

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 447

(De 7 de junio de 2019)

Que establece los requisitos y el procedimiento del Registro de Agentes de Salud Tradicional

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población, entendida como el completo bienestar físico, mental y social; y que 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; mientras que el artículo 90 señala que el Estado reconoce y respeta la identidad étnica de las comunidades indígenas nacionales, así como la promoción del desarrollo integral de dichos grupos humanos;

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado;

Que la Ley 17 de 27 de junio de 2016 establece la protección de los conocimientos de la Medicina Tradicional Indígena y crea la Comisión Consultiva de Medicina Tradicional Indígena, responsable conforme a sus artículos 7 y 9, junto a la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud, y las autoridades indígenas, de impulsar las normas y procedimientos para la acreditación de los agentes responsables de la medicina tradicional indígena;

Que los artículos 4 y 19 del Decreto Ejecutivo No. 39 de 12 de febrero de 2019, que reglamenta la Ley 17 del 27 de junio de 2016, establecen que la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud llevará un registro de los agentes de salud tradicional debidamente identificados y reconocidos por sus respectivos congresos y consejos indígenas; y que dicha Dirección establecerá los requisitos y el procedimiento para tal efecto;

Que la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y la Comisión Consultiva de Medicina Tradicional Indígena han elaborado los requisitos, procedimientos y formularios necesarios para instituir el Registro de Agentes de Salud Tradicional,

RESUELVE:

PRIMERO: Establecer los requisitos para el Registro de Agentes de Salud Tradicional el cual estará a cargo de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud, a saber:

1. Formulario de registro debidamente completado;
2. Copia simple o digital de la cédula de identidad personal del agente solicitante;
3. Certificación de la autoridad indígena competente según la comarca, pueblo o tierra colectiva de que se trate, que deje constancia que el agente solicitante ha cumplido los procedimientos o parámetros del respectivo pueblo indígena para ser reconocido como agente de salud tradicional e indicación de su(s) categoría(s) y especialidad(es);
4. Dos (2) fotos impresas tamaño carnet o foto digital.

SEGUNDO: Los requisitos deben ser presentados en el orden establecido y en un cartapacio para el respectivo archivo físico.

TERCERO: Aprobar la utilización del formulario de Registro de Agentes de Salud Tradicional y su respectivo Instructivo contenidos en los Anexo No. 1 y Anexo No. 2, así como, el formulario de Reporte Estadístico de Atención Individual contenido en el Anexo 3, los cuales forman parte integral de la presente resolución

CUARTO: La Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas coordinará con las autoridades indígenas la designación de enlaces en cada comarca, pueblo o tierra colectiva, que faciliten la identificación y registro ante el Ministerio de Salud de todos los agentes de salud tradicional avalados por dichas autoridades.

QUINTO: Una vez verificado que el interesado cumple con los requisitos presentados se encuentran completos, la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas emitirá una resolución aprobando el registro y autorizando la expedición del carnet de registro correspondiente. La expedición del carnet tendrá un costo de un balboa (B/.1.00), el cual será asumido por el solicitante. En caso contrario, ordenará la corrección de la documentación.

SEXTO: Los agentes de salud tradicional que no hayan ingresado al Registro de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación de la presente resolución, no podrán continuar ejerciendo la medicina tradicional indígena hasta tanto sean registrados.

SÉPTIMO: Los nuevos agentes de salud tradicional que logren el reconocimiento por las autoridades indígenas competentes, deberán proceder a su registro conforme a la presente resolución para poder ejercer la medicina tradicional indígena.

OCTAVO: Los agentes de salud tradicional que tengan cambios en su categoría o especialidad, así como en otros datos generales incluidos en el registro, deberán reportarlo a la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas presentando el formulario de registro actualizado. El agente deberá presentar además una nueva certificación de la autoridad indígena, cuando los cambios se refieran a datos allí contenidos. Si dicha actualización amerita una modificación en su carnet de registro, el agente deberá cubrir el costo de su reemplazo. También deberá cubrir dicho costo el agente que requiera un duplicado de su carnet de registro.

NOVENO: Los agentes de salud tradicional deberán presentar, cada dos (2) años, a la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud, el Reporte de Estadísticas de Atención Individual conforme al formulario contenido en el Anexo No. 3 de la presente resolución.

DÉCIMO: La Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas promoverá que el Registro de Agentes de Salud Tradicional esté disponible para el público a través del sitio web del Ministerio de Salud, entre otros medios.

DÉCIMO PRIMERO: Los agentes de salud tradicional serán retirados del Registro por la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas por:

1. Renuncia del agente de salud tradicional;
2. Solicitud de la autoridad indígena competente;
3. Condena por delito cometido en el ejercicio de la medicina tradicional;

En este último caso, iniciado el proceso penal, la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas podrá suspender el registro hasta que se culmine dicho proceso.

DÉCIMO SEGUNDO: La presente resolución comenzará a regir el día siguiente a su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Ley 20 de 26 de junio de 2000, Ley 17 de 27 de junio de 2016 y Decreto Ejecutivo 39 de 12 de febrero de 2019.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


Dr. MIGUEL A. MAYO DI BELLO
Ministro de Salud





Anexo No. 1

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS SANITARIOS INDÍGENAS
FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE AGENTES DE SALUD TRADICIONAL

A. DATOS GENERALES			
1. Fecha			
2. Nombre completo			
3. Grupo indígena al que pertenece	Naso Tjër-Di	Guna	
	Bribri	Emberá	
	Ngäbe	Wounaán	
	Buglé		
4. Número de cédula de identidad personal	5. Teléfono fijo		
	6. Teléfono celular		
7. Correo electrónico			
8. Domicilio	Comunidad		
	Corregimiento		
	Distrito		
	Comarca, pueblo o tierra colectiva		
9. Sexo	Masculino	Femenino	
10. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	11. Edad		
12. Estado civil	Casado/a	Unido/a	
	Viudo/a	Soltero/a	
13. Número de dependientes			
14. Último nivel educativo alcanzado	Primaria	Secundaria	
	Técnico	Universidad	
	Ninguno	Otro: _____	
B. DATOS ESPECÍFICOS			
1. Categoría	Médico tradicional	Sukia	Jaibaná
		Inadule	Noko
		Nele	Otro: _____
	Partera	Tradicional o empírica	
		Capacitada	
2. Especialidad del médico tradicional	Botánico	Huesero	
	Cantor	Espiritista	
	Curandero	Otra: _____	



3. Años de experiencia		Menos de un año		6-10 años		16-20 años
		1-5 años		11 -15 años		Más de 20 años
4. Comunidades donde presta atención						
5. ¿Lleva registro de las personas atendidas?		Sí	6. Número aproximado de personas que atiende al año	Registradas		
		No		No registradas (estimado)		
7. Tipo de casos que atiende más frecuentemente						
8. ¿Tiene estudiantes/ practicantes en formación bajo su cargo actualmente?		Sí	¿Cuántos?			
		No				
9. ¿Pertenece usted a alguna organización de medicina tradicional?		Sí			No	
		¿Cuál?				
		Tiempo				
Firma del agente de Salud Tradicional solicitante						
Nombre, cédula y firma del enlace (si aplica)						
Nombre, cédula y firma del Testigo No. 1 (cuando el agente no firma)						
Nombre, cédula y firma del Testigo No. 2 (cuando el agente no firma)						



**Anexo No. 2****MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS SANITARIOS INDÍGENAS****INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE LOS
AGENTES DE SALUD TRADICIONAL**

Lea este instructivo antes de llenar el Formulario para el Registro de los Agentes de Salud Tradicional (conforme al Anexo I de la Resolución No. _____), con la información personal de cada agente de salud tradicional a registrar. Cuando sea posible, el llenado de este formulario se hará en compañía del Enlace de la comarca, pueblo o tierra colectiva correspondiente. Cuando este no haya sido designado y el agente de salud tradicional tenga dificultad con la lectura y comprensión del idioma español, podrá solicitar el apoyo de algún traductor local para que le asista.

- A. **DATOS GENERALES:** Se refiere a la información personal del agente de salud tradicional.
1. **Fecha:** Corresponde al día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que llena el formulario.
 2. **Nombre completo:** Indicar primer nombre, segundo nombre (si aplica), primer apellido y segundo apellido del agente de salud tradicional.
 3. **Grupo indígena al que pertenece:** Marcar con un gancho en el recuadro al lado del grupo indígena del que es originario el agente de salud tradicional. No se podrá escoger más de una opción.
 4. **Número de cédula de identidad personal:** Colocar el número de cédula del agente de salud tradicional, verificando con su documento de identidad personal.
 5. **Teléfono fijo:** Colocar el número de teléfono fijo de la casa del agente de salud tradicional, si tiene. De lo contrario, colocar el de algún familiar o conocido donde pueda ser contactado. Si excepcionalmente no cuenta con ningún número, dejar el espacio en blanco.
 6. **Teléfono celular:** Colocar el número de teléfono celular del agente de salud tradicional, si tiene. De lo contrario, colocar el de algún familiar o conocido donde pueda ser



contactado. Si excepcionalmente no cuenta con ningún número, dejar el espacio en blanco.

7. **Correo electrónico:** Indicar la dirección de correo electrónico del agente de salud tradicional, que permita el intercambio de información referente a las actividades relacionadas a la medicina tradicional indígena en Panamá. Si no cuenta con correo electrónico, dejar el espacio en blanco.
 8. **Domicilio:** Especificar el lugar donde vive el agente de salud tradicional, incluyendo su comunidad (ejemplo, Soloy), corregimiento (ejemplo, Soloy), distrito (ejemplo, Besikó), comarca, pueblo o tierra colectiva (ejemplo, Comarca Ngäbe-Buglé).
 9. **Sexo:** Marcar con un gancho en el recuadro, según sea el caso, en masculino (hombre) o femenino (mujer).
 10. **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** Indicar día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del agente de salud tradicional, verificando con su documento de identidad personal.
 11. **Edad:** Indicar cuántos años cumplidos tiene el agente de salud tradicional.
 12. **Estado civil:** Marcar con un gancho en el recuadro que aplique a su condición civil actual, ya sea casado/a, viudo/a, unido/a o soltero/a.
 13. **Número de dependientes:** Indicar la cantidad de personas que dependen económicamente del agente de salud tradicional (hijos, esposa, esposo, padre, madre).
 14. **Último nivel educativo alcanzado:** Marcar con un gancho en el recuadro que aplique al nivel educativo que haya completado. (Ejemplo 1: Si el agente se graduó de sexto año de secundaria (media), marcar la casilla Secundaria. Ejemplo 2: Si el agente cursó hasta quinto grado, se debe marcar la casilla Otro y escribir en la línea "5to Grado".)
- B. DATOS ESPECÍFICOS:** Se refiere a los datos propios del agente en relación a su práctica de la medicina tradicional.
1. **Categoría:** Marcar con un gancho en el recuadro que aplique según si se trata de un médico tradicional o partera.



En caso de ser médico tradicional, debe marcar con un gancho en el recuadro de la denominación propia de su comarca, pueblo o tierra colectiva, según corresponda (Sukia, Jaibaná, Inadule, Noko, Nele u Otro). En caso de marcar Otro, escribir la denominación correspondiente. No se podrá escoger más de una opción.

En caso de ser partera, marcar con un gancho en el recuadro de Tradicional o empírica, si sus conocimientos fueron adquiridos a través de sus antepasados; o el de Capacitada, si ha recibido entrenamiento por parte del Ministerio de Salud. En caso de contar con ambas formaciones, marcar con un gancho ambas casillas.

2. **Especialidad del médico tradicional:** Marcar con un gancho en el recuadro que aplique según su condición de Botánico, Huesero, Cantor, Espiritista, Curandero, u Otra. En caso de marcar Otra, escribir el nombre de la especialidad.
3. **Años de experiencia:** Marcar con un gancho en el recuadro que aplique según la cantidad de años que tenga de ser agente de salud tradicional. (Ejemplo: si el agente tiene 7 años de practicar la medicina tradicional, marcar en el recuadro de 6-10 años.)
4. **Comunidades donde presta atención:** Escribir el nombre de la comunidad o las comunidades donde el agente presta atención de salud tradicional, ya sea de manera permanente o eventual (giras o visitas).
5. **¿Lleva registro de las personas atendidas?:** Marcar con un gancho en el recuadro Sí o No, según si el agente de salud tradicional lleva o no un registro de la cantidad de personas que ha atendido.
6. **Número aproximado de personas que atiende al año:** En caso de llevar un registro de personas atendidas, colocar en la casilla Registradas la cifra de personas atendidas por año. En caso de no llevar dicho registro, colocar en la casilla No Registradas (estimado), un número aproximado de las personas atendidas por año.
7. **Tipo de casos que atiende más frecuentemente:** Indicar las enfermedades y/o dolencias (ejemplo: picadura de alacrán, mordedura de serpientes, vómitos, fiebre, dolor de cabeza, problemas de la piel) que más atiende el agente de salud tradicional.



8. ¿Tiene estudiantes/ practicantes en formación bajo su cargo actualmente? Marcar con un gancho en el recuadro Sí o No, según sea el caso. Si es afirmativo, escribir cuántos estudiantes tiene.
9. ¿Pertenece usted a alguna organización de medicina tradicional? Marcar con un gancho en el recuadro Sí o No, según aplique. Si es afirmativo, señalar el nombre de la organización de medicina tradicional a la que pertenece y cuánto tiempo tiene de pertenecer a dicha organización.

Firma del agente de Salud Tradicional solicitante: Que el agente de salud tradicional firme en este espacio, tal como aparece en su cédula de identidad personal.

Firma del enlace (si aplica): Que el enlace designado por las autoridades indígenas que ha ayudado al agente de salud tradicional en el llenado del formulario, firme en este espacio. Si no se ha designado un enlace o el mismo no ha participado en el llenado de este formulario, dejar este espacio en blanco.

Testigo No. 1 / Testigo No. 2 (cuando el agente no sabe firmar): En caso de que un agente de salud tradicional no sepa firmar, según conste en su cédula de identidad personal, se deberá pedir el apoyo de dos personas que sirvan como testigos del registro. Incluir su nombre, número de cédula de identidad personal y firma.





Anexo No. 3

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS SANITARIOS INDÍGENAS
FORMULARIO PARA EL REPORTE DE ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN INDIVIDUAL DE LOS AGENTES DE
SALUD TRADICIONAL

A. DATOS GENERALES				
1. Fecha				
2. Nombre completo				
3. No. de Registro				
B. DATOS ESPECÍFICOS				
1. Comunidades donde presta atención				
2. ¿Lleva registro de las personas atendidas?	Sí	3. Número aproximado de personas que atiende al año	Registradas	
	No		No registradas (estimado)	
4. Tipo de casos que atiende más frecuentemente				
5. ¿Tiene estudiantes/ practicantes en formación bajo su cargo actualmente?	Sí	¿Cuántos?		
	No			
Firma del agente de salud tradicional				
Firma del enlace (si aplica)				

