

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

RESOLUCIÓN No. 0406

de 12 de Mayo de 2026.

Que aprueba el Formulario de Usuarios de Cannabis medicinal y Acompañantes autorizados, la Certificación médica para el uso del Cannabis medicinal y sus anexos.

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADO
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

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

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

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, por la cual se aprueba el Código Sanitario, regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la policía sanitaria y la medicina preventiva, curativa y las disposiciones de este Código se aplican de preferencia a toda otra disposición legal en materia de salud pública y obliga a personas naturales o jurídicas y entidades públicas o privadas, nacionales o extranjeras existentes o que en el futuro existan, transitoria o frecuentemente, en el territorio de la República.

Que el Decreto de Gabinete No.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 de conformidad con el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, le corresponde como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que el Cannabis medicinal y sus derivados, proviene de una planta llamada Cannabis sativa, destacando el Tetrahidrocannabinol (THC) y el Cannabidiol (CBD), entre los principales cannabinoides utilizados en la práctica clínica para tratar una variedad de condiciones médicas.

Que la Comisión de Estupefacientes de la ONU, en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2018, sobre "eliminar el Cannabis y el aceite de Cannabis de la Lista IV", la categoría más estrictamente controlada en la Convención Única de 1961 Sobre Estupefacientes, integrada particularmente por, "sustancias dañinas y con beneficios médicos limitados" y la incluye en la Lista I, de sustancias controladas, de alto riesgo de adicción, que requieren fiscalización estricta, pero tienen utilidad médica reconocida.

Que la Ley 242 de 13 de octubre de 2021, regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus Derivados y dicta otras disposiciones, con el objeto de permitir el uso y acceso vigilado y controlado de este producto, así como sus derivados con fines terapéuticos médicos y veterinarios; científicos y de investigación, en el territorio panameño. Su uso no terapéutico y no científicos sigue siendo ilegal.



Que el Decreto Ejecutivo No. 6 de 4 de abril de 2025, reglamenta la Ley 242 de 13 de octubre de 2021, que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus Derivados y dicta otras disposiciones; en su artículo 17 establece que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, es la autoridad competente para desarrollar el Programa Nacional para el Estudio y Uso Medicinal del Cannabis y sus Derivados (PNEUCAM), adscrito al Departamento de Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Que el artículo 19 del precitado Decreto Ejecutivo, dispone que toda persona que, por su condición médica, a criterio del médico tratante, requiera utilizar el Cannabis medicinal como parte de su tratamiento, deberá registrarse como paciente y obtener identificación como usuario del cannabis medicinal deberá completar el formulario que para tal fin desarrolle el (PNEUCAM). En su artículo 20, se establecen los requisitos para personas mayores de edad; en su artículo 21, para personas menores de edad y en su artículo 24, para ser acompañante autorizado de pacientes.

Que el numeral 4 del artículo 20 y el numeral 5 del artículo 21 del Decreto Ejecutivo en mención, establecen los contenidos de la certificación expedida por un médico idóneo reconocido por el Consejo Técnico de Salud del Ministerio de Salud, que debe acompañar al formulario.

Que la Resolución 200 de 26 de septiembre de 2025, establece el Listado oficial de las Sustancias Controladas que estarán permitidas en el territorio nacional para uso médico y científico, incluyendo al Cannabis (como una sustancia estupefaciente) y al Tetrahidrocannabinol (THC) (como sustancia psicotrópica), sujetas a control por Organismos internacionales.

En Consecuencia,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Formulario de Usuarios de Cannabis medicinal y Acompañantes autorizados, la Certificación médica para el uso del Cannabis medicinal, contenidos en los Anexos 1, 2 y 3 y que forman parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Indicar que el Formulario de Usuarios de Cannabis medicinal y Acompañantes autorizados, en adelante el formulario, consta de 2 secciones. Datos personales del Usuario y Datos personales del Acompañante autorizado, mismo que sólo debe ser completado si el Usuario requiere de un Acompañante autorizado (madre o padre con patria potestad o tutor designado por un Tribunal competente).

ARTÍCULO TERCERO: Señalar que la Certificación médica para el uso del Cannabis medicinal, consta de 5 secciones, detalladas de la siguiente manera:

1. Sobre el usuario y el uso del Cannabis medicinal o derivados.
2. Datos sobre la prescripción.
3. Otras enfermedades que padece el paciente.
4. Sobre el médico que prescribe.
5. Anexo. Datos sobre la prescripción. Si prescribe más de un producto de Cannabis medicinal, deberá ser completado un anexo por cada producto que se indique a un mismo paciente.

ARTÍCULO CUARTO: Advertir que la certificación médica para el uso del Cannabis medicinal será emitida por un médico idóneo reconocido por el Consejo Técnico de Salud Pública del Ministerio de Salud y deberá contener lo establecido en el numeral 4 del artículo 20 (mayor de edad) y el numeral 5 del artículo 21 (menor de edad), del Decreto Ejecutivo No. 6 de 4 abril de 2025, que a continuación se detalla:

1. La instalación de salud, donde es atendido el paciente (puede ser una o varias)
2. La identificación del médico tratante, responsable de las prescripciones (nombre, apellido, registro de idoneidad) (puede ser uno o varios)
3. El (los) Diagnóstico(s) que justifique el uso del cannabis medicinal o derivados.
4. La dosis de cannabis medicinal o derivados prescrita (y sus modificaciones).
5. La frecuencia y duración del tratamiento.
6. La forma farmacéutica, concentración para el uso y vía de administración del producto.
7. Las comorbilidades del paciente y sus los tratamientos recibidos.





ARTÍCULO QUINTO: El formulario, la certificación médica y sus instrucciones, estarán alojados en el Sistema para la Identificación de Usuarios de Cannabis medicinal y Acompañantes autorizados (SIUCMAA) en la página web del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pa).

ARTÍCULO SEXTO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, Ley 38 de 31 de julio de 2000, Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969 y demás normas concordantes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dr. PEDRO A. CONTRERAS
Director General de Salud Pública, encargado



PAC/GSM





ANEXO 1: FORMULARIO DE USUARIOS DE CANNABIS MEDICINAL Y ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS

Fecha de solicitud: (día/mes/año) _____ / _____ / _____

1. DATOS PERSONALES DEL USUARIO

1.1 Nombre completo: _____

1.2 Documento de identidad: 1.2.1 Número del documento (sin guiones): _____ 1.3 Nacionalidad: _____
 Cédula Pasaporte

1.4 Fecha de nacimiento: _____ (día / mes / año) 1.5 Sexo: Femenino Masculino

1.6 Residencia: _____
 (Provincia, distrito, corregimiento, barriada, casa/edificio/apartamento, número. (Incluir lugares de referencia para su localización))

1.7 Números de teléfono: _____ (residencial o personal) _____ (laboral) 1.8 Correo electrónico: _____

1.9 Instalación de salud donde es atendido regularmente: _____

1.10. ¿Requiere acompañante autorizado? SI NO
 Todo usuario de Cannabis medicinal MENOR DE EDAD o MAYOR DE EDAD CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL requiere un acompañante autorizado (madre o padre con patria potestad o tutor designado por un Tribunal competente).

1.10.1 Si su respuesta es "NO", vaya directo a "Nombre y firma de la persona que completa el formulario", al final de este documento.

1.10.2. Si su respuesta es "SI", especifique el motivo por el cual requiere acompañante autorizado:
 Menor de edad Mayor de edad con discapacidad, especifique la discapacidad _____

2. DATOS PERSONALES DEL ACOMPAÑANTE AUTORIZADO

2.1 Nombre completo del acompañante autorizado: _____

2.2 Documento de identidad: 2.2.1 Número del documento: (sin guiones) _____ 2.3 Nacionalidad: _____
 Cédula Pasaporte

2.4 Teléfono personal o residencial _____

2.5 Parentesco con el paciente: Madre con patria potestad Padre con patria potestad Tutor designado

Nombre y Firma de la persona que completa el formulario _____

*** FIN DEL FORMULARIO***



ANEXO 2: CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE CANNABIS MEDICINAL

1. SOBRE EL USUARIO Y EL USO DEL CANNABIS MEDICINAL O DERIVADOS		
1.1 Nombre completo del Usuario: _____		
1.2 Número de documento de identidad del Usuario: _____		
1.3 Instalación de salud donde es atendido el usuario regularmente _____		
1.4 Diagnóstico(s) que justifica el uso de cannabis medicinal y sus derivados:		
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Enfermedades Degenerativa	<input type="checkbox"/> Relacionado a VIH positivo
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Síndrome de Estrés Postraumático
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Otro(s), especifique: _____
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Insomnio	
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal	<input type="checkbox"/> Lesiones de cordón espinal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad incurable que requiera cuidado paliativo	<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica	_____
	<input type="checkbox"/> Parkinson	
2. SOBRE LA PRESCRIPCIÓN		
NOTA: En caso que utilice más de un producto, puede utilizar el formulario "ANEXO: SOBRE LA PRESCRIPCIÓN" encontrado al final de este documento. Este debe ser completado por cada producto, de forma individual.		
2.1. Principio activo (Cannabinoide)		
<input type="checkbox"/> CBD (Cannabidiol) <input type="checkbox"/> THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____		
2.2. (Opcional) Nombre comercial del producto _____		
2.3. Forma Farmacéutica		
<input type="checkbox"/> Aceite	<input type="checkbox"/> Extracto	<input type="checkbox"/> Ungüento
<input type="checkbox"/> Cápsula de gel	<input type="checkbox"/> Flor procesada	<input type="checkbox"/> Supositorio
<input type="checkbox"/> Comprimido	<input type="checkbox"/> Inhalador oral	<input type="checkbox"/> Tintura/gotas orales
<input type="checkbox"/> Crema	<input type="checkbox"/> Parche transdérmico	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Píldora	
2.4. Concentración:		
a. CBD _____ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> mg/ml <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Otra unidad, (especifique) _____		
b. THC _____ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> mg/ml <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Otra unidad, (especifique) _____		
c. Otro(s) cannabinoide, especifique:		
_____, _____	<input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> mg/ml <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Otra unidad, (especifique) _____	
Nombre del cannabinoide Cantidad		
_____, _____	<input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> mg/ml <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Otra unidad, (especifique) _____	
Nombre del cannabinoide Cantidad		



2.5. Vía de administración: <input type="checkbox"/> Oral (deglutida) <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Inhalada	<input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Tópica (piel, oftálmica, ótica) <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica <input type="checkbox"/> Otro
2.6. Dosis (Indicación del médico): Ejemplo: 3 gotas, 2 cápsulas, 4 puff...	2.7. Frecuencia y Duración: ¿Cuántas veces al día utiliza el medicamento y durante cuánto tiempo al mes? <input type="checkbox"/> Frecuencia: veces al día (Colocar número de veces) Duración: <input type="checkbox"/> días al mes (Colocar número días) ¿Utiliza dosis de rescate (cuando sea necesario) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. OTRAS ENFERMEDADES QUE PADECE EL PACIENTE Nota: De contar con otras enfermedades, especifique el/los diagnósticos(s) y el/los tratamiento(s) recibido(s).		
3.1 Diagnóstico(s)	3.2 Tratamiento(s) recibido(s)	
4. SOBRE EL MÉDICO QUE PRESCRIBE		
4.1 Nombre y apellido del Médico responsable de la prescripción de Cannabis medicinal:		
4.2 Disciplina del médico: <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Médico odontólogo <input type="checkbox"/> Médico especialista, especifique:		
4.3 Número de registro de idoneidad:		
4.4 Instalación de salud donde labora el médico:		
4.5 Número de teléfono donde localizar al médico:		
Fecha de elaboración la certificación: _____/_____/_____ (día/mes/año)	Firma y sello del médico:	

ANEXO 3: SOBRE LA PRESCRIPCIÓN

NOTA:

Si prescribe más de un producto de Cannabis medicinal, deberá ser completado uno de este anexo por cada producto que se indique al mismo paciente. De lo contrario, no complete esta sección.

1. Principio activo (Cannabinoide)

CBD (Cannabidiol) THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) Otro, especifique:

2. (Opcional) Nombre comercial del producto

3. Forma Farmacéutica

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Extracto | <input type="checkbox"/> Ungüento |
| <input type="checkbox"/> Cápsula de gel | <input type="checkbox"/> Flor procesada | <input type="checkbox"/> Supositorio |
| <input type="checkbox"/> Comprimido | <input type="checkbox"/> Inhalador oral | <input type="checkbox"/> Tintura/gotas orales |
| <input type="checkbox"/> Crema | <input type="checkbox"/> Parche transdérmico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Píldora | |

4. Concentración:

a. CBD _____ g mg ml mg/ml % Otra unidad, (especifique) _____

b. THC _____ g mg ml mg/ml % Otra unidad, (especifique) _____

c. Otro(s) cannabinoide, especifique:

_____, _____ g mg ml mg/ml % Otra unidad, (especifique) _____

Nombre del cannabinoide Cantidad

_____, _____ g mg ml mg/ml % Otra unidad, (especifique) _____

Nombre del cannabinoide Cantidad

5. Vía de administración:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oral (deglutida) | <input type="checkbox"/> Rectal | <input type="checkbox"/> Intramuscular |
| <input type="checkbox"/> Sublingual | <input type="checkbox"/> Tópica (piel, oftálmica, ótica) | <input type="checkbox"/> Intradérmica |
| <input type="checkbox"/> Inhalada | <input type="checkbox"/> Subcutánea | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Intravenosa | |

6. Dosis (Indicación del médico):

Ejemplo: 3 gotas, 2 cápsulas, 4 puff...

7. Frecuencia y Duración:

¿Cuántas veces al día utiliza el medicamento y durante cuánto tiempo al mes?

- veces al día (Colocar número de veces)
 días al mes (Colocar número de días)

¿Utiliza dosis de rescate (cuando sea necesario) SI NO