

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 099
De 11 de FEBRERO de 2026

Que aprueba la Norma del Sistema de Vigilancia de la Conducta de Riesgo Suicida en la República de Panamá

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, señala que es función del Estado velar por la salud de la población, entendida ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que el Órgano Ejecutivo, a proposición del Ministerio de Salud, dictará el reglamento que determinará las enfermedades de notificación obligatoria, los estudios epidemiológicos y los medios y procedimientos de control; por ende, para cumplir con esta responsabilidad, se necesita realizar una efectiva vigilancia del riesgo sanitario.

Que la Ley 174 de 02 de noviembre de 2020, establece el marco jurídico para el abordaje integral de las conductas de riesgo suicida en la República de Panamá y mandata al Estado a implementar sistemas de información y vigilancia epidemiológica que permitan generar datos oportunos, confiables y útiles para la toma de decisiones en salud pública.

Que la precipitada Ley adicionalmente, establece en su artículo 26, que los casos de lesiones auto infringidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado se considerarán de notificación obligatoria, preservando la identidad de las personas involucradas, como datos confidenciales.

Que el Decreto Ejecutivo No.1617 de 21 de octubre de 2014, determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica y establece los procedimientos para su ejecución, constituyéndose en el marco rector del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Que el precitado Decreto Ejecutivo, en su artículo 19, establece que se declara de notificación obligatoria en la República de Panamá, los rumores, sospechas, casos confirmados o defunciones del Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, de los eventos de Salud contenidos en el siguiente listado” y en el numeral 92 de este mismo artículo expresa que se añadirá a este listado “Todo brote de enfermedad o evento nuevo, de importancia para la salud pública nacional o internacional, incluso los de origen desconocido, no incluido en este listado.

Que la conducta de riesgo suicida constituye un evento de alto impacto en la salud pública nacional, con consecuencias sanitarias, sociales, familiares y económicas, requiriendo mecanismos sistemáticos de detección, notificación, análisis, tratamiento oportuno y seguimiento.

Que la Guía Nacional de Epidemiología, establece que todo sistema de vigilancia debe contar con un marco normativo formal que garantice su funcionamiento continuo, estandarizado y articulado a nivel nacional.

Resolución No. 099 de 11 de febrero de 2026

Por tanto, **SE RESUELVE:**

Artículo Primero: Reconocer la Conducta de Riesgo Suicida como un evento epidemiológico de importancia para la salud pública en la República de Panamá, de notificación obligatoria.

Artículo Segundo: Aprobar la Norma del Sistema de Vigilancia de la Conducta de Riesgo Suicida en la República de Panamá, la cual se reproduce íntegramente como Anexo I de la presente Resolución y el cual forma parte integral de la misma.

Artículo Tercero: Establecer que la Norma aprobada será de cumplimiento obligatorio en todas las instalaciones de salud, públicas y privadas del territorio nacional, en todos los niveles de atención y grados de complejidad.

Artículo Cuarto: Disponer que la notificación, investigación, análisis y divulgación de la información relacionada con la conducta de riesgo suicida se realizará, de acuerdo con los lineamientos técnicos, definiciones operativas, flujos de información y responsabilidades establecidas en la Norma aprobada en el Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014.

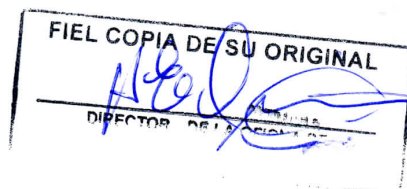
Artículo Quinto: Asignar a la Dirección General de Salud Pública, a través del Departamento de Epidemiología, la supervisión, monitoreo y evaluación del Sistema de Vigilancia de la Conducta de Riesgo Suicida a nivel nacional.

Artículo Sexto: La presente Resolución comenzará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá; Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Ley 174 de 2 de noviembre de 2020 y Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud





ANEXO I°

NORMA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA



**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**NORMA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Primera Edición, Enero de 2026



AUTORIDADES NACIONALES**MINISTERIO DE SALUD**

Dr. Fernando Boyd Galindo
Ministro de Salud

Dr. Manuel Alberto Zambrano Chang
Viceministro de Salud

Lic. Julio Arosemena Ruíz
Secretario General de Salud

Dra. Yelkys Gill M.
Directora General de Salud Pública

Dr. Pedro Contreras
Subdirector General de Salud Pública

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Dino Mon
Director General de la Caja de Seguro Social

Dr. Marcos Young
Director Ejecutivo Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud de la Caja de Seguro Social

Dr. Hiram Martín De Mera
Subdirector Nacional de Atención Primaria en Salud de la Caja de Seguro Social

COMITÉ TÉCNICO ELABORADOR**SECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL****Dr. David Sanjur**

Jefe de Sección de Salud Mental, a.i.

Mgtr. Aldacira M. de Bradshaw

Coordinadora Nacional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatra

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA**Dr. Pablo González**

Jefe del Departamento Nacional de Epidemiología

Dra. Marcela Reyes

Departamento Nacional de Epidemiología

Mgtr. Carmen Lange

Departamento Nacional de Epidemiología

Dra. Damaris Contreras Sáenz

Departamento Nacional de Epidemiología

COLABORADORES Y VALIDADORES**Dr. Israel H. Cedeño G.**

Jefe del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dra. Geni Hooker

Dirección de Planificación de Salud

Mgtr. Marilexzy Vásquez

Jefa Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Dra. Muriel May Rodríguez

Médica de la Sección de Adulto

Dr. Félix Correa

Dirección General de Salud Pública

Dr. Blas Armien

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Dr. Víctor Wong

Coordinación del Expediente Electrónico (SEIS)

Dra. Juana Herrera

Instituto Nacional de Salud Mental

Dra. Dayra Ibáñez

Dirección de Planificación de Salud

Dra. Indra Singh

Caja de Seguro Social

Dra. Fania de Roach

Dirección de Planificación de Salud

Equipos regionales de salud mental y epidemiología del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

CONTENIDO

	Página
Introducción	6
Justificación	8
Meta	8
Objetivos	9
Estrategias y Actividades	9-10
Aspectos Clínicos	11
Manifestaciones Clínicas	12
Definiciones Operativas de Casos	14
Flujograma de Clasificación de la Conducta Suicida	15
Sistema de Información	16
Responsabilidad por Nivel Administrativo	20-23
Abordaje Sospechosos	24
Monitoreo y Supervisión	25
Referencias Bibliográficas	26
Anexos	





INTRODUCCIÓN

Actualmente, las conductas de riesgo suicida representan un problema prioritario de salud pública en la República de Panamá, con profundas implicaciones sociales, sanitarias y económicas. Este fenómeno abarca una secuencia progresiva de manifestaciones psicológicas y conductuales que inician con pensamientos de muerte, con la ideación suicida y pueden llegar a intentos (autoagresiones) o a la muerte por suicidio. Su complejidad radica en su naturaleza multifactorial, siendo expresión de un sufrimiento mental profundo asociado frecuentemente a afectaciones a la salud, factores sociales adversos, consumo de sustancias y/o exposición a eventos traumáticos.

El suicidio no constituye únicamente un desenlace fatal, sino que es un evento prevenible que refleja fallas sistémicas en la identificación temprana, el acceso oportuno a servicios de salud mental, y en la articulación de estrategias comunitarias de protección. En este contexto, el desarrollo e implementación de un **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta de Riesgo Suicida**, se configura como una herramienta estratégica, normativa y técnica indispensable para fortalecer la capacidad del Estado panameño en la generación de evidencia, la toma de decisiones informadas y el diseño de políticas públicas efectivas y basadas en datos.

Este sistema tiene como finalidad identificar, registrar, monitorear y analizar de forma continua y sistemática los eventos relacionados con la conducta de riesgo suicida, incluyendo los casos de intentos de suicidio y suicidios consumados. Su estructura responde a los lineamientos establecidos en la Ley N° 174 de 2 de noviembre de 2020 y su reglamentación, incorporando los principios de integralidad, intersectorialidad, equidad, confidencialidad y protección de los derechos humanos.

La información generada permitirá reconocer los determinantes sociales y clínicos asociados, los grupos poblacionales más vulnerables, los territorios prioritarios y los patrones de comportamiento suicida en distintas etapas del curso de vida. Asimismo, facilitará la planificación de intervenciones preventivas, la orientación de los recursos hacia la atención integral y la reducción de la mortalidad prematura por suicidio, en concordancia con la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Finalmente, este sistema de vigilancia promueve una respuesta interinstitucional articulada entre los niveles local, regional y nacional del Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, el sub-sector privado de salud, organizaciones comunitarias y actores claves no gubernamentales, fomentando la cultura de vigilancia activa, intervención temprana y prevención efectiva del suicidio en la población.

NORMA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA



1. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Anualmente, alrededor de 720,000 personas mueren por suicidio, siendo la tercera causa de defunción entre los grupos de edad de 15 a 29 años. En el año 2019, el suicidio fue el responsable de más de 97 mil muertes en la Región de las Américas (OPS, 2023). En Panamá en el año 2023 se reportaron 118 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), de los cuales 105 eran hombres y 13 mujeres. En edades de 10 a 24 años, hubo 23 hombres y 4 mujeres muertos por suicidio (INEC, 2023). Por cada muerte a causa del suicidio, se producen aproximadamente ocho intentos de suicidio y, un intento previo es un importante factor de riesgo (OMS, 2025).

El contacto con profesionales de atención primaria en el periodo previo al suicidio es frecuente, se estima que aproximadamente la mitad de las personas que mueren por dicha causa han tenido algún contacto con un profesional de atención primaria de la salud en el año anterior a su muerte y aproximadamente una quinta parte se ha puesto en contacto con un profesional de salud mental dentro del mes que antecede a su muerte (Luoma & Martin, 2022).

Por lo tanto, establecer mecanismos que faciliten mejores prácticas en la intervención de las personas con conductas autolesivas con o sin intención suicida, permite fortalecer la respuesta del sector salud para la detección oportuna, evaluación, tratamiento y seguimiento como un componente básico. A su vez, la vigilancia mediante el registro de sistemas de información, permiten la articulación de distintas fuentes de información, para generar datos de calidad que aporten a la abogacía de políticas públicas eficaces y basadas en evidencia para disminuir las tasas de suicidio (OMS, 2021).

El sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, no solamente constituye un recurso necesario para la notificación obligatoria de los casos de lesiones autoinfligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio; además permite identificar a la población en riesgo de suicidio, así como los factores predisponentes, biológicos, psicológicos sociodemográficos y ambientales relacionados con esta conducta, sino que también se desarrolla e implementa en cumplimiento de la Ley N° 174 del 02 de noviembre de 2020, que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las conductas de riesgo suicida, que establece en su artículo 26 “los casos de lesiones auto infligidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado se considerarán de notificación obligatoria, preservando la identidad de las personas involucradas, como datos confidenciales”.

2. META:

Disminuir la tasa de suicidio en la República de Panamá.





3. OBJETIVOS:

Objetivos generales:

1. Conocer el patrón epidemiológico de la morbi mortalidad de la conducta suicida en Panamá.
2. Proporcionar información oportuna y confiable para la promoción de la salud mental, prevención, abordaje integral y evaluación de las intervenciones ante la conducta suicida.
3. Evaluar el impacto de las medidas de prevención y control de la conducta suicida en Panamá.

Objetivos específicos:

1. Identificar de manera oportuna los individuos con conducta de riesgo suicida y los factores biológicos, psicológicos, sociodemográficos y ambientales, predisponentes de las mismas.
2. Determinar la frecuencia y distribución de la conducta suicida en la población panameña.
3. Proporcionar información al equipo de salud mental que facilite el abordaje oportuno y el seguimiento de las personas con conducta suicida.
4. Difundir información a los actores claves, dentro y fuera del sector salud, que facilite la adopción de medidas integrales de prevención y control para reducir la incidencia de la conducta suicida a nivel nacional.

4. ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
Implementación de la vigilancia para captación de casos sospechosos y confirmados de conducta suicida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a los trabajadores de salud sobre la importancia de la vigilancia de la conducta suicida. 2. Capacitar a los profesionales de salud en la identificación y notificación de casos sospechosos y confirmados. 3. Captar tempranamente los casos con conducta de riesgo suicida en las instalaciones de salud. 4. Generar información oportuna, valida y confiable para orientar la toma de decisiones y medidas de prevención y control de la conducta suicida.

<p>Divulgación periódica de los hallazgos de la vigilancia de la conducta suicida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicar semanalmente los datos de morbilidad y mortalidad de la conducta suicida. 2. Elaborar boletines semestral y anual sobre la situación de la conducta suicida en Panamá.
<p>Implementación de Observatorio de la conducta suicida en Panamá.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar la adquisición de la herramienta para el procesamiento de datos de la conducta suicida (licencia de Power BI u otro). 2. Elaborar los términos de referencia para la elaboración de los TDR para el Observatorio. 3. Desarrollar la plataforma para el Observatorio. 4. Capacitar al personal en el uso de la plataforma del Observatorio. 5. Utilizar la información generada en el observatorio para elaborar propuestas de promoción y prevención.
<p>Atención, prevención y control</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar seguimiento continuo y sistemático a las personas con antecedentes de intento suicida o identificadas como de alto riesgo. 2. Establecer rutas de referencia y contrarreferencia entre los servicios de salud mental y otros niveles del sistema de atención. 3. Elaborar estrategias que promuevan entornos seguros limitando el acceso a medios letales (control de plaguicidas, armas). 4. Incluir acciones de prevención del suicidio en programas de atención primaria en salud. 5. Fortalecer redes comunitarias de apoyo en coordinación con gobiernos locales, escuelas, iglesias y ONG. 6. Tramitar la instalación de una línea telefónica de ayuda a las personas con pensamientos, ideas o riesgo de conducta suicida y sus familiares. 7. Entrenamiento a profesionales de salud con el módulo de autolesión de la Guía de intervención del mhGAP, y la Guía para la atención de los intentos de suicidio (Resolución 508 de 28 de junio 2019) y otras herramientas que puedan fortalecer la capacidad de intervención.





5. ASPECTOS CLÍNICOS:

a. Patogénesis de la Enfermedad o Problema a vigilar:

La conducta suicida es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, que evolucionan progresivamente desde la ideación hasta el intento y en algunos casos, la muerte por suicidio. Su patogénesis no puede explicarse desde una sola dimensión, por lo que se requiere un enfoque biopsicosocial integrador.

- **Base neurobiológica y neuroquímica:**

Diversos estudios han demostrado que alteraciones en el sistema serotoninérgico (5-HT) se asocian significativamente al comportamiento suicida. Se ha documentado una disminución de metabolitos como el 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo de personas que han intentado o muerto por suicidio, reflejando un estado de hipofunción serotoninérgica, asociado a impulsividad y agresión desinhibida (Mann et al., 2001; Oquendo et al., 2016).

También se han observado disfunciones del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), con elevaciones anormales de cortisol ante el estrés, lo que reduce la capacidad del individuo para adaptarse emocionalmente a las crisis (Dwivedi, 2012).

Además, se ha identificado una disminución en los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el cual está implicado en la plasticidad neuronal y la regulación emocional. Su deficiencia puede contribuir a la vulnerabilidad suicida, especialmente en cuadros depresivos (Kim et al., 2007; Dwivedi, 2010).

- **Factores genéticos y epigenéticos:**

La herencia familiar representa un riesgo moderado. Se estima que el riesgo de suicidio se duplica o triplica cuando existe historia familiar del mismo, independientemente de los diagnósticos psiquiátricos (Brent & Mann, 2005). Asimismo, cambios epigenéticos inducidos por traumas infantiles pueden alterar la expresión génica asociada con la regulación del estrés y la emoción, aumentando la vulnerabilidad suicida (Labonté et al., 2012).

- **Alteraciones cerebrales y circuitos de control:**

Estudios de neuroimagen funcional han mostrado disfunción en las redes de control cognitivo y regulación emocional, especialmente en el córtex prefrontal dorsolateral, la ínsula, la amígdala y el cíngulo anterior. Estas regiones están implicadas en la toma de decisiones, la planificación, la



regulación del afecto y la inhibición de impulsos (Schmaal et al., 2020). Las personas con ideación o intentos suicidas muestran menor conectividad entre estas áreas, lo que podría facilitar respuestas conductuales desadaptativas frente a situaciones de estrés.

- **Factores psicológicos y conductuales:**

La impulsividad, la agresividad, el perfeccionismo rígido, el sentimiento de desesperanza y la incapacidad para resolver problemas son factores psicológicos comunes en personas con conducta suicida. Estos rasgos pueden intensificarse en presencia de trastornos mentales como la depresión, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno bipolar o el consumo de sustancias (Turecki & Brent, 2016).

Asimismo, experiencias de trauma infantil, abuso sexual o físico, negligencia y violencia familiar tienen un fuerte vínculo con la aparición de ideación o actos suicidas durante la adolescencia o la vida adulta (OMS, 2014).

- **Enfoque integrador biopsicosocial:**

La patogénesis del suicidio debe entenderse bajo un modelo integrador que incluya:

1. **Predisposición biológica/genética,**
2. **Factores psicológicos/psiquiátricos,**
3. **Eventos vitales adversos,**
4. **Factores socioculturales,** como estigma, pobreza, violencia estructural y acceso a métodos letales.

Modelos teóricos como la teoría interpersonal del suicidio de Joiner y la teoría motivacional-volicional de O'Connor explican cómo se inicia y evoluciona la conducta suicida desde la ideación hasta el intento, al combinar factores motivacionales (desesperanza, dolor psicológico) y volicionales (acceso, impulsividad, normalización cultural del suicidio) (O'Connor & Kirtley, 2018).

b. Manifestaciones Clínicas:

En la atención clínica de personas con conductas de riesgo suicida se pueden encontrar manifestaciones diversas que pueden evidenciarse a través de la historia clínica, de la evaluación del estado mental y del examen físico. Esto incluye expresiones directas o indirectas sobre el deseo de morir, ideas de muerte o de suicidio, planes de suicidio, intoxicaciones, envenenamientos, heridas y /o lesiones autoinfligidas.

La muerte por suicidio se determina principalmente en autopsias realizadas por el Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público de Panamá.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10:

R45.8: Otros signos y síntomas que involucran el estado emocional
Incluye la ideación suicida (tendencias).

Excluye: ideación suicida que forma parte de un trastorno mental (F00-F99).

X60-X84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente.
Incluye suicidios e intentos de suicidio

Z91.5: Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11:

MB23.S Comportamiento suicida: Medidas concretas, como comprar un arma de fuego o acumular fármacos, que se adoptan cuando uno se prepara para cumplir el deseo de terminar con la propia vida pero que, de por sí, no constituyen un intento de suicidio.

MB26.A Ideación suicida: Pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse.

Exclusiones

Intento de suicidio (MB23.R).

Antecedentes personales de lesión autoinfligida intencionalmente (QC4B).

MB23.R Intento de suicidio: Episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida.

Lesión autoinfligida intencionalmente: pertenecen a la categoría número 23 denominada Causas externas de morbilidad o mortalidad (ver lista de códigos en anexos).





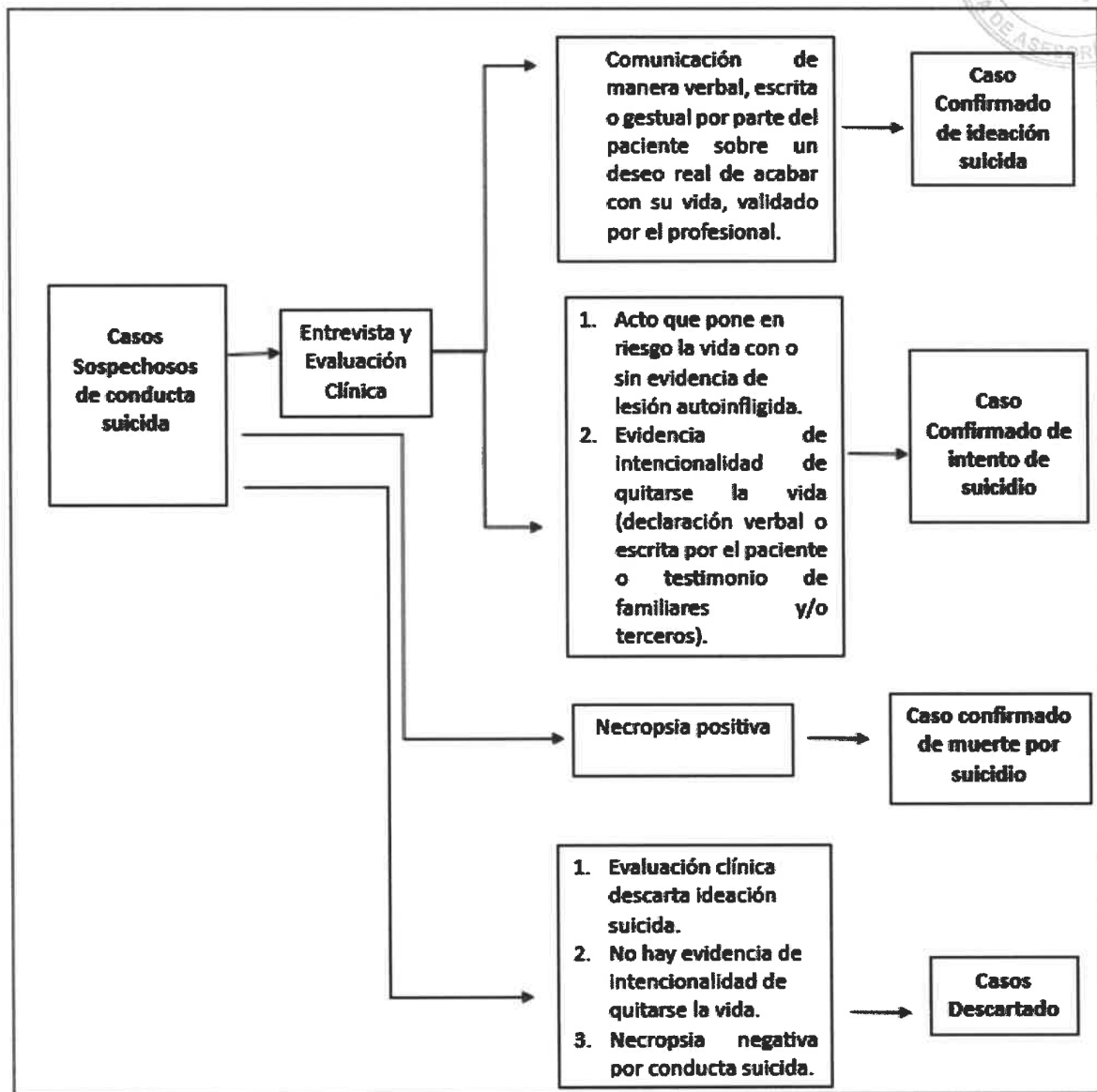
6. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO:

- a. **Definición de caso:** Para la vigilancia de la conducta suicida se utilizarán las siguientes definiciones operacionales:

IDEACIÓN SUICIDA: (CIE-10 R45.8) (CIE-11 MB26.A)	
TIPO DE CASO	DESCRIPCIÓN
Sospechoso	Persona que refleja, manifiesta o refiere pensamientos y emociones que pueden conducir al acto intencional de quitarse la vida.
Confirmado	Persona que comunica de manera verbal, escrita o gestual el deseo real de acabar con su vida, validado por el profesional de salud.
Descartado	La evaluación clínica descarta la ideación suicida.
CONDUCTA SUICIDA (CIE-10 X60-X84) (CIE-11 MB23.R)	
Sospechoso	Persona que presenta ideas y lesiones autoinfligidas que pueden o no tener una intención o resultado letal.
Confirmado	Persona que realiza un acto autolesivo, con intención de morir como resultado de éste, aunque no se produzca lesión. ○ Persona que fallece debido al acto autolesivo, realizado con intención de morir.
Descartado	Persona que presenta lesiones o conductas que tienen otra explicación clínica o situacional y no involucran intencionalidad de morir. ○ Persona que fallece debido a lesiones o conductas que tienen otra explicación clínica o situacional y no involucraron intencionalidad de morir.



b. Flujograma de clasificación de la conducta suicida:



Fuente: Sistema de vigilancia de la conducta de riesgo suicida (MINSa, 2026).

Instrumentos estandarizados de evaluación de la conducta suicida y/o el nivel de riesgo esta:

- Escala Columbia de Evaluación del Riesgo de Suicidio (C-SSRS).
- Escala SAD PERSONS.
- Escala IS PATH WARM de la Asociación Americana de Suicidología.
- Escala de KUTCHER.



7. SISTEMA DE INFORMACIÓN:

7.1 Fuente de Información:

- a. Ministerio de Salud: Hospitales, MINSA CAPSI, patronatos, Policentros, Centros, Sub-Centros, Puestos de salud y equipos itinerantes (Equipos de Salud Nucleares-ESAN), otros.
- b. Caja de Seguro Social: Hospitales, Policlínicas, ULAPS, CAPPs, otros
- c. Hospitales y clínicas del sub-sector privado de salud.
- d. Clínicas penitenciarias.
- e. Clínicas universitarias.
- f. Clínicas del empleado.
- g. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF).
- h. Ministerio Público.
- i. Ministerio de Educación.
- j. Ministerio de Seguridad.
- k. Secretaría de Niñez, adolescencia y Familia (SENNIAF).
- l. Registradores Auxiliares del Tribunal Electoral.
- m. Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (INEC).
- n. Organizaciones No Gubernamentales (ONG).
- o. Comunidad.

7.2 Registro de Información:

El registro de la información para la vigilancia epidemiológica se realizará en los siguientes documentos en físico o en formato digital:

- Registro Diario de Actividades.
- Expediente o Historia Clínica.
- Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública (Anexo 1).
- Informe epidemiológico semanal de enfermedades notificables por edad y sexo.
- Formulario de Notificación de Defunción (Anexo 2).
- Formulario Único de Parte Clínico de Defunción (Anexo 3).

Esta información debe registrarse en la plataforma virtual SISVIG en los siguientes módulos:

- Módulo de notificación individual.
- Módulo de notificación de defunción.
- Módulo de notificación colectiva.

7.3 Notificación de información:

La conducta suicida es un evento de **notificación individual inmediata** (menos de 2 horas contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia y de acuerdo a lo señalado en las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica)¹.

El principal objetivo de esta notificación es que las personas en las que se sospeche o confirme ideación o conducta suicida reciban una atención integral y oportuna por parte del equipo de salud para salvaguardar la vida.

Ante la presencia de un caso sospechoso o confirmado de conducta suicida durante la atención, el **profesional de la salud** que detecte el caso deberá llenar el Formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública vigente y notificar de forma inmediata el caso al coordinador de epidemiología de la instalación de salud respectiva (Anexo 1). Este a su vez lo debe registrar en el Módulo de Notificación Individual del SISVIG.

Cuando se identifique un caso sospechoso dentro de la instalación de salud **por una persona que no brinda atención clínica directa**, se le debe proponer a la persona que debe recibir atención por un profesional de salud de forma inmediata y, de ser posible ayudar en la gestión del cupo para la atención e informar al profesional de salud de atención clínica sobre esta sospecha.

Cuando se identifique un caso sospechoso en **la comunidad** se le debe proponer acudir a la instalación de salud más cercana y en la medida de lo posible acompañarle para que reciba atención. Si la persona no acepta ir a la instalación de salud se deberá informar al 911 ²

7.4 Flujograma de notificación:

A continuación, se esquematiza el flujograma a seguir para la notificación de los casos de conducta suicida.

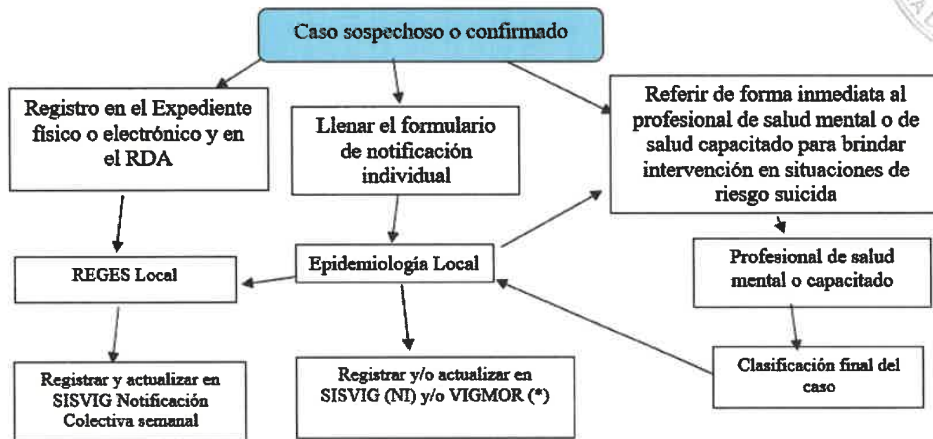


¹ Decreto Ejecutivo 1617 de 21 de octubre de 2014.

² Ley 120, de 19 de diciembre de 2019. Artículo 8, numeral 7.



7.4 FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN INSTALACIÓN DE SALUD PÚBLICA O PRIVADA



Una vez alimentados los componentes de la notificación individual, colectiva y de la mortalidad en SISVIG se debe realizar el control de calidad, análisis y difusión de la información a los distintos usuarios.

7.5 Análisis de información:

La información se analiza en los tres niveles administrativos. El nivel local, el área geográfica de responsabilidad de la instalación de salud, el nivel regional de la región de salud correspondiente y el nivel central analiza la situación a nivel nacional.

Se recomienda un análisis grupal con la participación del equipo multidisciplinario. Se deben considerar como mínimo variables de persona, lugar y tiempo. Además, se deben tomar en cuenta para el análisis, variables socioculturales, económicas, de accesibilidad a los servicios y otras. El análisis debe incluir, como mínimo: descripciones, comparaciones, correlaciones, tendencias y pronósticos. Si están disponibles se deben analizar los factores de riesgos como pobreza, acceso a métodos de alta letalidad, consumo de sustancias, presencia de enfermedades con estigma social, problemas económicos y otros. Dentro del análisis se deben considerar factores protectores como: accesibilidad a los servicios de salud, disponibilidad de recurso humano capacitado, red de apoyo social, nivel educativo y otros.

Para el análisis se podrán utilizar datos de:

- Incidencia por sexo, grupos de edad, temporalidad, área geográfica.
- Prevalencia por sexo, grupos de edad, área geográfica.
- Datos de letalidad.



- Datos de mortalidad específica.
- Número de casos por factor de riesgo.
- Indicadores socio económicos.
- Número de casos atendidos por profesionales de salud mental.

7.6 Indicadores para el análisis de la situación de la conducta suicida: El análisis de la situación de la conducta suicida en Panamá se basará principalmente en los siguientes indicadores:

INDICADOR	DEFINICIÓN	VARIABLE	FUENTE	PERIODICIDAD	NIVEL
Tasa de incidencia de intentos de suicidio ³	Número de intentos de suicidio/población total por 100 000	Intentos de Suicidio identificados Población específica	SISVIG REGES	Trimestral	Nacional Regional y local
Tasa de mortalidad por suicidio	Número de Suicidios/Población total por 100 000	Suicidios identificados Población específica	VIGMOR INEC	Trimestral	Nacional Regional y local
Intentos de suicidio según método utilizado	Número de intentos de suicidio por método/Total de intentos de suicidio	Métodos de intento de suicidio	SISVIG SEIS/REGES	Trimestral	Nacional Regional y local
Suicidio según método utilizado	Número de suicidio por método/Total de suicidio	Método de suicidio	VIGMOR INEC	Trimestral	Nacional Regional y local
Porcentaje de intentos de suicidio atendidos en salud mental	Número de intentos de suicidio atendidos en salud mental/Número de intentos de suicidio registrados por 100	Intentos de suicidio atendidos en salud mental	SEIS/REGES SISVIG	Trimestral	Nacional Regional y local
Porcentaje de intentos de suicidio atendidos en salud mental durante el primer mes posterior del intento.	Número de intentos de suicidio atendidos en salud mental en el primer mes del intento/Número de intentos de suicidio registrados por 100	Intentos de suicidio atendidos en salud mental dentro de los 30 días calendarios del intento.	SEIS/REGES SISVIG	Trimestral	Nacional Regional y local
Porcentaje de distritos silenciosos por conducta suicida.	Número de distritos sin reportes de conducta suicida/Total de distritos por 100	Distritos sin registro de conducta suicida	SISVIG	Trimestral	Regional y Nacional
Porcentaje de suicidio en pacientes atendidos por intentos de suicidio	Número de suicidio en personas atendidas por intentos en el año/Número de personas atendidas por intentos de suicidio en el año por 100	Personas fallecidas por suicidio que habían sido atendidas por intento	SISVIG INEC	Trimestral	Regional y Nacional
Razón de reincidencia de intento de suicidio en el periodo analizado	Número de pacientes que realizaron más de un intento de suicidio en un año/ Número de pacientes que realizaron intentos de suicidio	Número de intentos de suicidio por persona en un año	SEIS/REGES SISVIG	Trimestral	Regional y Nacional

³ Las tasa de incidencia y de mortalidad, genera y desagregado por sexo, edad, temporalidad y residencia, se calculan en función del nivel respectivo (Nacional, regional, distrito o corregimiento)



8. RESPONSABILIDAD POR NIVEL ADMINISTRATIVO:

La vigilancia epidemiológica de la conducta de riesgo suicida requiere la participación articulada de todos los profesionales y niveles del sistema de salud. Las responsabilidades se distribuyen de la siguiente manera:

NIVEL LOCAL

Instalaciones de Salud del MINSA, Caja de Seguro Social, sub-sector privado de salud, Instituciones gubernamentales y ONG:

Equipo de salud local que brinda atención directa

1. Detectar oportunamente personas con conducta suicida en las instalaciones de la salud, comunidad u otros espacios sociales.
2. Aplicar los criterios clínicos para la detección de los casos de conducta de riesgo suicida.
3. Llenar el Formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública (Anexo 1), y notificar de forma inmediata los casos al coordinador de epidemiología de la instalación de salud respectiva.
4. Cuando se trate de una defunción en que se sospeche conducta suicida, debe llenar el Formulario de Notificación de Defunciones (Anexo 2) e informarlo a epidemiología de la instalación correspondiente. La clasificación final de la causa de la defunción se realizará basado en la información del Formulario Único de Parte Clínico de Defunciones (Anexo 3).
5. Activar la atención clínica por el equipo de salud mental (psicólogo clínico, psiquiatra o enfermera especialista en salud mental) o el equipo capacitado para proporcionar la intervención, según el nivel de riesgo detectado.
6. Gestionar la búsqueda activa de casos con riesgo suicida detectados que no han acudido a sus citas de seguimiento.
7. Participar en las actividades de capacitación, sensibilización comunitaria y promoción de la salud mental.
8. Participar en el análisis de la situación de la conducta suicida del nivel de responsabilidad y enviar el informe de este a su contraparte del nivel regional.

Epidemiología

1. Sensibilizar y capacitar a los trabajadores de salud acerca de la importancia de la vigilancia de la conducta suicida.
2. Registrar los casos y las defunciones de Conducta Suicida en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISVIG) y actualizar la clasificación de los casos.



3. Verificar la calidad del dato, detectar nudos críticos en la gestión local de la información y realizar las coordinaciones para su solución.
4. Elaborar boletines semestral y anual acerca de la situación de la conducta suicida en su área de responsabilidad, en coordinación con el equipo de salud y salud mental local.
5. Remitir información consolidada de la situación de la conducta suicida a los actores claves involucrados en su abordaje.
6. Divulgar la situación de la conducta suicida de su área de responsabilidad al equipo local, líderes comunitarios, instituciones gubernamentales y otros.
7. Participar en actividades de capacitación, sensibilización comunitaria y promoción de la salud mental.
8. Liderar el análisis de la situación de la conducta suicida del nivel local en coordinación con el resto del equipo y enviar el informe del mismo a su contraparte del nivel regional.

Registro Estadísticas de Salud

1. Verificar el registro adecuado y actualización de los datos sociodemográficos de los pacientes.
2. Consolidar la información de las atenciones por conducta suicida y registrarlas semanalmente en el **"Formulario para el ingreso de eventos notificables"** en SISVIG, según las normas de vigilancia epidemiológica.
2. Cotejar con epidemiología de la instalación de salud los casos de conducta suicida registrados.
3. Participar en el análisis de la situación de la conducta suicida del nivel de responsabilidad y enviar el informe de este a su contraparte del nivel regional.

NIVEL REGIONAL

Programa de Salud Mental

1. Coordinar y supervisar la investigación de casos complejos o brotes de conducta de riesgo suicida conjuntamente con el equipo de epidemiología regional y/o local.
2. Brindar apoyo técnico al personal de salud local en el abordaje de casos que así lo requieran y reforzar las acciones de capacitación.
3. Enviar semestral y anualmente al nivel nacional (Salud Mental) informe del Análisis de Situación Epidemiológica y Seguimiento de los casos de Conducta Suicida del área de responsabilidad.
4. Monitorear la calidad de los datos de la atención de la conducta suicida.
5. Realizar monitoreo y supervisiones del sistema de atención y vigilancia de la conducta suicida a los equipos locales, al menos dos veces al año, en conjunto con REGES y el equipo de epidemiología.



6. Participar en el análisis de la situación de la conducta suicida del nivel de responsabilidad y enviar el informe del mismo a su contraparte del nivel regional. Promover la articulación con redes comunitarias, servicios sociales y entidades locales.

Epidemiología

1. Coordinar la implementación del sistema de vigilancia en las instalaciones de salud de la Región de Salud, correspondiente.
2. Validar y consolidar los datos recibidos del nivel local.
3. Asegurar la transmisión oportuna de la información al nivel nacional.
4. Enviar semestral y anualmente al nivel nacional (Epidemiología) informe del Análisis de Situación Epidemiológica y Seguimiento de los casos de Conducta Suicida del área de responsabilidad.
5. Liderar el análisis de la situación de la conducta suicida y el seguimiento de los casos del nivel regional en coordinación con el resto del equipo y enviar el informe de este a su contraparte del nivel nacional.
6. Realizar monitoreo y supervisiones del sistema de atención y vigilancia de la conducta suicida a los equipos locales, al menos dos veces al año, en conjunto con REGES y el equipo del Programa de Salud Mental regional.

Registro Estadísticas de Salud

1. Consolidar la información de las atenciones por conducta suicida generada en los niveles locales para el Análisis de la Situación Epidemiológica y Seguimiento de los casos de Conducta Suicida del área de responsabilidad, tomando como referencia las variables mencionadas en la tabla de Indicadores para el análisis de la situación de la conducta suicida (Ítems 7.6).
2. Participar en la elaboración del Análisis de la Situación Epidemiológica y Seguimiento de los casos de Conducta Suicida del área de responsabilidad.
3. Realizar monitoreo y supervisiones del sistema de información de la conducta suicida a los equipos locales, al menos dos veces al año, conjuntamente con epidemiología regional y el equipo del Programa de Salud Mental regional.

NIVEL CENTRAL

Epidemiología

1. Elaborar y/o actualizar la norma de vigilancia de la conducta suicida en coordinación con la Sección de Salud Mental y otros actores claves, como mínimo cada cinco años.
2. Definir los lineamientos técnicos y metodológicos del sistema de vigilancia de conducta de riesgo suicida en coordinación con la Sección de Salud Mental de la Dirección General Salud Pública del Ministerio de Salud.



3. Desarrollar e implementar el sistema de vigilancia de la conducta suicida en coordinación con la Sección de Salud Mental y otros actores claves.
4. Monitorear, consolidar y analizar los datos nacionales en coordinación con la Sección de Salud Mental.
5. Elaborar informes técnicos, boletines epidemiológicos y reportes para tomadores de decisiones, de acuerdo con los indicadores priorizados.
6. Coordinar con la Sección de Salud Mental y otras instancias para la respuesta integral a la situación de la conducta suicida.
7. Evaluar la efectividad del sistema de vigilancia y proponer mejoras continuas.
8. Asegurar la interoperabilidad con otros sistemas de vigilancia en coordinación con la Dirección de Planificación y la Oficina de Informática.
9. Gestionar las plataformas tecnológicas para la visualización y el análisis de datos (*Power BI*, observatorios, etc.) en coordinación con la Sección de Salud Mental, Departamento Nacional de Estadísticas de Salud y la Oficina Nacional de Informática.

Sección de Salud Mental

1. Elaborar y/o actualizar la norma de vigilancia de la conducta suicida en coordinación con Epidemiología y otros actores claves, como mínimo cada cinco años.
2. Definir los indicadores para el monitoreo del abordaje de la conducta suicida en los diferentes niveles de atención.
3. Participar en la sensibilización y capacitación al equipo de salud en el abordaje y la vigilancia de la conducta suicida.
4. Monitorear la calidad de los datos de la atención de la conducta suicida.
5. Consolidar y analizar los datos nacionales en coordinación con Epidemiología y REGES.
6. Asesorar en la investigación de casos complejos de conducta suicida.
7. Coordinar con y/o apoyar a los equipos regionales de salud mental en las intervenciones en caso brotes de conducta de riesgo suicida en conjunto con el equipo de epidemiología.

Registro Estadísticas de Salud

1. Participación en la elaboración y/o actualización la norma de vigilancia de la conducta suicida en coordinación con la Sección de Salud Mental y otros actores claves, como mínimo cada cinco años.
2. Participar en la sensibilización y capacitación al equipo de salud en el registro de datos de la conducta suicida.
3. Proporcionar a la Sección Nacional de Salud Mental y/o a Epidemiología la información de la atención, seguimiento y defunciones por conducta suicida de acuerdo con la periodicidad establecida en la norma.



4. Participar con Salud Mental y Epidemiología en la consolidación y análisis de la información sobre la conducta suicida.
5. Realizar monitoreo de los datos registrados en los distintos sistemas de información y validar su consistencia.
6. Realizar supervisiones del sistema de información de la conducta suicida a los niveles regionales, al menos una vez al año, en conjunto con epidemiología y el equipo de la Sección de Salud Mental.

VII. ABORDAJE DEL CASO SOSPECHOSO

• **Flujograma de Investigación**

El proceso de investigación de un caso sospechoso de la conducta suicida debe seguir un flujo claro, ágil y articulado entre los equipos de salud, epidemiología y salud mental, con el fin de confirmar el diagnóstico, identificar factores de riesgo, y activar acciones de seguimiento y prevención.

La investigación deber ser liderada por el equipo de salud mental o el equipo de salud capacitado para proporcionar intervención a los trastornos mentales.

- Aplicación de entrevista clínica y escalas de evaluación del riesgo suicida.
 - Análisis de historia clínica y contexto social y, aplicación de la Guía para la Atención de los Intentos de Suicidio vigentes.
 - Clasificación final del caso: confirmado o descartado y notificar a epidemiología local para su debida actualización en SISVIG.
 - Establecimiento del nivel de riesgo (bajo, moderado, alto) de casos confirmados y referir según este nivel. Toda persona con riesgo alto debe ser hospitalizada.
 - Elaboración de plan de intervención individual.
 - Brindar el seguimiento de los casos de acuerdo con el nivel de riesgo y el apoyo social con que cuente el paciente.
 - El seguimiento de los casos detectados debe ser dentro de las siguiente 48 horas de ser atendidos o egresados del hospital.
- **Medidas o pruebas de confirmación: La confirmación de la conducta suicida debe basarse en los siguientes aspectos:**
1. Evaluación clínica por profesional idóneo.
 2. Verificación de antecedentes de intento previo, trastornos mentales diagnosticados, consumo de sustancias, historial de trauma o violencia.
 3. Valoración del estado mental, con énfasis en ideación suicida, planificación, medios disponibles, historia previa y red de apoyo.



4. Valoración física en busca de lesiones autoinfligidas
5. Diagnóstico diferencial que descarte otras condiciones clínicas o situacionales
6. Aplicación de instrumentos estandarizados para la evaluación de la conducta suicida y/o el nivel de riesgo. Dentro de los que están:
 - Escala Columbia de Evaluación del Riesgo de Suicidio (C-SSRS).
 - Escala SAD PERSONS.
 - Escala IS PATH WARM de la Asociación Americana de Suicidología.
 - Escala de KUTCHER.
7. Confirmación post mortem (en caso de sospecha de suicidio como causa de muerte) del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público:
 - Informe de Necropsia o,
 - Autopsia psicológica si aplica, con análisis del contexto, entrevistas a familiares y análisis de factores de riesgo asociados.
8. Aplicación de criterios diagnósticos de CIE-10 o CIE-11
 - Para intentos de suicidio: CIE-10 (X60-X84), CIE-11 (MB23.R).
 - Para ideación suicida sin acción: CIE-10 (R45.8), CIE-11 (MB26.A).
 - Para historia personal: CIE-10 (Z91.5), CIE-11 (QC4B).

Una vez aplicadas las pruebas o estudios correspondientes se concluirá con la confirmación o el descarte de la conducta suicida.

VIII. MONITOREO Y SUPERVISIÓN:

El monitoreo del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida incluirá al menos lo siguiente:

1. Porcentaje de notificación oportuna.
2. Porcentaje de casos que permanecen como sospechosos por más de tres meses después de ser notificados.
3. Porcentajes de casos correctamente clasificados según la CIE.
4. Porcentaje de casos atendidos por el equipo de salud mental **dentro de las siguientes 72 horas** de notificado el caso.

La supervisión del SVE de la conducta suicida se realizará con los instrumentos utilizados en el Departamento Nacional de Epidemiología (Ver anexos).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/ajmq.c.30042>

Dwivedi, Y. (2010). Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Annals of Medicine*, 42(2), 87–96. <https://doi.org/10.3109/07853890903406384>

Kim, Y. K., Lee, H. P., Won, S. D., Park, E. Y., Lee, H. Y., Lee, B. H., ... & Choi, S. H. (2007). Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.06.024>

Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar, I., ... & Turecki, G. (2012). Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 722–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287>

Mann, J. J., Brent, D. A., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24(5), 467–477. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00228-1](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00228-1)

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2016). The biology of impulsivity and suicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(3), 405–419. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.010>

Schmaal, L., van Harmelen, A.-L., Chatzi, V., Lippard, E. T. C., Toenders, Y. J., Averill, L. A., & Turecki, G. (2020). Imaging suicidal thoughts and behaviors: A comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Molecular Psychiatry*, 25(2), 408–427. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0587-x>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

ANEXOS





Anexo 1. Formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA

Versión, marzo de 2024

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE													
Tipo de identidad		Cedula	<input type="checkbox"/>	Historia clínica		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		<input type="checkbox"/>	Cédula de la madre		<input type="checkbox"/>	
No. identidad				Asegurado		Si	<input type="checkbox"/>	No		<input type="checkbox"/>			
Primer nombre			Segundo nombre			Primer apellido			Segundo apellido				
Fecha de nacimiento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad cumplida		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
		<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			<i>Años</i>	<i>Meses</i>	<i>Días</i>				
Sexo		Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer		<input type="checkbox"/>	Ocupación						
Responsable (en menor o discapacitado): _____ Migrante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
Dirección residencial permanente:													
País			Provincia			Región			Distrito				
Corregimiento				Comunidad, zona o sector				Punto de referencia					
Teléfono 1 (fijo o móvil)		Teléfono 2 (fijo o móvil)		Correo electrónico									
Donde se presume el contagio		Residencia	<input type="checkbox"/>	Trabajo	<input type="checkbox"/>	Escuela	<input type="checkbox"/>	Lugar público o privado <input type="checkbox"/>					
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición <i>(solo si es diferente a la residencial)</i>													
País			Provincia			Región			Distrito			Corregimiento	
Dirección (comunidad, zona ó sector)				Punto de referencia				Teléfono 1 (fijo o móvil)		Teléfono 2 (fijo o móvil)			
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE													
Diagnóstico 1 (CIE)													
Estado inicial:		Fecha estado inicial				Estado final:		Fecha estado final					
Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>		Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			
Descartado	<input type="text"/>					Descartado	<input type="text"/>						
Diagnóstico 2 (CIE)													
Estado Inicial		Fecha estado inicial				Estado final:		Fecha estado final					
Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>		Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			
Descartado	<input type="text"/>					Descartado	<input type="text"/>						
Diagnóstico 3 (CIE)													
Estado Inicial		Fecha estado inicial				Estado final:		Fecha estado final					
Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Confirmado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>		Sospechoso	<input type="text"/>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			
Descartado	<input type="text"/>					Descartado	<input type="text"/>						
Condición del paciente Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>													
Fechas de:		<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	Signos y Sintomas			<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>			
Atención		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Inicio de síntomas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Hospitalización		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Egreso		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Defunción		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Exposición		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Última dosis de vacuna*		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tiempo entre accidente y atención				<input type="text"/>	Horas		<input type="text"/>	Minutos		Sitio de lesión			
Información de la muestra													
Tipo de muestra								Fecha de recolección					
								<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Criterio de caso confirmado		<i>Clinico</i>		<input type="checkbox"/>	<i>Laboratorio</i>		<input type="checkbox"/>	<i>Nexo Epidemiológico</i>					
Tipo de caso (sólo si aplica)		Nuevo		<input type="checkbox"/>	Recaída		<input type="checkbox"/>						
III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO													
Nombre y apellido										<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cargo										Fecha de notificación			
										<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Instalación de salud										Teléfono de la instalación			
										<input type="text"/>			
Observaciones													
<input type="text"/>													

Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas vigentes y el decreto 1017 del 21 de octubre de 2014.

Anexo 2. Formulario de Notificación de Defunciones.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
FORMULARIO DE NOTIFICACION DE DEFUNCIONES



DATOS DEL PACIENTE

Tipo de identificación _____ No. De identificación _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Apellido de Casada _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo: F M Asegurado: SI No No sabe
 Nombre de responsable (para menores u otros): _____

RESIDENCIA

País de Residencia _____
 Provincia _____ Región _____ Distrito _____ Corregimiento _____
 Dirección de Domicilio _____ Teléfono _____
 Dirección Laboral _____ Teléfono _____

DATOS DE LA DEFUNCION

Fecha de Hospitalización _____ Fecha de Defunción _____ Fecha Ingreso de Morgue _____
 Edad de Defunción _____ Tipo de Edad _____ Hora y minutos de Defunción _____

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL

1. _____ Estado _____
 2. _____ Estado _____
 3. _____ Estado _____

Diagnostico Clínico de Cierre

1. _____ Estado _____
 2. _____ Estado _____
 3. _____ Estado _____

Factores de Riesgo

Edad: si No Tipo de Exposición: Social Familiar Comunitario
 Laboral Ocupación: _____
 Otra Detalle de otra: _____

¿Dónde ocurre el deceso?

Instalación de Salud _____
 Otro _____

ENFERMEDADES:

Si su respuesta es SI, favor marcar la condición (es) SI NO
 Cardiovascular Metabólica Pulmonar
 Sanguínea Congénita Renal
 Inmunosupresión Neurológica otro: _____

DATOS DE NOTIFICACION

Instalación de Salud: _____ Servicio: _____ Sexo: _____
 Teléfono: _____ Nombre de quien Notifica: _____ Cargo: _____
 Nombre de quien registró: _____ Fecha de Notificación: _____
 Fecha de Registro: _____
 Comentarios: _____



Anexo 3. Formulario Único de Parte Clínica de Defunciones.

Envíese al Registro Civil

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 TRIBUNAL ELECTORAL
 DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL
FORMULARIO ÚNICO DE PARTE CLÍNICA DE DEFUNCIÓN

Núm. 123456
 Parte núm. _____

1. Nombre: _____			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
2. Sexo: Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2		3. Cédula o pasaporte núm. _____	
4. Nacionalidad: _____		5. Seguro social núm. _____	
6. Ocupación: _____		7. Fecha de nacimiento: _____ día _____ mes _____ año	
8. Edad cumplida: _____ años	8a. Si era menor de un año, anote si se trata de: _____ meses _____ días _____ horas _____ minutos		
9. Fecha de la defunción: _____ día _____ mes _____ año			9a. hora: _____ a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
10. Estado conyugal: Soltero <input type="radio"/> 1 Unido <input type="radio"/> 2 Casado <input type="radio"/> 3 Separado/divorciado <input type="radio"/> 4 Viudo <input type="radio"/> 5 Menor de 15 años <input type="radio"/> 6			
11. Nombre de los padres: _____ y _____			
12. Lugar de la defunción: _____ Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado _____ Hospital o institución _____			
13. Lugar de residencia: _____ Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____			
14. Lugar donde nació el niño: Instalación de salud <input type="radio"/> 1 Otro lugar <input type="radio"/> 2			
Duración del embarazo: _____ Semanas completas _____ Meses de gestación _____		Atendió el parto: Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera / Enf. Obstetra <input type="radio"/> 2 Téc. en enferm. <input type="radio"/> 3 Asist. de salud <input type="radio"/> 4 Comadrona <input type="radio"/> 5 Otra persona <input type="radio"/> 6	
Peso al nacer: _____ kilogramos _____ libras y _____ onzas			
Datos de la madre: Nombre (s) y apellido (s): _____			
Edad cumplida _____		Estado conyugal: Soltera <input type="radio"/> 1 Casada <input type="radio"/> 2 Unida <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4	
Hijos que ha tenido (incluido este) _____			
Nivel escolar más alto aprobado: Ninguno <input type="radio"/> 00 Enseñanza especial <input type="radio"/> 20 Primaria _____ Vocacional _____			
Secundaria: Premedia _____ Media _____ No universitaria _____ Universitaria _____ Postgrado _____			
15. Causas de la defunción			
PARTE I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que originaron la causa consignada arriba, mencionándose en c, la causa básica o fundamental.		Anote una sola causa en cada renglón. (Evite señalar modo o la manera de morir - por ejemplo: debilidad cardíaca, astenia, etc. No utilice siglas o abreviaturas) a. _____ debido a (o como consecuencia de b.) b. _____ debido a (o como consecuencia de c.) c. _____ causa básica o fundamental	
		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____ Causa Básica Código CIE-10 No usar	
16. ¿Si la persona fallecida es una mujer de 10 a 54 años, la defunción estuvo asociada a un embarazo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		16a. Estuvo embarazada: En los últimos 42 días <input type="radio"/> En los últimos 12 meses <input type="radio"/>	
17. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		18. Si se intervino quirúrgicamente, ¿cuál fue la causa? _____	
19. Si la muerte se debió a factores externos, especifique si fue: Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> En investigación <input type="radio"/>			
19a. Fecha de la lesión: _____ día _____ mes _____ año		19b. ¿Cómo se produjo la lesión? (caída de andamio, atropello por vehículo, ahogamiento, etc.) _____	19c. Lugar donde ocurrió la lesión (en casa, calle, finca, oficina, etc.) _____
20. Certifico que atendí al difunto desde el: _____ día _____ mes _____ año hasta el _____ día _____ mes _____ año			
21. Nombre del médico: _____		Sello de la Instalación	
Firma _____		Sello del médico	
Título o cargo que desempeña: _____		Código _____ Registro _____	
Fecha: _____			
Observación _____			

Este documento es válido sólo con la firma del médico que certificó la causa de defunción
 NOTA: Es obligación del médico de cabecera, médico de la localidad o médico forense, expedir gratuitamente este documento y entregarlo al Oficial del Registro Civil autorizado para su recepción. (Artículo 69, Ley 31 de 25 de julio de 2006).



CÓDIGOS CIE-11: LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE

PB80 – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de evento de transporte terrestre en el tránsito.

PB80&XE71D – Autolesión intencional por evento de transporte terrestre hiriendo a un ciclista.

PB80&XE7ZY – Ocupante de transporte peatonal lesionado en accidente de transporte terrestre.

PB83 – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de evento en transporte ferroviario.

PB9Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de evento en transporte marítimo o fluvial no especificado.

PC0Z – Lesión autoinfligida intencionalmente en transporte aéreo o espacial, sin especificar.

PC2Y – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de evento de transporte especificado.

PC2Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de evento de transporte, sin especificación.

PC3Y – Otra lesión autoinfligida intencionalmente por caída o salto.

PC3Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por caída o salto, sin especificación.

PC44 – Lesión autoinfligida intencionalmente al ser mordido por un animal.

PC48 – Lesión autoinfligida intencionalmente por contacto con una planta.

PC4Y – Otra lesión especificada autoinfligida intencionalmente por contacto con persona, animal o planta.

PC4Y&XE35... – Lesión autoinfligida intencionalmente al ser mordido por una persona.

PC4Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por contacto con persona, animal o planta, sin especificación.

PC51 – Lesión autoinfligida intencionalmente por golpe de objeto en movimiento, no clasificado en otra parte.



PC52 – Lesión autoinfligida intencionalmente por golpe contra objeto estacionario.

PC53.Y – Lesión especificada autoinfligida intencionalmente por cortadura o perforación con objeto punzante.

PC5Y – Lesión autoinfligida intencionalmente por contacto con otro tipo de arma especificada.

PC5Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por contacto con arma, de tipo no especificado.

PC71 – Lesión autoinfligida intencionalmente por amenaza a la respiración por ahorcamiento.

PC7Y – Lesión especificada autoinfligida intencionalmente por amenaza a la respiración

PC7Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por amenaza a la respiración, sin especificación.

PC83 – Lesión autoinfligida intencionalmente por contacto con objeto o líquido caliente

PC8Y – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a otro mecanismo térmico especificado.

PC8Z – Lesión autoinfligida intencionalmente por mecanismo térmico, sin especificación.

PC92 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a psicoestimulantes o a sus efectos nocivos.

PC95 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a antidepresivos o a sus efectos nocivos

PC96 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a antipsicóticos o a sus efectos nocivos.

PC98 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a otras drogas, medicamentos o sustancias biológicas y las no especificadas.

PC98&XE13E – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a enzimas o a sus efectos nocivos.

PD00 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a alcoholes o a sus efectos nocivos.

PD03&XM8V89 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a fumigantes.

PD05 – Lesión autoinfligida intencionalmente por medio de exposición a sustancias de otro tipo o no especificadas cuyo origen no es principalmente medicinal o a sus efectos nocivos.

PD05&XM88J8 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a/o efectos dañinos del tabaco.

PD21 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a corriente eléctrica.

PD22 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a la luz solar.

PD23 – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a radiación.

PD23&XE5PJ – Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a radiación ionizante.

PD25 – Lesión autoinfligida intencionalmente por explosión o rotura de materiales u objetos presurizados.

PD25&XE3RX – Lesión autoinfligida intencionalmente por vibración.

PD25&XE3WL – Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo.

PD25&XE7Y1 – Lesión autoinfligida intencionalmente por ruido.

PD26 – Lesión autoinfligida intencionalmente por esfuerzo físico excesivo.

PD27 – Lesión autoinfligida intencionalmente por privación de alimentos.

PD28 – Lesión autoinfligida intencionalmente por privación de agua.

PD29 – Lesión autoinfligida intencionalmente por otra privación especificada.

PD3Y – Otra lesión autoinfligida intencionalmente, especificada.

PD3Z – Lesión autoinfligida intencionalmente, sin especificación.

QC4B – Antecedentes personales de lesión autoinfligida intencionalmente.



