



## Ministerio de Salud Dirección de Planificación

Informe Técnico

*Jornada - Taller*

**“Hacia el Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Salud”**

**Fecha:** 20 y 21 de Septiembre 2018.

**Lugar:** Hotel Radisson (Antiguo Country Inn de Amador )

### **I. Objetivos Generales:**

1. Presentar los avances en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la Agenda de Salud 2030 en las Américas.
2. Divulgar los indicadores definidos y las fichas técnicas para la operacionalización de la Agenda de Desarrollo 2030 y su correlación con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (2018 - 2030)
3. Describir la plataforma del sistema de monitoreo y evaluación en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

### **II. Objetivos Específicos:**

1. Presentar y revisar los indicadores definidos del Nivel 1 del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, y las fichas técnicas correspondientes.
2. Analizar las fortalezas y debilidades de la gestión del dato para el monitoreo y evaluación de los indicadores del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, en el nivel local, provincial y nacional.
3. Debatir sobre las metas a alcanzar de cada indicador, según la línea base correspondiente al año 2015 y su alcance hacia el año 2030.

### **III. Desarrollo de la Reunión :**

Con la asistencia del Dr. Gerardo Alfaro Representante OPS/OMS y en representación del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas, la Lic Virgina Castellero de la Secretaría Técnica del Gabinete Social, la actividad fue inaugurada por la Dra. Reina Roa, Directora de Planificación del Ministerio de Salud.

Seguidamente se inicia la Agenda, con el desarrollo del Panel : Hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible “.

La Dra. Roa, expone los contenidos de Agenda de Salud Sostenible para las Américas (2018 – 2030) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El contexto de la Agenda está basado en :

- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con sus 9 objetivos, 169 metas y 231 indicadores
- Temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) . Entre ellos, la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la reducción de casos nuevos de infección por el VIH – sida.
- La Agenda de Salud para las Américas ASSA 2008-2017
- Compromisos asumidos por la Oficina como la oficina regional de la OMS
- Otros compromisos mundiales en materia de salud de la Región
- Retos regionales futuros y emergentes en materia de salud pública.
- Situación de Salud de las Américas

Aprobada por la Conferencia Sanitaria, máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud, dicha Agenda es la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los estados miembros de la OPS mediante los Planes estratégicos, las estrategias de la OPS y los Planes de Salud Nacionales y Subregionales.

Su visión es : Para el año 2030, la Región en su conjunto, así como los países que la integran, se proponen lograr el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para todas las personas a lo largo del curso de la vida, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, sistemas de salud resilientes y servicios de salud de calidad

Se basa en cinco principios:

- a. Derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr,
- b. Inclusión Social,
- c. Solidaridad panamericana,
- d. Equidad en salud y Universalidad.

Consta de 11 objetivos encaminados a garantizar que toda mujer, hombre y niño pueda vivir una vida sana y productiva. Es explícita en el tema de financiación y el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento, entre otros.

Los Estados Miembros han de ejecutar, presentar informes sobre la ejecución de la Agenda, mediante la colaboración conjunta entre países, la Oficina Sanitaria Panamericana y con otros actores y asociados estratégicos a nivel nacional, subregional y regional y adoptar varios enfoques estratégicos claves para aplicar la Agenda:

- Responsabilidad nacional por los resultados
- Promoción y coordinación de acciones multisectoriales
- Coordinación y cooperación interinstitucionales a escala nacional
- Cooperación Sur-Sur, para el desarrollo de la salud
- Coordinación interinstitucional a escala regional
- Comunicación estratégica

**Panamá: Reporte Voluntario Nacional e Iniciativas que se implementan en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible :**



Se expone el marco normativo, la arquitectura institucional, el monitoreo y evaluación, metodología para la elaboración del Informe (ODS 1, 2, 3, 5, 9 y 14), desafíos, próximos pasos y Conclusiones.

El Decreto Ejecutivo 393 adopta la Agenda 2020, crea la Comisión interinstitucional y de la Sociedad Civil para el Apoyo y Seguimiento a los ODS, en el marco de actuación que definen el Plan Estratégico de Gobierno, los Acuerdos de Concertación Nacional para el Desarrollo (CND) y el Plan Panamá 2030. La instancia responsable es la Secretaría Técnica del Gabinete Social, la cual operacionaliza las iniciativas a través de la Comisión Multisectorial.

Los ODS están alineados con el Plan Estratégico de Gobierno y los Acuerdos del Consejo Nacional para el Desarrollo (CND). El proceso de monitoreo y evaluación, ha agrupado los indicadores en tres grupos, según la disponibilidad de fuente de información y la metodología de cálculo del indicador, en Indicador del Nivel I, II y III. Actualmente, se ha definido la línea base para los indicadores del Nivel I, para el año 2015 y se ha solicitado los datos desde el año 2010 con el propósito de visibilizar las tendencias.

Se cuenta con una plataforma SIGOB para el seguimiento, la cual vincula políticas, programas, proyectos y acciones según indicadores. Los ODS 1, 2, 3, 5, 9 y 14 han sido priorizados, identificando 54 indicadores de un total de 88.

En cuanto al Reporte Voluntario presentado a las Naciones Unidas, su contenido contempló el análisis de los datos de la plataforma SIGOB y su evaluación integrada rápida, el Plan Panamá 2030, el Plan Panamá País de Todos – Cero Pobreza, el Índice de Pobreza Multidimensional y el análisis estadístico liderizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo y el Ministerio de Economía y Finanzas. Para tal efecto se realizaron tres reuniones de consulta, cuatro reuniones de trabajo con la participación de actores sociales, políticos, operadores gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y del sector privado, entre otros.

Los avances en las metas de los ODS 1 y 2, se comentan: la reducción de la pobreza y la desnutrición crónica, dada la implementación de diversos Planes y Programas específicos.

Iniciativas en Salud desarrolladas en el marco del Convenio de Control del Tabaco de la OMS y los Programas de Estrategias de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, el Diálogo Nacional de transformación y mejoramiento de sistema público de salud, los Programas de vacunación masiva y el Censo Nacional de Salud Preventiva, constituyen algunos logros del ODS 3.

De igual forma se enuncian las acciones y logros alcanzados en los ODS 5,9, 14 y16. Se concluye señalando los desafíos y próximos pasos:

1. Determinar naturaleza de brechas
2. Definir criterio para priorización de objetivos
3. Identificar iniciativas que tengan mayor impacto en múltiples metas de ODS
4. Desarrollo de capacidades de gestión y gobernanza
5. Desarrollo de capacidades políticas

## 6. Desarrollo de capacidades técnicas

En conclusión se ha desarrollado :

- a. Un marco normativo e institucional para la implementación y monitoreo de los ODS.
- b. Apropiación Nacional de los ODS
- c. Análisis de la efectiva alineación de los ODS (SIGOB)
- d. Implementación de políticas, planes, programas y acciones orientadas al logro de los ODS
- e. Identificación de los indicadores de los ODS propuestos y elaboración de un IPM

### **Salud y Observatorio de ODS**

El tema fue expuesto por la Dra. Alessandra Carrillo , Asesora en Servicios y Sistemas de la OPS, Indica que un observatorio requiere de acción e intervención a lo largo de la meta definida, para dejar el status de un sitio que almacena un cúmulo de datos. Hay la tendencia a desestimar su uso porque dejan de lado algunas de sus funciones esenciales, tales como:

- a) Proveer información útil, oportuna, actualizada, fiable, sistemática e institucionalizada
- b) Generar evidencia, traduciendo el conocimiento para el uso estratégico. Comunicar la información de forma efectiva.
- c) Llevar a cabo investigación primaria y evaluación de la salud de la población para las partes interesadas. Abogar activamente por mejores datos e información.
- d) Fortalecer las capacidades de los agentes locales en competencias para el uso de los datos e información de inteligencia de la salud poblacional.
- e) Responder y trabajar activamente con los diferentes aliados, particularmente los agentes locales, para estimular el trabajo en red y la gobernanza (INEC, Universidades, otros sectores)

Los ODS proveen oportunidades de acción intersectorial para mejorar la salud y alcanzar las metas de otros ODS vinculados a Salud, entre ellos, los ODS 1 (Meta: 1.3), 2 (Meta:2.2 ), 4 (Meta: 4.2), 5 (Meta: 5.2 ), 6 (Meta: 6.2 ) y 16(Meta: 16.1) .

Fortalecer los sistemas de salud se convierte en la única forma realista de alcanzar los ODS relacionados con la salud, mediante la salud universal : proporcionar servicios de salud efectivos a todos los que los necesitan y garantizar que el acceso a tales servicios no expongan a los usuarios a dificultades financieras. Citamos algunos indicadores de seguimiento de la cobertura de servicios esenciales de salud, entre ellos, en el área centinela de planificación familiar y cuidado del embarazo y el parto: la demanda satisfecha con un método moderno entre mujeres de 15 a



49 años (%), y la atención prenatal (cuatro o más visitas ); en el área centinela de enfermedades infecciosas : casos de tuberculosis detectados y tratados (%), agua y saneamiento : hogares con acceso a saneamiento mejorado (%); enfermedades no transmisibles : detección de cáncer cervical entre mujeres de entre 30 y 49 años (%); control del tabaco : adultos mayores de 15 años no fumando tabaco en los últimos 30 días (%).

Se comenta el reporte del Banco Mundial que ubica a Panamá, como país de altos ingresos, superando su categorización actual . La financiación se considera la pieza clave para el éxito de la nueva agenda a nivel mundial. Los objetivos abordan prioridades globales, incluyendo acabar con la pobreza y el hambre; reducir la desigualdad social; evitar el cambio climático y la preservación de los recursos naturales del planeta. Es de todos conocido que Panamá constituye el sexto país más desigual de América Latina.

Dando continuidad a la Agenda se proyecta un video que detalla las bondades de la plataforma SIGOB, el cual es comentado por el Lic. Antonio Díaz de la Secretaría del Gabinete Social.

Los indicadores globales fueron presentados por la Lic. Cyntia de Díaz de la Secretaría Técnica del Gabinete Social. Comenta sobre las 169 metas y los 231 indicadores aprobados por la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, los cuales fueron elevados y aprobados por la ECOSOC y a la Asamblea General para su adopción en julio de 2017. Al Objetivo 3 de Salud le corresponden 13 metas y 26 indicadores.

Agrega que la Secretaría Técnica del Gabinete Social tiene la responsabilidad de coordinar las tareas de monitoreo y seguimiento de los indicadores ODS. La Secretaría de la Concertación tiene la responsabilidad del seguimiento y monitoreo del Plan Estratégico

Nacional con Visión de Estado, 2030, que está alineado con los ODS y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), instancia encargada de las estadísticas oficiales y de dictar normas y metodologías.

Describe los criterios para agrupar los indicadores, según disponibilidad de fuente de información y metodologías definidas y aceptadas internacionalmente:

**Nivel I:** el indicador es claro desde el punto de vista conceptual, la metodología y las normas establecidas están disponibles y los datos son producidos periódicamente por el país.

**Nivel II:** el indicador es claro desde el punto de vista conceptual y la metodología y las normas establecidas están disponibles, pero los datos no son producidos periódicamente; o, de otra forma, el indicador no es claro desde el punto de vista conceptual y la metodología y las normas establecidas no están disponibles, pero los datos son producidos periódicamente.

**Nivel III:** no se dispone de metodología o normas establecidas para el indicador o se están elaborando la metodología y las normas para el indicador, y los datos no son producidos periódicamente.

El país cuenta con 131 indicadores disponibles. 4 indicadores se consideraron no aplicables y 109 no están disponibles ; 34 se pueden construir en corto plazo (2 años); 36 en mediano plazo (5 años) y 39 en largo plazo (más de 5 años). En cuanto a la clasificación por niveles, siguiendo los parámetros establecidos por el GlyE, se ha encontrado que para el país hay 96 indicadores en el nivel I; 75 en el nivel II; y, 69 en el nivel III.

## INDICADORES GLOBAL Y COMPLEMENTARIOS DE SALUD

Número	INDICADOR GLOBAL	INDICADOR COMPLEMENTARIO
1.	3.1.1. Razón de mortalidad materna	
2.	3.1.2. Partos con Asistencia profesional	
3.	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	
4.		3.2.1.a Tasa de mortalidad infantil
5.	3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal	
6.		3.2.2. a. Tasa de mortalidad perinatal
7.	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH	
8.	3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes	
9.	3.3.3. Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes	
10.	3.3.4. Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes	
11.	3.3.5. Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	
12.	3.4.1. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares	
13.		3.4.1.a. Tasa de mortalidad atribuida al cáncer
14.		3.4.1.b. Tasa de mortalidad atribuida a la diabetes
15.		3.4.1.c. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades respiratorias crónicas.
16.	3.4.2. Tasa de suicidio	3.4.2.a. Tasa de intento de suicidio
17.		3.4.2.b. Porcentaje de consultas por depresión en las instalaciones del Ministerio de Salud
18.	3.5.2. Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro.	Se sugiere utilizar el indicador: Consumo de riesgo o perjudicial de bebidas alcohólicas, utilizando como fuente de información la Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de drogas, conducido por el Observatorio Panameño de Drogas (OPADRO/CONAPRED), la cual se realiza cada tres años. Últimos datos disponibles para el año 2015



## INDICADOR GLOBAL Y COMPLEMENTARIO

Número	INDICADOR GLOBAL	INDICADOR COMPLEMENTARIO
19.	3.6. 1. Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidente de tránsito.	
20.	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) que practican la planificación familiar con métodos modernos. (de efectividad comprobada)	
21.	3.7.2. Tasa de fecundidad de adolescentes de 10 a 14 años, Tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años , por cada 1000 mujeres de ese grupo de edad	
22.	3.a.1. Prevalencia de consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad	Denominación sugerida del indicador: Prevalencia de consumo actual de tabaco entre personas de 15 o más años de edad. Fuente de dato: Encuesta Mundial de Tabaco / Ministerio de Salud
23.	3.c. 1. Densidad de Recursos Humanos	

### Retos y Desafíos :

- Desagregación de la información («No dejar a nadie atrás»).
- Fortalecimiento de registros administrativos.
- Acceso a nuevas fuentes de información.
- Arreglos institucionales y fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y local.
- Alianzas con otros actores (sector privado, academia, sociedad civil).
- Fortalecimiento del INEC como rector de las estadísticas nacionales.

### Próximos Pasos:

- Fortalecer la producción de los indicadores del nivel I.
- Reporte periódico de los indicadores del nivel I.
- Informe sobre el avance de país en los Indicadores de nivel I.
- Revisión de los indicadores nacionales asociados a las metas priorizadas.
- Producir los indicadores del nivel II (asesoría de las agencias responsables).

## Priorización de Metas Globales :

### Metodología de priorización de metas globales, según estrategia del PEN 2030

Metas ODS se priorizaron a través de cuatro (4) grupos de trabajo técnico, acorde con la estructura del PEN 2030, bajo el principio de participación amplia y representativa de la sociedad panameña (Instituciones públicas, Concertación Nacional, Sistema de Naciones Unidas). Cada equipo revisó los ODS relevantes para su mesa y precisó cuáles metas ODS son prioritarias según la situación nacional, con miras al año 2030. La consultora y el equipo de la STGS incluyó una priorización adicional para el pilar conocido como “Alianzas Estratégicas para el Desarrollo”

Finalmente, se identificaron interrelaciones entre metas priorizadas:

Buena Vida Para Todos	Crecer Más y Mejor	Sostenibilidad Ambiental	Democracia, Inst. y Democracia	Pilar: Alianzas para el Desarrollo	Total
8 ODS priorizados	8 ODS priorizados	11 ODS priorizados	5 ODS priorizados	15 ODS priorizados	17 ODS priorizados
17 metas priorizadas	23 metas priorizadas	24 metas priorizadas	11 metas priorizadas	27 metas priorizadas	85 metas priorizadas

### Resultados : Metas Globales ODS de Salud Priorizados

2.2 De aquí a 2030, poner **fin** a todas las formas de **malnutrición**, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

10.1 De aquí a 2030, lograr progresivamente y mantener el crecimiento de los ingresos del 40% más pobre de la población a una tasa superior a la media nacional ¿?

2.1 De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.

1.2 De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen

3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo

6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos

6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad

12.4 De aquí a 2020, lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos, y reducir significativamente su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de minimizar sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente

3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

### **Próximos Pasos a corto plazo:**

- Identificar los indicadores asociados a cada una de las metas priorizadas.
- Definir las metas nacionales asociadas a la metas globales priorizadas.
- Identificar los indicadores nacionales

### **Mesas de Políticas**

El Lic. Champsuar, de la Secretaría del Gabinete Social, comparte con los participantes las iniciativas desarrolladas para el establecimiento de Mesas de Políticas, como un ente que impulsa el alcance de los objetivos de desarrollo sostenible .



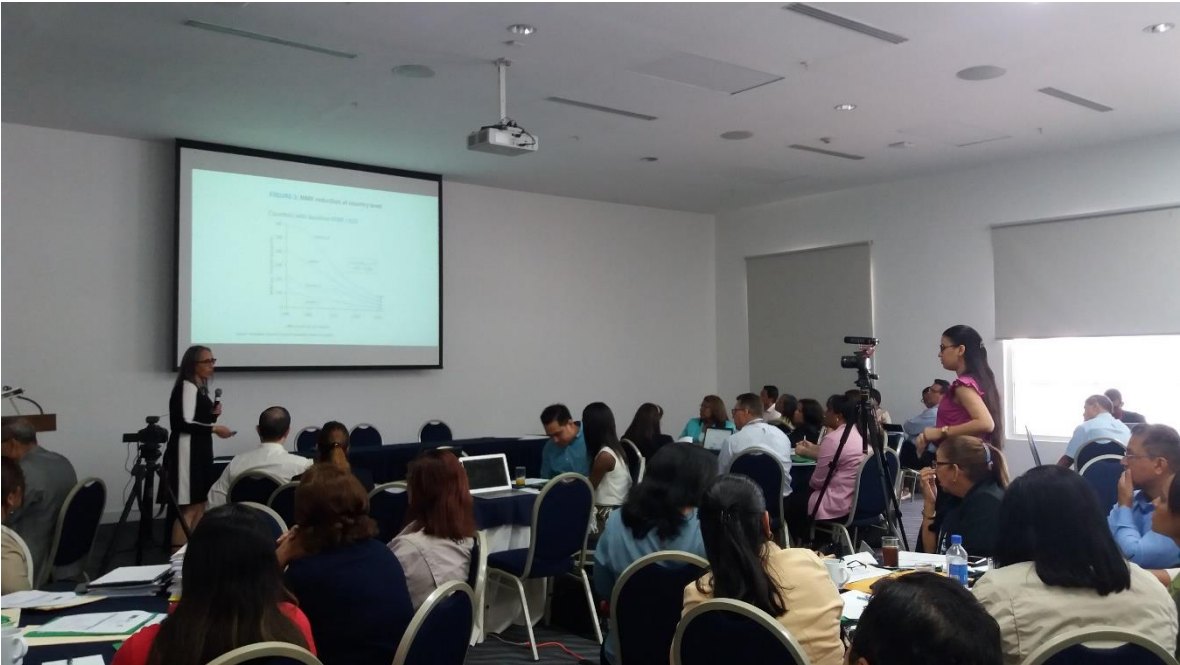


La Dra. Iritzel Santamaría, Sub- Directora de Planificación, describe el Sistema de Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que están alineados a la Política 3 y a sus objetivos estratégicos y líneas de acción, tomando como ejemplo las metas e indicadores del Objetivo 3. Los datos de la línea base (2015) de los indicadores del Nivel I, están disponibles y el proceso de monitoreo estará en marcha, concluyendo con el establecimiento de las metas a alcanzar al año 2030.

## TRABAJOS DE GRUPO













## **RESULTADOS DE TRABAJOS DE GRUPOS**



**Resultados de Trabajo de Grupo**

**Grupo N°1**

MATRIZ DE RESULTADOS N° 1

“Hacia el Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo sostenible en Salud”  
Grupo de Trabajo, según Meta e Indicadores del Objetivos de Desarrollo Sostenible N° 3

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLEACIÓN	DESAGREGACIÓN DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN
3.1.1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.2.1. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 5 AÑOS	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.2.1.A. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	TODOS LOS NIVELES, NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y LA CONTRALORIA, SÓLO REALIZA EL CÁLCULO CON NACIDOS VIVOS	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.2.2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	NUMERADOR : NÚMERO DE NACIDOS VIVOS QUE MUEREN ENTRE LOS 0 A LOS 27 DÍAS	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACIÓN DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN
3.2.2.A. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.4.1. TASA DE MORTALIDAD ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: POR DEFINICIÓN EL INDICADOR CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD "PREMATURA" ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	EN PANAMÁ SE CALCULA A TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. EL CALCULO CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.4.1.A. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA AL CÁNCER	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	EN PANAMÁ SE CALCULA A TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDAD CÁNCER EL CALCULO CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER.	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL , DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACIÓN DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN
3.4.1.B. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA A LA DIABETES.	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	EN PANAMÁ SE CALCULA A TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDAD CANCER. EL CALCULO DE LA FICHA TÉCNICA CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES	IGUAL A LA FICHA TÉCNICA	ANUAL, DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017
3.4.1.1.C. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIA	IGUAL A LA FICHA TECNICA	EN PANAMÁ SE CALCULA LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIAS. EL CALCULO DE LA FICHA TÉCNICA CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIA	IGUAL A LA FICHA TECNICA	ANUAL, DEL MINSA, CSS, Privadas Y REGISTRO CIVIL AL INEC. ULTIMA INFORMACION 2017

Grupo 2

Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante su prevención y tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
<b>3.4.2. Tasa de Mortalidad por Suicidio</b>	Contraloría General de la República/ INEC/ Estadísticas vitales ( Fuente: Documento del parte clínico de Defunción)	<b>Numerador:</b> Total de defunciones por lesiones auto infligidas de una población en un período determinado  <b>Denominador:</b> Total de la población del periodo determinado X 100,000	Nacional, Provincia y/o Comarcas, Distrito y Corregimiento. Por Sexo Por edad	Anual Flujo: Desde las instalaciones de salud públicas o privadas- Contraloría General de la República. Instituto de Medicina Legal- CGR	Debilidad en la Gestión del dato: En los casos en donde el suicidio ocurra en áreas de difícil acceso, consultar con el Instituto de Medicina Legal como se recolecta el dato.
<b>3.4.2.a Tasa de intento de suicidio</b>	Contraloría General de la República ( Fuente: Registros de actividades de instalaciones de salud MINSAs- CSS e instalaciones privadas/ Notificación del intento )	<b>Numerador:</b> Total de personas que han tenido al menos un intento de suicidio. Total de intentos de suicidios por lesiones auto infligidas de la población en un período determinado  <b>Denominador:</b> Total de la población del periodo determinado X 100,000	Nacional, Provincia y/o Comarcas, Distrito y Corregimiento. Por Sexo Por edad	Anual. Flujo: Desde la instalaciones de salud públicas o privadas (Ministerio de Salud)- Contraloría General de la República	Se captura como morbilidad ( Intento). Se requiere el registro adecuado por el medico.



**Meta 3.6. De aquí al 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo**

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
3.6.1 Tasa de Mortalidad por lesiones debida a accidentes de tránsito	Registros administrativos. CGR, Dirección de Operaciones del Tránsito de la Policía Nacional, Ministerio Público	<b>Numerador:</b> Número de muertes por lesiones debidas a accidentes de tránsito. <b>Denominador:</b> Población Total x 100,000	Nacional, Provincial y Comarcas, Distrito y Corregimiento Por sexo Por edad	Anual. Flujo: Igual	

**Grupo 6**

Consumo nocivo de alcohol	Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas como referencia o línea base.	Igual	Nacional, Provincial y Comarcas, Distrito y Corregimiento Por sexo Por edad	Cada 3 años.	Fortaleza: Marco o Contexto. Recomendaciones: Complementar con estudios específicos (Encuesta y crear un indicador).
---------------------------	--	-------	---	--------------	---

Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN
Prevalencia del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad.	Encuesta Mundial de Tabaco. Ministerio de Salud	Igual	Nacional, Provincial y Comarcas, Distrito y Corregimiento Por sexo Por edad	3 años

Considerar que existe consumo de tabaco en edades menores de 15 años. ( en aumento)

Lograr la cobertura universal, incluyendo la protección financiera, el acceso a servicios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos esenciales y vacunas seguras, efectivas y de calidad para todos.

Cobertura de servicios de Rehabilitación.				
---	--	--	--	--

Debilidad en la gestion del dato: no se captura debido a la falta del registro

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACION	DESAGREGACION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACION
3.3.1. No de Nuevas Infecciones por VIH	Departamento de Epidemiología MINSA/CSS	Numerador: Total de Nuevos Casos de VIH Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Distrital, Corregimiento. Por Sexo Grupo de Edad Grupo de Riesgo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.2 Incidencia de Tuberculosis	Programa de Tuberculosis/MINSA	Numerador: Casos Nuevos + Recaídas Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Distrital, Corregimiento. Por Sexo Grupo de Edad Estado de VIH Etnia	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.3. Incidencia de Malaria	Departamento de Vectores y Departamento de Epidemiología del MINSA	Numerador: Número de casos de malaria reportados <b>y ocurridos</b> en la población total en el periodo de un año Denominador: Población Total Estimada en ese año Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena, <b>Distrital, Corregimiento.</b>	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.4 Nuevos Diagnósticos de Hepatitis B.	Departamento de Epidemiología / Programa de ITS / VIH y Hepatitis Viral	Numerador: Total de Nuevos Casos Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena. Edad Sexo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	Registros estadísticos de las instalaciones de salud/MINSA-CSS	Numerador: Total de Nuevos Casos de cada enfermedad desatendida Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena. Distrito, Corregimiento. Edad Sexo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones

Indicador	Fuente de información oficial	Metodología de cálculo y ampliación	Desagregación del indicador	Periodicidad y flujo de información	Observación
3.8.9. Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1000 hab.	CSS- Dirección de Prestaciones Económicas/MINSA: Información en el CIE 10 REGES	Número de Ingresos+Nuevos/total de la población de responsabilidad x 1000 hab (pendiente información de la CSS)	Nacional, provincias , comarcas y distritos	Anual	
3.b.1. Porcentaje de abastecimiento de medicamentos para ENT en farmacias de MINSA y CSS	CSS: Dirección Nacional de Logística /MINSA: Dirección de suministros	Numerador: Cantidad de medicamentos según ENT disponible/Denominador: Cantidad de medicamentos aprobadas por el Cuadro básico para ENT x 100	Nacional, Provincial, Comarcal de cada institución (CSS, MINSA)	Anual	
3.c.1. Densidad de Recursos Humanos	Registro administrativo de RRHH, MINSA y CSS	Numerador: número de trabajadores de salud, según disciplina/denominador total de la población x 1000 hab. Cuando se haga el desglose por especialidad el denominador será el grupo de población meta	Nacional, provincias y comarca	Anual	

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN OFICIAL	METODOLOGÍA DE CÁLCULO Y AMPLIACIÓN	DESAGREGACIÓN DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN
3.1.2.- Proporción de partos con asistencia profesional.	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos y privados. b.- Registro civil. c.-Certificaciones de médicos particulares.	Numerador: Número de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado, en un periodo determinado. Denominador: número de nacimientos ocurridos en el mismo periodo. Todo multiplicado por 100.	Nacional Provincia Región /Comarcas indígenas Distrito /Corregimiento Por grupo de edad	Anual
3.7.1.- Proporción de mujeres en edad de procrear (15-49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos y con efectividad comprobada.	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos y <b>privados</b> .	<b>Numerador: Número de mujeres en edad de procrear (15-49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos y con efectividad comprobada, en un periodo determinado.</b> <b>Denominador: mujeres en edad de procrear (15-49 años) en el mismo periodo.</b> <b>Todo multiplicado por 100.</b> * Se podría requerir un segundo indicador para verificar la “efectividad comprobada” del método.	<b>Nacional</b> <b>Provincia</b> <b>Región /Comarcas indígenas</b> <b>Distrito /Corregimiento</b> <b>Por grupo de edad</b> <b>Estado civil</b>	Anual <b>Semestral</b> <b>Trimestral</b>
3.7.2.- Tasa de fecundidad de las adolescentes (10-14 aos)	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos y privados  b.- Estadísticas vitales del INEC	<b>Numerador: Número de nacidos vivos de adolescentes de 10 -14, en un periodo determinado.</b> <b>Denominador: Población estimada de adolescentes (10-14 años) a mitad del periodo.</b>	Nacional Provincia Región / Comarcas indígenas <b>Distrito / Corregimiento</b>	Anual
3.7.2a.- Tasa de fecundidad de las adolescentes (15-19 años)	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos y privados  b.- Estadísticas vitales del INEC	<b>Numerador: Número de nacidos vivos de adolescentes de 15 -19, en un periodo determinado.</b> <b>Denominador: Población estimada de adolescentes (10-14 años) a mitad del periodo.</b>	Nacional Provincia / Región Comarcas indígenas <b>Distrito</b> <b>Corregimiento</b>	Anual
3.8.3- Cobertura de servicios de planificación	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos	<b>Numerador: Número de consultas ingresos y nuevas de mujeres en edad fértil que acceden a los servicios de planificación familiar, en un periodo determinado.</b> <b>Denominador: Población estimada de mujeres en edad fértil a mitad del periodo.</b>	Nacional Provincia Región /Comarcas indígenas Distrito Edad Etnia	Anual
3.8.4.- Cobertura de control prenatal	a.- Registro administrativo de las instalaciones de salud públicos	<b>Numerador: Número mujeres embarazadas que acuden al menos a 4 consultas durante el embarazo a los servicios, en un periodo determinado.</b> <b>Denominador: Población estimada de embarazadas esperadas.</b>	Nacional Región / Comarcas indígenas Distrito	Anual

**DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS, OPORTUNIDADES DE LA GESTIÓN DEL DATO**

Jornada – Taller  
 “Hacia el Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo sostenible en Salud”  
 Grupo de Trabajo, según Meta e Indicadores del Objetivos de Desarrollo Sostenible N° 3  
 TRABAJO DE GRUPO N ° 1  
 RESULTADO DOFA

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.1.1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	FALTA DE DIAGNOSTICO CLARO POR PARTE DEL MEDICO.	COMISIÒN DE MUERTES MATERNA	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	ACCESIBILIDAD DEL DATO. ALGUNAS REGIONES NO CUENTA CON PERSONAL DEL INEC; EN LA COMISION.	LA COMISIONES, NACIONALES REGIONALES, DEBE SER MAS VIGILANTE DEL PROCESO Y LEVANTAR LOS INFORMES.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.2.1. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 5 AÑOS		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTACIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS,
3.2.1.A. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS,

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.2.2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.2.2.A. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	INCONSISTENCIA DEL CIERRE DEL INFORME	SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.4.1. TASA DE MORTALIDAD ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: POR DEFINICIÓN EL INDICADOR CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD "PREMATURA" ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVACULARES.	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES. MEJORAR EL ANALISIS DE LA TASA, CONSIDERANDO LAS MUERTES PREMATURAS	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.



INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.4.1.A. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA AL CANCER		SER PARTE DE LOS ODS	EL PAIS TIENE LA CAPACIDAD DE BRINDAR INFORMACION SEGÚN TIPO DE CANCER. SE CUENTA CON REGISTRO NACIONAL		MEJORAR EL ANALISIS DE LA TASA, CONSIDERANDO LAS MUERTES PREMATURAS	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.4.1.B. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA A LA DIABETES	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.4.1.C. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA LAS ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIA	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES.	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION OFICIAL	METODOLOGIA DE CALCULO Y AMPLIACION	DESAGREGACION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD Y FLUJO DE INFORMACION
3.3.1. No de Nuevas Infecciones por VIH	Departamento de Epidemiología MINSA/CSS	Numerador: Total de Nuevos Casos de VIH Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Distrital, Corregimiento. Por Sexo Grupo de Edad Grupo de Riesgo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.2 Incidencia de Tuberculosis	Programa de Tuberculosis/MINSA	Numerador: Casos Nuevos + Recaídas Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Distrital, Corregimiento. Por Sexo Grupo de Edad Estado de VIH Etnia	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.3. Incidencia de Malaria	Departamento de Vectores y Departamento de Epidemiología del MINSA	Numerador: Número de casos de malaria reportados <b>y ocurridos</b> en la población total en el periodo de un año Denominador: Población Total Estimada en ese año Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena, <b>Distrital, Corregimiento.</b>	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.4 Nuevos Diagnósticos de Hepatitis B.	Departamento de Epidemiología / Programa de ITS / VIH y Hepatitis Viral	Numerador: Total de Nuevos Casos Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena. Edad Sexo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones
3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	Registros estadísticos de las instalaciones de salud/MINSA-CSS	Numerador: Total de Nuevos Casos de cada enfermedad desatendida Denominador: Población Total Ampliación: Por 100000 habitantes	Nacional, Provincial Regional, Comarca Indígena. Distrito, Corregimiento. Edad Sexo	Periodicidad: Anual en la SEDE MINSA Trimestral para las Regiones

Jornada - Taller  
 “Hacia el Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo sostenible en Salud”  
 Grupo de Trabajo, según Meta e Indicadores del Objetivos de Desarrollo Sostenible N° 3  
 TRABAJO DE GRUPO N ° 1  
 RESULTADO DOFA

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.1.1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	FALTA DE DIAGNOSTICO CLARO POR PARTE DEL MEDICO.	COMISIÒN DE MUERTES MATERNA	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	ACCESIBILIDAD DEL DATO. ALGUNAS REGIONES NO CUENTA CON PERSONAL DEL INEC; EN LA COMISION.	LA COMISIONES, NACIONALES REGIONALES, DEBE SER MAS VIGILANTE DEL PROCESO Y LEVANTAR LOS INFORMES.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.2.1. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 5 AÑOS		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTACIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS,
3.2.1.A. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS,

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.2.2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL		SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.2.2.A. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	INCONSISTENCIA DEL CIERRE DEL INFORME	SER PARTE DE LOS ODS	UN SOLO FORMULARIO, UNA SALA FUENTE DE DATOS	EXISTEN GRUPOS ETNICOS QUE NO REPORTAN LA MUERTE INFANTIL.	ORIENTAR A LOS REGISTRADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIONES, ADICIONAL A LAS AUTORIDADES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS.	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.4.1. TASA DE MORTALIDAD ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: POR DEFINICIÓN EL INDICADOR CORRESPONDE A LA TASA DE MORTALIDAD "PREMATURA" ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES. MEJORAR EL ANALISIS DE LA TASA, CONSIDERANDO LAS MUERTES PREMATURAS	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCALES Y HOSPITALES PRIVADOS.

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.4.1.A. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA AL CANCER		SER PARTE DE LOS ODS	EL PAIS TIENE LA CAPACIDAD DE BRINDAR INFORMACION SEGÚN TIPO DE CANCER. SE CUENTA CON REGISTRO NACIONAL		MEJORAR EL ANALISIS DE LA TASA, CONSIDERANDO LAS MUERTES PREMATURAS	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.
3.4.1.B. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA A LA DIABETES	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.

INDICADOR	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	RECOMENDACIONES/ACCIONES	INSTITUCIONES/INSTANCIAS VINCULADAS
3.4.1.C. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIDA A LAS ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIA	EL LLENADO DE LOS CERTIFICADO DE DEFUNCION. Y FALTA DE CAPACITACION DE LOS CODIFICADORES.	SER PARTE DE LOS ODS	CONTAMOS CON EL INEC, QUIEN CONSOLIDA LA INF. ANUAL Y TOMA EN CUENTA LOS TRES DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN EL CERTIFICADOS DE DEFUNCION		FORTALECER LA FORMACION AL PERSONAL MEDICO Y CODIFICADORES	CSS, MINSA, REGISTRO CIVIL, INEC, CLINICAS, AUTORIDADES COMARCAALES Y HOSPITALES PRIVADOS.

INDICADOR	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
3.3.1. Nº de Nuevas Infecciones por VIH	<p>Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional</p> <p>Una herramienta estable a través de los años, que es utilizadas por MINSA / CSS</p> <p>Existencia de leyes relacionadas</p>	<p>Seguir mejorando la aplicación informática (acceso desde nube, etc)</p> <p>Desarrollo permanente de la accesibilidad de la población en riesgo</p> <p>Fortalecer el nivel de conocimiento sobre prevención y tratamiento de ITS y VIH en la población</p>	<p>La accesibilidad a los laboratorios diagnósticos.</p> <p>Falta de monitoreo a los niveles privados para corroborar la notificación de los mismos sobre casos encontrados.</p> <p>No se cuenta con una estrategia específica de abordaje a pueblos Originarios de acuerdo a su cultura.</p> <p>Limitación en el Recurso humano a nivel de programas, departamentos, servicios de salud laboratorios</p>	<p>La práctica diagnóstica y notificación a nivel de servicios privados de salud.</p> <p>Limitado empoderamiento en determinados sectores de la sociedad Civil sobre su rol en la respuesta al VIH</p> <p>Resistencia de la población a realización de la prueba de VIH</p>
3.3.2 Incidencia de Tuberculosis	<p>Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional</p> <p>Registro estadístico confiable por personal capacitado</p>	<p>Proteger la fuerza laboral y Aumentar el interés del personal en hacer búsqueda permanente de sintomáticos respiratorios y otros grupos de riesgo.</p>	<p>Baja captación de sintomáticos respiratorios</p> <p>Disminución de la calidad del programa de tuberculosis en los últimos años.</p> <p>Ambas fuentes cuentan con cifras diferentes.</p>	<p>Co Infección con el VIH</p> <p>Pánico social, discriminación y pobreza.</p>

3.3.3 Incidencia de Malaria	<p>La Malaria es una prioridad en el control de vectores</p> <p>Sistema de Notificación SISVIG</p> <p>Recurso humano con experiencia, para organizar, asesorar y trabajar en campo.</p>	Apoyo técnico internacional OPS/OMS, etc.	<p>Personal experimentado que al perderse por jubilación no tienen renovación.</p> <p>Insuficiencia de recursos financieros para gastos.</p> <p>Infraestructura y equipos con deficiencias.</p>	<p>Baja percepción de riesgo de malaria por la población</p> <p>Poblaciones migrante, móviles y transmisión de país a país.</p> <p>La inseguridad social en áreas conflictivas y de transmisión persistente dificulta más el diagnóstico y tratamiento.</p>
3.3.4 Nuevos diagnósticos de Hepatitis B	La vacuna contra hepatitis B forma parte de programa de inmunización	Se cuenta con apoyo técnico y financiero de Cooperación Nacional e Internacional	<p>Las pruebas diagnósticas de la hepatitis B no se encuentran incluidas en el control de gestantes / adultos, etc.</p> <p>Son pocas las acciones de sensibilización a nivel comunitario que se han llevado a cabo respecto a las hepatitis virales y sus estrategias de prevención.</p>	Baja percepción de riesgo por hepatitis B por la población
3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	<p>Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional</p> <p>Fortalecimiento de la vigilancia en los puntos de entradas.</p>	<p>Se cuenta con apoyo técnico y financiero de Cooperación Nacional e Internacional</p> <p>Revalidar y reforzar el compromiso del gobierno en el abordaje de estas dolencias.</p>	<p>La sostenibilidad de las acciones se pueden ver afectadas por el financiamiento de las actividades.</p> <p>Recurso humano insuficiente</p>	<p>La inseguridad social en áreas conflictivas y de transmisión persistente dificulta más el diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Poblaciones migrante, móviles y transmisión de país a país.</p> <p>.En algunos sectores hay problemas de abastecimiento de agua, saneamiento que constituye un factor de riesgo para la reproducción de las enfermedades.</p>



Indicador	Debilidades	Oportunidades	Fortaleza	Amenazas
3.8.9. Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1000 hab.	CSS: Falta de RRHH que capture el dato de forma oportuna.	Apoyo de instituciones u organismos internacionales para la gestión de los procesos de gestión del dato.	CSS: Prestaciones económicas capta de forma inmediata la información.	CSS: 1. Falta de conectividad al internet, 2. Otras acciones externas que provocan que se detenga la captación.
	MINSA: 1. Registro y captura del Dato, 2. Estimación de la población según censo 2010		MINSA: Sistema electrónico de Información (SEIS) y CIE 10,	MINSA: 1. Falta de conectividad para internet,
			En ambas instituciones el recurso humano idoneo con capacidad y disposición al trabajo.	3. Falta monitoreo en ambas instituciones para la actualización de este indicador
3.b.1. Porcentaje de abastecimiento de medicamentos para ENT en farmacias de MINSA y CSS	MINSA/CSS: CSS tiene su cuadro básico y MINSA utiliza ahora la lista Nacional de medicamentos esenciales y especializados.	Al homogar los datos los mismos se tendrán en tiempo real.	1. Contar con la lista Nacional de Medicamentos esenciales y especializados, 2. Personal capacitado, 3. Ya se tienen cálculos de abastecimiento sólo sería ajustarlo a las ENT	Falta de monitoreo en ambas instituciones para la actualización de este indicador
	MINSA/CSS: No contar con un sistema informático unificado de registro de los medicamentos por ENT		Disponibilidad de las autoridades buscar mecanismos para mejorar el sistema de abastecimiento.	
3.c.1. Densidad de Recursos Humanos	1. Segregación de la información de los datos ya que está generalizado y no por especialidad.	Validación de la base de datos que lleva el MINSA para que sea unificado en ambas instituciones	1. Recurso humano capacitado y actualizado.	1. Dispersión de la información
	CSS: No tiene los datos segregados por distrito.		2. Recurso humano bien remunerado actualmente	2. Indicador no está acorde a la realidad del país
			MINSA: base de datos para el levantamiento de los datos, segregados por región e instalación de salud.	3. Falta de monitoreo en ambas instituciones para la actualización de este indicador



Los productos esperados fueron alcanzados. Dado la inasistencia de Coordinadores de Programa el tema de metas será objeto de discusión en reuniones con los actores especializados en cada tema.

### **Recomendaciones**

1. Las Comisiones Nacionales y Regionales vigilarán los procesos y presentarán los Informes correspondientes. Ejm. Comisión de Mortalidad Materna
2. Capacitar y orientar a los registradores y autoridades de las Comarcas indígenas sobre la importancia de la notificación del evento, tales como muerte de niños menores de 5 y menores de 1 año.
3. Fortalecer la formación y capacitación de los trabajadores de la salud, en particular los médicos y los codificadores en el registro y gestión del dato.
4. Mejorar el registro del diagnóstico de morbilidad y sus causas
5. Fomentar el llenado correcto de la Hoja de Defunción, consignando la causa de defunción .
6. Fortalecer la organización, estructura, recursos humanos y equipos de las instituciones responsables de la gestión del dato
7. Incorporar en el análisis de las tasas de ECNT, las tasas de mortalidad prematura por Enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes y Enfermedades respiratorias crónicas.
8. Articular la gestión del dato de mortalidad por suicidio en áreas de difícil acceso entre las instancias involucradas, entre ellas, el Instituto de Medicina Legal.
9. Crear un sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (suicidios, intento de suicidios).
10. Definir los códigos de la X Clasificación Internacional de Enfermedades que se agruparán como diagnóstico de Depresión.
11. Fomentar el registro del dato de ingreso a los Servicios de Rehabilitación (Centros Reintegra, Instituto de Medicina Física y Rehabilitación).
12. La periodicidad de presentación del dato del indicador es trimestral para las Regiones de Salud.
13. Hacer efecto la coordinación y la articulación entre las instituciones del sector salud, para el registro y gestión del dato.
14. Fortalecer el recurso humano y las herramientas tecnológicas de los Departamentos de Estadísticas de las Regiones de Salud.

**Proyecciones a corto y mediano plazo:**

- a. Conformación de la Comisión Nacional y Regionales para el monitoreo y evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- b. Apoyo a los niveles Regionales en el proceso de desagregación de datos.
- c. Evaluación y monitoreo de los indicadores ODS del Nivel I
- d. Concluir con los procesos de revisión y fortalecimiento del sistema de estadística, mediante el análisis, discusión, construcción y consenso de indicadores de Nivel II y III.