sistema de información de salud, no permite evidenciar la realidad del nivel local, regional y nacional.
- ✚ Debilidad de la conducción rectora del MINSA en el Sistema de Información de Salud a todos los niveles, tanto de instituciones dentro del Sector Salud, (CSS,AUPSA,IDAAN,AAUD, ICGES), como de otras instituciones involucradas con salud, de otros sectores (MEDUCA, Vivienda, MIDA, Ambiente, MOP y otros)
- ✚ Existe un desfase en el tiempo de envío y recepción de los datos, lo cual afecta la sistematización oportuna de los datos, para la toma de decisión y desarrollo de acciones en salud pública.
- ✚ Baja utilización de la información de salud al momento de la toma de decisiones estratégicas a nivel nacional, regional y local.
- ✚ Falta de mecanismos sistemáticos de retroalimentación sobre los resultados del análisis de la información estadística dentro de las diferentes instituciones del país.
- ✚ Falta de un sistema único de información de MINSA y CSS, con falta de coordinación y duplicidad en sus actividades.
- ✚ Falta de definición de estrategias para la continuidad de los procesos cuando existen fallas en los sistemas tecnológicos.

- ✚ Los sistemas informáticos actuales no son amigables, ni cumplen con algunas necesidades operativas.
- ✚ Falta un sistema tecnológico coordinado que permita el registro en tiempo real y oportuno de las sospechas de los reportes de falla farmacéuticas, de fallas terapéuticas y de reacciones adversas (medicamento e insumos).
- ✚ Debilidades en los mecanismos de seguridad del sistema informáticos e incumplimiento con los estándares internacionales de seguridad.
- ✚ Falta un sistema de información que oriente al usuario sobre medicamentos, alimentos, cosméticos e insumos, las alertas emitidas y gestión de riesgos de los mismos, por Farmacia y Drogas, DEPA, EMA y FDA.
- ✚ Falta de un sistema nacional de información en tiempo real de los Registros Sanitarios de
- ✚ Alimentos, tanto nacionales como de los importados, para su vigilancia en los niveles de acción nacional, regional y local.
- ✚ Falta de un sistema nacional de información y estadísticas de los Servicios de Salud Pública incluyendo los Servicios de Salud Pública Veterinaria, para la mejor planificación y gestión.
- ✚ Falta de un sistema nacional de información de salud y seguridad en el trabajo.
- ✚ Falta de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud de los trabajadores.
- ✚ Ausencia de datos sobre los costos directos e indirectos de siniestralidad laboral en término de ausentismo y presentismo laboral (bajo rendimiento).
- ✚ Falta de criterios de medición para calcular la pérdida económica de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en relación al PIB.

- ✚ Existen sub registros importantes y fallas en todo el proceso de tratamiento de la información inherente a las tasas de fatalidad de los accidentes de trabajo según causa y de los registros de secuelas invalidantes.
- ✚ El país no registra datos de morbi-mortalidad atribuibles a enfermedades profesionales, sin embargo la OIT asegura que existen.
- ✚ Falta de indicadores adecuados para sistematizar la información requerida en Salud y Seguridad de los trabajadores.
- ✚ Insuficiente información sobre Personas Discapacitadas en el Censo Nacional, incluyendo las que laboran de forma independiente.
- ✚ Los indicadores educativos presentados no reflejan aspectos de calidad educativa.
- ✚ Las estadísticas de delitos y víctimas están incompletas en cuanto a variables de sexo y edad.
- ✚ No existen datos específicos sobre los privados de libertad y de los denominados casos de Alto Perfil.
- ✚ Los análisis de las pandillas y grupos de riesgo, requieren mayores detalles en la tipificación del dato.
- ✚ Ausencia de correlación entre diversas variables socioeconómicas en la población que incurre en delitos según grupos de edad, sexo, tipo y gravedad de la falta.
- ✚ Falta de información para conocer la inversión por niveles de atención, por procesos preventivos, curativos y de rehabilitación en los sistemas de salud.
- ✚ Falta de información real sobre la mora quirúrgica y la falta de atención especializada de los pacientes.
- ✚ Falta de información para identificar la demanda de servicios por parte de la población extranjera según tipo de proveedor de servicios públicos, tipo de servicio demandado, edad, sexo, procedencia, entre

otras variables de interés, que permitan darle seguimiento y evaluar la demanda.

- ✚ Ausencia de un sistema coherente de información que permita mantener actualizado el Diagnóstico de la Salud de todos los trabajadores del país.
- ✚ Deficiencia de Datos sobre las escuelas con estado crítico de los servicios básicos y mantenimiento preventivo y curativo (letrinas, agua, energía eléctrica).
- ✚ No existe información sobre la contaminación de los cuerpos de agua.
- ✚ Inexistencia de un Centro Nacional Toxicológico y de la Estadísticas relacionada.
- ✚ Carencia oportuna de indicadores sanitarios y socioeconómicos que permitan analizar el impacto para la población como resultado de la inversión o gasto.
- ✚ Falta de cruce de las variables de viviendas sin infraestructura sanitaria básica y las variables de morbilidad, que fortalezca la capacidad de análisis en salud.
- ✚ Información insuficiente de las actividades sanitarias del sector privado
- ✚ Pobre información sistematizada sobre cobertura de población panameña con seguros privados de salud según tipo de beneficios y gasto.
- ✚ No hay un sistema único de información de salud tanto MINSA Y CSS (Cada una tiene una plataforma distinta).
- ✚ Insuficiente información sobre las acciones integrales de salud (promoción, provisión de servicios de salud integrales y ambientales)
- ✚ No existe coordinación en ambas instituciones, para la captación de información de salud.

- ✚ Plataformas diferentes en las dos instituciones sobre sistema de información financiera, que no permite conocer la inversión en salud según el nivel de atención, complejidad, insumos adquiridos.
- ✚ Duplicidad en inversión (costos y tiempo) para los sistemas de información de salud
- ✚ No hay estrategias alternativas en momentos de fallas en el sistema de información
- ✚ El expediente electrónico que se implementa en las instituciones, no es amigable, con falta de orientación adecuada y continua al usuario que lo utiliza.
- ✚ Inadecuado funcionamiento de Call Center para el otorgamiento de citas médicas, exámenes y otros, sin coordinación institucional.
- ✚ Falta de un sistema de información para el proceso de registro y verificación de la calidad de los medicamentos, con ventanillas o sitio web de acceso para el uso y consultas públicas.
- ✚ Falta de reglamentación en la seguridad de la información de los sistemas.
- ✚ Ausencia de una visión integral de un sistema de información entre las dos instituciones públicas para el expediente electrónico y que posteriormente integre al sector privado.
- ✚ No existe un sistema para consulta de registros sanitarios de los medicamentos de forma amigable para uso público.
- ✚ Falta de base de datos que permita la integración y análisis de los riesgos de los medicamentos.
- ✚ Falta de información sobre los acuíferos nacionales (número, ubicación y capacidad).
- ✚ Falta de interface entre los sistemas de información del Sector Salud y otros sectores, que realicen actividades relacionadas con Salud.

¿CÓMO SE UNIFICAN LAS FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD?

RAZONES ECONÓMICAS EN FAVOR DE LA INTEGRACIÓN EN SALUD

Por lo visto con antelación, las inequidades se observan a nivel de la economía de los hogares; esto es, un número significativo de las (os) aseguradas (os) está pagando más de sus cotizaciones por un servicio que no está recibiendo ante la falta de un establecimiento de la CSS cercano o ante su incapacidad de satisfacer la demanda, teniendo establecimientos del Minsa que podrían suplir tal déficit. O peor, quienes no están próximos a un establecimiento de este ministerio pero sí de uno de la CSS si no tiene los recursos para pagar sus servicios, no es atendido.

Pero el problema no solamente incumbe a las economías hogareñas, también el mismo sistema paralelo (la CSS por un lado, el MINSA por otro) le cuesta al país más de lo que costaría si estuvieran integrados sus servicios. Se estima que no menos de \$120 millones por año se gastan de más al no contar con un sistema que opere con servicios integrados.

Ciertamente, los organismos como Naciones Unidas o de asistencia al crecimiento económico, como el Banco Mundial y el BID, estarían anuentes a este tipo de racionalidad, en virtud de que libera recursos para la inversión de infraestructuras de energía, transporte, comunicaciones u otros que profundicen la creación de condiciones para que amplíe la acumulación de capitales privados a nivel global.

Pero esto no quiere decir que no sea pertinente la integración como acicate a la reducción de la inequidad social en salud, dependerá de quién tome las decisiones y hacia dónde reoriente los recursos ahorrados.

¿CUANDO SE HABLA DE INTEGRACIÓN DE SALUD, TODOS HABLAN DE LO MISMO?

En primer lugar, existen dos grandes opciones de integración en los servicios de atención de salud, a saber: Una que alude solo a la coordinación de servicios entre el MINSA y la CSS. En esta modalidad de integración, se admitiría a toda la población acceder a una consulta, hospitalización, etc. en cualquier establecimiento de alguna de las dos entidades.

Al final del año, el MINSA le pagaría a la CSS por los servicios prestados a los no asegurados y la CSS le pagaría al MINSA por los asegurados atendidos en sus establecimientos (pago contra acción ejecutada).

Lo positivo aquí, es que una persona que no cotiza a la CSS, no estaría sujeta a que le restrinjan su estadía o el servicio en un establecimiento de esta entidad, porque no cuenta con el recurso suficiente para pagarlos.

El riesgo, empero, aparece en el ámbito político; esto es, de que el MINSA no haya contemplado en su presupuesto las partidas correspondientes para honrar sus compromisos con los no asegurados que se atenderían en los establecimientos de la CSS, haciendo que esta cargue con una responsabilidad que no cuenta con una contribución financiera o simplemente, la CSS no asuma la dotación de servicios a las (os) no aseguradas(os).

Por lo demás, esta modalidad no tiene la fuerza para detener la tendencia mercantilizadora de la salud del país.

La otra modalidad, crearía una única entidad responsable de producir los servicios médicos, lo que implica fusionar todos los del MINSA con todos los servicios de salud de la CSS, para lo cual habría que establecer por ley presupuestariamente el porcentaje de gastos e inversiones que generarían los no asegurados (sea de fuentes impositivas directas, sea de otros aportes de recursos acopiados por el tesoro nacional o ambas) y añadirlo al porcentaje de las cotizaciones retenidas para los actuales programas de salud de la CSS.

La creación de esta entidad (Sistema único, Servicio nacional, etc.) con presupuesto propio, supondría que el Seguro Social solamente se dedicaría a las prestaciones económicas (pensiones, subsidios por incapacidad, etc.) y el MINSA sería el garante del cumplimiento de las normas técnico-sanitarias de esta nueva institución.

SALUD IGUAL PARA TODOS

Con la modalidad de fusión, se estarían creando condiciones para una atención universal, es decir, una verdadera 'Salud igual para todos' presente solamente en los papeles.

Lo previsible es, que los grupos con intereses privados, la tecnocracia de la CSS y quienes lucran con los servicios de salud, arremeterían contra tal modelo y el gobierno actual no estaría en capacidad y probablemente, ni disposición de enfrentarlos. Menos aún, si el pueblo no comprende en qué consisten las bondades de este sistema unitario y peor, si no cuenta con un sujeto social histórico, que reivindique tal fusión.

Frente a la mercantilización creciente de la salud en Panamá, esta modalidad de integración es la que convendría al pueblo, si se concibe que la

salud no sea una mercancía sino un derecho humano actualmente ejercido de manera segmentada, desigual.

Para el quinquenio 2016- 2020 se realizó un debate entre el MINSA y la CSS para unificar criterios y evitar duplicidad en las inversiones que serían consideradas en el Plan Maestro de Inversiones. La Ley establece que todas las instituciones del Estado deben presentar ante el Ministerio de Economía y Finanzas un plan quinquenal. Por primera vez para el año 2017 se gestionará un Plan Nacional de Salud.

El proceso para unificar los sistemas de información en salud, específicamente en el área de registros y estadísticas, no es una tarea nada fácil; pues requiere que se analicen los requerimientos de cada una de las instalaciones a nivel del MINSA y CSS, para diagnosticar las áreas sensibles y así desarrollar prototipos que cumplan con cada uno de los requisitos y procesos que en estas esferas se manejan.

Es tarea de nuestras autoridades, en este caso planificadores en salud, que verifiquen la usabilidad y oportunidad de cada uno de los sistemas ya existente e invoquen su viabilidad para seguir en marchar; si se encuentran más desventajas que ventajas entonces la tarea es crear sistemas que logren abarcar todas las tareas estadísticas de mejor manera.

El sistema de información de salud óptimo, debería poder integrar todas las fuentes de datos que tienen relación con todos los componentes relacionados con la salud, desde los determinantes que inciden, los factores inherentes al individuo, al propio sistema que incluya todos los procesos de promoción de la salud y prevención primaria, secundaria, terciaria del año,

todos los productos, resultados e impacto medibles, niveles de satisfacción, financiamiento, entre otros.

Es importante, la capacitación continua del personal relacionado con el sistema de información, desde el punto inicial de la captación del dato, hasta la producción final ordenada y sistematizada de los mismos, que permitan buenos análisis de lo que se produce. Muchas veces la forma de presentar los datos captados y registrados, no permiten resaltar y evidenciar los problemas de salud existentes y peor aún, si estas presentaciones son aisladas y separadas de otros sistemas de información que no permiten la relación con otras variables importantes.

CONCLUSIONES

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, 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.

Actualmente la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud trabajan en el proceso de volverse unificar, en cuanto a la utilización de sistemas de información en el área de Archivo y Estadísticas; lo que garantizará que en cualquier momento y en cualquier lugar, los paciente podrán ser atendidos con su respectiva información personal y de salud.

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. El ciclo de este proceso es similar y se realiza paralelamente en la estructura de estadística de la CSS.

RECOMENDACIONES

- ✚ Estructurar un sistema único nacional de información coherente, compatible, armonizado, articulado y accesible a todos los actores sociales e instituciones para que se pueda contar con la información necesaria en la toma de decisiones, que generen acciones de salud, bienestar y desarrollo.
- ✚ Depuración de los sistemas de información vigentes, tanto del sector institucional de salud como el sector intersectorial, buscando interfaces coherentes o puntos de convergencia viables, para avanzar de forma gradual hacia la construcción de un sistema de información de salud coordinado.
- ✚ Implementar y utilizar un sistema de información integral (trazabilidad), en el caso de los insumos de salud, que lleve un registro desde la entrada del medicamento e insumo sanitario, hasta su entrega al consumidor, de manera que pueda proporcionar consumos reales, existencias actuales y ubicación.
- ✚ Capacitar y actualizar al recurso humano de salud en todos los procesos relacionados con el sistema de información desde la concepción de las competencias de cada uno de los profesionales involucrados y se incluyan procesos de captación, registro, tabulación, sistematización, análisis y presentación de la información para el uso adecuado de la misma.

- ✚ Revisar el marco jurídico existente, que garantice la regulación de la información de salud del país desde el punto de vista soberano, transparente, accesible y confidencial a los diferentes tipos de usuarios de la misma.
- ✚ El sistema de información como eje transversal, debe fortalecerse en todos los aspectos considerados para el diagnóstico y los ejes de la propuesta de la mesa de diálogo.

BIBLIOGRAFÍA

(INCAP), I. d. (s.f.). *Sistema de Información*. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de <http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/acerca-de-san/conceptos/sistema-de-vigilancia>

A, P. R. (5 de Julio de 2015). Paradojas de la integración del sistema de salud. *La Estrella de Panamá*.

Concepto de Estadística. (s.f.). Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/agrane/ficheros_docencia/EDA D/introduccion_tema1_reducido.pdf

General. (28 de Marzo de 2015). *Definición de Salud Pública*. Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/salud-publica/>

Hospital Universitario San Ignacio. (s.f.). *Historia Clínica*. Obtenido de <http://www.husi.org.co/visitantes-y-pacientes/historia-clinica>

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. (2015). *Estadísticas de Salud*. Obtenido de <http://www.ivss.gov.ve/contenido/Estadisticas-de-Salud>

Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. (2015). *Lineamientos propuestos para la Mejora y Fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud integral, en el marco de una Política de estado*. Obtenido de

file:///C:/Users/anyuri/Downloads/undp_pa_propuesta_%20final_dialogo_salud.pdf

OMS 2017. (9 de Noviembre de 2005). *¿Qué es un sistema de Salud?* Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (19 de Febrero de 2015). *Inician proceso para el desarrollo de Estrategia Nacional de eSalud en Panamá.* Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=849:estrategianacesaludpanama&Itemid=267

Piédrola Gil, G. (2009). *El concepto de Salud* . Obtenido de <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

Webescolar. (31 de Octubre de 2017). *La política social como escenario de programas sociales.* Obtenido de <http://www.webescolar.com/la-politica-social-como-escenario-de-programas-sociales>

Webescolar. (9 de Julio de 2017). *Sistema de Información de Salud en Panamá.* Recuperado el 18 de Octubre de 2017, de <http://www.webescolar.com/sistema-de-informacion-de-la-salud-de-panama>.

ANEXOS

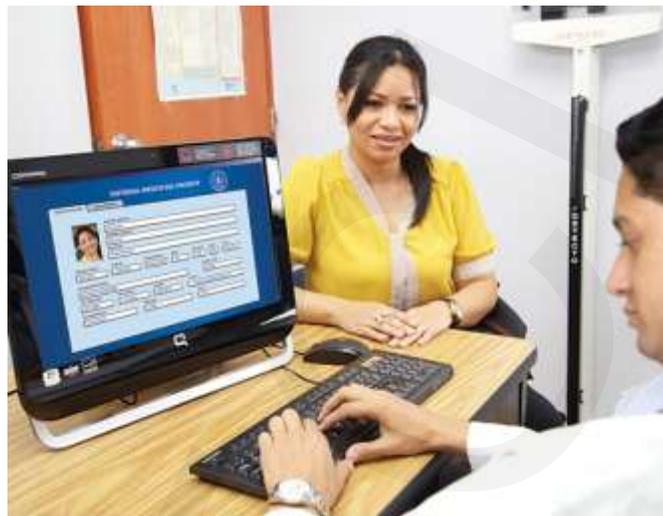


Figura 2: Utilización de los Sistemas de Información por parte del personal médico

Últimos intentos de integración

MINSA Y CSS / POR PERÍODO PRESIDENCIAL

MIREYA MOSCOSO
/ 1999-2004

Plan piloto de Coordinación Interinstitucional Minsa-CSS en la provincia de Herrera. Un año para crear la metodología de aplicación. Seis meses duró su implementación.

MARTÍN TORRIJOS
/ 2004-2009

Con el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas se llevó a cabo la Concertación Nacional. Se lograron acuerdos. Gremios de la salud se retiraron.

RICARDO MARTINELLI
/ 2009-2014

Presidente menciona el tema en acto público. Consejo Nacional de Contraloría Social del Sistema Público de Salud pide un referéndum para tratar el asunto. El tema no se discutió.

INFOGRAFÍA LP - ROY HERNÁNDEZ | FUENTE DATOS PROPIOS

Figura 3: Infografía sobre intentos de integración MINSA/CSS



Figura 4: Primer Sistema de Información y Estadísticas de Salud utilizado por el MINSA



Figura 5: Sistema de Vigilancia utilizado a nivel nacional

UNMECFT

UNMECFT