

**Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH
(CONAVIH)**

Ministerio de Salud de Panamá | Para el Programa Nacional de ITS VIH SIDA

**Plan Estratégico Nacional
Multisectorial
de ITS VIH y Sida
2009-2014**

Panamá, Octubre 2009

Plan Estratégico Nacional de carácter Multisectorial para ITS VIH y Sida 2009 -2014

Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH - CONAVIH

S.E. Franklin Vergara

Ministro de Salud

Carlos Lucas Mora

Director Nacional de Salud

Yira Ibarra

Jefa del Programa Nacional de ITS VIH y Sida

Manuel G. Burgos V.

Consultor Técnico ASAP

Eric Gaillard

Consultor Técnico ASAP

©Ministerio de Salud de la República de Panamá; Julio 2009.

Documento elaborado con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA y de ASAP (Aids Strategy & Action Plan). La información contenida en este documento se compiló al 28 de febrero de 2009, aunque su impresión fue posterior. Esta publicación es propiedad de CONAVIH – MINSA, se autoriza su reproducción parcial o total a condición de citar la fuente y la propiedad. Diagramación realizada por _____. En esta edición se han impreso 500 ejemplares. *Impreso en Panamá (fecha).*

Nota de los colaboradores técnicos:

Este documento concentra el esfuerzo de los actores claves que, en Panamá, están involucrados con la respuesta nacional a la epidemia de VIH; ha sido elaborado con la metodología de ASAP y es parte de las herramientas técnicas que, bajo un concepto totalmente estratégico, estamos presentando para fortalecer la toma de decisiones, fundamentadas en la planeación estratégica basada en evidencias y orientada a resultados.

Los instrumentos que constituyen las herramientas estratégicas sobre la cual se basa la respuesta nacional para el período 2009 – 2014, lo conforman el documento “Base de Datos y Referencias para una Estrategia basada en Evidencias”; “El Marco de Resultados para una Estrategia basada en Evidencias”, el “Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS VIH y Sida 2009 – 2014” y el Plan de Monitoreo y Evaluación.

El documento que presentamos como: Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS VIH y Sida 2009 – 2014 consta, a su vez, de tres componentes que decidimos consolidar en una sola presentación, estos son: Análisis del Entorno, Análisis de Situación y Análisis de la Respuesta. Finalmente, se presentan el Plan Estratégico en una versión que se complementa con el Marco de Resultados para una Estrategia basada en Evidencias y una síntesis muy breve del Plan de Monitoreo y Evaluación.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS VIH y Sida 2009 – 2014, se desarrolla y explica bajo la visión integral de las cuatro herramientas estratégicas presentadas en publicaciones individuales, pero que encierran en sí, una estrategia, un solo plan; presentado bajo un formato diferente.

Manuel G. Burgos V.

Economista

Maestría en Administración de Empresas y

especialización en Mercadeo

Consultor Técnico de ASAP

Reconocimiento

Este documento es el resultado del apoyo de CONAVIH y del esfuerzo y participación del equipo de profesionales que integran el Programa Nacional de ITS VIH y Sida: Rigoberto Villarreal, Rosa Lowe, Yariela Ortega, Yira Ibarra; de colaboradores como: Evelina Aedo; de los miembros de la sociedad civil que conforman las organizaciones que integran la Alianza Estratégica para la Promoción y Defensa Pública; de los miembros de las 29 Instituciones Públicas que conforman la Red de Sitios de Trabajo; de las agencias de cooperación internacional que participaron en el proceso. Así, como todas las organizaciones y personas que participaron en los Talleres, reuniones, consultas que realizaron para levantar la información, elaborar el PEM, validarlo y ajustarlo.

Nuestro agradecimiento a las instituciones que, a través de sus representantes, han contribuido a enriquecer este proceso. Reconocemos la participación de ASAP, ONUSIDA y el Banco Mundial, quienes brindaron su apoyo técnico en todo el proceso de planeación estratégica; GTZ que brindó la asistencia para Monitoreo y Evaluación y a USAID que brindó el apoyo para la realización de talleres de validación.

Queremos agradecer a ASAP de ONUSIDA especialmente a Cesar Nuñez, Rosalía Rodríguez-García, Andrea Boccardi Vidarte, Ernesto Guerrero, y a los consultores Michel Eric Gaillard, y Manuel Burgos V. por su acompañamiento y aportes en la elaboración de este documento.

Contenido

| | |
|--|--------------------------------------|
| Presentación (Por el Ministro de Salud) | ¡Error! Marcador no definido. |
| Justificación | 9 |
| I. Análisis del Entorno | 10 |
| a) Descripción Geográfica: | 10 |
| Grafico 1: Mapa Político de la República de Panamá | 10 |
| b) Descripción Demográfica: | 11 |
| Cuadro 1: Estimación de la Población Total para 2009, en la República de Panamá | 11 |
| Cuadro 2: Indicadores Demográficos Proyectados para período: 2005 – 2010 | 12 |
| c) Descripción Política: | 12 |
| d) Descripción Económica: | 13 |
| Cuadro 3: Panamá. Indicadores Económicos 2004 – 2008 | 13 |
| e) Descripción Social: | 14 |
| Cuadro 4: Indicadores Sociales 2001, 2005, 2007 | 14 |
| f) Descripción del Sistema Nacional de Salud: | 15 |
| Cuadro 5: Instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social por Región de Salud, Año 2008 | 16 |
| Cuadro 6: Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República de Panamá; Años: 2003 a 2008 | 17 |
| Cuadro 7: Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las instalaciones de salud de la República de Panamá Años: 2003 – 2007 | 18 |
| g) Descripción de la Situación Jurídica: | 18 |
| Cuadro 8: Leyes, Códigos, Normas, Decretos, Convenios y Acuerdos vinculados al tema de Salud y VIH y Sida | 19 |
| h) Iniciativas Regionales: | 20 |
| II. Análisis de la Situación de la Epidemia de VIH y Sida | 22 |
| a) Antecedentes y características de la Epidemia en Panamá: | 22 |
| Gráfico 2: Casos de Sida Acumulados por Quinquenios y Total. Años: 1984 – 2007. | 22 |
| Gráfico 3 y 4: Casos de Sida Acumulados por edad; Años: 1984 – 2007 y Casos de VIH.... | 23 |
| Acumulados por edad; Años: 2001 – 008 | 23 |
| Gráfico 5: Modo de Transmisión de los Casos Sida reportados de 1984 a 2008 | 23 |

| | |
|---|----|
| Cuadro 9: Personas en Estado de Infección Asintomática por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por Región de Salud, Sexo y Tasa* Años: 2001 – 2008 (acumulado) | 24 |
| b) Prevalencias VIH y Sida: | 25 |
| Gráfico 6: Prevalencia de VIH en HSH en la ciudad de Panamá | 25 |
| Gráfico 7: Evolución de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 2003 y 2007 | 26 |
| Gráfico 8: Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según sitio de trabajo. | 27 |
| c) Prevalencias de ITS: | 27 |
| d) Conocimiento: | 27 |
| Gráfico 10: Evolución de conocimiento en HSH en la ciudad de Panamá entre 2004 y 2007 | 29 |
| Gráfico 11: Porcentaje de Poblaciones Clave en más alto riesgo que respondieron si a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Ciudad de Panamá. 2004 | 29 |
| Gráfico 12: Porcentaje de uniformados que respondieron SI a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Panamá. 2008. | 30 |
| Gráfico 13: Porcentaje de Poblaciones Clave en más alto riesgo que respondieron SI a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Ciudad de Panamá. 2004 | 31 |
| e) Comportamiento: | 31 |
| Gráfico 14: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que reportaron tener parejas sexuales ocasionales o regulares en los últimos 12 meses según número de parejas. Ciudad de Panamá. 2004. | 32 |
| Gráfico 15: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que reportaron tener parejas sexuales ocasionales o regulares en los últimos 12 meses. Ciudad de Panamá. 2004. | 33 |
| Gráfico 16: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres quienes reportaron haber tenido sexo con pareja mujer según grupo. Ciudad de Panamá. 2004. | 33 |
| Gráfico 17: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres quienes reportaron haber usado condón durante su última relación sexual según tipo de pareja. Ciudad de Panamá. 2004. | 34 |
| Gráfico 18: Porcentaje de trabajadoras sexuales que reportaron usar condón según tipo de cliente y pareja. Ciudad de Panamá. 2004. | 35 |
| Gráfico 19: Porcentaje de uniformados que reportaron uso de condón durante la última relación sexual según frecuencia de uso y sexo. Panamá. 2008. | 36 |
| III. Análisis de la Respuesta Nacional a la Epidemia de VIH y Sida | 37 |
| a) Antecedentes de la Respuesta del Sector Salud: | 37 |

| | |
|---|-----------|
| Cuadro 10: Censo de Pacientes bajo Tratamiento Antirretroviral (TARV), por Clínica, a nivel nacional | 38 |
| f) Aspectos Legales, normativos y administrativos como parte de la respuesta nacional: | 40 |
| g) Aspectos de financiamiento relacionados con la respuesta nacional: | 42 |
| Gráfico 20: Flujo de Financiamiento de VIH Sida por Sector. Años: 1999 – 2007. | 43 |
| Cuadro 11: Flujo de Financiamiento en VIH y Sida; Panamá 1999 – 2007 | 44 |
| h) La Sociedad Civil en la respuesta a la epidemia de VIH y Sida: | 44 |
| Cuadro 12: Organizaciones de la Sociedad Civil y otras Instituciones vinculadas a la Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Público para VIH | 46 |
| IV. PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2009 – 2014 | 47 |
| Introducción al PEM _{2009 – 2014}: | 47 |
| Visión Estratégica Multisectorial para el PEM _{2009 – 2014}: | 51 |
| Misión Multisectorial para el PEM _{2009 – 2014}: | 51 |
| Acciones identificadas, según estándares internacionales, para Prevención, Atención Integral y Mitigación: | 51 |
| Cuadro 13: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH | 52 |
| Cuadro 14: Acciones programáticas fundamentales para la atención integral | 52 |
| Cuadro 15: Acciones programáticas fundamentales para la mitigación en huérfanos y niños/niñas vulnerables | 53 |
| Descripción de Poblaciones Meta: | 53 |
| Definición de Poblaciones Vulnerables: | 54 |
| Cuadro 16: Evidencia sobre los grupos vulnerable definidos por el país | 55 |
| Poblaciones Meta con evidencia inicial para el PEM: | 56 |
| Cuadro 17: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH según grupos de alta prioridad | 57 |
| Cuadro 18: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH en otros grupos vulnerables | 58 |
| Cuadro 19: Intervenciones Potenciales para la prevención del VIH según los grupos vulnerable de alta prioridad | 59 |
| Cuadro 20: Intervenciones Potenciales para la prevención del VIH según los otros grupos vulnerables | 60 |
| Ejes Estratégicos: | 61 |
| Indicadores de Impacto | 71 |

| | |
|---|-----|
| Síntesis del Marco de Resultados del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ Panamá | 72 |
| V. Brechas de Información – Inventario de Investigaciones | 81 |
| VI. Implicaciones Políticas identificadas para el logro del Resultado | 86 |
| VII. Movilización de Recursos | 90 |
| Metodología | 91 |
| Tamaño de las poblaciones | 91 |
| Cuadro 21 Estudios de estimación (rango) de indicadores de comportamiento de HSH en países de América Latina (1990-2004) | 92 |
| Cuadro 22 Porcentaje estimado de trabajadores del sexo en países de América Latina (2001) | 92 |
| Reflexión sobre el costeo Unitario | 93 |
| Línea de base y metas | 94 |
| Cuadro 23 Costeo unitario, tamaño poblacional, línea de base y metas del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₁ .. | 95 |
| Cuadro 24: Matriz de costeo del PEN 2009-2014 | 96 |
| VIII. Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial Nacional_{2009 – 2014} .. | 97 |
| Gráfico 25. Flujo de Indicadores para el Plan de Monitoreo y Evaluación del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ .. | 98 |
| Gráfico 26. Flujo del Proceso de Monitoreo y Evaluación para VIH y Sida | 99 |
| VIII. Sigüientes Pasos | 100 |
| IX. Acrónimos y Abreviaciones | 101 |
| X. Bibliografía | 103 |

Justificación

El Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH Sida 2009 – 2014, surge como la respuesta efectiva a los nuevos retos que plantea la epidemia de VIH en Panamá; los cuales demandan un mayor y profundo conocimiento de la dinámica integral de la misma, incluyendo los factores que determinan su expansión, las poblaciones que deben intervenir con prioridad; las condiciones administrativas, políticas, técnicas, estructurales y financieras que deben procurarse para producir una respuesta nacional coordinada y eficiente que oriente los esfuerzos y recursos hacia resultados que, en el corto y mediano plazo, permitan asegurar una alta rentabilidad social como producto de las intervenciones realizadas y en el largo plazo permita impactar la epidemia desacelerando su ritmo de crecimiento.

El Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH Sida 2009 – 2014 , se constituye en una herramienta gerencial que contribuirá a la eficiencia del proceso de toma de decisiones, estimulando la optimización de los recursos disponibles; permitiendo la sincronización de todos los actores claves, fomentando el liderazgo de una autoridad nacional coordinadora y promoviendo la incorporación, a la respuesta nacional, de otras figuras no tradicionales en el tema, con la gran posibilidad de atraer recursos adicionales.

El Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH Sida 2009 – 2014, se constituye en un instrumento que facilitará el monitoreo cuantitativo y cualitativo de las intervenciones, lo que permitirá evaluar con oportunidad las acciones tácticas y las intervenciones estratégicas que deben llevar a la obtención de los resultados esperados. A la vez, facilitará el cumplimiento de compromisos internacionales tales como: la Declaración del Compromiso sobre VIH y Sida que los Estados miembros de las Naciones Unidas asumieron en el año 2001 y ratificaron en el año 2006 (UNGASS); la Declaración del Milenio firmada por 192 naciones en el año 2000 y de la cual se deprenen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con ocho objetivos con metas medibles y con un plazo de consecución fijado para el 2015; y por último los compromisos derivados de la Declaración de San Salvador que es un convenio regional pactado por los mandatarios centroamericanos en el año 2005 y que contiene 11 acuerdos en donde los mismos se comprometen a lograr avances importantes en temas prioritarios para una respuesta regional a la epidemia de VIH.

El Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH Sida 2009 – 2014, es un instrumento de concertación, pues ha sido consultado con representantes de: la sociedad civil organizada, de organizaciones de poblaciones en mayor riesgo o vulnerabilidad (PVVS, HSH, TS), de agencias de cooperación, de entidades gubernamentales y del sector empresarial.

I. Análisis del Entorno

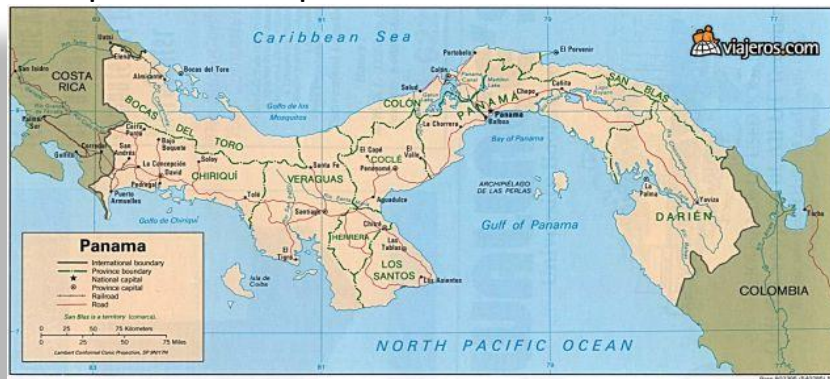
Factores culturales, geográficos, políticos, sociales, económicos, políticos y los que conforman el sistema de salud nacional son, entre otras, variables que interactúan vinculadamente para definir el entorno que se debe considerar en los procesos de planificación estratégica; ellas generan condiciones estructurales y coyunturales que pueden incidir, en el macro ambiente en el que se tomarán decisiones estratégicas; además, inciden en la generación de determinantes conductuales de la población.

a) Descripción Geográfica:

La República de Panamá está ubicada a los 7°12'07" y 9°38'46" de Latitud Norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de Longitud Oeste. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Este con la República de Colombia, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con la República de Costa Rica.

La República tiene una superficie de 75,416.8km² (incluye áreas de masas de aguas continentales); la Región Metropolitana tiene una superficie de 16,310.9km² y el resto del país tiene una superficie de 59,095km².¹

Grafico 1: Mapa Político de la República de Panamá



Panamá está ubicada en la zona intertropical próxima al Ecuador terrestre y dado que se encuentra en la zona de convergencia intertropical su clima se caracteriza por temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, con abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire, se presentan dos estaciones, la seca (diciembre a abril) y la lluviosa (mayo a diciembre).² Su posición geográfica y su histórica misión como país de tránsito desde la época de la colonia, hasta hoy en día; han hecho de Panamá un país altamente cosmopolita, con estrechas vinculaciones históricas y culturales con Sur América y el Caribe.

¹ Datos Generales e Históricos de la República de Panamá. Panamá en Cifras 2003 – 2007 ; Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. <http://www.contraloria.gob.pa/dec/Publicaciones/17-03-02/datos.pdf>

² Descripción General del Clima de Panamá; Gerencia de Hidrometeorología de ETESA de la República de Panamá. <http://www.hidromet.com.pa/sp/climatologiaFrm.htm>

b) Descripción Demográfica:

Por razón de la posición geográfica de Panamá su población está constituida por una multiplicidad de grupos humanos dentro de los que podemos destacar: Población Hispano Indígena, Población Afro-Colonial, Población Afro Antillana, Otras Poblaciones (Chinos, Indostanos, Hebreos, Centroeuropeos y Centroamericanos), Población Indígena (Kuna, Emberá Wounan, Nögbé – Buglé, Bokota, Teribe, Bri-Bri).

La población estimada de la República de Panamá para el año 2009 por edad y sexo es la siguiente:

**Cuadro 1: Estimación de la Población Total para 2009, en la República de Panamá
Por Grupos de Edad y Sexo³**

| Grupos de Edad | 2009 | Hombres | Mujeres |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| Total | 3,450,349 | 1,738,965 | 1,711,384 |
| 0 – 14 | 1,015,748 | 518,625 | 497,123 |
| 15 – 19 | 305,562 | 155,782 | 149,780 |
| 20 – 24 | 295,474 | 150,191 | 145,283 |
| 25 – 29 | 274,347 | 138,978 | 135,369 |
| 30 – 34 | 262,621 | 132,424 | 130,197 |
| 35 - 39 | 257,058 | 129,033 | 128,025 |
| 40 – 44 | 231,288 | 115,918 | 115,370 |
| 45 – 49 | 195,349 | 97,280 | 98,069 |
| 50 – 54 | 159,614 | 79,019 | 80,595 |
| 55 – 59 | 129,188 | 64,043 | 65,145 |
| 60 y más | 324,100 | 157,672 | 166,428 |

Algunos indicadores demográficos proyectados para el quinquenio 2005 – 2010 son mostrados en el cuadro 2.

Las Provincias de Panamá (1,761,112)³ y Colón (246,991)³, la primera que contiene a las Ciudades de Panamá y San Miguelito y la segunda a la Ciudad de Colón; concentran a la mayor cantidad de habitantes del país con un total en las dos provincias de 2,008,103 habitantes lo que representa el 58% de todos los habitantes del país, ambas provincias son atravesadas por el Canal de Panamá. Las Ciudades de Chorrera, Arraiján, San Miguelito y en alguna proporción la Ciudad de Colón son parte de lo que podríamos denominar una periferia metropolitana vinculada a la Ciudad de Panamá; ya que muchos de sus habitantes se trasladan diariamente por razones laborales, comerciales o de estudios a la capital del país.

³ Boletín N° 11: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, Urbana Rural en la República, Por Provincia, Comarca Indígena, según sexo y Grupos de Edad: Años 2000-10; Cuadro 1: Estimación de la Población Total, en la República, según Área, Sexo y Grupos de Edad: Años 2000-10. Cuadros 4 y 9. Dirección Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

Cuadro 2: Indicadores Demográficos Proyectados para período: 2005 – 2010
República de Panamá⁴

| | Nacional | Urbana | Rural |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Edad Mediana de la población para el año 2010 | 27.2 | 28.9 | 23.8 |
| Tasa Bruta de natalidad (por 1000 personas) 2005 – 2010 | 21.3 | 19.5 | 24.4 |
| Tasa Bruta de mortalidad (por 1000 personas) 2005 – 2010 | 5.1 | 4.5 | 6.18 |
| Tasa de Crecimiento Natural (por 1000 personas) 2005 -2010 | 16.18 | 15.01 | 18.25 |
| Tasa Global de Fecundidad 2005 – 2010 | 2.62 | 2.27 | 3.39 |
| Tasa Bruta de Reproducción 2005 – 2010 | 1.28 | 1.11 | 1.65 |
| Esperanza de Vida al Nacer en Hombres 2005 – 2010 (años) | 73.02 | 74.63 | 70.76 |
| Esperanza de Vida al Nacer en Mujeres 2005 – 2010 (años) | 78.24 | 79.86 | 75.50 |
| Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacimientos vivos) 2005 – 2010 | 18.18 | 15.4 | 22.13 |

c) Descripción Política:

La nación panameña está organizada en Estado Soberano e independiente, cuya denominación es República de Panamá; su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo y el Poder Público que emana del pueblo lo ejerce el Estado a través de los Órganos Ejecutivo, Legislativo y Judicial.⁵

El país se divide, política – administrativamente, en 9 provincias; 75 distritos o municipios; 3 comarcas indígenas con categoría de provincias (Kuna Yala, Emberá, y Ngöbe Buglé) las cuales cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas a nivel de corregimiento (Kuna de Madugandí y Kuna de Wargandí), con las cuales se completan un total de 623 corregimientos en todo el país.¹

El 1 de julio de 2009, recién se instalaron nuevas autoridades de los Órganos Ejecutivo (Presidente y Vicepresidente, 75 Alcaldes y 623 representantes de corregimiento) y Legislativo (71 Diputados) todos para ejercer los cargos por un período de 5 años.

⁴ Cuadro 12: Indicadores Demográficos Derivados de las Estimaciones y Proyecciones de Población Total, Urbana y Rural en la República, Años 2005 – 2010. Boletín No. 11: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, Urbana – Rural en la República, por Provincia, Comarca Indígena, Según Sexo y Grupos de Edad: Años 2000 - 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censo, Contraloría General de la República de Panamá.

⁵ Constitución Política de la República de Panamá, extracto del Título I.

d) Descripción Económica:

La economía panameña se ha desarrollado en torno a su estratégica posición geográfica; el Producto Interno Bruto del país demuestra una significativa especialización en el Sector Servicios que representa el 78%, frente al 7.8% del Sector Primario y el 14.2 del Sector Secundario o Manufacturero. Panamá ha experimentado una sostenida expansión de su economía en los últimos 5 años mostrando un crecimiento promedio de 8.8%, con picos de 11.5% en el período de 2006 – 2007 y de 9.2% en el período de 2007 – 2008.

El desarrollo del Sector Inmobiliario, de sus puertos, del Canal Interoceánico y su ampliación; así como el incremento del turismo y de los servicios del centro de conexiones aéreas son, entre otras, algunas actividades que han apalancado este crecimiento. Por otro lado y a pesar de la crisis financiera mundial, la economía panameña ha crecido en 2.5% en el primer trimestre del 2009 y los pronósticos indican que la tasa de crecimiento para 2009 estará entre 2.5% y 3.0%.

Cuadro 3: Panamá. Indicadores Económicos 2004 – 2008⁶

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|----------|--------|--------|----------|------------------------|
| PIB per cápita¹ | 4,129 | 4,350 | 4,640 | 5,089 | 5,466 |
| PIB⁵ (Tasa de Variación anual) | 7.5 | 7.2 | 8.5 | 11.5 | 9.2 |
| Índice de Precios¹ | 0.4 | 2.9 | 2.5 | 4.2 | 8.7 |
| Desempleo¹ | 11.8 | 9.8 | 8.7 | 6.4 | 5.6 |
| Cuenta Corriente¹ | -1,011.9 | -759.3 | -552.0 | -1,422.4 | -2,792. ^(P) |
| Deuda Pública per cápita¹ | 3,133 | 3,153 | 3,166 | 3,109 | n.d. |

(P) Preliminar; n.d.: no disponible

Panamá posee un Centro Bancario de proyección internacional con representación de más de 100 Bancos de todas partes del mundo; los activos consolidados del Centro Bancario panameño para el cierre del año 2008, alcanzaron la suma de 76,250 millones de dólares.

⁶ (1) Per Cápita en dólares de 1996, y para el PIB es la Tasa de Variación Anual. Producto Interno Bruto a precios de comprador; (5) Cuadro 3. PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE COMPRADOR DE 1996, TOTAL Y PER CÁPITA EN LA REPÚBLICA, Y SUS VARIACIONES PORCENTUALES ANUALES: AÑOS 1996-2008. Cifras Estimadas del Producto Interno Bruto de la República, a Precios Corrientes y Constantes, Anual y Trimestral: Año 2008.

⁽¹⁾ Tasa de Variación anual. Cuadro 5. INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR NACIONAL URBANO, POR DIVISIÓN: AÑOS 2003-08. Dirección de Estadística y Censo; Contraloría General de la República; República de Panamá.

⁽¹⁾ Porcentaje respecto a la Población Económicamente Activa. Cuadro 441-02. POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD CONÓMICA Y CARACTERÍSTICAS DE SUS COMPONENTES: ENCUESTA DE HOGARES, AGOSTO DE 2006-07. Panamá en Cifras 2002 – 2006 y 2006 – 2007. 441. Trabajos y Salarios.

Para marzo de 2009 el desempleo total alcanzaba una tasa de 6.3%, mientras que para el mismo período la tasa de desempleo abierto se ubicaba en 4.9%. Panamá, en este momento, experimenta una alta presión inmigratoria procedente, primordialmente, de Sur América, algunas naciones del Caribe y últimamente de países Centroamericanos.

e) Descripción Social:

Panamá es un país de contrastes, pues aunque ha mostrado altas tasas de crecimiento económico, la distribución de sus ingresos se caracteriza por un alto grado de desigualdad que la coloca entre los más altos de América Latina y el mundo; para 1997 el coeficiente de Gini se estimaba en 0.60, lo que equiparaba a Panamá con Brasil como los países con peor distribución del ingreso de la región.⁷

Cuadro 4: Indicadores Sociales 2001, 2005, 2007

| | 2001 | 2005 | 2007 |
|---|---------------------------------|--------------------------------|-------|
| Coeficiente de Gini⁸ | 0.55 | 0.52 | 0.52 |
| Índice de Desarrollo Humano de Panamá⁹ | 0.695 | 0.718 | 0.733 |
| Posición/Clasificación según valor IDH | 59 (Desarrollo Humano Medio) | 62 (Desarrollo Humano Alto) | n.d. |
| Promedio de años de Educación de la PEA¹⁰ | 9.1 | 9.7 | 9.8 |
| Pobreza Total¹¹ | 36.7 | 30.9 | 28.6 |
| Pobreza Extrema¹⁴ (porcentaje) | 19.2 | 14.0 | 11.7 |
| Gasto Público Social per cápita¹² (en dólares) | 677.2 | 738.9 | 972.9 |
| Tasa Neta de Matrícula en la Educación Primaria¹³ | 97.7 | 100.0 | 100.0 |
| Tasa de Supervivencia al VI grado de Primaria¹⁶ | 90.0 | 82.4 | 88.1 |

PEA: Población Económicamente Activa

⁷ Nilva Góngora Meneses. Políticas Económicas y Pobreza en Panamá. Departamento de Sociología de la Universidad de Panamá.

⁸ Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

⁹ Informe Nacional de Desarrollo Humano para Panamá 2007-2008; Capítulo 2: Avances y Desafíos en el Desarrollo Humano de Panamá.

¹⁰ Cuadro II.7 Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

¹¹ Cuadro III.3. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

¹² Cuadro A.10. Panamá: Indicadores del Gasto Público Social por sectores, 1996 – 2007. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

¹³ Ministerio de Educación. Departamento de Estadística: Año 2008.

Sin embargo, se han experimentado avances para el 2001 el coeficiente de Gini se redujo a 0.55 y en el año 2007 a 0.52; a pesar de lo anterior, se mantiene una alta concentración del ingreso, que se evidencia en el hecho de que, para el 2007 el 40% de las familias de menores recursos concentró el 10.4% del ingreso total, mientras que el 10% más rico concentró el 38.6%.

Panamá está ubicada dentro de los países con Índice de Desarrollo Humano alto; sin embargo, profundas disparidades distributivas se ocultan bajo éste y otros macro indicadores, tal y como lo hemos mencionado. Por otra parte, el nivel de escolaridad es alto y la cobertura educativa también, pero en términos cualitativos el sistema educativo nacional enfrenta una crisis importante.

El país tiene un alto nivel de Gasto Social, probablemente entre los más altos de la región, pero el 80% de este gasto se absorbe en funcionamiento. Para el 2008 el 12.63% de la población de todo el país vivía con un ingreso menor a un dólar diario. Los últimos cálculos de la Dirección de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas, ubicaban, de manera preliminar (2008), al 32.4% de la población panameña en situación de pobreza general y al 14.2% de ésta en situación de pobreza extrema. La inequidad en el acceso a movilización social está ejerciendo una alta presión que puede estar vinculada al incremento de los índices de violencia y al surgimiento de células nativas de crimen organizado.

f) **Descripción del Sistema Nacional de Salud:**

El Sistema de Salud de Panamá identifica, tres actores primarios fundamentales, a saber: el **Ministerio de Salud** a quien las normas y leyes de la República asignan la función de conducción y la responsabilidad de salvaguardar la salud de los habitantes del territorio nacional garantizándole servicios de salud y acceso a la seguridad social; también se le asigna la responsabilidad de Vigilancia y Control de riesgos vinculados a Salud Pública y Ambientales, además de regular, controlar y vigilar todo lo concerniente a farmacias y drogas, el cumplimiento de la seguridad y condiciones de salud en los sitios de trabajo; así como ejecutar funciones de financiación y provisión, entre otras.

Para cumplir con estos objetivos el Ministerio de Salud se ha estructurado en forma desconcentrada y está organizado en 14 regiones y distritos sanitarios. El siguiente actor es la **Caja de Seguro Social** la cual está obligada a garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en caso de retiro por vejez, enfermedades, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; además de proveer de servicios de salud en todos los niveles de atención para la población derecho habiente (cotizantes y beneficiarios). La

Caja de Seguro Social brinda una cobertura de servicios a casi el 78% de la población total del país. El tercer actor lo conforma el **Sector Privado** conformado por los prestadores directos de los servicios de salud y las compañías de seguro privado.

Es importante destacar que, adicionalmente, el Ministerio de Salud comparte algunas de sus funciones de conducción como sería el caso del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud que se encarga del área de investigación científica y el que corresponde a tecnología en materia de salud; de igual, forma existe el Consejo Técnico de Salud quien, conjuntamente, con la Universidad de Panamá están encargadas en brindar asistencia técnica para

Cuadro 5: Instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social por Región de Salud, Año 2008¹⁴

| Región de Salud | Total del País | | |
|-----------------------|----------------|-------|-----|
| | Total | MINSA | CSS |
| Total | 918 | 822 | 96 |
| Bocas del Toro | 42 | 37 | 5 |
| Coclé | 91 | 86 | 5 |
| Colón | 71 | 65 | 6 |
| Chiriquí | 130 | 113 | 71 |
| Darién | 62 | 62 | 0 |
| Herrera | 44 | 38 | 6 |
| Los Santos | 41 | 36 | 5 |
| Panamá Este | 61 | 59 | 2 |
| Panamá Oeste | 79 | 69 | 10 |
| Metropolitana | 60 | 30 | 30 |
| San Miguelito | 19 | 13 | 6 |
| Veraguas | 93 | 89 | 4 |
| Kuna Yala | 20 | 20 | 0 |
| Nögbé-Bugle | 105 | 105 | 0 |

la certificación que permita el ejercicio de la profesión médica y afines en el territorio nacional; por otra parte, tenemos a la Autoridad Nacional del Ambiente con quien se comparte la responsabilidades en materia de regulación ambiental; el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales quien tiene la responsabilidad de construir acueductos y alcantarillados en poblaciones mayores de 1,500 habitantes. Por último y como ya hemos mencionado el Ministerio de Salud comparte las funciones de prestación de servicios de salud

¹⁴ Incluyen las instalaciones que no están funcionando. Listado de las Instalaciones de Salud, Año: 2007 – 2008 del MINSA y CSS. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Dirección de Planificación. Ministerio de Salud.

con la Caja de Seguro Social, con el Sector Privado y algunas Organizaciones No Gubernamentales.

Esta segmentación de funciones del sistema de salud, a la que tenemos que sumar los modelos de gestión como el del Hospital San Miguel Arcángel; así como los Patronatos del Hospital del Niño, el Hospital Santo Tomás y el Instituto Oncológico Nacional no opera, en la práctica, como un sistema estratégicamente estructurado; por lo que interinstitucionalmente se podrían encontrar procesos burocráticos no armonizados que tienden a fomentar duplicidad, sobre costos y en general a afectar la eficiencia operativa del Sector y por ende su capacidad de respuesta optima.¹⁵

La Caja de Seguro Social tiene convenios con el Instituto Oncológico Nacional y el Hospital del Niño; así como con el Hospital San Miguel Arcángel para que estos atiendan a los asegurados y beneficiarios y cubre el 100% de los servicios que estos reciban en estas instituciones de salud.

El Sector Público es el mayor proveedor de servicios de salud, tiene infraestructura de servicios en todo el territorio nacional y ofrece los servicios a toda la población que los demanda; asumiendo el costo financiero de la población que no está protegida por la Caja de Seguro Social. La prestación de los servicios de salud se brinda a través de establecimientos organizados por niveles de atención según el grado de complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se derive de la asistencia.

Cuadro 6: Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República de Panamá; Años: 2003 a 2008¹⁶

| Año | Población Protegida | | | | |
|----------------|---------------------|-----------------------|---------|---------------------------|------------------------------|
| | Total | Asegurados cotizantes | | | Dependientes (beneficiarios) |
| | | Total | Activos | Pensionados ¹⁷ | |
| 2003 | 1,959,163 | 797,067 | 652,021 | 145,046 | 1,162,096 |
| 2004 | 2,003,108 | 828,311 | 677,029 | 151,282 | 1,174,797 |
| 2005 | 2,155,208 | 890,334 | 734,356 | 155,978 | 1,264,874 |
| 2006 | 2,300,320 | 957,017 | 796,579 | 160,438 | 1,343,303 |
| 2007(P) | 2,478,327 | 1,040,391 | 872,579 | 167,812 | 1,437,936 |
| 2008(E) | 2,630,176 | 1,095,705 | 913,000 | 182,705 | 1,534,471 |

(P): Preliminar; (E): Estimada

15 Ver: Perfil de los Sistemas de Salud: Panamá. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera Edición (Abril 2007). USAID - OPS

16 Cuadro 421-01. Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. Años 2003 a 2007. Panamá en Cifras 2003 – 2007. Dirección de Estadística y Censo; Contraloría General de la República.

17 Se refiere a los pensionados vigentes por vejez, vejez anticipada, invalidez, sobrevivientes, riesgos profesionales y jubilados del Estado.

El modelo de salud en Panamá está focalizado a la atención, con énfasis en la atención especializada, favoreciendo el uso de alta tecnología que tiende a centralizarse en la Región Metropolitana de Salud, promoviendo cuellos de botella y saturación de los servicios, generando inequidad geográfica en la prestación de los mismos. Además el sistema favorece la saturación de los Centros de Atención de tercer nivel lo que se traduce en altos costos de oportunidad para Hospitales del país; por otra parte, los esfuerzos en promoción de salud y prevención son sumamente débiles, lo que nos coloca frente a un modelo que, de mantenerse invariable, continuará demandando recursos para atender a una población enferma.

Cuadro 7: Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las instalaciones de salud de la República de Panamá Años: 2003 – 2007¹⁸

| Año | Médico(a)s | | Enfermera(o)s | | Odontólogos | |
|------|------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------------|---------------------------|
| | Número | Habitante por médico | Número | Habitante por enfermera | Número | Habitante por Odontólogos |
| 2003 | 4301 | 725 | 3481 | 895 | 868 | 3590 |
| 2004 | 4320 | 734 | 3510 | 904 | 892 | 3556 |
| 2005 | 4448 | 726 | 3728 | 866 | 938 | 3442 |
| 2006 | 4424 | 742 | 3949 | 869 | 932 | 3524 |
| 2007 | 4515 | 740 | 4080 | 819 | 949 | 3519 |

g) Descripción de la Situación Jurídica:

El marco jurídico que da fundamento al Sector Salud, se origina en la Constitución Política de la República de Panamá en El Título III sobre: “Derechos y Deberes Individuales y Sociales”, que en su Capítulo 6° nos brinda los lineamientos referentes a “Salud, Seguridad Social y Asistencia Social” los cuales desarrolla en los artículos 109 al 117. En el artículo 109, describe 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.”¹⁹

Así mismo, es por medio del Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 “Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las

¹⁸ Con base a la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo. Cuadro 431-02. Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. Años 2003 a 2007. Panamá en Cifras 2003 – 2007. Dirección de Estadística y Censo; Contraloría General de la República.

¹⁹ Constitución Política de la República de Panamá. Gaceta Oficial N° 25,176; Año CI Panamá, R. Panamá Lunes 15 de noviembre de 2004.

Instituciones del Sector Salud”; que consagra al Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria Nacional.

La base legal de la Caja de Seguro Social de Panamá, es su Ley Orgánica inicialmente formulada en 1954 y posteriormente modificada por la Ley Organiza de la Caja de Seguro Social N°51 del 27 de diciembre de 2005.

Cuadro 8: Leyes, Códigos, Normas, Decretos, Convenios y Acuerdos vinculados al tema de Salud y VIH y Sida

| | |
|--|--|
| 1. Constitución Política de la República de Panamá | 2. Declaración Universal de los Derechos Humanos |
| 3. Convención Americana sobre Derechos Humanos 1978 | 4. Convención sobre los Derechos del Niño (1990) |
| 5. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos | 6. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| 7. Estrategias y metas de país en relación con recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 | 8. Convenio N° 111 de 1958 relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación OIT |
| 9. Declaración del Compromiso sobre la Lucha contra el VIH Sida (UNGASS) | 10. Declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio |
| 11. Disposiciones del Código Sanitario | 12. Código Penal |
| 13. Código Civil | 14. Código de la Familia |
| 15. Normas de Vigilancia Epidemiológica | 16. Resolución No. 201 sobre las políticas y normas básicas de Investigación en Salud |
| 17. La Ley N° 2 de 1984 por la cual se incorpora al Sistema Educativo Nacional el estudio sistemático de los derechos humanos | 18. Ley No.7 de 5 de febrero de 1997 por la cual se crea la Institución Defensoría del Pueblo en la República de Panamá |
| 19. Ley N° 4 de 1999 por la cual se constituye la Igualdad de Oportunidades para las mujeres | 20. La Ley 3 del 5 de enero de 2000, sobre ITS VIH y Sida |
| 21. La Ley 1 de 2001 “Sobre medicamentos y otros productos para la salud humana” | 22. La Ley 55 de 2003 que reorganiza el Sistema Penitenciario |
| 23. Ley 51 del 2005 que Reforma la Ley de la Caja de Seguro Social | 24. Ley 68 de 2003 “Que regula los derechos obligaciones de los pacientes, en materia de información y decisión libre informada |
| 25. Decreto Ejecutivo 268 de 2001 del MINSA “Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria” | 26. Normas Técnico Administrativas y de Procedimientos del 2002. Programa de Salud Integral de la Mujer |
| 27. El Decreto Ejecutivo N°119 del 2001 que Reglamenta la Ley 3 del 2000 | 28. ” Decreto Ejecutivo N°53 de 2002 por la cual se reglamenta la Ley 4 de 1999 |
| 29. Decreto Ejecutivo No. 178 que Reglamenta la Ley 1 de Medicamentos y otros insumos | 30. Resolución 654 del 22 de octubre de 2002 que crea el Código de Ética del Ministerio de Salud |
| 31. Decreto Ejecutivo N° 428 de 2004 del Ministerio de Salud que ordena gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud del MINSA | 32. Código del Trabajo: Ley 59 de 2005 “Por la cual se adoptan normas de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que producen discapacidad laboral |
| 33. Decreto Ejecutivo Número 7 del 22 de enero del 2008; que crea la Comisión Nacional para la Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia Humana. | 34. Política Pública Nacional sobre el VIH y Sida de Panamá, Ministerio de Salud 2008. |

Panamá cuenta con un ambiente jurídico favorable lo cual se constituye en una fortaleza que permite el desarrollo de una respuesta basada en el respeto a los derechos humanos. La Ley 3 del 5 de enero del año 2000, sobre ITS, VIH y Sida nos ofrece el marco legal específico, conjuntamente con otras que, en materia de Salud y VIH Sida enunciamos en el cuadro 8, donde aparecen convenios internacionales, leyes, y decretos.

h) Iniciativas Regionales:

Panamá es signatario de varias iniciativas internacionales que tienen como objetivo mejorar la respuesta nacional y regional con respecto a la epidemia de VIH y Sida; tenemos:

UNGASS, la Declaración del Compromiso sobre VIH y Sida que los Estados miembros de las Naciones Unidas asumieron en el año 2001 y ratificaron en el año 2006; Panamá hizo, la última presentación del “Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la aplicación de UNGASS” que se dio como seguimiento a la Declaración del compromiso para VIH y Sida y que correspondió al período 2006 -2007; en enero de 2008. De los 25 indicadores básicos solicitados para la elaboración de ese informe, Panamá presentó el mismo con 13 indicadores; esta decisión se tomó considerando la disponibilidad de información y la calidad de la misma, es importante destacar que el Informe de País para UNGASS correspondiente al año 2005, reportó las mismas debilidades, en cuanto a la carencia de datos o el acceso limitado a los mismos, cuando estos existen. Siendo el Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la aplicación de los Compromisos a UNGASS un instrumento de monitoreo y de evaluación del mismo, debe fortalecer la sustentación de los avances.

ODM, Objetivos de Desarrollo del Milenio que se deriva de la Declaración del Milenio firmada por 192 naciones en el año 2000 y de la cual se dependen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con ocho objetivos con metas medibles y con un plazo de consecución fijado para el 2015. Panamá en el mes de junio de 2009, presentó su Tercer Informe de País, para lo cual se realizó un intenso trabajo multisectorial para cada uno de los 8 objetivos. Es importante destacar que, para el Objetivo 6: “Combatir el VIH y Sida, el Paludismo (Malaria) y otras enfermedades”, cuya Meta 6A es: “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH” y específicamente para los indicadores: 6.1: Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años; 6.2: Uso de Preservativos en la última relación sexual de alto riesgo; 6.3: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y Sida; 6.4: Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años; 6.5: Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales; los autores

señalan la ausencia de información confiable, o datos limitados para responder a los mencionados indicadores.

Acceso Universal²⁰, En el año 2006, durante el II Encuentro de Alto Nivel sobre VIH/Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/Sida, las naciones participantes, entre ellas Panamá, acordaron trabajar hacia la consecución del objetivo de “un acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo” [contra el VIH/sida] para 2010. Panamá cuenta con un “Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA 2007 – 2011”.²¹

Declaración de San Salvador²², es un convenio regional pactado por los mandatarios centroamericanos en el año 2005 y que contiene 11 acuerdos en donde los mismos se comprometen a lograr avances importantes en temas prioritarios para una respuesta regional a la epidemia de VIH; el último informe de seguimiento y evaluación de los avances de este compromiso se realizó en el año 2007, en ese informe para 9 de los 11 acuerdos se percibe un avance promedio medio, salvo para el acuerdo N° 11 que se consideró de avance leve.

Fondo Global, Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; Panamá a la fecha, no ha sido favorecido con el acceso a los recursos de este iniciativa mundial; sin embargo, el país ha participado desde la primera ronda, para tales efectos el 26 de febrero de 2002 constituyó su primer grupo coordinador denominado Mecanismo Coordinador de País de Panamá; posteriormente se el país se ha presentado en la 3^{era} Ronda, en la 8^{va} y actualmente ha sometido una propuesta a la consideración de la 9^{na} Ronda, dirigida a estrategias para impactar en población en alto riesgo como son HSH y TS y fortalecer el Sistema de Información del Sector. La propuesta solicita financiamiento por un monto de 19.5 millones de dólares y específicamente, tiene como objetivos: *Reducir la tasa de incidencia de infección por VIH, en poblaciones vulnerables (HSH, TSF y población indígena, exclusivamente); así como Fortalecer la respuesta nacional frente al VIH/SIDA para contener la expansión de la infección al año 2015.*

²⁰ WHO, UNICEF, UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. September 2009.

²¹ Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA 2007-2011. Panamá. Dr. Aurelio Nuñez Maitín, Lcdo. Erick Castillo, Lcdo. Temistocles Batista.

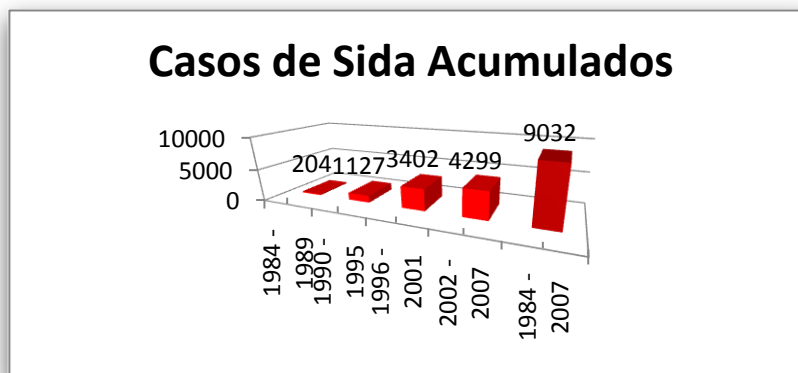
²² <http://www.observatoriocentroamericanovih.org/dss2005.html>. 11 de Septiembre de 2005. Observatorio VIH Centroamericano. Seguimiento de los Avances al Cumplimiento de los Acuerdos Regionales Presidenciales en VIH SIDA. Centroamérica; Noviembre 2007. ONUSIDA/ USAID|HPI/SICA-SISCA.

II. Análisis de la Situación de la Epidemia de VIH y Sida

a) Antecedentes y características de la Epidemia en Panamá:

El primer caso de Sida fue detectado en septiembre de 1984 para final de ese año teníamos 2 casos uno masculino y el otro femenino, ambos, en la Ciudad de Panamá; desde entonces y hasta diciembre de 2008, se han reportado un total acumulado de 9,959 casos de Sida en la República de Panamá; de los cuales el 75% son hombres y el 25% son mujeres, para una relación de 3/1. El grupo etario mayormente afectado es el que corresponde al rango de edad de 30 – 34 con un 17.8%; seguido del de 35 -39 con 16.4%; es importante destacar que el 61.1% de la epidemia se concentra en el grupo etario que corresponde al rango de 25 a 44 años, en este tramo el 24.5% son mujeres. El tramo de 15 a 24 años que concentra el 8.6% del total, está conformado por 37% de casos femeninos²³.

Gráfico 2: Casos de Sida Acumulados por Quinquenios y Total. Años: 1984 – 2007.



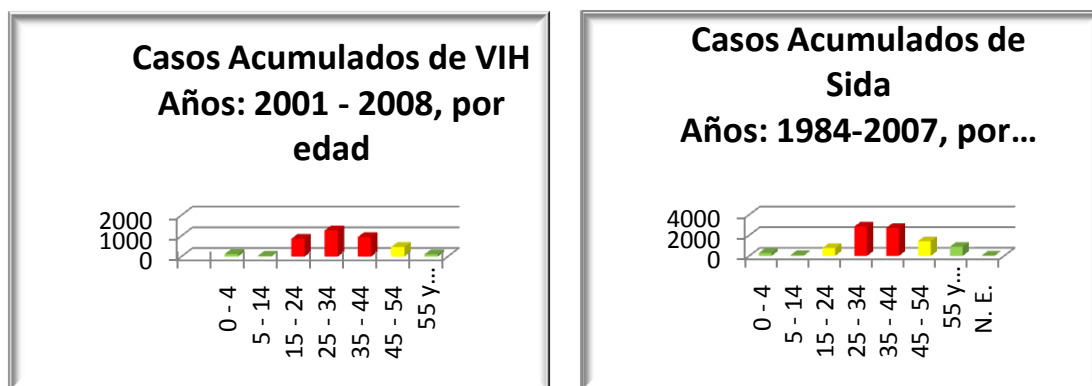
Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

El porcentaje de letalidad es de 69.4%; otra característica importante de la epidemia para el caso de Panamá, es que el principal modo de transmisión es sexual con 68.9% de los casos, seguido por la transmisión Perinatal con 3.2% y la transmisión sanguínea con 1.6%; sin embargo, se reporta un alto porcentaje de casos que no definen la vía de transmisión, 26.4% que aparece como desconocida. Los datos epidemiológicos sugieren que estamos ante una epidemia Heterosexual con el 52.3% cuando se incluye a los casos femeninos; contra un 12.5% Homosexual y un 4.1 Bisexual; mientras que al considerar solamente la población masculina las cifras serían las siguientes: 32% vía transmisión Homosexual o Bisexual y 68% por relaciones sexuales Heterosexuales. Sin embargo, las prevalencias que mencionaremos más adelante nos indican que en el país la epidemia es concentrada y con mayor prevalencia en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres; es importante señalar que los reportes epidemiológicos pueden presentar dificultades para

²³ Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias Panamá; julio 2009.

captar con objetividad la preferencia sexual de los hombres que acuden a la consulta y de hecho el porcentaje que no da la información es alta cuando alcanza más del 26%.

Gráfico 3 y 4: Casos de Sida Acumulados por edad; Años: 1984 – 2007 y Casos de VIH Acumulados por edad; Años: 2001 – 008

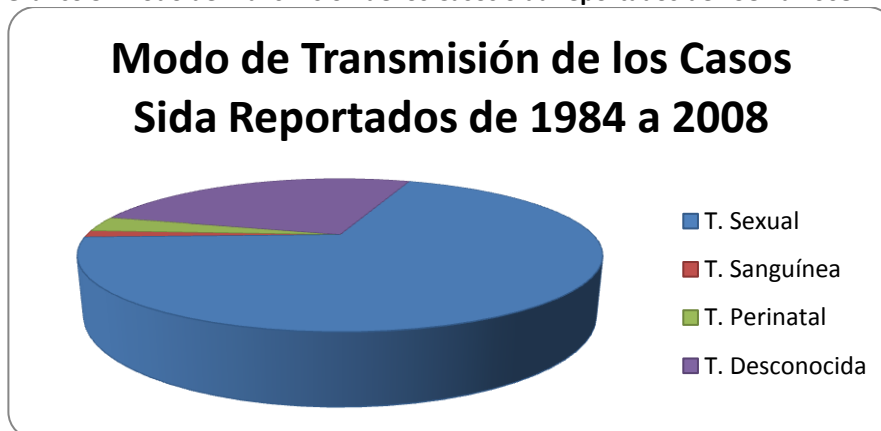


Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

El mayor porcentaje de letalidad, también, se encuentra en el grupo que comprende las edades entre 25 a 44 años, con el 62%.

A partir del año 2001 tenemos reportes acumulativos de personas en estado de infección asintomática por el VIH, a septiembre de 2008 nos señalan un total de 4,149 personas portadoras asintomáticas del VIH, de las cuales el 58.7% son hombres y el 41.3% son mujeres. Los rangos de edades más afectados es el tramo de 20 a 44 años con el 68.3%.

Gráfico 5: Modo de Transmisión de los Casos Sida reportados de 1984 a 2008²⁴



²⁴ Informe Acumulativo de la Situación de Sida (al mes de septiembre); Años: 1984 – 2008. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud de la República de Panamá.

La Región de salud más afectada por el número de reportes acumulados de portadores asintomáticos es Colón con una tasa de 326.1, seguida de la región indígena de Kuna Yala con una tasa de 234.9 y en tercer lugar tenemos a la Región Metropolitana que tiene una tasa de 187.2, aunque, esta, muestra el mayor número de personas portadoras asintomáticas con 1,214 personas; en donde el 43.4% son mujeres y el 56.6% son hombres. Resalta el hecho de que para la Región de Salud de Colón las mujeres representan el 50.2% de las personas reportadas como portadoras asintomáticas de VIH, sobre los hombres que ascienden a 49.8%.

Al año 2007 el VIH y Sida se ubicaba como 9^{na} causa de muerte en el país. Según información del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es el VIH-1 sub-tipo B²⁵.

Cuadro 9: Personas en Estado de Infección Asintomática por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por Región de Salud, Sexo y Tasa* Años: 2001 – 2008 (acumulado)²⁶

| DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | TASA (*) |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| SEGÚN REGION | | | | |
| BOCAS DEL TORO | 17 | 13 | 30 | 29.1 |
| CHIRIQUI | 77 | 46 | 123 | 30.7 |
| COLON | 368 | 371 | 739 | 326.1 |
| HERRERA | 45 | 22 | 67 | 61.3 |
| KUNA YALA | 56 | 29 | 85 | 234.9 |
| LOS SANTOS | 30 | 14 | 44 | 49.7 |
| METRO | 687 | 527 | 1214 | 187.2 |
| PANAMA ESTE | 57 | 23 | 80 | 105.0 |
| PANAMA OESTE | 258 | 174 | 432 | 116.2 |
| SAN MIGUELITO | 313 | 254 | 567 | 116.7 |
| VERAGUAS | 32 | 9 | 41 | 18.4 |
| NGOBE BUGLE | 2 | 7 | 9 | 7.0 |
| COCLE | 74 | 51 | 125 | 56.4 |
| DARIEN | 3 | 1 | 4 | 7.5 |
| N.E. | 416 | 173 | 589 | |
| REPUBLICA DE PANAMA | 2435 | 1714 | 4149 | 130.8 |

(*): Tasa acumulada por 100,000 habitantes, en base a la población del año 2004.

²⁵ Resumen Ejecutivo (Septiembre de 1984 a septiembre de 2007). Vigilancia Epidemiológica del Sida en Panamá. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud; Ministerio de Salud; República de Panamá.

²⁶ Personas en Estado de Infección Asintomática por el VIH; años: 2001 – 2008. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud; Ministerio de Salud.

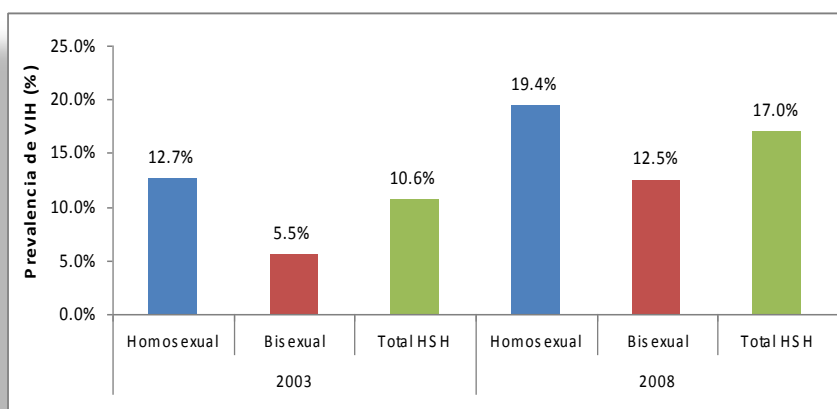
b) Prevalencias VIH y Sida:

Sobre el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y para el caso de VIH y Sida, este mantiene información sobre el grupo embarazadas y nos indica que, para el año 2007, la prevalencia en este grupo se ubicaba en 0.2%, lo cual comparada con la prevalencia de 0.9% registrada en el 2003, muestra una significativa disminución de la prevalencia en esta población. Esta situación nos sugiere que la epidemia se mantiene concentrada en grupos poblacionales específicos.

En cuanto a las prevalencias en poblaciones específicas, los estudios de referencia para este tema, el primero realizado en el año 2003 evidenció prevalencias de 10.6% para la población HSH y dentro de esta de 12.7% para quienes se auto identifican como Homosexuales y 5.5% para quienes se auto identificaron como Bisexuales.²⁷

En el año 2008 la prevalencia total para HSH se ubicó en 17% y para los subgrupos como Homosexuales en 19.4% y para Bisexuales en 12.5%. Datos que sugieren un aumento en las prevalencias para esta población.

Gráfico 6: Prevalencia de VIH en HSH en la ciudad de Panamá²⁸



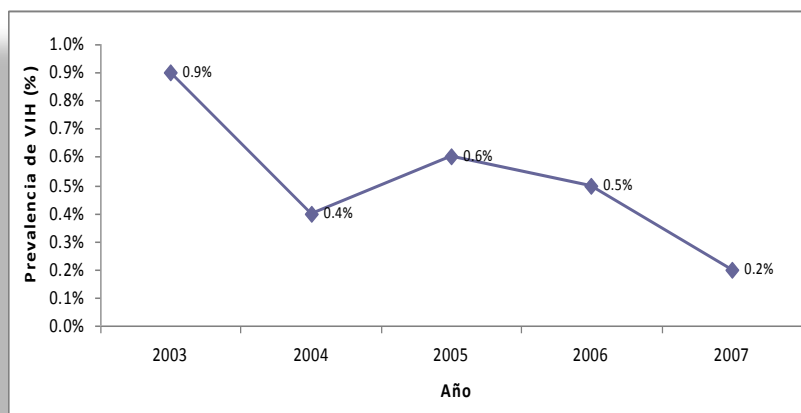
Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

Si comparamos la prevalencia de mujeres embarazadas contra la de HSH, observaremos que para el año 2003 la prevalencia en HSH era casi 12 veces más alta que la encontrada en mujeres embarazadas y los últimos datos (2007 para embarazadas y 2008 para HSH) nos señalan que la prevalencia en HSH es por lo menos 85 veces más alta que en mujeres embarazadas.

²⁷ USAID | PASCA, Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS VIH SIDA, AHMNP. Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamiento en HSH en Panamá. Junio 2003.

²⁸ Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) Ministerio de Salud de Panamá | Para el Programa Nacional de ITS VIH SIDA. 2009.

Grafico 7: Evolución de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 2003 y 2007



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

En cuanto al Trabajo Sexual Femenino los datos de prevalencias para el 2003 (Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón) se ubicaba en 2%; en donde el 1.9% correspondía a la Ciudad de Panamá y el 2.1% a la Ciudad de Colón. En el año 2007 la prevalencia para Trabajadoras Sexuales fijas que acuden a las Clínicas de Higiene Social del MINSA se ubicaba 0.9%.

En el 2008 un estudio presentado por una organización no gubernamental, mostraba una prevalencia del 53%²⁹ para Trabajadores Sexuales Masculino. Para el año 2006 encontramos prevalencias para Privados de Libertad de 1.3%³⁰ y el año 2008 otra investigación identificó prevalencias de 3.9% para esta población³¹.

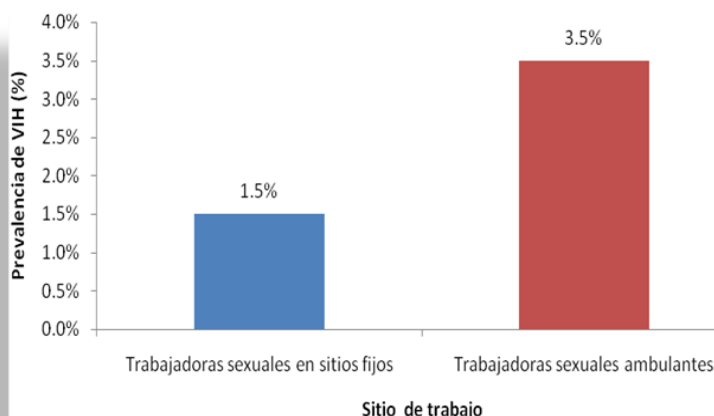
La población HSH en el 2003 tenía prevalencias en VIH 5 veces más alta que las TSF para ese mismo año y en lo que respecta a los últimos datos (HSH2008 y TSF2007) la prevalencia en HSH con respecto a las TSF que acuden a clínicas de higiene social era casi 19 veces más alta. Por último al comparar el dato arrojado en el estudio de PROBIDSIDA con respecto a los TSM (prevalencia de 53%) esta es aproximadamente 59% superior a la prevalencia en TSF que acudieron a las clínicas de higiene social en el año 2007.

²⁹ PROBIDSIDA. Quintero, Orlando; Amaris-Pretelitt, Alberto; Rodríguez, Jorge Luis; Arosemena, Carmen; Muñoz, Milton; Tejada, Venus. Prevalencias del VIH en Algunos Grupos Vulnerables en Panamá. Aportes para una Discusión sobre el Futuro. Diciembre 2008.

³⁰ Centro Penitenciario La Joya, La Joyita y el Centro Femenino de Rehabilitación. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de ITS VIH SIDA, ONUSIDA. Contreras Arrocha, Sixta. Prevalencia de VIH y Comportamientos de Riesgo, Asociados al VIH en Personas Privadas de Libertad de los Centros Penitenciarios la Joya, la Joyita y Centro Femenino de Rehabilitación de la Provincia de Panamá de julio a octubre de 2006. Panamá 2006.

³¹ Centro Penitenciario La Joya, La Joyita y Tinajitas. PROBIDSIDA. Quintero, Orlando; Amaris-Pretelitt, Alberto; Rodríguez, Jorge Luis; Arosemena, Carmen; Muñoz, Milton; Tejada, Venus. Prevalencias del VIH en Algunos Grupos Vulnerables en Panamá. Aportes para una Discusión sobre el Futuro. Diciembre 2008.

Gráfico 8: Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según sitio de trabajo. Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón. 2003.



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

c) Prevalencias de ITS:

La prevalencia en Sífilis para la población de HSH se ubicó en 4.7% en el 2003 y para los sub grupos auto identificados como Homosexual y Bisexual en 5.2% y 3.6% respectivamente. Para Trabajadores Sexuales Femeninas la prevalencia en Sífilis se registró en 4.2% en el 2003 (Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón) correspondiendo 6.4% a la Ciudad de Colón y 3.5% para la Ciudad de Panamá.

Las Tricomonas Vaginales para Trabajadoras Sexuales reportaron una prevalencia de 5.9% en el 2003 (Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón), siendo la prevalencia más alta la de la Ciudad de Colón con 9.2%, mientras que la de la Ciudad de Panamá fue de 5.0%. En el año 2007 las Trabajadoras Sexuales que asisten a las Clínicas de Higiene Social del MINSA, mostraron prevalencias de 2.4% para Tricomonas y de 4.2% para Gonorrea (para las Regiones de Salud Metropolitana y de Colón).

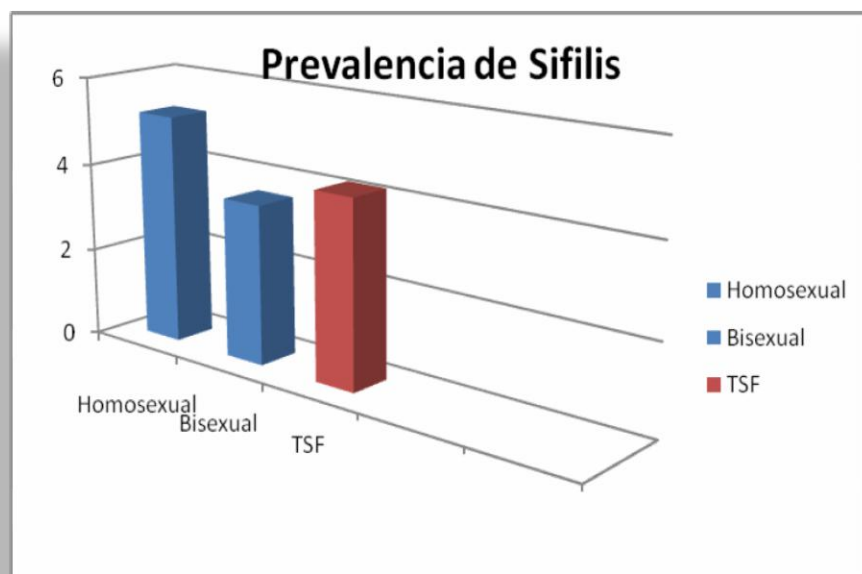
d) Conocimiento³²:

Se identifican estudios que nos proveen información sobre conocimientos vinculantes a la epidemia de VIH Sida y sobretodo de cómo contribuir a la prevención de la epidemia, para poblaciones de HSH, TSF, Privados de Libertad, Uniformados (Estamentos de Seguridad Pública), Trabajadores del Sector Público y los cuales están debidamente expuestos en el Documento identificado como: “Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia de Panamá”, dichos estudios incluyen, además, datos de

³² Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias. Burgos Manuel, Gaillard Eric; ASAP. Julio 2009.

Comportamiento y se han realizado primordialmente, en la Ciudad de Panamá y Colón.

Gráfico 9: Prevalencia en Sífilis para HSH (Homosexual y Bisexual) y TSF



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

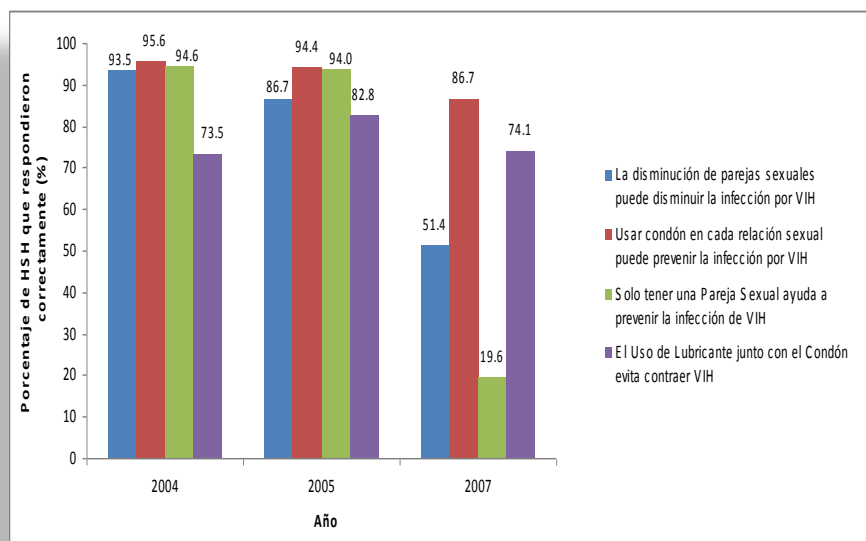
Mientras que en el año 2004 la población HSH en un 93.5% conocía que: *“la disminución de parejas sexuales pueden disminuir la infección por VIH”* para el año 2007 este indicador bajó a 51.4% (ver gráfico 7).

En el 2007 el 86.7% de la población HSH y el 89.4% de las TSF, conocían que: *“Usar el Condón en cada relación sexual puede prevenir la infección por VIH”*.

Para el 2004, el 91.2% de los HSH, 88.1% de las TSF y el 100% de las PPL; así como, el 99.1% de los Uniformados y el 95.7% de Trabajadores del Sector Público conocían que *“Evitar transfusiones de sangre no segura puede prevenir la infección de VIH”*.

Los datos más recientes nos indican que el 93.5% de los HSH y el 77.9% de las TSF conocen que *“la disminución de parejas sexuales puede disminuir la infección por VIH”*. El 74.4% de las TSF, el 68.8% de los Uniformados, el 95% de los Trabajadores del Sector Público, conocen que *“El VIH no se transmite por besos”*.

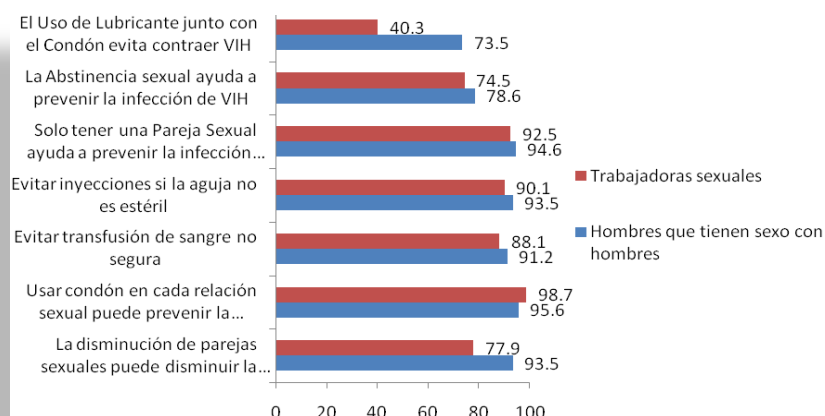
Gráfico 10: Evolución de conocimiento en HSH en la ciudad de Panamá entre 2004 y 2007



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

La evidencia para el año 2004 (ver gráfico 8), nos señala que el 73.5% de los HSH, sobre el 40.3% de las TSF, conocían que “*el uso de lubricante junto con el condón evita contraer el VIH*”; el 78.6% de los HSH y el 74.5% de las TSF sabían que “*la abstinencia sexual ayuda prevenir la infección de VIH*”. Así mismo, el 94.6% de los HSH y el 92.5% de las TSF aseguraron conocer que “*solo tener una pareja sexual ayuda a prevenir la infección de VIH*”. En cuanto al uso del Condón el 98.7% de las TSF y el 95.6% de los HSH manifestaron conocer que usarlo en cada relación sexual puede prevenir la infección por VIH.

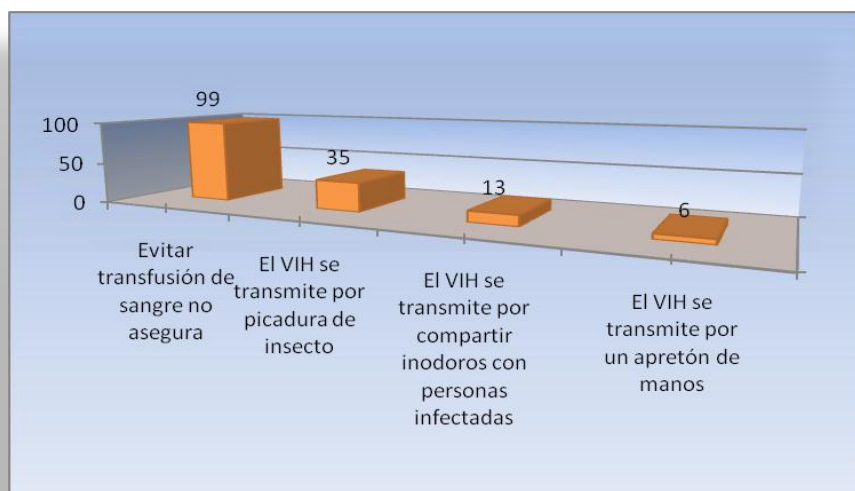
Gráfico 11: Porcentaje de Poblaciones Clave en más alto riesgo que respondieron si a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Ciudad de Panamá. 2004



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

El segmento poblacional correspondiente a Uniformados que, para este caso representa a los estamentos de seguridad pública de Panamá, mostró altos conocimientos de cómo se transmite el VIH; el 99% conoce que se debe evitar transfusiones de sangre no segura; el 65% saben que el VIH no se transmite por picaduras de insectos, el 87% sabe que el VIH no se transmite por compartir inodoros con personas infectadas y el 94% sabe que no se transmite por un apretón de manos (ver gráfico 9).

Gráfico 12: Porcentaje de uniformados que respondieron SI a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Panamá. 2008.



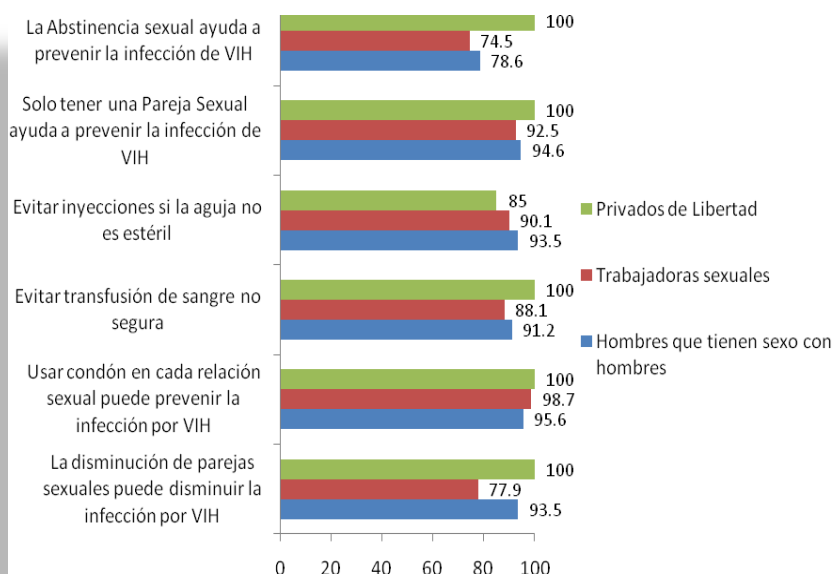
Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

La población PPL que, fue objeto de los estudios en el 2004, mostró tener alto nivel de conocimientos en materia de las formas de transmisión del VIH, de igual forma, resultaron los Trabajadores del Sector Público que respondieron a un estudio CAP en el 2007 en la Ciudad de Panamá y San Miguelito.

El 100% de los PPL manifestó saber que *“la disminución de parejas sexuales puede disminuir la infección por VIH”*, que *“tener una sola pareja sexual ayuda a prevenir la infección de VIH”*, que *“la abstinencia sexual”* y *“el uso de condón en cada relación sexual puede prevenir la infección por VIH”*; así como que deben evitar la transfusión de sangre no segura; mientras que el 85% sabe que debe evitar inyecciones si la aguja no es estéril.

El 95% de los Trabajadores del Sector Público saben que el VIH no se transmite por besos; el 94.9% sabe que el VIH no se transmite por compartir inodoros con personas infectadas, el 87.10% conoce que el VIH no se transmite por picaduras de insectos y el 95.7% sabe que debe evitar transfusiones de sangre no segura.

Gráfico 13: Porcentaje de Poblaciones Clave en más alto riesgo que respondieron SI a afirmaciones sobre conocimientos de VIH/Sida e ITS. Ciudad de Panamá. 2004



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

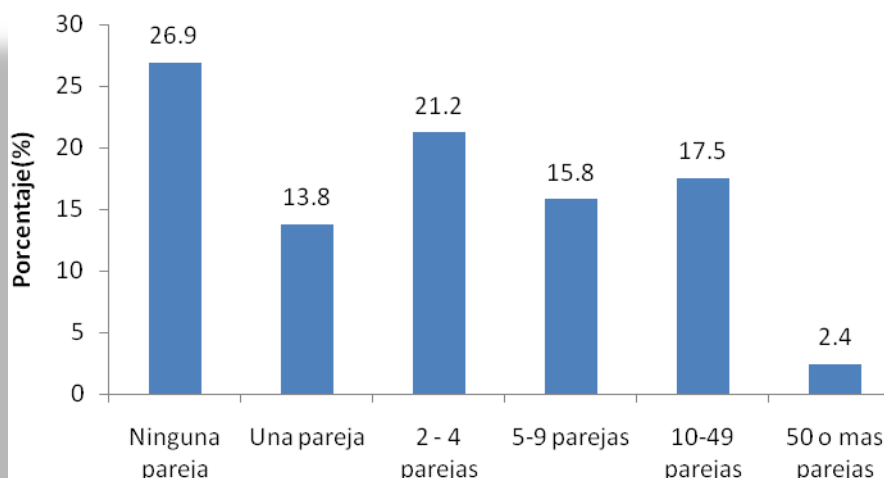
Las evidencias existentes nos muestran que, las poblaciones que han sido intervenidas para conocer su nivel general de conocimiento en cuanto a cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, tienen un alto nivel de conocimiento sobre el particular y específicamente nos referimos a HSH, TSF, PPL, Uniformados y Trabajadores del Sector Públicos; esta situación nos ofrece un marco positivo para fortalecer las intervenciones tendientes a generar cambios conductuales que contribuyan a la disminución de la epidemia.

e) **Comportamiento**³³:

Las evidencias encontradas para comportamiento en HSH nos indican que, en cuanto el número de parejas sexuales ocasionales o regulares reportadas en los últimos 12 meses el 26.9% no reportó ninguna pareja, el 13.8% indicó haber tenido una pareja; mientras que el 21.2% señaló haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales, un 15.8% dijo haber tenido entre 5 y 9 parejas sexuales en los últimos 12 meses; 17.5% indicaron que tuvieron entre 10 y 49 parejas y el 2.4% manifestó haber tenido más de 50 parejas (Ver gráfico 11).

³³ Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias. Burgos Manuel, Gaillard Eric; ASAP. Julio 2009.

Gráfico 14: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que reportaron tener parejas sexuales ocasionales o regulares en los últimos 12 meses según número de parejas. Ciudad de Panamá. 2004.

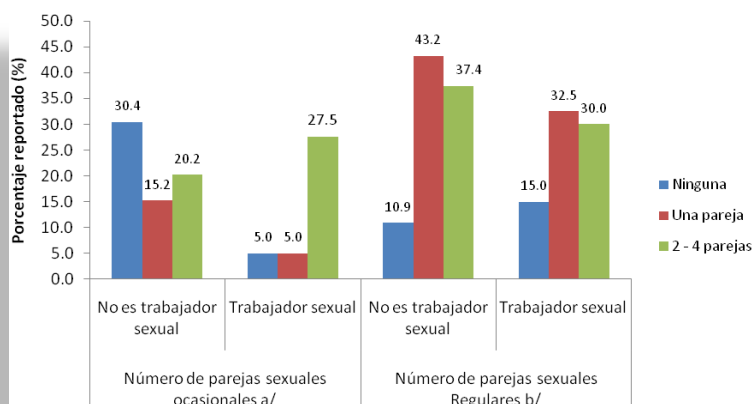


Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009.

El 30.4% de los que reportaron no haber tenido ninguna pareja sexual regular u ocasional en los últimos 12 meses indicaron que “no eran trabajadores sexuales” y el 5% indicó que “si era trabajador sexual”. De aquellos que manifestaron haber tenido entre 2 y 4 parejas el 20.2% manifestó no ser trabajador sexual y el 27.5% dijo que si era trabajador sexual. En el segmento de 5 y 9 parejas 14.8% no era trabajador sexual y el 22.5% si lo era; el tramo de los que respondieron haber tenido entre 10 y 49 parejas el 16% manifestó no ser trabajador sexual, frente a un 27.5% que aceptó ser trabajador sexual. Para los de más de 50 parejas sólo un 7.5% indicó ser trabajador sexual y un 1.6% no lo era; (ver gráfico 12).

Es interesante observar que salvo en el tramo de 10 y 49 parejas en los últimos 12 meses que marca una diferencia de 11.5% entre quienes son y no son trabajadores sexuales, para los otros tramos la diferencia es poco significativa, lo que nos muestra una alta actividad de rotación de parejas en esta población para un período de 12 meses, ya que el 56.9% tuvo más de 2 parejas ocasionales o regulares para ese período y 33.3% tuvieron entre 5 a 49 parejas.

Gráfico 15: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que reportaron tener parejas sexuales ocasionales o regulares en los últimos 12 meses. Ciudad de Panamá. 2004.

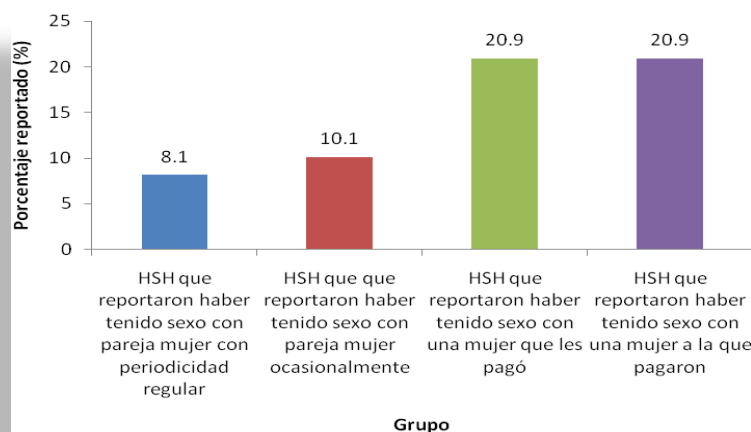


Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

Es importante señalar que 21.3% de los HSH manifestaron que tuvieron de 1 a 6 ó más parejas comerciales en los últimos 12 meses y que le pagaron (recibieron pagos). Así mismo, 14.5% de HSH indicó haber tenido entre 1 a 2 ó más parejas sexuales mujeres en los últimos 12 meses; de ellos 6.1% tuvo una pareja mujer y el 8.4% tuvo 2 ó más.

El 14% manifestó ejercer el trabajo sexual masculino (TSM) y de estos el 5% tuvo una pareja sexual femenina y el 25% de estos tuvo entre 2 y más parejas sexuales femeninas. Adicionalmente, el 10.1% indicó que tuvo sexo con una pareja ocasional femenina y de este porcentaje el 20.9% señaló que la mujer le pagó y otro 20.9% señaló que le pagó a la mujer.

Gráfico 16: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres quienes reportaron haber tenido sexo con pareja mujer según grupo. Ciudad de Panamá. 2004.



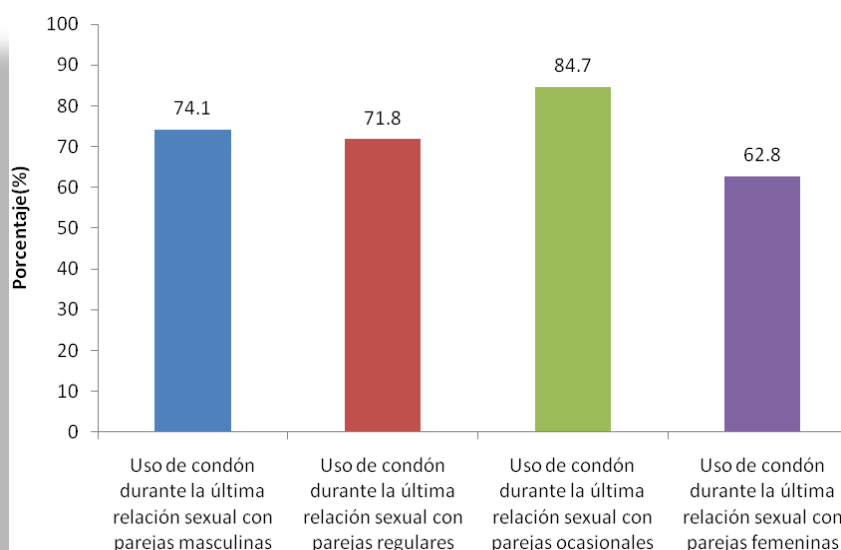
Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

Un estudio del 2004 nos indica que en la Ciudad de Panamá, el 23.7% de Hombres Heterosexuales reportaron haber tenido 3 y más parejas sexuales en los últimos 6 meses y el 71.5% tuvo sexo anal con una mujer sin haber usado condón. El 9.4% de esta población reportó haber usado condón con la pareja regular o estable.

En cuanto a los Trabajadores del Sector Público (Hombres y Mujeres) en el 2007, el 81.8% nos indicó que en los últimos 6 meses solo han tenido sexo con pareja fija; mientras que el 15.2% señaló que en ese período, mantuvo relaciones sexuales con pareja fija y otras parejas y el 2.1% sostuvo que en los últimos 6 meses mantuvo relaciones sexuales con distintas parejas ocasionales.

Con respecto a la población HSH y el uso del condón tenemos que, entre otros resultados, el 74.1% reportó haber usado condón durante la última relación sexual con parejas masculinas, el 71.8% lo utilizó con parejas regulares, el 84.7% con parejas ocasionales y 62.8 lo usó con parejas femeninas. (Ver gráfico 14)

Gráfico 17: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres quienes reportaron haber usado condón durante su última relación sexual según tipo de pareja. Ciudad de Panamá. 2004.



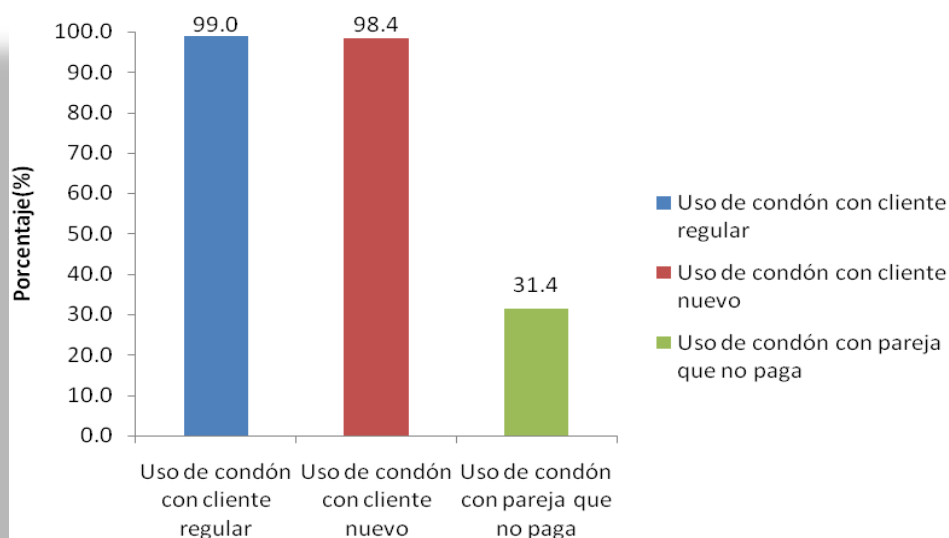
Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

El 82.5% de los HSH que ejercía el trabajo sexual (TSM) reportó haber usado el condón con pareja masculina durante su última relación sexual. El 80% de los Bisexuales usaron condón con pareja ocasional durante su última relación sexual.

En el 2003 las TSF reportaron haber usado el condón con el 96.3% de sus clientes regulares y el 99.3% con sus clientes nuevos; mientras que para el 2004 ese segmento poblacional señaló que usó condón con 99% de sus clientes regulares y el 98.4% lo usó con sus clientes nuevos. En este año el 100% de las TSF fijas y el 96.8% de las ambulantes usaron condón con cliente regular en la última relación sexual y el 99% de las fijas y el 96.5% de las ambulantes lo usaron con clientes nuevos.

El 31.4% de las TSF manifestó usar condón con pareja sexual que no paga en su última relación. (Ver gráfico 15)

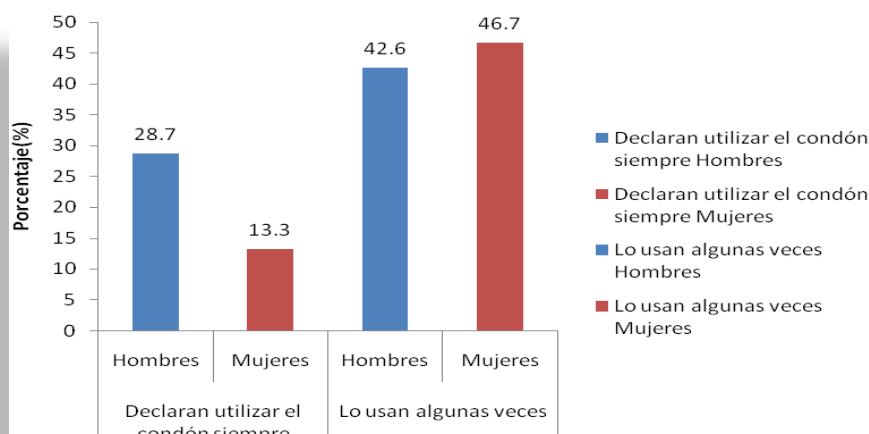
Gráfico 18: Porcentaje de trabajadoras sexuales que reportaron usar condón según tipo de cliente y pareja. Ciudad de Panamá. 2004.



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

Por otra parte, el 61.5% de los Uniformados indicaron haber utilizado el condón con pareja ocasional en su última relación sexual; de estos, el 28.7% de los hombres declaró utilizar el condón siempre, frente al 13.3% de las mujeres. Así mismo, el 42.6% de los hombres y el 46.7% de las mujeres declararon que lo usaron algunas veces.

Gráfico 19: Porcentaje de uniformados que reportaron uso de condón durante la última relación sexual según frecuencia de uso y sexo. Panamá. 2008.



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

Por último, las evidencias del 2004 nos señalan que el 88.5% de los HSH reportaron haber usado lubricante a base de agua durante su última relación sexual; mientras que para el 2007 lo reportó 78.6% para esta población. El 68.9% de las TSF en el 2007, reportó haberlo usado.

III. Análisis de la Respuesta Nacional a la Epidemia de VIH y Sida

a) Antecedentes de la Respuesta del Sector Salud:

Panamá inició las tareas de Vigilancia Epidemiológica para VIH en 1983, aunque en 1978 se creó el Programa de Vigilancia y control de enfermedades de transmisión sexual adscrito al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Sin embargo, es a partir de la identificación del primer caso que el Ministerio de Salud formula los programas y estrategia para hacer frente a la nueva epidemia.

En 1985, se crea la Comisión Nacional Técnica Asesora contra el Sida. En 1987, la mencionada Comisión, conjuntamente, con el Departamento de Vigilancia Epidemiológica ejecutan una serie de actividades en materia de prevención y de aspectos legales sobre el Sida; dando origen al Plan Nacional a Corto Plazo que, ejecutaría, la Oficina Central contra el Sida; tal ejecución se inició formalmente en septiembre de 1988; a partir de esta fecha se crea el Programa Nacional contra el Sida en Panamá, quien con el esquema organizacional de una Coordinación conductora y con la adopción por las políticas promovidas por OPS/OMS dan énfasis a la prevención como estrategia central de sus acciones.

Del mes de julio a diciembre de 1989 se elabora un Plan de Urgencia y el Primer Plan a Mediano Plazo de Prevención y Control de Sida (1990-1992); así como el 2^{do} Plan a Mediano Plazo que se diseñó para el período 1993-1995.

En 1994 se ubica el Departamento de Prevención y Control de ETS/VIH/Sida, en la División de Atención a las Personas. En 1996 se conforma en Panamá el Grupo Temático de ONUSIDA local. En el año 1997 se funda la primera organización de personas que viven con el VIH y Sida (PROBIDSIDA) con el apoyo de miembros de la comunidad y quienes logran, en conjunto y sumando a otras organizaciones, que la Caja de Seguro Social ofrezca la triple terapia anti retroviral, hecho que se logra en 1999, el MINSA comienza a brindar el servicio en el año 2001.

Es importante destacar que el Sector de Salud Pública, ha tenido Iniciativas como el hecho de que la prueba para mujeres embarazadas es, prácticamente, obligatoria con el objetivo de contribuir a disminuir la transmisión vertical del VIH; tanto el Ministerio de Salud, como el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, han desarrollado campañas de prevención y de sensibilización para promover que la mujer exija la prueba gratuita; pero la medida, aún, no es efectiva.

La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud han habilitado Clínicas de Atención para PVVS en todo el país, a quienes se les brindan la terapia antirretroviral, las pruebas diagnósticas y de control y otros servicios. El servicio se brinda a través de 14 clínicas 12 de la CSS y 2 del MINSA; en la actualidad el Sistema de Salud les brinda terapia a 4,261 personas.

Cuadro 10: Censo de Pacientes bajo Tratamiento Antirretroviral (TARV), por Clínica, a nivel nacional³⁴

| Clínica de TARV | Diciembre 2008 | Mayo 2009 |
|-------------------|----------------|-------------|
| HST | 1091 | 1137 |
| CHMCSS | NR | 1987 |
| HEPCSS | NR | 33 |
| HN | NR | 201 |
| AMA | 25 | 26 |
| COLÓN | 264 | 317 |
| KUNA YALA | 19 | 29 |
| PMÁ. OESTE | 91 | 90 |
| COCLÉ | 39 | 40 |
| VERAGUAS | 48 | 47 |
| CHIRIQUÍ | 205 | 244 |
| HERRERA | 25 | 28 |
| LOS SANTOS | 74 | 82 |
| TOTAL | --- | 4261 |

Panamá ha fortalecido su respuesta en los tres principales niveles de atención, desde donde se brindan servicios de promoción de estilos de vida sexual saludable (en los Centros de Promoción de la Salud), servicios de medicina general, odontología, orientación, atención domiciliaria, pruebas diagnósticas y tratamientos para ITS en los Centros de Salud; así como, servicios de referencia cruzada, atención de infecciones oportunistas, atención ambulatoria y terapia antirretroviral con pruebas especializadas de seguimiento como CD4, Carga Viral y CD8 en los Centros y Hospitales de Segundo Nivel de Atención. Y en el Tercer Nivel de Atención se atienden adicionalmente especialidades de infectología e intervenciones quirúrgicas de todo orden, que han incorporado el tema de VIH y Sida.

El Sector Salud ha invertido en la especialización y tecnificación del Instituto Conmemorativo Gorgas que, además, de actuar como el laboratorio de referencia central en el país para VIH, lo es también, para la región Centroamericana.

La respuesta comienza a estructurarse, de manera organizada, con la elaboración y ejecución de una serie de iniciativas que incluyen Planes Estratégicos, de Monitoreo y Evaluación, perfeccionamiento del marco

³⁴ Censo Nacional de Pacientes bajo tratamiento antirretroviral, por Clínicas del Sector Salud Pública. Diciembre 2008 a Mayo 2009; Lic. Rosa Lowe.

jurídico, la creación de instancias políticas facilitadoras, los cuales describimos en el próximo inciso.

Panamá con el apoyo técnico de Capacity Project ha desarrollado dos fases del Proyecto para “Mejorar el Desempeño” en las instalaciones de salud; en la primera fase participaron tres Hospitales a saber: el Hospital Santo Tomás, el Hospital Manuel Amador Guerrero y el Hospital Nicolás A. Solano. En la segunda fase se incorporaron a la iniciativa el Hospital del Niño, la Caja de Seguro Social y la Región de Salud de Chiriquí.

En este año 2009 se está desarrollando el Estudio Multicentrico que debe determinar la prevalencia de VIH y otras ITS y también algunos aspectos de comportamiento y percepción de riesgo para poblaciones Transexuales, Trabajadoras Sexuales Femeninas, mujeres embarazadas, jóvenes de ambos sexos, pacientes en atención de ITS y población general.

Aunque no se ha sistematizado la información para producir evidencias estadísticas que podamos compartir en este documento; el Programa de Sangre Segura se desarrolla en todo el país con altos estándares de confiabilidad, lo cual se refleja en los muy bajos niveles de transmisión en receptores de sangre que se mantiene en un 0.2% acumulado de 1984 a diciembre de 2008. De igual forma los Centros de Control Pre Natal y los que ofrecen atención al Parto, brindan a las mujeres información sobre VIH y promueven la prueba; adicionalmente a las mujeres VIH+ se le ofrece terapia y la cesárea. Sólo en el período 2008 – 2009 se han distribuido alrededor de 44,000 reactivos para pruebas rápidas para mujeres embarazadas en Sala de Partos y Cuartos de Urgencias en todas las Regiones de Salud. Por otra parte, se está brindando en forma gratuita formulas lácteas a lactantes de 0 a 6 meses de nacido.

En el período 2008 – 2009 se han adquirido 490,000 condones de los cuales ya se ha distribuido el 42% entre personas pertenecientes a grupos con mayor nivel de vulnerabilidad y para PVVS. Las instalaciones del Sector Salud ofrecen pruebas voluntarias y por lo general se ofrece pre y post consejería; las organizaciones no gubernamentales que ofrecen el servicio de pruebas de VIH son más estrictos en brindar la consejería pre y post. En el sector de laboratorios privados que ofrecen la prueba de VIH, no existe evidencia de que ofrezcan ninguna forma de consejería.

Se ha incorporado a los Centros Penitenciarios para ofrecer a las PPL servicios de atención integral para VIH; el MINSA ha nombrado 7 médicos para brindar atención 24 horas a los Centros de La Joya y La Joyita.

En el año 2004 y en atención al artículo 2, del Capítulo 1 de la Ley 3 del 5 de enero de 2000; se creó la Red Institucional denominada “Sitios de Trabajo”, conformada por 29 organizaciones gubernamentales y que han venido trabajando en prevención.

f) Aspectos Legales, normativos y administrativos como parte de la respuesta nacional:

Como parte del reconocimiento de que la epidemia era un problema que trascendía los límites estrictos de salud y que la respuesta debería incorporar a todos los sectores del espectro social panameño; El 20 de agosto de 1990 por medio del resuelto N° 01453 del Ministerio de Salud, se da origen a la Comisión Nacional para la Prevención y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida (CONASIDA) que incorporaba instituciones del sector público, organizaciones no gubernamentales en la respuesta contra el VIH. El 5 de enero del año 2000 se sanciona y promulga la Ley 3 “Sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Sida”, ley que eleva el problema del VIH y Sida a categoría de problema de Estado; la misma es reglamentada a través del Decreto Ejecutivo 119 del 20 de mayo de 2001 del Ministerio de Salud.

Posteriormente y con el propósito de armonizar la recién creada Ley 3 del 5 de enero del 2000, con el espíritu funcional de CONASIDA y de elevar su formalidad jurídica, además de ampliar su base de participación, se modifica CONASIDA por medio de la Resolución N°483 del 16 de noviembre del 2001 del Ministerio de Salud.³⁵

Como parte de la respuesta el Ministerio de Salud incorpora el Instituto Conmemorativo Gorgas a través de la Resolución No. 189 del 05 de Julio de 2000 “La cual nombra al Instituto Conmemorativo Gorgas como única entidad nacional facultada para practicar y procesar pruebas de carga viral VIH”.

El Ministerio de Salud a través de convenios de cooperación ha incorporado a protagonistas “no tradicionales” a la respuesta a la epidemia y ha desarrollado para ello Convenios y Acuerdos con organizaciones e instituciones de carácter nacional e internacional, tales como: *Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Gobierno y Justicia y el Ministro de Salud, 13 de Julio de 2000; Alianza Sociedad – Gobierno contra la epidemia del VIH/SIDA (CONEP, PROBISIDA, MINSA y PASCA), 30 de Noviembre de 2000; Convenio de Cooperación entre el Ministro de Salud de la República de Panamá y el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos de América en Panamá, 11*

³⁵ Manuel G. Burgos V.; Cuentas Nacionales en VIH/Sida; Estimación de los Flujos de Gastos en VIH/Sida; Panamá 1999 – 2000. SIDALAC; Fundación Mexicana para la Salud; ONUSIDA.

de Julio de 2002; Convenio de Cooperación entre la Autoridad del Canal de Panamá y el Ministerio de Salud, 17 de Mayo de 2006.

Con el propósito de garantizar el acceso a los niños y su seguimiento, incluyendo aquellos que puedan estar afectados por la epidemia de VIH y Sida se establece el Decreto Ejecutivo No. 546 “Por el cual se ordena la gratuidad en la atención de salud de niños menores de cinco años, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud”, 21 de Noviembre de 2005 y en esta misma dirección se suma a la estrategia el otro componente importante para la población que está vinculada a la transmisión vertical y se publica el Decreto Ejecutivo No. 5 “Por el cual se modifica el Artículo del Decreto Ejecutivo No. 428 de 15 de diciembre de 2004, que ordena la gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad, en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud”, 6 de Marzo de 2006.

En agosto del año 2003, las autoridades del Ministerio de Salud y el Programa Nacional de ITS VIH y Sida, presentan el Plan Estratégico Multisectorial de ITS VIH y Sida 2003 – 2007, el cual careció de un proceso de monitoreo efectivo que evidenciara algún nivel de ejecución del mismo. Posteriormente en noviembre del año 2006 se presenta un nuevo Plan Estratégico Multisectorial de ITS VIH Sida 2007 – 2010 que al año siguiente evoluciona a un Plan revisado denominado “Prioridades 2007 – 2010” y ambos no muestran evidencia de implementación; aún así a inicios del año 2008 se elabora un Plan Operativo Anual Multisectorial de ITS VIH y Sida que no se llega a ejecutar.

Es importante destacar que en adición a lo expuesto, se elaboró un Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Apoyo en VIH/Sida 2007 – 2011 y que fue presentado en julio de 2007; cuatro meses antes y bajo la coordinación del Departamento de Epidemiología se presentó, en el mes de marzo, el Plan Estratégico Nacional de Vigilancia Epidemiológica de ITS VIH y Sida con Enfoque de Segunda Generación, para 2007 – 2011.

En el período comprendido entre los años 2006 al 2008 se han elaborado, no menos de ocho documentos de “Análisis de Situación y Respuesta” y en la actualidad se está trabajando en el noveno, la mayoría a iniciativa de las agencias de cooperación.

A pesar de contar con Planes Estratégicos y numerosos Análisis de Situación y Respuesta a la Epidemia de VIH y Sida no se contaba con un Plan de Monitoreo y Evaluación que consecuentemente diera seguimiento a los compromisos asumidos en estos. En el 2007 se iniciaron las tareas para la elaboración del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación el cual fue presentado en el mes de julio de 2008 y del cual no hemos encontrado

evidencia de ejecución nacional; en la actualidad se está elaborando un Plan de Monitoreo y Evaluación que se ha estado coordinando con la elaboración del presente Plan Estratégico.

Como consecuencia de las acciones de la sociedad civil organizada en torno a la Alianza Estratégica para la Promoción y Defensa Pública para VIH y Sida y con los propósitos de elevar al más alto nivel gubernamental y fortalecer una sola autoridad nacional, se solicitó al Ejecutivo Nacional la formalización de un nuevo ente coordinador nacional de carácter interinstitucional y multisectorial lo cual se hizo con la promulgación el 22 de enero de 2008 del Decreto Presidencial N°7 que crea al más alto nivel la “Comisión Nacional para la Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia Humana”.

El 29 de julio de 2008 se presentan las Políticas Públicas Nacionales para VIH/Sida.

Podemos añadir que las autoridades de salud, con la cooperación internacional y el apoyo de algunas organizaciones no gubernamentales, han elaborado y publicado: Normas de Vigilancia Epidemiológica para Sífilis Congénita en el 2001; Guía de Orientaciones Metodológicas para Trabajar en la Prevención de la Transmisión de VIH en el 2002; Guía para el Manejo de la Exposición Ocupacional al VIH, VHB, VHC y Recomendaciones para la Profilaxis Post-Exposición en diciembre de 2002; Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico a Personas que Viven con el VIH| SIDA en diciembre 2002; Guía de Almacenamiento de Condones o Preservativos, Primera Edición en el año 2004; Sistematización sobre el Impacto y el Abordaje del VIH/SIDA en el Ámbito Laboral en el 2005; Guía para la Atención a las Personas con VIH o SIDA en las Oficinas del Ombudsman en el agosto 2007.

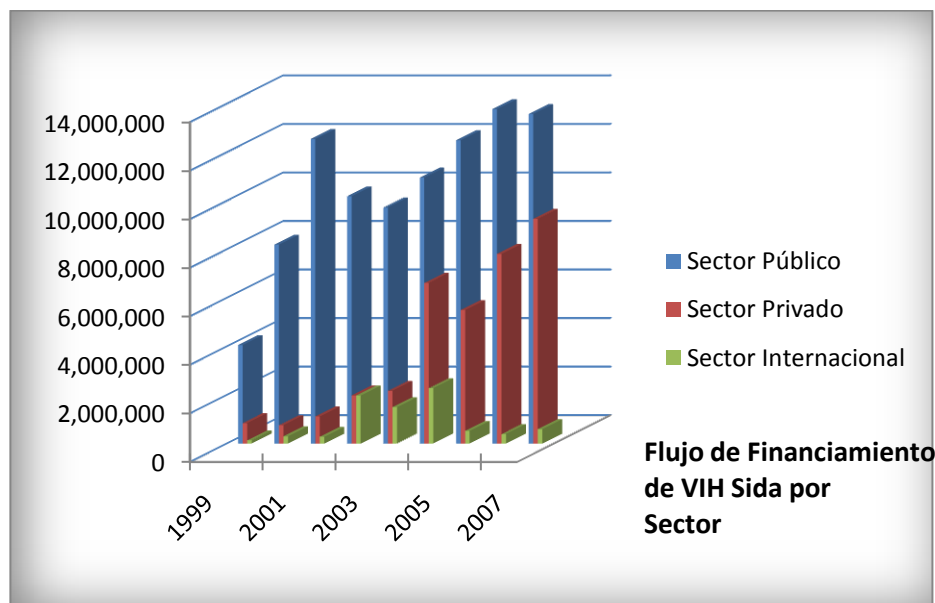
g) Aspectos de financiamiento relacionados con la respuesta nacional:

Como hemos documentado, Panamá inició los esfuerzos para responder a la epidemia de VIH y Sida desde la detección de los dos primeros casos en el país; e inclusive, inicia la terapia antirretroviral desde 1999 con esquemas de alta calidad y de marcas originales y los suministra tanto, en la Caja de Seguro Social, como en el Ministerio de Salud. En el año 2003 se inician los esfuerzos para medir el gasto del país para hacer frente a la epidemia; al principio se utiliza el esquema de Cuentas Nacionales para VIH y Sida que mide los flujos de financiamiento y gasto en VIH y Sida para los años 1999 y 2000 que luego se transforma a MEGAS como se conoce hasta el año 2007 a la Medición del Gasto en Sida.

En los últimos 9 años la epidemia de VIH Sida ha demandado un esfuerzo financiero nacional de por lo menos 140 millones de dólares, en donde más del 69% son recursos del Sector Público, 25% provienen del Sector Privado y

en donde los recursos provenientes de la cooperación internacional solo alcanzan el 6%; es evidente que la respuesta nacional ha sido financiada con fondos públicos y en donde la seguridad social ha jugado un papel importante en este financiamiento; ya que la mayor parte de los recursos financieros que aporta el Sector de Salud Pública provienen de la Caja de Seguro Social. Estos recursos van dirigidos principalmente a Atención con muy poco de ellos dirigidos a Prevención.

Gráfico 20: Flujo de Financiamiento de VIH Sida por Sector. Años: 1999 – 2007.



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

De hecho, la mayor parte del aporte del Sector Privado (7.6 millones), contabilizado por el ejercicio de MEGAS, corresponde al valor de condones colocados en el mercado nacional para la venta al menudeo en establecimientos comerciales; por lo que no podríamos suponer que es un aporte directo y total a prevención del VIH, lo que a su vez significa, que el Sector Público continua siendo el mayor aportador de recursos para la respuesta a la epidemia.

La mayor parte del Gasto en Sida va dirigido a tratamiento y es importante destacar que Panamá ofrece antirretrovirales de marca, con un amplio esquema de medicamentos, cuyos costos son elevados.

En el mes de agosto del 2007 se estimaron los costos para alcanzar el acceso universal en términos de VIH/Sida y para el período 2007 – 2011 y se estimó que en el mismo se requeriría de un aproximado de 157 millones de dólares (en un escenario al 100% con escalamiento).

En el mes de junio del 2008 se hizo un ejercicio de costeo rápido para el Plan Estratégico Multisectorial de VIH y Sida 2007 – 2011 y el mismo estableció que para ejecutar dicho plan, cuyo énfasis era en prevención, se requerirían alrededor de 173.5 millones de dólares en los cinco años.³⁶

Cuadro 11: Flujo de Financiamiento en VIH y Sida; Panamá 1999 – 2007³⁷

| Año | Total | Sector Público | Sector Privado | Sector Internacional |
|-------|-------------|----------------|----------------|----------------------|
| 1999 | 5,023,450 | 4,053,924 | 838,916 | 130,610 |
| % | 100% | 81% | 17% | 3% |
| 2000 | 9,244,682 | 8,193,028 | 754,029 | 297,625 |
| % | 100% | 89% | 8% | 3% |
| 2001 | 13,939,530 | 12,545,577 | 1,115,162 | 278,791 |
| % | 100% | 90% | 8% | 2% |
| 2002 | 14,142,893 | 10,182,883 | 1,980,005 | 1,980,005 |
| % | 100% | 72% | 14% | 14% |
| 2003 | 13,392,764 | 9,723,147 | 2,169,628 | 1,499,990 |
| % | 100% | 73% | 16% | 11% |
| 2004 | 19,861,525 | 10,960,312 | 6,619,817 | 2,281,396 |
| % | 100% | 55% | 33% | 11% |
| 2005 | 18,513,829 | 12,497,689 | 5,497,860 | 518,280 |
| % | 100% | 67% | 30% | 3% |
| 2006 | 21,978,224 | 13,775,278 | 7,813,768 | 389,178 |
| % | 100% | 63% | 35% | 2% |
| 2007 | 23,429,708 | 13,578,095 | 9,260,289 | 591,324 |
| % | 100% | 58% | 40% | 3% |
| Total | 139,526,605 | 95,509,933 | 36,049,474 | 7,967,199 |
| % | 100% | 68% | 26% | 6% |

En el año 2008 y a través de CONAVIH, se obtuvieron recursos extraordinarios provenientes del Sector Público para financiar el equipamiento, aspectos logísticos y operativos del Programa Nacional de ITS VIH y Sida, quien funge como Secretaría Técnica de este ente y también se financiaron acciones de prevención hacia poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad frente a la epidemia, los mismos se canalizaron a través del Ministerio de Salud por un monto de 260,000 dólares; para el 2009 se obtuvieron 400,000 dólares.

h) **La Sociedad Civil en la respuesta a la epidemia de VIH y Sida**³⁸:

En Panamá la sociedad civil ha desarrollado junto a las autoridades de salud un papel protagónico en la respuesta a la epidemia de VIH y Sida; y esto

³⁶ Rachel Sanders, Laura León, Manuel Burgos. Costeo del Plan Estratégico Multisectorial de VIH/Sida. Presentación de Resultados, Cálculos y Fuentes. USAID: Panamá, junio 2008.

³⁷ Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) Ministerio de Salud de Panamá | Para el Programa Nacional de ITS VIH SIDA. 2009. Para porcentajes se redondearon las cifras.

³⁸ Manuel Burgos, Memorias 1999 – 2009.

incluye a la empresa privada, a organizaciones no gubernamentales conformadas por personas que viven con VIH y organizaciones no gubernamentales en temas de salud o de derechos humanos, a organizaciones de trabajadores, medios de comunicación y del sector religioso.

La sociedad civil incluye a organizaciones de personas que viven con VIH, de las cuales PROBIDSIDA es la pionera, organizada desde octubre de 1997; quien, junto a Viviendo Positivamente, destacan a nivel del país como organizaciones conformadas por y para el bienestar de las personas que viven con el VIH; otras organizaciones como Grupo Génesis, también se desempeñan en este campo de actividad.

La Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP), el colectivo gay, lésbico, bisexual y Trans del país, fundada en 1996 es la organización con más años de trabajo continuo en prevención de VIH con la población de HSH y GLBT, y es la organización referente para la consulta, elaboración y aplicación de estudios en la población de HSH y GLBT. Es la primera organización que desde 2005 brinda acceso gratuito a la prueba diagnóstica de VIH para la población HSH y GLBT y que desde 2007 se le brinda a las poblaciones originarias Kunas y Ngöbe-Bugle.

En 1999 se organiza al sector productivo por medio del Consejo Nacional de la Empresa Privada (CoNEP) y la Coordinadora Nacional de Trabajadores Organizados (CONATO) e implementan con la Fundación del Trabajo un proyecto de prevención que capacita en prevención a casi 200 líderes trabajadores con la responsabilidad de replicar en sus organizaciones.

El CoNEP crea el Consejo Empresarial para la Prevención del Sida que inicia una campaña de sensibilización a empresarios y apoya en la organización de la III CONCASIDA cuya sede fue Panamá en el 2003. *En 1999, también se crea el Consejo Empresarial para la Prevención del Sida por parte del sector empresarial agremiado en el Consejo Nacional de la Empresa Privada de Panamá (CoNEP) y se desarrolla con el sector productivo la implementación del proyecto “Apoyo al Sector Productivo para la Prevención de ITS/VIH/Sida” por medio de la Fundación del Trabajo y con la participación del sector empresarial y el sector de los trabajadores organizados.*

En 1999, se crea la Red de Medios de Comunicación y VIH integrada por el Grupo MEDCOM, La Prensa, El Panamá América, La Estrella de Panamá, El Siglo y algunos medios radiales se entrenaron a 15 periodistas en manejo del tema de VIH en los medios; apoyaron campañas de prevención.

En el año 2000 se crea la Alianza Estratégica para la Promoción y Defensa Pública, la cual surge para liderar temas importantes en materia de Derechos Humanos y VIH, acciones políticas para favorecer el ambiente político y la tomas de decisiones que fortalezcan la respuesta a la epidemia, ha estado conformada por 12 organizaciones no gubernamentales, la Defensoría del Pueblo, el sector privado, el sector de trabajadores y el sector religioso.

El 21 de septiembre de 2005, se constituye la Red de Asistencia Técnica Jurídica, conformada por el Colegio de Abogados, el Órgano Judicial, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría de Oficio, la Defensoría del Pueblo, las Facultades de Derecho de las Universidades e IIDEHSA, estableció programas de capacitación a funcionarios judiciales en todo el país para el conocimiento de la Ley 3 de ITS VIH y Sida, el manejo del tema de discriminación y Derechos Humanos y prevención.

La sociedad civil ha participado en todos los procesos de consulta del Programa Nacional de ITS VIH y Sida del Ministerio de Salud y en los de elaboración de Planes Estratégicos.

Las agencias de cooperación internacional han trabajado muy de cerca de las organizaciones no gubernamentales, sobretudo, de aquellas de personas que viven con VIH y Sida, y con el Programa Nacional de ITS, VIH y Sida; sin embargo, los montos de cooperación son modestos, por razón de estar clasificados como nación de ingreso medio alto y desarrollo humano alto. La cooperación, por lo general, se materializa en asistencia técnica y al apoyo a procesos de planificación.

Cuadro 12: Organizaciones de la Sociedad Civil y otras Instituciones vinculadas a la Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Público para VIH

| ONG's de PVVS | ONG's, Gremios e Institutos |
|--------------------------------|--|
| PROBIDSIDA | APLAFA |
| Viviendo Positivamente | EMESSAR |
| Grupo Génesis Panamá + | Consejo Empresarial para la Prevención del Sida* |
| Poblaciones Vulnerables | Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud |
| AHMNP | Cruz Roja Panameña* |
| Hogares CREA | PASMO |
| Sector Religioso | AID for AIDS |
| SERECSIDA | Defensoría del Pueblo |
| Hogar Malambo | Federación Nacional de Servidores Públicos |
| Hogar Albergue de María | Central General de Trabajadores de Panamá* |
| Casa Hogar el Buen Samaritano | FUNPRODEH |

(*) Nota: alguna de estas organizaciones en la actualidad no participan de la Alianza Estratégica

IV. PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2009 – 2014

Introducción al PEM 2009 – 2014:

Este Plan Estratégico incorpora de manera transversal el tema de Derechos Humanos, enfoque de género y masculinidad en todos sus componentes, asegurando la presencia efectiva, de estos temas en todos los resultados y logros que se alcancen. Así mismo, se basa en una gestión operativa multisectorial con participación de los actores identificados y comprometidos con su desarrollo, bajo el liderazgo de una Autoridad Nacional.³⁹

El análisis de la situación y la respuesta a la epidemia de VIH y Sida en Panamá, desde la aparición del primer caso en 1989, hasta el 2009; nos ofrece con claridad los elementos esenciales que componen la fortaleza, las oportunidades, las debilidades y amenazas de la respuesta nacional; los cuales se constituyen en coordenadas de referencia para la elaboración del presente Plan Estratégico para el período 2009 – 2014.

Como fortalezas podemos destacar el desarrollo de una estructura legal, normativa y de políticas que generan un ambiente favorable para el desarrollo de acciones estratégicas; el desarrollo de capacidades técnicas de recursos humanos del sector de salud pública, de la sociedad civil y de consultores nacionales; el desarrollo de una infraestructura de atención a nivel nacional que incluye tratamiento antirretroviral, el acceso a pruebas de control, estudios especializados de genotipo y resistencia; el establecimiento de un laboratorio de referencia nacional y regional con altas capacidades tecnológicas; la disposición de importantes actores sociales, empresariales y laborables, a participar en intervenciones que conduzcan a reducir la epidemia y sus secuelas; el alto nivel de compromiso del equipo técnico del Programa Nacional de ITS VIH y Sida que, a pesar de las limitaciones logísticas y de recursos operativos, ha obtenido logros significativos en la conducción de componentes fundamentales de la respuesta.

Las mayores debilidades identificadas giran en torno a la dispersión de la respuesta, aún no hay un reconocimiento, efectivo, de CONAVIH como el ente nacional que la lidere; a la no existencia de un sistema de monitoreo y evaluación nacional único, a la limitada disposición de datos oportunos que permitan establecer una descripción real de las características epidemiológicas, demográficas, sociales, culturales y económicas de la

³⁹ Guía de Recursos para Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Versión en español, marzo 2005. ONUSIDA. Tres Unos: Una autoridad nacional de coordinación del Sida, con un mandato multisectorial amplio.

epidemia a nivel nacional de manera que se puedan planear abordajes estratégicos con mayor efectividad en resultados.

La crisis económica mundial, el surgimiento de nuevas epidemias, el sostenido crecimiento de otras enfermedades crónicas, constituyen la mayor amenaza porque aumentan la demanda por recursos escasos que, en el caso de Panamá se hace más grave, por el muy limitado acceso a contribuciones financieras de la cooperación internacional. Mientras que consideramos que este Plan Estratégico se constituye en una clara oportunidad de fortalecer y hacer efectiva la respuesta nacional a la epidemia con impactos medibles en la misma.

La metodología de enfoque en resultados⁴⁰ con base en evidencias y la amplia consulta, son los elementos que constituyen la base del Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014 y que lo convierten en una oportunidad para superar las brechas de información, de investigación, de financiamiento; así como para basar la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida en tres pilares fundamentales⁴¹ como lo son, los acuerdos firmados por todos los donantes e instituciones financieras más importantes del mundo, reunidas en Washington en el año 2004 y que se conocen como los “Tres Unos”: 1. Un marco de acción concertado sobre el SIDA que proporcione la base para coordinar el trabajo con todos los asociados (PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄); 2. Una autoridad nacional de coordinación del Sida, con un mandato multisectorial amplio (CONAVIH); y 3. Un sistema único de monitoreo y evaluación, que se presenta con este Plan Estratégico.

Así mismo, el Marco de Resultados contiene en cada uno de sus componentes los principios fundamentales que colocan al Ser Humano como eje gravitacional de todas las acciones e intervenciones que se deriven de este Plan; principios de Universalidad, Integralidad, Complementariedad entre todos los actores, Equidad, Sostenibilidad, Calidad e Integralidad.

La operativización de este Plan debe garantizar que las intervenciones visibilicen el efectivo respeto a los Derechos Humanos, la inclusión sin distinciones, el enfoque de género y masculinidad; de manera que cada intervención estratégica responda a los factores claves y determinantes sociales y conductuales de cada población abordada. Para el tema de las ITS, las intervenciones estratégicas particulares y específicas para cada variedad de ITS se deben desarrollar a partir del Plan Operativo para ITS.

⁴⁰ ASAP, Base de datos y Marco de Resultados.

⁴¹ Guía de Recursos para Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Versión en español, marzo 2005. ONUSIDA.

El Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014 se fundamenta en cuatro Ejes Estratégicos los mismos son:

- I.- *Fortalecimiento de una Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la epidemia de VIH y Sida.*
- II.- *Prevención de la Transmisión del VIH con énfasis en poblaciones en mayor riesgo sustentadas en evidencias y con acciones programáticas que identifican la participación de actores estratégicos.*
- III.- *Fortalecimiento de una Atención Integral que facilite el acceso a TARV y a pruebas de control, pruebas diagnósticas, tratamiento de infecciones oportunistas, prevención secundaria; que, además, facilite el acceso a todos los servicios de salud y que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de PVVS.*
- IV. *Fortalecimiento de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación.*

Se ha identificado un Eje adicional que hemos denominado: *Fortalecimiento de la Respuesta para Mitigar los efectos de la epidemia promoviendo la Protección, Prevención Apoyo y Atención Integral a niños y niñas vulnerables*; para el cual no contamos con evidencias y que requerirá de lograr el apoyo político, la realización de investigaciones para establecer una línea de base y coordinar el esfuerzo multisectorial para el logro de los resultados que se quieran alcanzar.

Como parte de la metodología para confeccionar el Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014; en primera instancia, se elaboró el Documento “Panamá: Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia”; el cual recoge toda la información nacional de la epidemia que, responde a un mínimo de rigurosidad científica y que se convierte en la línea de base o referencia que sustenta toda acción estratégica. En segundo lugar, se produjo el Documento denominado: “Panamá: Marco de Resultados y Estimación de Costeo para el Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014; en el cual se presenten las intervenciones, líneas de acción, líneas de base existentes, efectos directos, y brecha de información.

Esta metodología hace del Plan Estratégico un instrumento pragmático, que permite establecer intervenciones costo – efectivas, dado que las orientará hacia aquellas poblaciones que contribuyan mayormente a la dinámica expansiva de la epidemia; lo que permite establecer prioridades en cuanto a las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad y riesgo.

El PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄, ha sido costeadado y dicho ejercicio identificó que la necesidad de financiamiento nacional de esta respuesta a la epidemia, para el período de cinco (5) años propuesto, gira en torno a los 245 millones de dólares.

Presentamos un inventario de necesidades de Investigaciones, Estudios, Datos que se derivan de las brechas de información identificadas durante el análisis de evidencias realizado para este PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ y un inventario de implicaciones políticas que deben ser atendidas. Para la ejecución del inventario derivado de las brechas de información sugerimos la realización de un Plan de Asistencia Técnica que revise las necesidades identificadas, establezca una prioridad de realización de estudios por poblaciones y localice socios financiadores y los recursos técnicos para su materialización. Para el caso del inventario de implicaciones políticas recomendamos la elaboración de un Plan Nacional de Promoción y Defensa Pública (Advocacy); el cual debe elaborar un mapa interactivo de relaciones políticas, culturales y sociales para VIH, identificar actores, establecer estrategia de abordaje y proponer acciones a ejecutar para el logro de los objetivos que se planteen.

La estrategia incluye el Plan de Monitoreo y Evaluación para el PEM_{2009 – 2014}, del cual presentamos en este documento una síntesis a través de los flujos de información involucrados en el proceso de monitoreo, desde los niveles en donde se generan los datos para el sistema, su captación, procesamiento, hasta los niveles, en donde debe constituirse en información apta para la toma de decisiones; así mismo los flujos que evidencian los indicadores ligados al Plan Estratégico que, inicialmente, se monitorearán.

Visión Estratégica Multisectorial para el PEM 2009 – 2014:

Panamá, para el año 2014, habrá logrado disminuir el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad y de poblaciones más expuestas⁴² que se infectan por el VIH; habrá disminuido el porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nazcan de madres infectadas; así como habremos aumentado el porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúan tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral y habremos disminuido la tasa de mortalidad por VIH/Sida; y contará con una sola Autoridad Nacional (CONAVIH) multisectorial, multidisciplinaria con apoyo político y financiero y alta capacidad técnica, que coordine todos los esfuerzos nacionales de la respuesta a la epidemia de VIH y Sida, plasmadas en el Plan Estratégico Multisectorial con un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación ejecutándose.

Misión Multisectorial para el PEM 2009 – 2014:

Orientar los esfuerzos nacionales hacia la intensificación de las acciones de prevención, particularmente hacia aquellos grupos⁴³ cuya contribución a la dinámica expansiva de la epidemia es mayor; aumentar y asegurar la atención integral⁴⁴ de calidad para las Personas que Viven con VIH y los usuarios del Sistema de Salud, ; aumentar el diagnóstico temprano del VIH, para población general; facilitar el acceso a los servicios de atención y tratamiento de ITS; aumentar la cobertura efectiva de los servicios de salud y prevención a mujeres embarazadas

Acciones identificadas, según estándares internacionales, para Prevención, Atención Integral y Mitigación:

Se identificaron una serie de acciones a incorporar en la elaboración de estrategias para enfrentar la epidemia de VIH y Sida; estas acciones son producto de la experiencia mundial acumulada en VIH, a través de estudios, investigaciones y análisis de la evolución de la epidemia en diversas regiones.

Este Plan Estratégico incorpora estas acciones programáticas, las adapta y las desarrolla; las mismas las enunciamos en los Cuadros 13, 14 y 15; las mismas deben conducirnos al logro de los resultados que nos permitirán lograr impactar la epidemia tal como se indica en los indicadores de impacto.

⁴² Ver poblaciones meta y Cuadro 16: Evidencia sobre los grupos vulnerable definidos por el país.

⁴³ Ver Cuadro 16: Evidencia sobre los grupos vulnerable definidos por el país. Personas que Viven con VIH y Sida, Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y sub categorías según auto identificación (homosexual, bisexual, gay, Trans femenino), Trabajadores Sexuales (Femeninos y Masculinos), Mujeres Embarazadas, Privados de Libertad, Personal Uniformado.

⁴⁴ (Atención integral = diagnóstico temprano, atención odonto estomatológica, asesoría, prevención primaria y secundaria, acceso a medicamento para profilaxis y atención de ITS, IO, ARV, control de resistencia y adherencia a medicamentos, Bio seguridad; así como cuidados y apoyo para asegurar la calidad de vida de PVVS)

Cuadro 13: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH

| Acciones Programáticas fundamentales para la prevención del VIH (Fuente: ASAP) | Intervenciones Potenciales (Grupo Técnico de Trabajo de Panamá) |
|--|--|
| 1. Prevenir la transmisión sexual del VIH. | 1. Uso del condón (con lubricantes a base de agua, si necesario) 2. Diagnóstico y tratamiento de las ITS 3. Circuncisión de hombres |
| 2. Prevenir la transmisión materno infantil del VIH. | 4. ARV en Mujeres embarazadas VIH+ durante el periodo de gestación 5. Profilaxis al nacer hasta las 6 semanas en niños nacidos de madres VIH+ 6. Sucedáneo de leche para niños de madres VIH+ |
| 3. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción del daño. | 7. Intercambio de agujas y jeringas 8. Substitución de drogas |
| 4. Velar por la seguridad en el suministro de sangre. | 9. Unidades de sangre segura disponible para transfusión sanguínea |
| 5. Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud o de atención | 10. Aplicación de normas Bioseguridad 11. Disponibilidad y acceso a Profilaxis Post Exposición (PEP) |
| 6. Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento. | 12. Acceso al asesoramiento y prueba de VIH |
| 7. Integrar la prevención del VIH en los CTARV | 13. Servicios de prevención dirigido a las PVVS |
| 8. Concentrarse en la prevención del VIH entre los jóvenes. | 14. Docentes capacitados en el sector de educación 15. Escuelas que cumplen con el Currículo 16. Facilitadores capacitados en educación de pares 17. Niños(as) en la calle que reciben IEC de pares |
| 9. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección. | 18. Información, Educación y Comunicación para el cambio de Comportamiento |
| 10. Hacer frente y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH | 19. Respeto de los Derechos humanos |

En primer lugar el PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ desarrolla 10 de las acciones programáticas sugeridas para estrategias de prevención y en el Cuadro 13 se identifican las mismas y se colocan con las intervenciones potenciales recomendadas.

Cuadro 14: Acciones programáticas fundamentales para la atención integral

| Acciones Programáticas | Intervenciones Potenciales |
|--|--|
| 1. Servicios de prevención dirigido a las PVVS | 1. Instalaciones de Salud preparadas para brindar prevención secundaria 2. Promoción de Grupos de Auto apoyo |
| 2. Pruebas Pronósticas | 1. Recursos para la prueba de CD4 y Carga virales según el protocolo 2. Fortalecer Laboratorios |
| 3. TARV | 1. Homologar el Sistema de Atención del Sector Público, para esquemas de TARV. 2. Aumentar el número de clínicas de TARV. |
| 4. Atención y profilaxis para IO (excluyendo TARV) | 1. Brindar servicios de atención para IO en todas las instalaciones de Salud Pública y garantizar el acceso a tratamiento profiláctico. |
| 5. Tratamiento para co-infección TB/VIH | 1. Realizar búsqueda activa de pacientes co-infectado 2. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia 3. Garantizar acceso a tratamiento y a pruebas de control |

Cuadro 15: Acciones programáticas fundamentales para la mitigación en huérfanos y niños/niñas vulnerables

| Acciones Programáticas | Intervenciones Potenciales |
|---|---|
| 1. Garantizar acceso a Educación | 1. Matricula, mensualidades, y otros 2. Uniformes 3. Libros y útiles escolares 4. Capacitaciones para desarrollo de habilidades |
| 2. Garantizar acceso a servicios de Salud | 1. Inmunización infantil 2. Suplementos de vitamina A, zinc y hierro 3. Atención médica de rutina 4. Información y servicios de salud reproductiva y prevención de VIH |
| 3. Apoyo Familiar o del hogar | 1. Mosquiteros para la cama 2. Vestimenta 3. Calzado 4. Mantas y ropa de cama 5. Alimentos 6. Micro-financiamiento 7. Actividades para generar ingresos 8. Semillas para siembra de alimentos 9. Subsidios de autoayuda |
| 4. Apoyo Comunitario | 1. Reconocimiento de Huérfanos y Niños Vulnerable en la comunidad 2. Abordaje de niños en la calle 3. Capacitación y apoyo de un trabajador comunitario a tiempo completo 4. Guardería |

De igual forma, el PEM 2009-2014, desarrolla 5 acciones fundamentales en materia de atención; destacamos que en el caso de Profilaxis Post Exposición por violencia sexual y/o accidente laboral, la acción fue incorporada en el Eje de Prevención; en el Cuadro 14, resaltamos algunas intervenciones potenciales, atención integral. Y aunque enunciamos las acciones programáticas para la mitigación en huérfanos y niños/niñas vulnerables, hemos hecho la observación de que en el corto plazo, no se proponen líneas de intervención, hasta contar con mayores datos y estudios sobre este segmento poblacional.

Descripción de Poblaciones Meta:

El Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014 con base al proceso metodológico utilizado por ASAP⁴⁵, incluye una definición pormenorizada de las poblaciones o audiencia meta que serán abordadas como parte de la estrategia a desarrollar; el método que se utilizó para identificar estas poblaciones y establecer las prioridades de abordaje, incluyó ejercicios de consulta con actores claves, tanto de la sociedad civil, como técnicos del PNITSVIHSIDA, o vinculados al sector salud y al tema de VIH; así como a consultores en VIH y a alguno(a)s representantes de agencias de cooperación y de instituciones públicas que conforman la Red de Sitios de Trabajo y representantes del Sector Privado.

⁴⁵ Planificación y Gestión Orientada a Resultados en VIH/SIDA, Manual. Equipo Mundial para el Seguimiento y la Evaluación del VIH/SIDA – GAMET. Programa Mundial de la Lucha contra el VIH/SIDA, Banco Mundial. Septiembre, 2007.

Lo anterior, nos dio como resultado el Cuadro 16 que nos indica el estado de las poblaciones más directamente relacionadas con la epidemia en el país; ya sea, por evidencias existentes, por evidencias parciales o por percepciones. Recomendamos que en aquellos grupos poblacionales, para los cuales no se han encontrado evidencias de su interacción con la epidemia de VIH y Sida, o la evidencia es limitada; se hagan las investigaciones pertinentes a fin de contribuir a mejorar el conocimiento sobre la epidemia en el país y con esto, perfeccionar la estrategia para fortalecer la respuesta.

Definición de Poblaciones Vulnerables:

A partir de lo anterior, el país estableció un orden de poblaciones identificadas como de “grupos vulnerables” (Cuadro 16): son aquellas que con la información existente, sea completa o limitada se ha determinado que por sus patrones conductuales, por condiciones culturales, sociales y/o por prevalencias o por otros datos epidemiológicos, o experiencias internacionales están en mayor probabilidad de contribuir a la expansión de la epidemia y/o a ser afectados por esta, además de que con los datos existentes se puede establecer una línea de base para abordarlas con prioridad o se tiene alguna información no formal que genera la necesidad de confirmar o no, las percepciones.

De allí hemos segmentado a estas “poblaciones vulnerables” en tres (3) categorías a saber (Cuadro 16):

Poblaciones Vulnerables con Prioridad “Alta” para intervención: Es aquel segmento poblacional cuya vulnerabilidad está definida por determinantes conductuales, culturales, sociales, económicas, étnicas, religiosas, biológicas, físicas y/o psicológicas las cuales de manera individual, en combinación y/o en conjunto, aumentan la probabilidad de riesgo de exponerse o contraer la infección por VIH y/o exponer o transmitir la infección por VIH; por lo que su contribución a la dinámica expansiva de la epidemia es mayor que otros segmentos poblacionales.

Poblaciones Vulnerables con Prioridad “Media” para intervención: Es aquel segmento poblacional que está en alguna(s) situación(es) de vulnerabilidad descritas (en la anterior) y para el cual pueden existir indicadores que generen percepciones sobre su interacción con la expansión de la epidemia, pero no existen evidencias que permitan identificar factores claves de su contribución a la expansión de esta, por lo que se requerirán de mayores estudios.

Otras Poblaciones Vulnerables cuya intervención depende de evidencias: Estas poblaciones, también se encuentran en un importante nivel de riesgo, poseemos datos parciales de algunas de ellas; experiencias en otros países

sugieren que están en riesgo frente a la epidemia, pero no poseemos información nacional que nos valide esta situación y se requiere generar las evidencias a través de estudios, e investigaciones, que permita establecer una estrategia de abordaje más efectiva.

La gran mayoría de las evidencias encontradas en Panamá son limitadas, casi en su totalidad se circunscriben a la Ciudad de Panamá y la Ciudad de Colón, hay muy pocos datos de otras regiones sobre todo en cuanto a características fundamentales de la epidemia como lo pueden ser prevalencias, datos de comportamiento y conocimiento.

Cuadro 16: Evidencia sobre los grupos vulnerable definidos por el país⁴⁶

| Población | Grupo | | Prevalencia | | | | | | | CCC | | | |
|--|-----------------------------|--------|-------------|------|--------------------|-----------|--------------|--------------|---------------|-----------|-------|---|---|
| | PEM ⁴⁶ 2009-2014 | UNGASS | VIH | SIDA | Sífilis | Otras ITS | Tuberculosis | Conocimiento | Uso de condón | PVC (VCT) | DD HH | | |
| POBLACIONES VULNERABLES CON PRIORIDAD "ALTA" PARA INTERVENCIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| Personas Viviendo con VIH/Sida | X | X | | | X | X | | X | X | X | | | |
| HSH | X | X | | | | | | | | | | | |
| Homosexual | X | | | | | | X | + | + | | | | + |
| Bisexual | X | | | | X | X | X | + | + | | | | + |
| Gay | X | | | X | X | X | X | + | + | | | | + |
| Trans Femenino | X | | | X | X | X | X | + | + | | | | + |
| Trabajadores Sexual | X | X | | | | | | | | | | | |
| Femenino | X | X | | | | | X | + | + | | | | + |
| Masculino | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Mujeres Embarazadas | X | X | + | X | + | + | X | X | X | | | | X |
| Privado de Libertad | X | | | | | | | | | | | | |
| Personal uniformado | X | | | | | | | | | | | | X |
| POBLACIONES VULNERABLES CON PRIORIDAD "MEDIA" PARA INTERVENCIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| Población Indígena | | | | | | | | | | | | | |
| Kuna | X | | + | + | + | + | + | X | X | X | X | X | X |
| Ngöbe-Buglé | | | + | + | + | + | + | X | X | X | X | X | X |
| Pacientes TB | X | X | + | + | X | X | + | X | X | X | X | X | X |
| Adolescentes y jóvenes | X | X | + | + | X | X | X | | | | X | X | X |
| Población General | | | + | + | + | + | + | X | X | X | X | X | + |
| Trabajadores sector privado/publico | X | | | | | | | | | | | | X |
| OTRAS POBLACIONES VULNERABLES CUYA INTERVENCIÓN DEPENDE DE EVIDENCIAS | | | | | | | | | | | | | |
| Usuarios de drogas | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Población Móviles | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X |
| Cientes TS | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Población Afro Descendiente | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Personas con Discapacidad | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Huérfanos y niño(a)s vulnerables | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Población Indígena | | | | | | | | | | | | | |
| Emberá-Wounan | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Teribe | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Evidencia Existente | + | | No existe | X | Evidencia limitada | | | | | | | | |

⁴⁶ Es aquel segmento poblacional cuya vulnerabilidad está definida por determinantes conductuales, culturales, sociales, económicas, étnicas, religiosas, biológicas, físicas y/o psicológicas las cuales de manera individual, en combinación y/o en conjunto, aumentan la probabilidad de riesgo de exponerse o contraer la infección por VIH y/o exponer o transmitir la infección por VIH; por lo que su contribución a la dinámica expansiva de la epidemia es mayor que otros segmentos poblacionales. Manuel G. Burgos V.

⁴⁶ Es aquel segmento poblacional que está en alguna(s) situación(es) de vulnerabilidad descritas y para el cual pueden existir indicadores que generen percepciones sobre su interacción con la expansión de la epidemia, pero no existen evidencias que permitan identificar factores claves de su contribución a la expansión de esta, por lo que se requerirán de mayores estudios. Manuel G. Burgos V.

Poblaciones Meta con evidencia inicial para el PEM:

Las poblaciones meta, para la cual se ha encontrado evidencia inicial por lo que serán abordadas desde las primeras acciones que se derivan del Plan Estratégico son:

Poblaciones Vulnerables con Prioridad “Alta” para intervención Personas que Viven con el VIH y Sida:

1. Personas que Viven con VIH y Sida.
2. Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y sub categorías según auto identificación (homosexual, bisexual, gay, Trans femenino).
3. Trabajadores Sexuales (Femeninos y Masculinos).
4. Mujeres Embarazadas.
5. Privados de Libertad.
6. Personal Uniformado.

Aquellas para las cuales hemos encontrado evidencias limitadas o parciales, tenemos:

Poblaciones Vulnerables con Prioridad “Media” para intervención:

1. Población Indígena (Kuna, Ngöbe-Buglé).
2. Pacientes de Tuberculosis.
3. Adolescentes y Jóvenes.
4. Población General.
5. Trabajadores del Sector Público y Privado.

Las otras poblaciones serán abordadas en este Plan, una vez se tengan los resultados de los estudios e investigaciones que se proponen realizar, en el inventario de investigaciones identificado en las brechas, estas son:

1. Usuarios de Drogas.
2. Poblaciones Móviles.
3. Clientes de Trabajo Sexual.
4. Población Afro Descendiente.
5. Personas con Discapacidad.
6. Huérfanos y niño(a)s vulnerables.
7. Población Indígena (Emberá-Wounan, Teribe).

Cuadro 17: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH según grupos de alta prioridad

| | Personas Viviendo con VIH/sida | HSH | Trabajadores Sexual Feminino y Masculino | Mujeres Embarazadas y/o con Nuevos Nacidos | Privados de Libertad | Personal uniformado |
|--|--------------------------------|-----|--|--|----------------------|---------------------|
| 1. Prevenir la transmisión sexual del VIH. | + | + | + | + | + | + |
| 2. Prevenir la transmisión materno infantil del VIH. | | | | | + | |
| 3. Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento. | | + | + | + | + | + |
| 4. Integrar la prevención del VIH en los CTARV | + | | | | | |
| 5. Concentrarse en la prevención del VIH entre los jóvenes. | | | | | + | + |
| 6. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección. | + | + | + | + | + | + |
| 7. Hacer frente y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH | + | + | + | + | | |

En total para este Plan Estratégico hemos identificado 17 segmentos poblacionales (hemos dividido la población indígena en dos categorías, según la evidencia existente), los cuales se sugiere abordar en los cinco años de ejecución del mismo y según se vayan estableciendo líneas de base e investigaciones que aporten información epidemiológica y sobre patrones conductuales.

En los Cuadros 17 y 18 podemos observar la interacción entre los distintos segmentos poblacionales y las acciones programáticas para prevención, las cuales han sido incorporados en el presente plan estratégico.

En los Cuadros 19 y 20, describimos el desarrollo de algunas intervenciones potenciales que serán desarrolladas en el eje de prevención por segmento poblacional. Las mismas van desde intervenciones de información y educación para el cambio de comportamiento, uso del condón, uso de lubricantes de agua, diagnósticos de ITS, hasta facilitadores capacitados en educación de pares, todo, según el segmento de la población que vamos a abordar.

Cuadro 18: Acciones programáticas fundamentales para la prevención del VIH en otros grupos vulnerables

| | Población Indígena | Pacientes de TB | Adolescentes y Jóvenes | Población General | Trabajadores del Sector Privado y Público | Usuario de Drogas | Poblaciones Móviles | Clientes de TS | Población Afro Descendiente | Personas con Discapacidad | Huérfanos y Niño(a)s Vulnerables |
|--|--------------------|-----------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| 1. Prevenir la transmisión sexual del VIH. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 2. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción del daño. | + | | | | | + | | | | | |
| 3. Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 4. Concentrarse en la prevención del VIH entre los jóvenes. | | | | | | + | + | | | | |
| 5. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 6. Hacer frente y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH | | | | | + | + | | | | | |

Fuente: ASAP

Nuestra recomendación es que la estrategia de abordaje o intervención para cada población, tiene que ser adaptada a las diversas circunstancias que se derivan del género, aspectos culturales, étnicos, socio – económicos, políticos y/o etarios; para que garanticemos el éxito de la intervención, de manera que éstas nos conduzcan a la obtención de los resultados.

Las evidencias encontradas para el caso de Panamá y plasmadas en el documento “Base de Datos y Referencias para una Estrategia basada en Evidencias”, nos indican que deben promoverse estudios e investigaciones para obtener más información confiable que nos permita conocer con mayor efectividad características importantes que vinculen a las diversas poblaciones con la epidemia de VIH y Sida. En la actualidad y como ya hemos mencionado, la información disponible no tiene una cobertura nacional, no obedece a una sistematización cronológica, y en muchos casos su diseño y control no permite que se hagan análisis comparativos.

Cuadro 19: Intervenciones Potenciales para la prevención del VIH según los grupos vulnerable de alta prioridad

| | Población | Intervenciones Potenciales |
|------------------------------------|---|---|
| Población de alta prioridad | | |
| 1 | Personas Viviendo con VIH/sida | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Servicios de prevención dirigido a las PVVS • Facilitadores capacitados en educación de pares |
| 2 | HSH (Homosexual, Bisexual, Gay, Transexuales) | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Uso del condón (con lubricantes a base de agua) • Prueba de VIH y conoce el resultado • Diagnostico y tratamiento de las ITS |
| 3 | Trabajadores Sexual y sus clientes (Femenino y Masculino) | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Uso del condón (con lubricantes a base de agua, si necesario) • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Prueba de VIH y conoce el resultado • Facilitadores capacitados en educación de pares |
| 4 | Mujeres Embarazadas y/o Nuevos Nacidos | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Prueba de VIH y conoce el resultado • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Uso del condón • TARV durante el periodo de gestación desde la semana catorce (14) para prevenir la transmisión madre-hijo • Facilitadores capacitados en educación de pares • Profilaxis a niños nacidos de madres HIV+, al nacer hasta las 6 semanas • Sucedáneo de leche materna a niños nacidos de madres VIH+ • Referencia de la madre VIH+ a clínicas TARV en el posparto |
| 5 | Privados de Libertad | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Prueba de VIH y conoce el resultado • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Ambiente de políticas favorable • Uso del condón (con lubricantes de agua) |
| 6 | Personal uniformado | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Prueba de VIH y conoce el resultado • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS |

La información epidemiológica para cada población enunciada, es limitada y en la mayoría de los casos no se recoge; es por ello que recomendamos mejorar los sistemas de vigilancia para ITS, VIH y Sida y la publicación oportuna de los datos para apoyar el proceso cíclico de planificación estratégica y para fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación.

Un plan estratégico no puede basarse en percepciones, debe responder a evidencias nacionales con un sólido soporte metodológico; evidencias que orientaran las intervenciones adecuadas, hacia las poblaciones donde realmente se localice la epidemia y en la proporción en qué en esta se encuentre.

Cuadro 20: Intervenciones Potenciales para la prevención del VIH según los otros grupos vulnerables

| Otras Poblaciones | | |
|-------------------|--|--|
| | Población | Intervenciones Potenciales |
| 1 | Usuarios de drogas | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Prueba de VIH y conoce el resultado • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Ambiente de políticas favorable • Cambio de agujas y jeringas • Substitución de drogas |
| 2 | Población Móviles | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Prueba de VIH y conoce el resultado |
| 3 | Población Indígena (Kuna, Ngöbe-bugle, Emberá-Wounan, Teribe) | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Prueba de VIH y conoce el resultado • Facilitadores capacitados en educación de pares |
| 4 | Población Afro Descendiente: | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Prueba de VIH y conoce el resultado |
| 5 | Personas con Discapacidad | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Prueba de VIH y conoce el resultado • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS • Facilitadores capacitados en educación de pares |
| 6 | Huérfanos y niño(a)s vulnerable | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitadores capacitados en educación de pares • IECC |
| 7 | Adolescentes y jóvenes | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Docentes capacitados en el sector de educación • Escuelas que cumplen con la Curricula en educación sexual • Facilitadores capacitados en educación de pares |
| 8 | Pacientes TB | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Servicios de prevención dirigido a los pacientes con TB • Prueba de VIH y conoce el resultado • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS |
| 9 | Trabajadores sector privado/publico | <ul style="list-style-type: none"> • IECC • Facilitadores capacitados en educación de pares • Uso del condón • Diagnostico y tratamiento de las ITS |

Ejes Estratégicos:

El PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ se fundamenta en cuatro ejes, elaborados en el Marco de Resultados bajo la metodología de ASAP; los mismos han sido producto de una amplia consulta nacional con los principales actores de diversos sectores que interactúan en la respuesta a la epidemia. Los Ejes se han establecido contemplando las necesidades nacionales determinadas por la existencia o no de evidencias, por la identificación de brechas; por el análisis de la situación y respuesta; así como atendiendo a iniciativas como la de los “Tres Unos” promovida por ONUSIDA y avalada por los más importantes organismos internacionales.

En total el PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ está definido por cuatro (4) Objetivos Generales, quince (16) Objetivos Específicos, cuarenta y tres (45) Resultados y por lo menos veinte y dos (23) Efectos Directos; en el que participan actores claves que pertenecen a entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, sector privado y agencias de cooperación internacional que operan en Panamá.

Los 16 Objetivos Específicos y los 45 Resultados del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ responden a las Nueve (9) áreas que de manera prioritaria ONUSIDA recomienda incluir en las respuestas nacionales a la epidemia de VIH y Sida como parte de su marco de resultados para el período 2009 – 2011.

Área de Prioridad 1 – *Reducción de la Transmisión Sexual de VIH.*

Objetivo Específico:

2.1.1. Prevenir la transmisión sexual del ITS/VIH.

Área de Prioridad 2 – *Prevenir que las Madres mueran por causa del VIH y que los hijos lleguen a infectarse con VIH.*

Objetivo Específico:

2.1.2. Prevenir la transmisión materno infantil del VIH y de otras ITS.

Área de Prioridad 3 – *Asegurar que las Personas que viven con VIH reciban tratamiento*

Objetivo Específico:

3.1.1. Mejorar el acceso oportuno e ininterrumpido a la Terapia Antirretroviral, con la debida adherencia a los medicamentos.

Área de Prioridad 4 – *Prevenir que las personas que viven con VIH fallezcan de Tuberculosis.*

Objetivo Específico:

- 3.1.1. Mejorar el acceso oportuno e ininterrumpido a la Terapia Antirretroviral, con la debida adherencia a los medicamentos. (El resultado 3.1.1.3 incluye esta área).

Área de Prioridad 5 – *Prevenir que los usuarios de drogas no se infecten con VIH.*

Objetivo Específico:

- 2.1.3. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosa incluido medidas para la reducción del daño.

Área de Prioridad 6 – *Eliminar leyes, políticas y prácticas que promuevan estigma y discriminación y que afecten la efectividad de la respuesta nacional a la epidemia de VIH.*

Objetivo Específico:

- 1.1.4. Promover un ambiente político y legal que favorezca la implementación efectiva de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida.

Área de Prioridad 7 – *Detener la violencia contra las niñas y las mujeres.*

Objetivos Específicos:

- 1.1.1. Reforzar las Organizaciones Gubernamentales y la Sociedad Civil en sus capacidades institucionales para las acciones de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida.
- 1.1.4. Promover un ambiente político y legal que favorezca la implementación efectiva de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida.

Área de Prioridad 8 – *Empoderar a los jóvenes para que se auto protejan de la epidemia de VIH.*

Objetivos Específicos:

- 2.1.7. Fortalecer la cobertura de prevención del VIH entre los jóvenes.
- 2.1.8. Fortalecer Programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección y rechazar ideas erróneas que además promueven el estigma y la discriminación.

Área de Prioridad 9 – Mejorar la protección social a las personas afectadas por el VIH.

Objetivo Específico:

- 3.1.3. Fortalecer y mejorar la calidad de los servicios brindados a PVVS en las instalaciones de salud (atención en todos los niveles: medicina general, odontología, laboratorios, especialidades, cirugía, hospitalización, tecnología médica, nutrición, sicología - siquiatría)

El PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ está plasmado en el documento “Marco de Resultados y Estimación de Costeo para una Estrategia basada en Evidencia” el cual, a través de una serie de sencillas matrices, detalla toda la información relacionada al logro de los resultados propuestos; definiendo la estrategia en función del objetivo general, los objetivos específicos, los actores que interactuarán en el logro del resultado, las intervenciones iniciales que se proponen y los efectos directos que se esperan del logro del resultado y el indicador para monitorear el alcance del mismo.

Cada Eje del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ satisface importantes necesidades nacionales que conducirán la respuesta a impactar la epidemia con efectividad y eficiencia, adicionalmente, responde a compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS y acuerdos regionales y sub regionales en el tema de VIH y Sida y de los cuales Panamá es signatario.

1. Fortalecimiento Institucional

Este primer Eje del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ ha sido estratégicamente diseñado para establecer una plataforma operativa funcional desde donde se lidere una sola respuesta nacional que minimice la dispersión, oriente los esfuerzos y recursos hacia donde se contribuya, efectivamente, al logro de los resultados y en donde haya mayores índices de costo-efectividad. Así mismo, este plan estratégico se define por sus objetivos el General y los Específicos.

- 1.1 **Objetivo General:** Fortalecimiento de una Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la Epidemia de VIH – Sida.

- 1.1.1 **Objetivo Específico:** Reforzar las Organizaciones Gubernamentales y la Sociedad Civil en sus capacidades institucionales para las acciones de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida.

Resultado 1.1.1.1.: Instituciones para proveer servicios de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida con altos estándares de calidad Certificadas.

1.1.2. **Objetivo Específico:** Mejorar la capacidad técnica y operativa de CONAVIH.

Resultado 1.1.2.1: El Decreto Ejecutivo # 7 del 22 de Enero de 2008 que establece CONAVIH, modificado, aprobado e implementado.

Resultado 1.1.2.2: El presupuesto del Estado para incorporar el personal administrativo y técnico; así como los recursos operativos y logísticos necesarios para el funcionamiento de CONAVIH, aumentado y aprobado.

1.1.3. **Objetivo Específico:** Fortalecimiento de la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada.

Resultado 1.1.3.1: El número de instalaciones de salud pública y privada que cumplen con las normas y protocolos de atención integral, guías y políticas, incrementadas.

Resultado 1.1.3.2: Acuerdo Interinstitucional de MINSA – CSS para fortalecer e implementar el sistema de planificación, adjudicación, compras, distribución de los medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas y los reactivos para pruebas de control y diagnóstico para ITS/VIH/SIDA, aprobado.

1.1.4. **Objetivo Específico:** Promover un ambiente político y legal que favorezca la implementación efectiva de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida.

Resultado 1.1.4.1.: Se identifican políticas, normas, leyes y prácticas que promueven estigma y/o discriminación y que se constituyen en barreras para una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y Sida.

Resultado 1.1.4.2.: Se eliminan políticas, normas, leyes y prácticas que promovían estigma y/o discriminación y que constituían barreras para una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y Sida, las cuales han sido identificadas.

Efectos Directos:

1. Instituciones que proveen servicios para ITS VIH y Sida, bajo estándares de calidad establecidos en la certificación.
2. Se cuenta con una base legal que concentra el liderazgo de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida en un Patronato con carácter multisectorial.
3. CONAVIH funcionando administrativamente, con capacidad técnica.
4. Población recibe servicios de salud de calidad.
5. Población PVVS recibe oportunamente pruebas diagnósticas, medicamentos, pruebas control para el manejo de ITS/VIH/SIDA.
6. Se eliminan políticas, normas o leyes que generen estigma y discriminación, por lo que se crea un ambiente político y normativo favorable para desarrollar una efectiva respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida.

2. Prevención

El segundo Eje resalta la importancia, fundamental, de la prevención como la estrategia más eficiente para disminuir la expansión de la epidemia, haciendo intervenciones puntuales en poblaciones para las cuales las evidencias nos indican que son determinantes en la velocidad de expansión de la misma. Sus objetivos General y Específicos, definen este eje.

- 2.1 **Objetivo General:** Prevención de la transmisión del VIH con énfasis en poblaciones en mayor riesgo, sustentada en evidencias y con acciones programáticas que identifican la participación de actores estratégicos.

- 2.1.1: **Objetivo Específico:** Prevenir la transmisión sexual del ITS/VIH.

Resultado 2.1.1.1: Aumenta el uso del condón.

Resultado 2.1.1.2: Aumenta el uso de lubricantes a base de agua junto con el condón.

Resultado 2.1.1.3: Aumenta el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas.

- 2.1.2: **Objetivo Específico:** Prevenir la transmisión materna infantil del VIH y de otras ITS.

Resultado 2.1.2.1: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas que reciben el Control Prenatal (CPN).

Resultado 2.1.2.2: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas en CPN que hace la Prueba del VIH.

Resultado 2.1.2.2a: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas en CPN que hace la Prueba de ITS.

Resultado 2.1.2.3: Aumenta la cobertura de Mujeres Embarazadas VIH+ que reciben TARV durante el periodo de gestación (desde la semana catorce) para prevenir la transmisión madre-hijo.

Resultado 2.1.2.4: Aumenta la cobertura de Mujeres embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud.

Resultado 2.1.2.5: Aumenta la cobertura de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.

Resultado 2.1.2.6: Aumenta la cobertura de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben sucedáneo de leche materna.

2.1.3: **Objetivo Específico:** Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosa incluido medidas para la reducción del daño.

Resultado 2.1.3.1: Se establece un Convenio de Cooperación ente MINSA – CSS, Ministerio Público y ONG's para homologar estrategias, elaborar normas de acción y protocolos de atención para esta población, elaboración de folletos y materiales de prevención.

2.1.4: **Objetivo Específico:** Velar por la seguridad en el suministro de sangre.

Resultado 2.1.4.1: Se mantiene la cobertura de unidades de sangre segura para transfusión.

2.1.5: **Objetivo Específico:** Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud.

Resultado 2.1.5.1: Normas Nacionales de Bioseguridad elaboradas y aprobadas.

Resultado 2.1.5.2: Aumentan las instalaciones de salud pública y privada que cumplen con las Normas Nacionales de Bio-Seguridad.

Resultado 2.1.5.3: Aumenta el número de instalaciones de salud que brinden atención Post-Exposición VIH (PEP).

2.1.6: **Objetivo Específico:** Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento.

Resultado 2.1.6.1: Aumenta la cobertura de población que se realiza la prueba de VIH y conoce el resultado.

2.1.7: **Objetivo Específico:** Fortalecer la cobertura de prevención del VIH entre los jóvenes.

Resultado 2.1.7.1: Se actualiza el currículo educativo nacional para el tema: educación sexual y habilidades para la vida.

Resultado 2.1.7.2: Se implementa el currículo educativo nacional para el tema: educación sexual y habilidades para la vida en el Sistema Educativo Nacional: Niveles Primario, Pre Medio, Medio y Post Medio Público y Privado.

Resultado 2.1.7.3: Aumenta el Conocimiento correcto en los Estudiantes del Sistema Educativo Nacional de los niveles Primario, Pre Medio, Medio y Post Medio de las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.

Resultado 2.1.7.4: Aumenta el Conocimiento adecuado sobre VIH en Población General de Estudiantes de Universidades Públicas y Privadas a nivel nacional que conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correcta y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH y sobre estigma y discriminación.

2.1.8: **Objetivo Específico:** Fortalecer Programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección y rechazar ideas erróneas que además promueven el estigma y la discriminación.

Resultado 2.1.8.1: Aumenta el conocimiento en relación a las formas de prevención de transmisión sexual del VIH y el rechazo de ideas erróneas a cerca de la transmisión del virus.

Efectos Directos:

1. Disminución de la probabilidad de transmisión del VIH.
 - a) Por post exposición laboral
 - b) Por contacto sexual
 - c) Por transfusiones de sangre
 - d) Al nacer a través de la lactancia materna
2. Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, de infertilidad, de cáncer cervico uterino, y de impacto económico.
3. Captación de la mujer embarazada para brindar: i) asesoría sobre la prueba de VIH e ITS; ii) atención integral.
4. Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil.
5. Instituciones de Salud Pública y Privadas, incluyendo laboratorios clínicos, cumplen con las Normas Nacionales de Bio Seguridad.

3. Atención Integral

El tercer Eje busca resultados que permitan garantizar la efectividad de la inversión en atención, tanto para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, incorporarlas como parte sustancial de la respuesta, aumentar la cobertura de la atención de manera que funcione como un eje de interacción con la estrategia de prevención, promoviendo la optimización de recursos.

- 3.1 **Objetivo General:** Fortalecimiento de una Atención Integral que facilite el acceso a TARV y a pruebas de control, pruebas diagnósticas, tratamiento de infecciones oportunistas, prevención secundaria; que, además, facilite el acceso a todos los servicios de salud y que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de PVVS.

- 3.1.1: **Objetivo Específico:** Mejorar el acceso oportuno e ininterrumpido a la Terapia Antirretroviral, con la debida adherencia a los medicamentos.

Resultado 3.1.1.1: Se establece un convenio entre el MINSA y Caja de Seguro Social (CSS) para la armonización de la atención integral a los PVVS.

Resultado 3.1.1.2: Aumenta la cobertura de PVVS que reciben terapia antirretroviral.

Resultado: 3.1.1.3: Aumenta la cobertura PVVS con TB que reciben TAR y tratamiento para TB.

3.1.2: **Objetivo Específico:** Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento del Sida.

Resultado 3.1.2.1: Aumenta el número de instalaciones de salud gubernamentales y privadas, que ofrezcan servicios de prevención dirigido a las PVVS (prevención secundaria).

3.1.3: **Objetivo Específico:** Fortalecer y mejorar la calidad de los servicios brindados a PVVS en las instalaciones de salud (atención en todos los niveles: medicina general, odontología, laboratorios, especialidades, cirugía, hospitalización, tecnología médica, nutrición, sicología - siquiatría)

Resultado 3.1.3.1: Aumenta el número de instalaciones de salud pública que cumplen con la Normas de Atención Integral y que están ofreciendo todos los servicios a PVVS de acuerdo a los estándares generales de calidad.

Efectos Directos:

1. Armonización de la respuesta entre el MINSA y el CSS.
2. Se mejora la calidad de vida de las PVVS y sus familiares.
3. Disminución de los días de hospitalizaciones y de infecciones oportunistas.
4. Aumento de la probabilidad de sobrevivencia.
5. Se disminuye la probabilidad de TB en pacientes con VIH.

4. Monitoreo y Evaluación

El cuarto Eje es de vital importancia para garantizar la ejecución de la estrategia contenida en este plan; se debe generar la capacidad de dar seguimiento a la ejecución, se debe tener la capacidad de rectificar, de generar información y datos oportunos para la toma de decisiones en todos los niveles de la respuesta y se deben establecer indicadores que permitan una evaluación periódica de procesos, resultados e impactos.

4.1 **Objetivo General:** Fortalecimiento de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación

4.1.1: **Objetivo Específico:** Implementar un sistema multisectorial permanente de Monitoreo y Evaluación de la respuesta Nacional, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad,

que permita la toma de decisiones acertadas para el logro de los objetivos estratégicos de la respuesta nacional.

Resultado 4.1.1.1: Se establecen estructuras organizacionales con funciones de monitoreo y evaluación en ITS VIH SIDA.

Resultado 4.1.1.2: Recursos humanos para Monitoreo y Evaluación en ITS VIH SIDA, desarrollados.

Resultado 4.1.1.3: Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de Monitoreo y Evaluación, desarrolladas.

Resultado 4.1.1.4: Plan Nacional Multisectorial de Monitoreo y Evaluación Único para ITS VIH SIDA, actualizado.

Resultado 4.1.1.5.: Plan Nacional Anual de Trabajo de Monitoreo y Evaluación en VIH, elaborado y costead.

Resultado 4.1.1.6.: Se aboga, Se informa y Se capacita para el desarrollo de una cultura de Monitoreo y Evaluación en ITS VIH SIDA.

Resultado 4.1.1.7.: Monitoreo de ITS VIH SIDA implementado de forma rutinaria.

Resultado 4.1.1.8.: Encuestas y Vigilancia activa, pasiva, y centinela, realizadas.

Resultado 4.1.1.9.: Se desarrollan, Se actualizan y Se ajustan las bases de datos sobre VIH a nivel nacional y sub-nacional.

Resultado 4.1.1.10.: Se establece y mejora la supervisión capacitadora y auditoria de datos.

Resultado 4.1.1.11: Se realizan Investigaciones y Evaluaciones en VIH según la agenda de investigación.

Resultado 4.1.1.12: Se utiliza y difunde información para la toma de decisiones.

Efectos Directos:

1. El sistema de M&E funcionando efectivamente.
2. Recursos humanos disponibles y capacitados para el M&E.

3. Establecimiento de un canal rutinario de comunicación para facilitar el intercambio de información entre los actores claves de M&E.
4. Plan de M&E implementándose como un instrumento único actualizado que define indicadores y organiza la recolección sistemática de información de ITS, VIH y Sida; así como los instrumentos para medir el avance y evaluar la respuesta nacional a la epidemia.
5. Conocimiento del M&E y del sistema de M&E por parte de los actores claves.
6. Organizaciones reportan periódicamente a la Comisión Interinstitucional de M&E.
7. Conocimiento de la situación y de la respuesta al VIH.
8. Información oportuna y disponible sobre los componentes programáticos de la respuesta.
9. Mejora en la calidad de los datos.

Indicadores de Impacto

| |
|--|
| Disminuye el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad, y de poblaciones más expuestas infectados por el VIH (UNGASS), y a una ITS: |
| Disminuye el porcentaje de lactantes infectados por el VIH (%) que nació de madres infectadas (UNGASS) |
| Aumenta el porcentaje de adultos (%) y niños (%) con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúan tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral (UNGASS) |
| Disminuye la edad de inicio sexual en jóvenes |

Síntesis del Marco de Resultados del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄ Panamá

| | | | | |
|----------|--|-------|------|------|
| 1 | Fortalecimiento Institucional | | | |
| 1.1. | Objetivo General: Fortalecimiento de una Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la Epidemia de VIH – Sida. | | | |
| 1.1.1. | Objetivo Específico: Reforzar las Organizaciones Gubernamentales y la Sociedad Civil en sus capacidades institucionales para las acciones de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida | | | |
| 1.1.1.1. | Resultado: Instituciones para proveer servicios de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida con altos estándares de calidad debidamente, Certificadas | | | |
| | Indicador: Número de Instituciones o empresas que se han certificado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Organizaciones Gubernamentales | 0 | 25 | 35 |
| | Empresas Privadas | 0 | 18 | 28 |
| | Organizaciones No Gubernamentales | 0 | 35 | 40 |
| | Actores Claves: PNITSVIHSIDA, MINSA, CIM&E, CONAVIH, Red de Sitios de Trabajo, ONG's, Consejo Empresarial para la Prevención del Sida, Universidad de Panamá, Ministerio de Educación | | | |
| | | | | |
| 1.1.2. | Objetivo Específico: Mejorar la capacidad técnica y operativa de CONAVIH. | | | |
| 1.1.2.1. | Resultado: El Decreto Ejecutivo # 7 del 22 de Enero de 2008 que establece CONAVIH, modificado, aprobado e implementado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Decreto # 7 del 22 de enero de 2008 modificado | 0 | √ | |
| | Actores Claves: CONAVIH, Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Pública para VIH, ONG's, PNITSVIHSIDA, MINSA, CSS, Defensoría del Pueblo | | | |
| 1.1.2.2. | Resultado: El presupuesto del Estado para incorporar el personal administrativo y técnico; así como los recursos operativos y logísticos necesarios para el funcionamiento de CONAVIH, aumentado y aprobado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Crédito extraordinario 2009 aprobado y Presupuesto 2010 aprobado | √ | √ | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNITSVIHSIDA, MINSA, Ministerio de Economía y Finanzas, Presidencia de la República | | | |
| | | | | |
| 1.1.3. | Objetivos Específicos: Fortalecimiento de la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada. | | | |
| 1.1.3.1. | Resultado: El número de instalaciones de salud pública y privada que cumplen con las normas y protocolos de atención integral, guías y políticas, se ha incrementado. | | | |
| | Indicador: Porcentaje de instalaciones de salud a nivel nacional que cumplen con las normas y protocolos de atención integral, guías y políticas | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Instalaciones Publicas | N.Ev. | | |
| | Instalaciones Privadas | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNITSVIHSIDA, MINSA, CSS, Instalaciones Privadas de Salud, Universidades con carreras en el área de salud, Defensoría del Pueblo, ONG's | | | |
| 1.1.3.2. | Resultado: Acuerdo Interinstitucional de MINSA – CSS para fortalecer e implementar el sistema de planificación, adjudicación, compras, distribución de los medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas y los reactivos para pruebas de control y diagnóstico para ITS/VIH/SIDA, negociado y aprobado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Acuerdo Interinstitucional del MINSA y CSS realizado | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNITSVIHSIDA, MINSA, CSS, CIM&E, Ministerio de | | | |

| | | | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|
| | Economía y Finanzas, Contraloría General de la Nación | | | |
| 1.1.4. | Objetivos Específicos: Promover un ambiente político y legal que favorezca la implementación efectiva de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida. | | | |
| 1.1.4.1. | Resultado: Se identifican políticas, normas, leyes y prácticas que promueven estigma y/o discriminación y que se constituyen en barreras para una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y Sida. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Diagnóstico que refleja inventario de normas, leyes, políticas y prácticas que promueven estigma y discriminación vinculadas a la epidemia de VIH y Sida. | N. Ev. | | |
| | Actores Claves: Organizaciones de la Sociedad Civil, Alianza Estratégica, Defensoría del Pueblo, PNVIH | | | |
| 1.1.4.2. | Resultado: Se eliminan políticas, normas, leyes y prácticas que promovían estigma y/o discriminación y que constituían barreras para una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y Sida, las cuales han sido identificadas. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Número de normas, leyes, políticas y prácticas que fueron identificadas y eliminadas que estaban vinculadas a la generación de estigma y discriminación. | N. Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo. Organizaciones de la Sociedad Civil | | | |

| | | | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|
| 2 | Prevención | | | |
| 2.1. | Objetivo General: Prevención de la transmisión del VIH con énfasis en poblaciones en mayor riesgo, sustentada en evidencias y con acciones programáticas que identifican la participación de actores estratégicos. | | | |
| 2.1.1. | Objetivos Específicos: Prevenir la transmisión sexual del ITS/VIH. | | | |
| 2.1.1.1. | Resultado: Aumenta el uso del condón | | | |
| | Indicador: Para cada segmento poblacional | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | HSH: Porcentaje que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina | 83.2% | 87% | 90% |
| | TSM: Porcentaje que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina | 81.8% | 86% | 90% |
| | TSF: Porcentaje que declara haber usado un preservativo con su último cliente | 97.4% | 98% | 99% |
| | Personal Uniformado: Porcentaje que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual con pareja no habitual | 61.5% | 75% | 85% |
| | No hay evidencia: Trabajadores del Sector Privado y Público, HSH (Bisexual, Gay y Trans Femenino), PVVS, otras poblaciones a incorporar si se obtiene evidencia | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNITSVIHSIDA, MINSA, CSS, ONG's, Red de Sitios de Trabajo, Alcaldías, Ministerio de Gobierno, Autoridad del Canal, Ministerio de Trabajo, FENASEP, Grupos de Auto Apoyo de PVVS, CONATO, CONEP | | | |
| 2.1.1.2. | Resultado: Aumenta el uso de lubricantes a base de agua junto con el condón. | | | |
| | Indicador: Para cada segmento poblacional | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | HSH: Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal | 78.6% | 85% | 90% |

| | | | | |
|----------------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | TSF: Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en la última relación sexual | 63.9% | 80% | 90% |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, CSS, Sector Privado, ONG's | | | |
| 2.1.1.3. | Resultado: Aumenta el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas | | | |
| | Indicador: Porcentaje de Personas (según segmento poblacional) con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, tratamiento, y asesoría | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | No hay evidencia: HSH, TSM, TSF, Privado de Libertad | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, ONG's | | | |
| 2.1.2. | Objetivos Específicos: Prevenir la transmisión materno infantil del VIH y de otras ITS. | | | |
| 2.1.2.1. | Resultado: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas que reciben el Control Prenatal (CPN). | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de embarazadas que asisten a control prenatal | 93.1% | 94% | 95% |
| | Actores Claves: MINSA CSS ONG's y OBC, MIDES (Red de Oportunidades, Red de Alfabetización) | | | |
| 2.1.2.2. | Resultado: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas en CPN que hace la Prueba del VIH. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas que se hacen la prueba de VIH | 38.2% | 75% | 100% |
| | Actores Claves: MINSA CSS ONG's, Hospitales y Clínicas Privadas | | | |
| 2.1.2.2 ^a | Resultado: Aumenta la cobertura de mujeres embarazadas en CPN que hace la Prueba de ITS. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a CPN y se hacen la prueba de ITS | N.Ev. | | 100% |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, ONG's, Hospitales y Clínicas Privadas | | | |
| 2.1.2.3. | Resultado: Aumenta la cobertura de Mujeres Embarazadas VIH+ que reciben TARV durante el periodo de gestación (desde la semana catorce) para prevenir la transmisión madre-hijo. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas VIH+ que reciben TAR para reducir la transmisión materno infantil | N.Ev. | | 100% |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, Hospitales Privados | | | |
| 2.1.2.4. | Resultado: Aumenta la cobertura de Mujeres embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de Mujeres Embarazadas que hacen su labor de Parto en una instalación de salud | 91.5% | 95% | 98% |
| | Actores Claves: MINSA CSS Hospitales y Clínicas Privados, MIDES | | | |
| 2.1.2.5. | Resultado: Aumenta la cobertura de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas | N.Ev. | | 100% |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, Hospital del Niño, Hospitales y Clínicas Privadas | | | |
| 2.1.2.6. | Resultado: Aumenta la cobertura de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben sucedáneo de leche materna | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |

| | | | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|
| | Indicador: Porcentaje de niños nacidos de Madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna | N.Ev. | | 100% |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, HDN y Hospitales y Clínicas Privadas, MIDES (Red de Oportunidades) | | | |
| 2.1.3. | Objetivos Específicos: Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosa incluido medidas para la reducción del daño. | | | |
| 2.1.3.1. | Resultado: Se establece un Convenio de Cooperación ente MINSA – CSS, Ministerio Público y ONG's para homologar estrategias, elaborar normas de acción y protocolos de atención para esta población, elaboración de folletos y materiales de prevención. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Convenio Interinstitucional aprobado e implementándose | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA – CSS, Ministerio Público, ONG's | | | |
| 2.1.4. | Objetivos Específicos: Velar por la seguridad en el suministro de sangre. | | | |
| 2.1.4.1. | Resultado: Se mantiene la cobertura de unidades de sangre segura para transfusión. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad aseguradas | 100% | 100% | 100% |
| | Actores Claves: PNITSVIHSIDA, MINSA, CSS, ONGs, hospitales privados y bancos de sangre, Sitios de trabajo | | | |
| 2.1.5. | Objetivos Específicos: Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud. | | | |
| 2.1.5.1. | Resultado: Normas Nacionales de Bioseguridad, elaboradas y aprobadas | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Documento de Normas Nacionales de Bio Seguridad aprobado | N.Ev. | √ | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNVIH, MINSA, CSS, ONG's | | | |
| 2.1.5.2. | Resultado: Aumentan las instalaciones de salud pública y privada que cumplen con las Normas Nacionales de Bio-Seguridad. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de Instalaciones de Salud que cumplen con las normas nacionales de Bio-seguridad: Públicas, Privadas, Laboratorios clínicos | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA, PNVIH, CSS, ONG's, Sector Privado | | | |
| 2.1.5.3. | Resultado: Aumenta el número de instalaciones de salud que brinden atención Post-Exposición VIH (PEP). | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de instalaciones de salud que cumplen con las normas de atención PEP para VIH | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA, PNVS, CSS, Medicatura Forense (integrar a la administración de Justicia) Clínicas y Hospitales Privados | | | |
| 2.1.6. | Objetivos Específicos: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento. | | | |
| 2.1.6.1. | Resultado: Aumenta la cobertura de población que se realiza la prueba de VIH y conoce el resultado. | | | |
| | Indicador: Porcentaje de población más expuesta (según segmento poblacional) que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | SHS | 98.1% | 98.5% | 99% |

| | | | | |
|----------|--|-----------------|-------------|-------------|
| | TSF | 97.5% | 98% | 98.5% |
| | Personal Uniformado | 5.3% | 30% | 45% |
| | No Evidencia: Bi-sexual, Gay, Trans, TSM; Privado de libertad, Población General | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA PNVIH, CSS, MINGOB, Sistema Nacional Penitenciario, Sector Privado | | | |
| 2.1.7. | Objetivos Específicos: Fortalecer la cobertura de prevención del VIH entre los jóvenes. | | | |
| 2.1.7.1. | Resultado: Se actualiza el currículo educativo nacional para el tema: educación sexual y habilidades para la vida. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Currículo en Educación sexual y habilidades para la vida actualizado y aprobado | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MEDUCA, MIDES, Asociaciones de Padres de Familia y Gremios Docentes, INADEH, Defensoría del Pueblo | | | |
| 2.1.7.2. | Resultado: Se implementa el currículo educativo nacional para el tema: educación sexual y habilidades para la vida en el Sistema Educativo Nacional: Niveles Primario, Pre Medio, Medio y Post Medio Público y Privado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de Escuelas Públicas y Privadas de los diferentes niveles en todo el país que están implementando el currículo en educación sexual y habilidades para la vida | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MEDUCA, Asociaciones de Padres de Familia y Gremios Docentes, MEF | | | |
| 2.1.7.3. | Resultado: Aumenta el Conocimiento correcto en los Estudiantes del Sistema Educativo Nacional de los niveles Primario, Pre Medio, Medio y Post Medio de las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de estudiantes (<i>primaria, pre media, media y post media</i>) que tienen conocimiento adecuado sobre VIH conocen las formas de prevención y las formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MEDUCA, Consejo de Rectores | | | |
| 2.1.7.4. | Resultado: Aumenta el Conocimiento adecuado sobre VIH en Población General de Estudiantes de Universidades Públicas y Privadas a nivel nacional que conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correcta y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH y sobre estigma y discriminación. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Porcentaje de estudiantes que tienen conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus y sobre estigma y discriminación) | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, Consejo Nacional de Rectores PNVIH ONG's, MEDUCA | | | |
| 2.1.8. | Objetivos Específicos: Fortalecer Programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección y rechazar ideas erróneas que además promueven el estigma y la discriminación. | | | |
| 2.1.8.1. | Resultado: Aumenta el conocimiento en relación a las formas de prevención de transmisión sexual del VIH y el rechazo de ideas erróneas a cerca de la transmisión | | | |

| | | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------------|
| | del virus. | | | |
| | Indicador: Porcentaje de poblaciones (según segmento poblacional) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | HSH | 86.7% | 90% | 95% |
| | TSF | 89.4% | 91% | 94% |
| | Personal Uniformado | 65.1% | 80% | 100% |
| | No Evidencia: TSM, Privado de libertad; Población General, Trabajadores del Sector Público/ Privado | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: CONAVIH MINSA PNITSVIHSIDA, ONG's, Red de Sitios de Trabajo, MINGOB – COPRECOS (todas las dependencias), Sector Privado (CoNEP, CONATO) | | | |

| | | | | |
|-------------|--|-------------|-------------|-------------|
| 3 | Atención Integral | | | |
| 3.1. | Objetivo General: Fortalecimiento de una Atención Integral que facilite el acceso a TARV y a pruebas de control, pruebas diagnósticas, tratamiento de infecciones oportunistas, prevención secundaria; que, además, facilite el acceso a todos los servicios de salud y que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de PVVS. | | | |
| 3.1.1. | Objetivo Específico: Mejorar el acceso oportuno e ininterrumpido a la Terapia Antirretroviral, con la debida adherencia a los medicamentos | | | |
| 3.1.1.1. | Resultado: Se establece un convenio entre el MINSA y Caja de Seguro Social (CSS) para la armonización de la atención integral a los PVVS. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Convenio entre la CSS y MINSA debidamente aprobado | Políticas | √ | |
| | Actores Claves: CONAVIH, PNITSVIHSIDA, MINSA y CSS | | | |
| 3.1.1.2. | Resultado: Aumenta la cobertura de PVVS que reciben terapia antirretroviral. | | | |
| | Indicador: Porcentaje de personas (según segmento poblacional) con infección por VIH que recibe TARV | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Adultos | 50% | 70% | 80% |
| | Niños | N.Ev. | | 100% |
| | Actores Claves: MINSA, PNITSVIHSIDA, CSS | | | |
| 3.1.1.3. | Resultado: Aumenta la cobertura PVVS con TB que reciben TAR y tratamiento para TB. | | | |
| | Indicador: Porcentaje de casos estimados de co-infección por el VIH/TB que recibió tratamiento para la TB y el VIH | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Adultos | N.Ev. | | |
| | Niños | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, PNVIH, Programa Nacional de Tuberculosis, Clínicas y Hospitales Privados | | | |
| 3.1.2. | Objetivo Específico: Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento del Sida. | | | |
| 3.1.2.1. | Resultado: Aumenta el número de instalaciones de salud gubernamentales y privadas, que ofrezcan servicios de prevención dirigido a las PVVS (prevención secundaria). | | | |
| | Indicador: Porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas que ofrecen servicios de prevención dirigido a PVVS | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | CTARV | N.Ev. | | |

| | | | | |
|----------|---|-----------------|-------------|-------------|
| | Departamentos de Salud Ocupacional | N.Ev. | | |
| | Departamentos de Capacitaciones de instituciones de salud | N.Ev. | | |
| | ONG | N.Ev. | | |
| | Actores Claves: MINSA, CSS, Hospitales y Clínicas Públicas y Privadas, MIDES, Alcaldías | | | |
| 3.1.3. | Objetivo Específico: Fortalecer y mejorar la calidad de los servicios brindados a PVVS en las instalaciones de salud (atención en todos los niveles: medicina general, odontología, laboratorios, especialidades, cirugía, hospitalización, tecnología médica, nutrición, sicología - siquiatría). | | | |
| 3.1.3.1. | Resultado: Aumenta el número de instalaciones de salud pública que cumplen con la Normas de Atención Integral y que están ofreciendo todos los servicios a PVVS de acuerdo a los estándares generales de calidad. | | | |
| | Indicador: Número de Instalaciones de Salud que ofrecen todos los servicios a PVVS sin discriminación | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Instituciones de Salud Publica-MINSA | N.Ev. Políticas | | |
| | CSS | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, CSS, ONG's, Grupo de Auto apoyo | | | |

| | | | | |
|----------|--|-----------------|-------------|-------------|
| 4 | Monitoreo y Evaluación | | | |
| 4.1. | Objetivo General: Fortalecimiento de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación. | | | |
| 4.1.1. | Objetivo Específico: Implementar un sistema multisectorial permanente de Monitoreo y Evaluación de la respuesta Nacional, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones acertadas para el logro de los objetivos estratégicos de la respuesta nacional. | | | |
| 4.1.1.1. | Resultado: Se establecen estructuras organizacionales con funciones de monitoreo y evaluación en ITS VIH SIDA. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: CONAVIH establece una unidad de M&E específica, con el mandato y la autoridad para coordinar las actividades de M&E y con independencia para reportar abiertamente sobre la información de M&E | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, Comisión Nacional de M&E, CSS, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.2. | Resultado: Recursos humanos para Monitoreo y Evaluación en ITS VIH SIDA, desarrollados. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Número de organizaciones que trabajan en ITS/VIH/sida y que tienen recursos humanos disponibles y capacitados para realizar las tareas de M&E | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, Comisión Nacional de M&E, MINSA, PNVIH, CSS, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.3. | Resultado: Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de Monitoreo y Evaluación, desarrolladas. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Comisión Nacional de M&E funcionando y ejecutando un Plan de M y E, planifica, coordina, y realiza gerencia | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |

| | | | | |
|-----------|--|--------------------|-------------|-------------|
| 4.1.1.4. | Resultado: Plan Nacional Multisectorial de Monitoreo y Evaluación Único para ITS VIH SIDA, actualizado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Existe y se ejecuta un “Plan de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional para la prevención, atención, y control de ITS, VIH y SIDA” explícitamente vinculado con el PEN. | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.5. | Resultado: Plan Nacional Anual de Trabajo de Monitoreo y Evaluación en VIH elaborado y costado. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Plan (Operativo) de Trabajo Nacional anual elaborado y costado | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.6. | Resultado: Se aboga, Se informa y Se capacita para el desarrollo de una cultura de Monitoreo y Evaluación en ITS VIH SIDA. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Numero de formuladores de políticas, gerentes o directores de programas y otros actores que claves que conocen la importancia del Sistema de Monitoreo y Evaluación | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.7. | Resultado: Monitoreo de ITS VIH SIDA implementado en forma rutinaria. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Numero de reportes recibidos oportunamente por la unidad de M&E | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.8. | Resultado: Encuestas y Vigilancia activa, pasiva, y centinela, realizadas. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados. | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.9. | Resultado: Se desarrollan, Se actualiza y Se ajustan las bases de datos sobre VIH a nivel nacional y sub-nacional. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Número de componentes programáticos (TARV, TVC, Condone, PTMH, etc.) que cuentan con una base de datos alimentada y consolidada oportunamente | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.10. | Resultado: Se establece y mejora la supervisión capacitadora y auditoria de datos. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Numero de organizaciones involucrada en el sistema de M&E que ha sido supervisada y fortalecida | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.11. | Resultado: Se realizan investigaciones y Evaluaciones en VIH según la agenda de investigación | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |

| | | | | |
|-----------|---|--------------------|-------------|-------------|
| | Indicador: Numero de investigaciones y/o evaluaciones realizados según la agenda de Investigación | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |
| 4.1.1.12. | Resultado: Se utiliza y difunde información para la toma de decisiones. | | | |
| | | Base | 2012 | 2014 |
| | Indicador: Numero de documentos que explícitamente hace referencia a los datos del M&E | N.Ev. Políticas | | |
| | Actores Claves: CONAVIH, MINSA, PNVIH, CSS, Comisión Nacional de M&E, ONG, sectores privados, académicos, y Organismos Internacionales | | | |

V. Brechas de Información – Inventario de Investigaciones

En esta sección exponemos las brechas de información que hemos identificado, como producto del estudio realizado para elaborar este plan estratégico; en el mismo resaltamos la necesidad de elaborar documentos, realizar estudios o investigaciones a poblaciones específicas, todo con el fin de proveer la mayor información válida posible, para ir perfeccionando el conocimiento sobre la epidemia en la república de Panamá.

La prioridad, el orden de las acciones tendrán que determinarlos la autoridad nacional con los actores que intervienen en la respuesta, para lo cual recomendamos la elaboración de un Plan de Asistencia Técnica, tal y como lo hemos comentado con anterioridad.

Brechas encontradas según Eje, Resultado y acción recomendada

| Eje Estratégico y Resultado | Brecha | Acción recomendada |
|---|--|--|
| 1. Fortalecimiento Institucional | | |
| • Resultado 1.1.1.1. | Inexistencia de las Guías | Elaboración de las Guías para la acreditación y certificación de capacidad técnica en promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH SIDA |
| • Resultado 1.1.3.1 | Inexistencia de la línea de Base | Establecer la línea de base de todas las instalaciones de salud pública y privada que cumplen con las normas, protocolos, guías y políticas de Atención Integral. Se recomienda cobertura nacional para la línea de base. |
| • Resultado 1.1.4.1. | Se requiere actualizar información | Estudio Diagnóstico para generar inventario. |
| 2. Prevención | | |
| • Resultado 2.1.1.1 | No existe línea de base para estas poblaciones: 1. Población Gay 2. Población Bisexual 3. Población Transexual 4. Clientes de Trabajadoras Sexuales 5. Trabajadores Sexuales Masculinos 6. Población PVVS 7. Trabajadore(a)s del Sector Privado y | Realizar estudios que permitan establecer la línea de base para estas Poblaciones, para determinar conocimiento y determinantes conductuales con respecto al uso de condón, respetando las particularidades de cada población. Se recomienda estudios |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | Público | con cobertura nacional, |
| | 8. Población Indígena | inclusive para las poblaciones en las que se encontró alguna evidencia. |
| • Resultado 2.1.1.2 | No existe línea de base para: | Realizar estudios que permitan establecer la línea de base para estas Poblaciones, para determinar conocimiento y determinantes conductuales con respecto el uso de lubricantes a base de agua junto con el condón, respetando las particularidades de cada población. Se recomienda estudios con cobertura nacional, inclusive para las poblaciones en las que se encontró alguna evidencia. |
| | 1. Población Gay | |
| | 2. Población Bisexual | |
| | 3. Población Transexual | |
| | 4. Clientes de Trabajadoras Sexuales | |
| | 5. Trabajadores Sexuales Masculinos | |
| | 6. Población PVVS | |
| | 7. Trabajadore(a)s del Sector Privado y Público | |
| | 8. Población Indígena | |
| • Resultado 2.1.1.3 | No existe línea de base para: | Realizar los estudios epidemiológicos necesarios para determinar la prevalencias en ITS, para estas poblaciones; así como coleccionar y procesar la información nacional de personas con ITS tratadas. Se recomienda estudios con cobertura nacional, inclusive para las poblaciones en las que se encontró alguna evidencia. |
| | 1. Población Gay | |
| | 2. Población Bisexual | |
| | 3. Población Transexual | |
| | 4. Clientes de Trabajadoras Sexuales | |
| | 5. Trabajadores Sexuales Masculinos | |
| | 6. Población PVVS | |
| | 7. Trabajadore(a)s del Sector Privado y Público | |
| | 8. Población Indígena | |
| • Resultado 2.1.2.2a | No hay información disponible sobre mujeres embarazadas en CPN que se hacen la prueba de ITS | Se requiere generar la línea de base (mujeres embarazadas en CPN que se hacen la prueba de ITS) y establecer las condiciones para que la información se colecciona, se procese y se publique. |
| • Resultado 2.1.2.3 | No hay información disponible sobre las mujeres embarazadas VIH+ que reciben TARV durante el periodo de gestación | Se debe generar la información para establecer la línea basal (mujeres VIH+ que reciben TARV durante el periodo de gestación, |

| | | |
|---------------------|---|--|
| | | desde la semana 14, para prevenir la transmisión madre – hijo) y establecer los mecanismos para que la producción, procesamiento y publicación de la información se sostenga permanentemente. |
| • Resultado 2.1.2.5 | No hay información disponible sobre Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer | Se debe generar la información para establecer la línea basal (Cobertura de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas) y establecer los mecanismos para que la producción, procesamiento y publicación se sostenga permanentemente. |
| • Resultado 2.1.3.1 | No hay evidencia disponible para el tema de VIH y Usuarios de Drogas Intravenosas en Panamá | Hay que realizar investigaciones sobre VIH/Sida y el Uso de Drogas Intravenosas, incluyendo estudios de Prevalencia, estudios de conocimientos y conducta sexual y comportamiento en el uso de drogas. |
| • Resultado 2.1.5.1 | No existen las Normas Nacionales de Bioseguridad | Recomendamos la elaboración de las Normas Nacionales de Bioseguridad con amplia participación técnica y actores clave, involucrados. |
| • Resultado 2.1.5.2 | Cómo no existen las Normas de Bioseguridad en propiedad; no tenemos una línea de base institucional | Hacer un inventario nacional exhaustivo de las instalaciones de salud, tanto, pública como privada, en todos los niveles de atención; que incluya la identificación de los servicios que brindan. De manera que podamos establecer una línea de base. |
| • Resultado 2.1.5.3 | No existe la información | Recomendamos crear Normas Nacionales y Protocolos de Atención para estandarizar y |

| | | |
|---------------------|--|---|
| | | regular el servicio de Profilaxis Post Exposición a VIH; Así mismo, establecer línea de base, determinando las instalaciones a nivel nacional que cuentan con kits PEP VIH. |
| • Resultado 2.1.6.1 | <p>No existe línea de base para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Población Gay 2. Población Bisexual 3. Población Transexual 4. Clientes de Trabajadoras Sexuales 5. Trabajadores Sexuales Masculinos 6. Población PVVS 7. Trabajadore(a)s del Sector Privado y Público 8. Población Indígena | Realizar los estudios correspondientes para generar una línea de base para estas poblaciones con representación nacional, que nos permita conocer qué proporción de cada población se realiza la prueba, recibe o no consejería y el resultado de la misma. |
| • Resultado 2.1.7.3 | No existe evidencia para las poblaciones involucradas en este resultado | Se recomienda generar una línea de base, generando pruebas de conocimiento en una muestra para estas poblaciones a nivel nacional. |
| • Resultado 2.1.7.4 | No existe evidencia para las poblaciones involucradas en este resultado | Se recomienda generar una línea de base, generando pruebas de conocimiento en una muestra para estas poblaciones a nivel nacional. |
| • Resultado 2.1.8.1 | <p>No existe línea de base para la siguiente población:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Población Gay 2. Población Bisexual 3. Población Transexual 4. Clientes de Trabajadoras Sexuales 5. Trabajadores Sexuales Masculinos 6. Privados de Libertad 7. Población PVVS 8. Trabajadore(a)s del Sector Privado y Público 9. Población Indígena 10. Estudiantes de los niveles primarios, pre | Realizar estudios con representación nacional para cada una de estas poblaciones, para establecer una línea de base y revisar las evidencias existentes para otras poblaciones y garantizar representatividad nacional de los estudios. |

medio, medio, post
medio y universitario del
sector público y privado

| 3. Atención Integral | | |
|----------------------|--|---|
| • Resultado 3.1.1.2 | La evidencia para este resultado es limitada | Recomendamos elaborar un formato o procedimiento que permita coleccionar la información producida en las Clínicas que ofrecen terapia Anti retro viral y otras que brinden la TARV, de manera oportuna, continua y con mayor cantidad de variables y que incluya a la población infantil y menor de edad. |
| • Resultado: 3.1.1.3 | No existen evidencias para este resultado | Establecer líneas de base, mediante estudios nacionales e implementar un sistema de colección, procesamiento y divulgación de la información de manera continua. |
| • Resultado 3.1.2.1 | No existen evidencias para este resultado | Se recomienda realizar un estudio para establecer una línea de base con las instalaciones de salud pública y privada. |
| • Resultado 3.1.3.1 | No existen evidencias para este resultado | Se requiere de realizar un estudio para establecer la línea de base que se constituya en la referencia inicial, con respecto a las instalaciones de salud pública que cumplan con las Normas de Atención Integral. |

VI. Implicaciones Políticas identificadas para el logro del Resultado

En el desarrollo del Plan Estratégico, hemos identificado cuellos de botella, barreras operacionales que podrían obstaculizar el logro de los resultados y que requerirán de acciones de abogacía (advocacy), para poder concretarse. En el siguiente cuadro resumen, enunciamos el resultado afectado, los actores que podrían intervenir en la acción política y la acción recomendada.

Queremos reiterar nuestra recomendación de que se debe elaborar un Plan Nacional de Abogacía para el Plan Estratégico de manera que se facilite su operatividad.

Acciones Políticas recomendadas por Eje y Resultado

| Eje Estratégico y Resultado que requiere de una Acción Política | Responsables de ejercer la Acción Política | Acción Política recomendada |
|---|--|--|
| 1. Fortalecimiento Institucional | | |
| • Resultado 1.1.1.1. | CONAVIH, PNITSVIHSIDA, y Sociedad Civil (AE para VIH) | Diseñar un Plan de Abogacía para estimular la voluntad política en las Autoridades de Salud y de CONAVIH para que se apruebe iniciar las investigaciones y tareas para la Certificación. |
| • Resultado 1.1.2.1 | Alianza Estratégica y Organizaciones de la Sociedad Civil que conforman CONAVIH y la Defensoría del Pueblo | Se requiere una movilización de la Sociedad Civil, especialmente los integrantes de la Alianza Estratégica de P y D P, para VIH y de los miembros de la sociedad civil que integran CONAVIH, con acciones de abogacía mediante una propuesta para lograr la transformación de CONAVIH hacia el resultado esperado. |
| • Resultado 1.1.2.2 | Miembros de CONAVIH y el PNITSVIHSIDA | Se requiere de una acción de política para lograr por parte del Ejecutivo la aprobación para la asignación de recursos para 2009, a través de un crédito extraordinario y para incluir en los próximos presupuestos las estimaciones de recursos correspondiente a las necesidades financieras identificadas. |

| | | |
|----------------------|---|--|
| • Resultado 1.1.3.1 | CONAVIH , MINSA, PNITSVIHSIDA , CSS, Universidades con carreras en el área de la salud | Promover un acuerdo interinstitucional para la revisión y actualización de las normas, protocolos, guías y políticas de Atención Integral y su posterior implementación; estamos recomendando la participación de las Universidades por su experiencia en la formulación curricular, así como en la ejecución académica. |
| • Resultado 1.1.3.2 | CONAVIH, PNVIH, MINSA, CSS | Promover un convenio interinstitucional MINSA – CSS para armonizar procedimientos homologar sistemas y para apoyar una sola estrategia para una sola respuesta nacional. |
| • Resultado 1.1.4.2. | CONAVIH, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo. Organizaciones de la Sociedad Civil | Accionar Plan de Abogacía basado en el Inventario de Normas, Leyes, Políticas y Prácticas discriminatorias para lograr su eliminación. |
| 2. Prevención | | |
| • Resultado 2.1.1.1 | Alianza Estratégica de VIH Sida y otras Organizaciones | Implementar Plan de Abogacía para incorporar a la CSS, a las acciones de Promoción y Prevención de ITS VIH Sida, incluyendo el uso del condón. |
| • Resultado 2.1.3.1 | CONAVIH, MINSA, PNITSVIHSIDA, CSS, ONG's, CONAPRED | Elaboración de un Plan de Sensibilización para lograr el apoyo político para, la autorización de la elaboración del Convenio Interinstitucional, la ejecución de los estudios y la movilización de los recursos para realizarlos. |
| • Resultado 2.1.5.1 | CONAVIH, MINSA, PNITSVIHSIDA, CSS | Recomendamos la ejecución de una acción de abogacía para sensibilizar a los altos tomadores de decisiones del sector acerca de la prioridad de elaborar y aprobar las Normas Nacionales de Bio Seguridad |
| • Resultado 2.1.5.2 | MINSA, PNITSVIHSIDA, CSS, ONG's, Sector Privado | Sensibilizar a los actores claves del sector para lograr la efectividad en la aplicación de las Normas Nacionales de |

- Resultado 2.1.5.3 CONAVIH, MINSA, PNITSVIHSIDA Bioseguridad. Políticas o dialogo político para incorporar efectivamente a las instancias judiciales a nivel nacional a esta estrategia de prevención con la remisión oportuna de las víctimas de violación a las instancias de salud correspondiente; de igual forma para el caso de accidentes laborales.
- Resultado 2.1.7.1 CONAVIH, PNITSVIHSIDA, ONG's Aplicar una estrategia de Abogacía por CONAVIH, Sociedad Civil para lograr acuerdo con MEDUCA para un convenio que garantice la actualización e implementación del currículo.
- Resultado 2.1.7.4 Consejo Nacional de Rectores de Panamá Aplicar una estrategia de Abogacía por CONAVIH para lograr acuerdo con el Consejo Nacional de Rectores para un convenio que permita la incorporación de las Universidades a estrategias de Promoción y Prevención en VIH .

3. Atención Integral

- Resultado 3.1.1.1 CONASIDA, MINSA, PNITSVIHSIDA, CSS, ONG's Elaborar un Plan de Abogacía que tenga como objetivo lograr un Convenio Interinstitucional entre el MINSA y la CSS para la armonización de la atención integral a los PVVS, que incluya procedimientos de planificación, administración, compras, atención, medicación y la movilización de los recursos.
- Resultado 3.1.3.1 CONAVIH, MINSA, CSS, ONG's, Grupo de Auto apoyo Sensibilizar a los gerentes de los prestadores de servicios de salud pública para la aplicación efectiva de las Normas de Atención Integral

4. Monitoreo y valuación

| | | |
|----------------------------|------------------------------|---|
| Objetivo estratégico 4.1.1 | CONAVIH, MINSA, PNITSVIHSIDA | Para el Eje de Monitoreo y Evaluación se recomienda la elaboración y ejecución de un Plan de Abogacía y sensibilización dirigido a todos los actores claves del Sistema,(tomadores de decisiones, generadores de información, usuarios de información y administradores de la información) para que se conviertan en socios proactivos del Sistema Único de M&E |
|----------------------------|------------------------------|---|

VII. Movilización de Recursos

La movilización de recursos que permitan ejecutar el Plan Estratégico es la columna vertebral de la propia estrategia; para ello se requiere asignar costos a lo planteado en el PEM para identificar las fuentes nacionales e internacionales y establecer la estrategia de movilización de los recursos disponibles, hacia el financiamiento de la ejecución de la respuesta nacional plasmada en el plan estratégico.

En el documento “Marco de Resultados para una Estrategia Basada en Evidencias para Panamá” desarrollamos el Costeo del Plan Estratégico Multisectorial²⁰⁰⁹⁻²⁰¹⁴, el cual describimos aquí con los detalles necesarios para su comprensión y sustentación.

Recursos necesarios para cubrir los requerimientos

Se estima que se necesitarán aproximadamente US \$245 millones de dólares; o un promedio de US \$41 millones de dólares por año (entre US \$8.6 y US \$ 13.9 per cápita), para cubrir los requerimientos de la respuesta (ver cuadro 24).

La distribución de recursos es la siguiente: el 37% para la prevención (US \$ 89 millones: 22% a poblaciones más expuestas, 4% a la población general, 10% a prestación de servicios y 1% a cuidados de salud); el 42% para la atención integral (US \$103 millones); y el 21% (US \$52 millones) para administración (13%), investigación (3%), y el monitoreo y la evaluación (5%).

En el componente de prevención, del total (US \$ 89 millones de dólares) el 61% está orientado a las poblaciones más expuestas (PVVS, HSH, TS, personas privado de libertad, jóvenes y adolescentes, personal uniformados, y población con TB). En lo concerniente a prestación de servicios (abastecimiento de condones, tratamiento de ITS, prueba voluntaria, prevención de transmisión de madre a hijo, información, educación y comunicación), movilización comunitaria y programas en el lugar de trabajo dirigidos principalmente a la población general, se coloca el 37%; y para cuidados de salud (sangre segura, profilaxis Post Exposición, etc.) el 1%.

En el componente de servicios de cuidado y tratamiento, del total (US \$ 103 millones de dólares) la mayor proporción (90%) está orientada a la Terapia ARV; el 8% a la atención y cuidados hospitalarios; y el 2% a cuidado (no-ARV), profilaxis, etc.

En el componente de políticas, administración, investigación, y monitoreo y evaluación; del total (US \$ 52 millones), el 14% está orientada a investigación,

el 22% al monitoreo y evaluación; y la mayor proporción (63%) a gestión del programa, mejoramiento del ambiente, fortalecimiento institucional; transferencia de conocimiento, abogacía, etc.

Metodología

La estimación de los recursos necesarios para la respuesta estratégica fue desarrollada por el Modelo de necesidad de recursos (RNM, por sus siglas en inglés).

Este modelo calcula el total de recursos financieros que se necesitan en el ámbito nacional para brindar prevención y atención de VIH/SIDA. Fue utilizado en 2001 para estimar cuánto costaría alcanzar las metas fijadas por UNGASS⁴⁷ respecto al VIH/SIDA a nivel global.

Tamaño de las poblaciones

El Modelo de necesidad de recursos utiliza datos demográficos relativos a tamaño y composición de la población, así como datos epidemiológicos sobre la cantidad de personas infectadas con VIH y personas que avanzan hacia las últimas etapas de la infección cada año. También utiliza cálculos aproximados de huérfanos y pacientes tuberculosos. Todas estas estimaciones se obtienen de Spectrum⁴⁸, un programa que produce cifras aproximadas y proyecciones, como indicadores clave de demografía y VIH/SIDA.

Para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor prioridad, se hicieron los cálculos siguientes:

A la población adulta, se multiplico la prevalencia de VIH (0.9%) para obtener el tamaño de PVVS (21 mil).

A la población adulta masculina, se aplicó el 3.7% (para países de América Latina, ver cuadro 21) para estimar la población de hombre que tiene sexo con hombre (34 mil), y el 0.07% para los trabajadores sexuales masculinos (650). A la población adulta femenina, se aplicó el 1.5% (para países de América Latina, ver cuadro 22) para estimar la población de trabajadoras sexuales femeninas (13 mil).

⁴⁷ Schwartlander B, et al. (2001) "Resource Needs for HIV/AIDS" (Necesidad de recursos para el abordaje del VIH/SIDA), *Science* 292:2434-2436, 29 de junio de 2001

⁴⁸ Programa informático que desarrolló Futures Group en colaboración con USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, la División de Población de las Naciones Unidas y otras organizaciones⁴⁸. Los manuales de Spectrum, especialmente el de DemProj48 y AIM48, explican detalladamente cómo preparar las proyecciones. Al igual que el programa, pueden descargarse del sitio Web de Futures Institute:

Cuadro 21 Estudios de estimación (rango) de indicadores de comportamiento de HSH en países de América Latina (1990-2004)

| Características seleccionadas de comportamiento de HSH | Rango | |
|---|-------|-------|
| | Bajo | Alto |
| Sexo con hombre, alguna vez, de por vida | 2.5% | 48.5% |
| Sexo anal con otro hombre, de por vida | 5.8% | 9.2% |
| Sexo con hombre, ultimo año | 1.0% | 7.6% |
| Prevalencia sexo hombre con hombre, de por vida | 2.0% | 25.0% |
| Prevalencia sexo hombre con hombre, ultimo año | 1.0% | 8.0% |
| Alto Riesgo sexo hombre con hombre (proporción de HSH), último ano | 34.0% | 80% |
| Alto riesgo sexo hombre con hombre (proporción estimada de todos hombres) | 0.8% | 4.8% |

Fuente: Cáceres⁴⁹

Cuadro 22 Porcentaje⁵⁰ estimado de trabajadores del sexo en países de América Latina (2001)

| País | % |
|----------------------|------|
| Republica Dominicana | 1.8% |
| Belice | 7.4% |
| Haití | 2.0% |
| Bolivia | 0.2% |
| Colombia | 0.7% |
| Perú | 0.3% |
| Venezuela | 1.5% |

Fuente: Vanderpitte, et.al⁵¹

Para privados de libertad y personal uniformados, se usaron cifras oficiales (11 mil y 17 mil) respectivamente. Para la población de jóvenes vulnerable (155 mil), se considero la diferencia entre la tasa de matrícula en el sector forma de educación y el número de jóvenes en edad de ir a la escuela.

El tamaño de la población económicamente activa fue estimado de la forma siguiente. Para la movilización comunitaria, se uso el tamaño de la población adulta (2 millones), y de ellos se estimo que 1.4 millones trabajan en el sector formal.

Para la prestación de servicios (distribución de condones, tratamiento de ITS, prueba voluntaria, prevención de transmisión madre hijo), **y cuidados de salud** (transfusión de sangre segura, profilaxis post-expuestas, etc.) el cálculo fue basado sobre la base de la evidencia encontrada en el país, o sobre el principio de acceso universal, o sobre valores aproximativos encontrados en otros países.

⁴⁹ Cáceres, C.; Konda, K.; Pecheny, M.; Chatterjee, A., and Lyerla, R. *Estimates the number of men who have sex with men in low and middle income countries*. BMJ Journals - Sexually Transmitted Infections: Improved Methods and Tools for HIV/AIDS Estimates and Projections. 2006 Jun; 82(Suppl III):iii3-iii9.

⁵⁰ Prevalencia de trabajadores del sexo = Numero estimado de TSF dividido por numero de mujeres adultas 15-49

⁵¹ Vanderpitte, J.; Lyerla, R.; Dallabetta, G.; Crabbé, F.; Alary, M., and Buvé, A. *Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world*. BMJ Journals - Sexually Transmitted Infections: Improved Methods and Tools for HIV/AIDS Estimates and Projections. 2006 Jun; 82(Suppl III):iii18-iii25.

Para los servicios cuidados y tratamiento, las estimaciones son calculadas por el modelo, a partir de los datos demográficos y epidemiológicos de Panamá.

Reflexión sobre el costeo Unitario

No existe en Panamá ninguna estimación de costeo unitario de intervenciones.

A nivel global, existe una enorme variación en los costos unitarios encontrados en diferentes países debido a que cada país ofrece distintos elementos para las diversas intervenciones. Por ejemplo, algunos países agregan a la intervención, la distribución de condones, la educación de pares, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y la prueba de VIH a ciertas poblaciones claves como los trabajadores sexuales, lo cual aumenta considerablemente los costos unitarios.

Si el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida distribuye gratuitamente el condón a ciertas poblaciones, el costeo mínimo de la intervención no puede ser más bajo que el costeo de un condón multiplicado por la cantidad distribuida a una persona. Por ejemplo, si un condón cuesta \$0.11, la distribución de 100 condones a un HSH cuesta US \$11 al año. Por otro lado, si un condón cuesta US \$0.50, la misma intervención cuesta US \$50 por año. Aplicada a trabajadores sexuales, el costeo podría ser hasta 3 veces más alto, considerando que se podría distribuir 300 condones a cada TS por ejemplo.

A nivel global, usualmente, el paquete mínimo de intervenciones dirigido a hombre que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales, incluye distribución de condones, tratamiento de ITS, y educación de pares (*outreach*). Para usuario de drogas, además de condones y educación de pares, se hace la prueba voluntaria, el intercambio de jeringas, y la sustitución de drogas. Para jóvenes en escuela, se focaliza en la educación de los maestros para que ellos transfirieran el conocimiento en la clase. Para jóvenes fuera de la escuela, se focaliza en la educación de pares. Para las intervenciones en el lugar de trabajo, el paquete puede incluir la distribución de condones, el tratamiento de ITS, y la educación de pares en un ámbito favorable y contra al estigma y discriminación.

Así, el costeo unitario está directamente relacionado a los paquetes de intervenciones dirigidos a las poblaciones. Para las intervenciones presentadas en la estimación de costeo para Panamá, el rango es entre US \$2 y US \$2400 (ver cuadro 23).

El costeo unitario para la prestación de servicios, cuidados de salud, y servicios de cuidado y tratamiento, fue obtenido a partir de las estimaciones

de MEGAS. Así, hay una concordancia perfecta entre el financiamiento para el año 2007 de MEGAS (US \$23 millones) y las estimaciones para 2009 (US \$ 29 millones) del PEN. Esa armonización se refleja también en el programa de Tratamiento y Atención donde US \$11.7 millones de dólares fueron gastados en el 2007 y el presupuesto actual es de 13 millones para el 2009.

Línea de base y metas

La estimación de la línea de base se tomó de la “Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia” y del “Marco de Resultados” que se presenta en este documento. Para las metas, se usó el principio de acceso universal o límites basada en una lógica de proveer servicios a la población (ver cuadro 23).

Cuadro 23 Costeo unitario, tamaño poblacional, línea de base y metas del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₁

| Base de Cálculo: Panama | | | | |
|--|-------------|------------|---------------|------------|
| Áreas Programáticas | Costo Unit. | Tamaño | Línea de Base | Metas 2014 |
| Poblaciones con mayor prioridad | | | | |
| PVVS | \$ 50.00 | 19,821 | 23% | 28% |
| Hombres que tienen sexo con hombres | \$ 89.04 | 33,869 | 69% | 83% |
| Trabajadoras sexuales Masculina | \$ 193.30 | 641 | 77% | 80% |
| Trabajadoras sexuales Femenina | \$ 226.96 | 13,141 | 65% | 80% |
| Personas Privadas de libertad | \$ 32.00 | 11,345 | 85% | 95% |
| Jovenes Vulnerables | \$ 50.00 | 155,538 | 1% | 40% |
| Maestros: sistema escolar (Capacitación) | \$ 219.51 | 33,480 | 1% | 83% |
| Personal Uniformados | \$ 32.00 | 16,897 | 62% | 95% |
| Pacientes con TB | \$ 32.00 | 1,545 | 90% | 95% |
| Sub Total | | | | |
| Poblacion General | | | | |
| Programas en el lugar de trabajo | \$ 20.00 | 1,379,383 | 0% | 7% |
| Movilización de la comunidad | \$ 2.00 | 2,202,168 | 10% | 10% |
| Sub Total | | | | |
| Prestacion de servicios | | | | |
| Abastecimiento de Condones | \$ 0.25 | 19,045,643 | 31% | 51% |
| Administración de ITS | \$ 2.40 | 27,352 | 90% | 90% |
| VCT Asesoría Voluntaria | \$ 5.00 | 1,821,635 | 4% | 5% |
| VCT para Mujeres en CPN | \$ 1.75 | 66,208 | 38% | 100% |
| Prevención de transmisión de madre a hijo | \$ 1,756.93 | 148 | 90% | 100% |
| Medios masivos de comunicación | | | | |
| Sub Total | | | | |
| Cuidados de Salud | | | | |
| Transfusiones de sangre seguras | \$ 3.45 | 53,336 | 100% | 100% |
| Profilaxis post-expuestas | \$ 100.00 | 53 | 0% | 100% |
| Sub Total | | | | |
| Total Prevencion | | | | |
| Servicios de cuidado y tratamiento | | | | |
| Terapia ARV | \$ 2,398.18 | 7,623 | 59% | 80% |
| Cuidado (no-ARV) y Profilaxis | \$ 800.71 | 619 | 80% | 80% |
| Atencion y Cuidados Hospitalarios | \$ 300.00 | 4,525 | 100% | 100% |
| Tuberculosis | \$ 17.74 | 1,545 | 100% | 100% |
| Sub Total | | | | |
| Políticas, Admin, Investigación y MyE | | | | |
| Investigacion | | | | 4% |
| Monitoreo y Evaluacion | | | | 6% |
| Políticas, Administracion, etc. | | | | 17% |
| Sub Total | | | | |

Cuadro 24: Matriz de costeo del PEN 2009-2014

| Base de Cálculo: Panamá | | | | | Estimaciones para el periodo 2009-2014 | | | | | | Total | |
|--|-------------|------------|---------------|------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| Áreas Programáticas | Costo Unit. | Tamaño | Línea de Base | Metas 2014 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2009-2014 | % |
| Poblaciones con mayor prioridad | | | | | | | | | | | | |
| PVVS | \$ 50.00 | 19,821 | 23% | 28% | \$ 241,093 | \$ 257,588 | \$ 277,596 | \$ 296,325 | \$ 314,791 | \$ 339,035 | \$ 1,726,427 | 0.7% |
| Hombres que tienen sexo con hombres | \$ 89.04 | 33,869 | 69% | 83% | \$ 2,194,652 | \$ 2,315,503 | \$ 2,440,434 | \$ 2,569,554 | \$ 2,702,977 | \$ 2,840,818 | \$ 15,063,938 | 6.1% |
| Trabajadoras sexuales Masculina | \$ 193.30 | 641 | 77% | 80% | \$ 98,645 | \$ 102,141 | \$ 105,738 | \$ 109,440 | \$ 113,248 | \$ 117,166 | \$ 646,379 | 0.3% |
| Trabajadoras sexuales Femenina | \$ 226.96 | 13,141 | 65% | 80% | \$ 2,044,018 | \$ 2,152,262 | \$ 2,263,347 | \$ 2,377,336 | \$ 2,494,290 | \$ 2,614,275 | \$ 13,945,528 | 5.7% |
| Personas Privadas de libertad | \$ 32.00 | 11,345 | 85% | 95% | \$ 319,465 | \$ 330,606 | \$ 342,015 | \$ 353,696 | \$ 365,655 | \$ 377,898 | \$ 2,089,335 | 0.9% |
| Jovenes Vulnerables | \$ 50.00 | 155,538 | 1% | 40% | \$ 592,222 | \$ 1,122,450 | \$ 1,668,818 | \$ 2,231,696 | \$ 2,811,461 | \$ 3,408,501 | \$ 11,835,148 | 4.8% |
| Maestros: sistema escolar (Capacitación) | \$ 219.51 | 33,480 | 1% | 83% | \$ 319,248 | \$ 617,117 | \$ 917,918 | \$ 1,221,766 | \$ 1,528,100 | \$ 1,836,303 | \$ 6,440,451 | 2.6% |
| Personal Uniformados | \$ 32.00 | 16,897 | 62% | 95% | \$ 368,290 | \$ 405,067 | \$ 442,886 | \$ 481,771 | \$ 521,745 | \$ 562,833 | \$ 2,782,593 | 1.1% |
| Pacientes con TB | \$ 32.00 | 1,545 | 90% | 95% | \$ 45,597 | \$ 46,722 | \$ 47,871 | \$ 49,043 | \$ 50,241 | \$ 51,463 | \$ 290,937 | 0.1% |
| Sub Total | | | | | \$ 6,223,230 | \$ 7,349,456 | \$ 8,506,622 | \$ 9,690,625 | \$ 10,902,508 | \$ 12,148,293 | \$ 54,820,736 | 22.4% |
| Poblacion General | | | | | | | | | | | | |
| Programas en el lugar de trabajo | \$ 20.00 | 1,379,383 | 0% | 7% | \$ 330,326 | \$ 670,173 | \$ 1,022,186 | \$ 1,386,461 | \$ 1,762,879 | \$ 2,151,038 | \$ 7,323,063 | 3.0% |
| Movilización de la comunidad | \$ 2.00 | 2,202,168 | 10% | 10% | \$ 448,821 | \$ 457,238 | \$ 465,603 | \$ 473,988 | \$ 482,349 | \$ 490,605 | \$ 2,818,604 | 1.1% |
| Sub Total | | | | | \$ 779,147 | \$ 1,127,410 | \$ 1,487,789 | \$ 1,860,449 | \$ 2,245,228 | \$ 2,641,643 | \$ 10,141,667 | 4.1% |
| Prestacion de servicios | | | | | | | | | | | | |
| Abastecimiento de Condonos | \$ 0.25 | 19,045,643 | 31% | 51% | \$ 1,640,212 | \$ 1,809,875 | \$ 1,983,442 | \$ 2,161,226 | \$ 2,342,637 | \$ 2,527,943 | \$ 12,465,336 | 5.1% |
| Administración de ITS | \$ 2.40 | 27,352 | 90% | 90% | \$ 59,089 | \$ 59,098 | \$ 59,107 | \$ 59,116 | \$ 59,126 | \$ 59,135 | \$ 354,672 | 0.1% |
| VCT Asesoría Voluntaria | \$ 5.00 | 1,821,635 | 4% | 5% | \$ 385,222 | \$ 406,475 | \$ 427,914 | \$ 449,742 | \$ 471,732 | \$ 494,033 | \$ 2,635,118 | 1.1% |
| VCT para Mujeres en CPN | \$ 1.75 | 66,208 | 38% | 100% | \$ 57,105 | \$ 70,334 | \$ 83,934 | \$ 97,910 | \$ 112,252 | \$ 126,953 | \$ 548,488 | 0.2% |
| Prevención de transmisión de madre a hijo | \$ 1,756.93 | 148 | 90% | 100% | \$ 322,125 | \$ 412,760 | \$ 520,826 | \$ 625,774 | \$ 754,404 | \$ 878,091 | \$ 3,513,980 | 1.4% |
| Medios masivos de comunicación | | | | | \$ 466,667 | \$ 533,333 | \$ 600,000 | \$ 666,667 | \$ 733,333 | \$ 800,000 | \$ 3,800,000 | 1.6% |
| Sub Total | | | | | \$ 2,930,420 | \$ 3,291,876 | \$ 3,675,223 | \$ 4,060,434 | \$ 4,473,484 | \$ 4,886,156 | \$ 23,317,594 | 9.5% |
| Cuidados de Salud | | | | | | | | | | | | |
| Transfusiones de sangre seguras | \$ 3.45 | 53,336 | 100% | 100% | \$ 186,991 | \$ 189,969 | \$ 192,908 | \$ 195,839 | \$ 198,744 | \$ 201,622 | \$ 1,166,073 | 0.5% |
| Profilaxis post-expuestas | \$ 100.00 | 53 | 0% | 100% | \$ 890 | \$ 1,781 | \$ 2,671 | \$ 3,561 | \$ 4,452 | \$ 5,342 | \$ 18,697 | 0.0% |
| Sub Total | | | | | \$ 187,882 | \$ 191,749 | \$ 195,579 | \$ 199,401 | \$ 203,196 | \$ 206,964 | \$ 1,184,770 | 0.5% |
| Total Prevencion | | | | | \$ 10,120,678 | \$ 11,960,492 | \$ 13,865,214 | \$ 15,810,910 | \$ 17,824,416 | \$ 19,883,055 | \$ 89,464,766 | 36.5% |
| Servicios de cuidado y tratamiento | | | | | | | | | | | | |
| Terapia ARV | \$ 2,398.18 | 7,623 | 59% | 80% | \$ 11,823,465 | \$ 13,298,435 | \$ 14,933,882 | \$ 16,274,645 | \$ 17,608,546 | \$ 19,116,670 | \$ 93,055,643 | 38.0% |
| Cuidado (no-ARV) y Profilaxis | \$ 800.71 | 619 | 80% | 80% | \$ 363,682 | \$ 330,392 | \$ 298,335 | \$ 265,310 | \$ 232,122 | \$ 199,088 | \$ 1,688,929 | 0.7% |
| Atencion y Cuidados Hospitalarios | \$ 300.00 | 4,525 | 100% | 100% | \$ 1,205,463 | \$ 1,287,940 | \$ 1,387,979 | \$ 1,481,623 | \$ 1,573,954 | \$ 1,695,175 | \$ 8,632,135 | 3.5% |
| Tuberculosis | \$ 17.74 | 1,545 | 100% | 100% | \$ 27,408 | \$ 27,408 | \$ 27,408 | \$ 27,408 | \$ 27,408 | \$ 27,408 | \$ 164,450 | 0.1% |
| Sub Total | | | | | \$ 13,420,019 | \$ 14,944,176 | \$ 16,647,604 | \$ 18,048,986 | \$ 19,442,030 | \$ 21,038,342 | \$ 103,541,157 | 42.2% |
| Políticas, Admin, Investigación y MyE | | | | | | | | | | | | |
| Investigacion | | | | 4% | \$ 941,628 | \$ 1,076,187 | \$ 1,220,513 | \$ 1,354,396 | \$ 1,490,658 | \$ 1,636,856 | \$ 7,720,237 | 3.1% |
| Monitoreo y Evaluacion | | | | 6% | \$ 1,412,442 | \$ 1,614,280 | \$ 1,830,769 | \$ 2,031,594 | \$ 2,235,987 | \$ 2,455,284 | \$ 11,580,355 | 4.7% |
| Políticas, Administracion, etc. | | | | 17% | \$ 4,001,918 | \$ 4,573,794 | \$ 5,187,179 | \$ 5,756,182 | \$ 6,335,296 | \$ 6,956,638 | \$ 32,811,007 | 13.4% |
| Sub Total | | | | | \$ 6,355,988 | \$ 7,264,260 | \$ 8,238,461 | \$ 9,142,172 | \$ 10,061,941 | \$ 11,048,777 | \$ 52,111,599 | 21.3% |
| Total Millones de US\$ | | | | | \$ 29,896,685 | \$ 34,168,928 | \$ 38,751,280 | \$ 43,002,067 | \$ 47,328,387 | \$ 51,970,175 | \$ 245,117,522 | 100.0% |

| | | | | | | |
|------------------------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Tamaño de la Poblacion | 3.47 | 3.53 | 3.58 | 3.64 | 3.69 | 3.75 |
| Costeo per capita | \$ 8.60 | \$ 9.68 | \$ 10.81 | \$ 11.82 | \$ 12.82 | \$ 13.87 |

VIII. Plan de Monitoreo y Evaluación⁵² del Plan Estratégico Multisectorial Nacional_{2009 – 2014}

Con el propósito de monitorear y evaluar la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida, plasmada en el Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH y Sida _{2009 – 2014}; se ha estructurado un Plan de Monitoreo y Evaluación que identifica 39 indicadores derivados del propio Plan Estratégico y que han sido priorizados por su carácter estratégico y de los cuales 17 corresponden a los solicitados por en los informes sobre la cual se elaboran los reportes a UNGASS. Los 39 indicadores en mención se han clasificado en tres categorías funcionales a saber:

- a) Acceso: vinculados a la oferta de insumos y servicios; así como a conocimientos y prácticas sexuales seguras.
- b) Calidad: que incluye a aquellos que se vinculan a los procesos de atención integral y vigilancia del riesgo.
- c) Efectividad e impacto: los cuales se vinculan a las acciones de fortalecimiento institucional.

En el gráfico 25, podemos observar con mayor claridad como fluyen, vinculadamente, los indicadores de acuerdo a la categoría en que se clasifican, los procesos fundamentales de los que emergen, los niveles de gestión y operación a los que responden, para conformar un Plan de Monitoreo que está en función del Plan Estratégico Multisectorial Nacional para ITS VIH y Sida₂₀₀₉₋₂₀₁₄.

En el nivel estratégico se ubica el Programa Nacional de ITS VIH y Sida; en el nivel táctico las Direcciones Regionales de Salud y las Clínicas de Terapia Anti retroviral; en el nivel operativo las Direcciones de los Establecimientos de Salud y las Organizaciones sociales locales vinculadas al tema; y por último en el nivel de validación Técnico-Social, tenemos a CONAVIH y al Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación.

Por otra parte, en la gráfica 26 se describe, detalladamente, el proceso desde el diseño y validación de los instrumentos de captación de datos, la captación misma y su periodicidad, el procesamiento, la generación de información útil para la toma

⁵² PLAN MULTISECTORIAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN 2009-2014; GTZ/CICT. Programa Nacional de ITS VIH y Sida; CONAVIH. Panamá, Octubre 2009.

de decisiones; la distribución de la información y los sistemas de retroalimentación, todo como un importante ciclo dinámico de monitoreo y evaluación.

Con más detalles en el Plan de Monitoreo y Evaluación se ofrece mayor información, incluyendo fichas técnicas para cada indicador.

Gráfico 25. Flujo de Indicadores para el Plan de Monitoreo y Evaluación del PEM₂₀₀₉₋₂₀₁₄

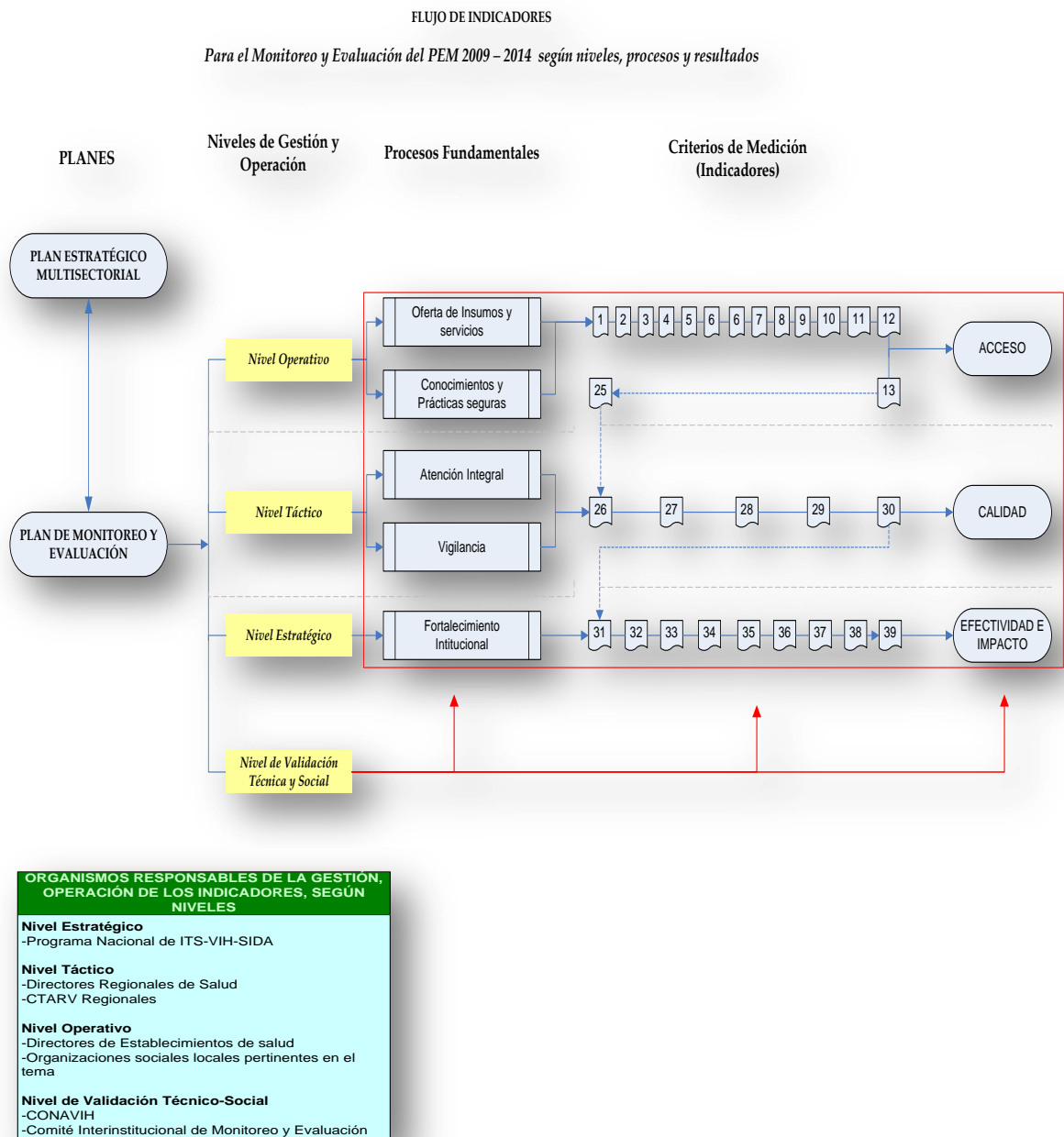
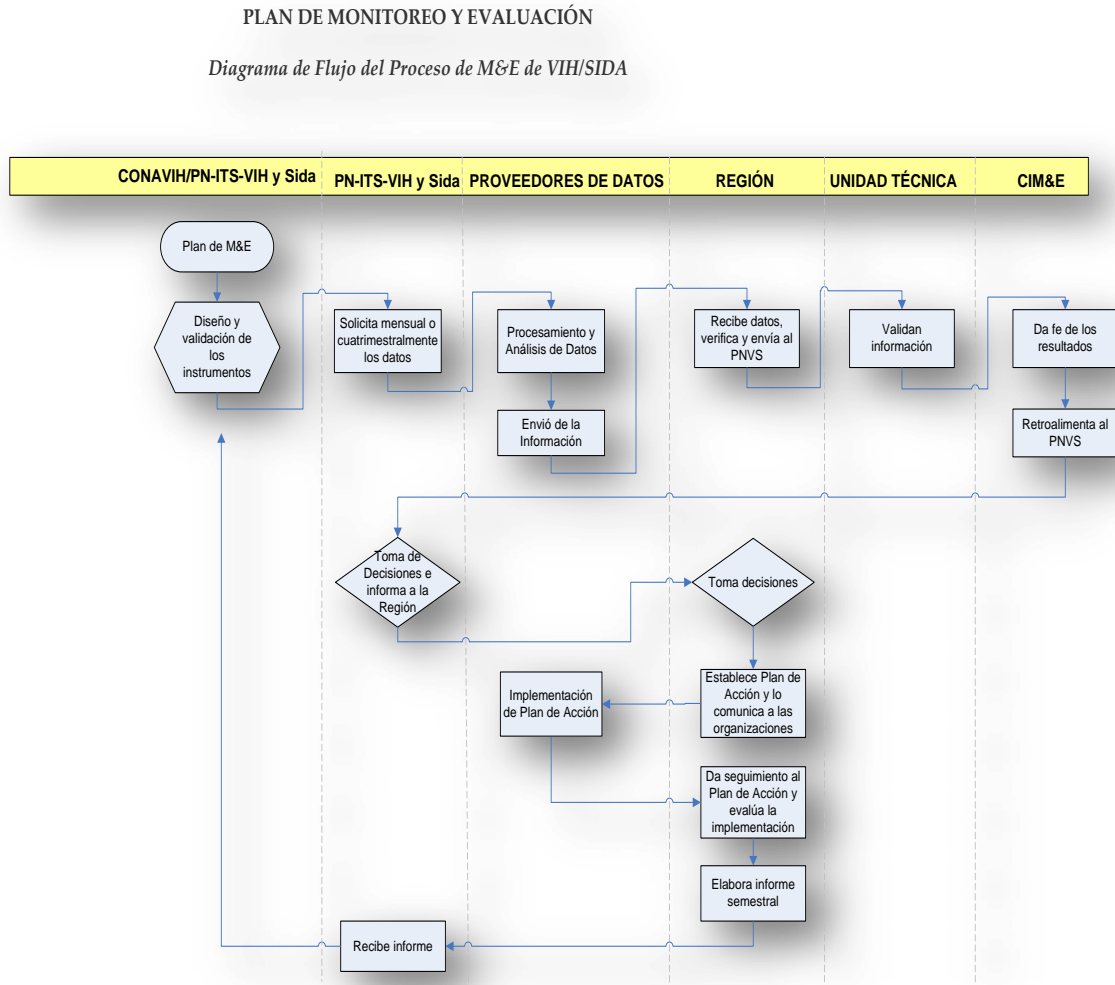


Gráfico 26. Flujo del Proceso de Monitoreo y Evaluación para VIH y Sida



VIII. Siguietes Pasos

Como pasos importantes de seguimiento para la ejecución del Plan Estratégico, recomendamos las siguientes acciones:

| | |
|----|--|
| 1. | Elaboración del Plan Operativo Nacional Multisectorial para el año 2010. |
| | |
| 2. | Elaboración del Plan Nacional de Asistencia Técnica. (para establecer una agenda de investigaciones que establezca prioridades e identifique recursos para su ejecución). |
| | |
| 3. | Elaboración de un Plan Nacional de Abastecimientos de Insumos para ITS, VIH y Sida. |
| | |
| 4. | Desarrollar una estrategia de abordaje para las intervenciones dirigidas a poblaciones específicas (ver las poblaciones meta que se describen en este Plan y en el Marco de Resultados, incluyendo, temas de género, derechos humanos, niñez y adolescencia. |

IX. Acrónimos y Abreviaciones

| Acrónimos y abreviaciones | |
|---------------------------|--|
| AHMNP | Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá |
| AID | Agencia para el Desarrollo Internacional |
| APLAFA | Asociación para el Planeamiento de la Familia |
| ART | Terapia Antirretroviral (Antiretroviral Treatment) |
| ARV | Medicamentos Antirretrovirales |
| CAP | Estudio de Conocimientos, Actitudes, y Prácticas |
| CD4 | Prueba de conteo de células T |
| CSS | Caja del Seguro Social |
| CV | Carga viral |
| CTARV | Clínica de Terapia Anti Retroviral |
| CONASIDA | Comisión Nacional contra el SIDA |
| CONAVIH | Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH |
| CONATO | Coordinadora Nacional de Trabajadores Organizados |
| CoNEP | Consejo Nacional de la Empresa Privada |
| GLBT | Gay Lesbiana Bisexual Trans |
| HSH | Hombres que tienen Sexo con otros Hombres |
| IEC | Información, Educación y Comunicación |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| MEGAS | Medición del Gasto en Sida |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| OBC | Organización de Base Comunitaria |
| ONG | Organizaciones No Gubernamentales |
| ONUSIDA | Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PASCA | Proyecto Acción SIDA para Centro América |

| | |
|-------------------|---|
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PPL | Persona Privada de Libertad |
| PASMO | Asociación Panamericana de Mercadeo Social |
| PNVS | Programa Nacional de VIH/SIDA |
| PROBIDSIDA | Fundación Pro Bienestar y Dignidad de personas con VIH/SIDA |
| PTMI | Prevención de la Transmisión Materno – Infantil |
| PVVS | Persona Viviendo con VIH/SIDA |
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| TAR | Tratamiento Antirretroviral |
| TB | Tuberculosis |
| TSF | Trabajadora Sexual Femenina |
| TSM | Trabajador Sexual Masculino |
| UD | Usuarios de Drogas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| VDRL | Prueba de Sífilis |
| VHB | Virus de la Hepatitis B |
| VHC | Virus de la Hepatitis C |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

X. Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

ASAP – Banco Mundial | ONUSIDA. Burgos, Manuel; Gaillard, Eric. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH); Programa Nacional de ITS VIH SIDA; Ministerio de Salud de Panamá. Julio de 2009.

ASAP – Banco Mundial | ONUSIDA. Burgos, Manuel; Gaillard, Eric. Marco de Resultados y Estimación de Costeo. CONAVIH – Programa Nacional de ITS VIH y Sida; Ministerio de Salud, Panamá. Julio 2009.

Banco Mundial. Planificación y Gestión Orientada a Resultados en VIH/SIDA, Manual. Equipo Mundial para el Seguimiento y la Evaluación del VIH/SIDA – GAMET. Programa Mundial de la Lucha contra el VIH/SIDA. Septiembre, 2007.

ETESA. Descripción General del Clima de Panamá; Gerencia de Hidrometeorología de ETESA de la República de Panamá. <http://www.hidromet.com.pa/sp/climatologiaFrm.htm>.

IIDH | UNFPA, OIT, UNAIDS. Costa Rica: Ana Elena Badilla y Vera Aguilar; El Salvador: Carlos Rafael Urquilla Bonilla; Guatemala: Rubén Mayorga y Víctor Hugo Fernández; Honduras: Julio César Ramírez; Nicaragua: Fundación Nimehuatzin; Panamá: Norma García de Paredes; Balance Regional: Ana Elena Badilla y Vera Aguilar. Estudios sobre la Legislación Centroamericana en VIH/SIDA-Documentos de trabajo en versión preliminar. 2003.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República de Panamá. Cuadro 421-01. Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. Años 2003 a 2007. Panamá en Cifras 2003 – 2007.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República. Datos Generales e Históricos de la República de Panamá. Panamá en Cifras 2003 – 2007; <http://www.contraloria.gob.pa/dec/Publicaciones/17-03-02/datos.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República de Panamá. Cuadros 1, 4 y 9: Estimación de la Población Total, en la República, según Área, Sexo y Grupos de Edad: Años 2000-10. Cuadro 12: Indicadores Demográficos Derivados de las Estimaciones y Proyecciones de Población Total, Urbana y Rural en la República, Años 2005 – 2010.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República. Con base a la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo. Cuadro 431-02. Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. Años 2003 a 2007. Panamá en Cifras 2003 – 2007.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República. Cuadro 3. Producto Interno Bruto a Precios de Comprador de 1996, Total y Per Cápita en la República, y sus Variaciones Porcentuales Anuales: Años 1996-2008. Cifras Estimadas del Producto Interno Bruto de la República, a Precios Corrientes y Constantes, Anual y Trimestral: Año 2008.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República. Porcentaje respecto a la Población Económicamente Activa. Cuadro 441-02. Población de 15 y más años de Edad en la República, por Sexo, según condición de Actividad Económica y Características de sus componentes: Encuesta de Hogares, Agosto de 2006-07. Panamá en Cifras 2002 – 2006 y 2006 – 2007. 441. Trabajos y Salarios.

Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República de Panamá. Tasa de Variación anual. Cuadro 5. INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR NACIONAL URBANO, POR DIVISIÓN: AÑOS 2003-08.

Constitución Política de la República de Panamá, extracto del Título I.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de VIH y SIDA. Plan Estratégico Multisectorial de ITS VIH y SIDA 2003 – 2007; agosto 2003.

Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Documento Marco Situación de Salud de Panamá; abril 2005.

Ministerio de Salud. Despacho Superior, Gobierno Nacional de la República de Panamá. Políticas y Estrategias de Salud 2005 - 2009. Enero 2006.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de ITS VIH SIDA, ONUSIDA. Contreras Arrocha, Sixta. Prevalencia de VIH y Comportamientos de Riesgo, Asociados al VIH en Personas Privadas de Libertad de los Centros Penitenciarios la Joya, la Joyita y Centro Femenino de Rehabilitación de la Provincia de Panamá de julio a octubre de 2006. Panamá 2006.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de VIH y SIDA. Plan Estratégico Multisectorial de ITS VIH y SIDA 2007 – 2010; noviembre 2006.

Ministerio de Salud. Dirección General de Políticas del Sector Salud, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Indicadores Básicos de Salud de la República de Panamá y Regiones de Salud. 2006.

Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología, Programa Nacional de VIH y SIDA, CDC/GAP/CAP. Ibarra, Yira; Lum, Washington. Plan Estratégico Nacional de Vigilancia Epidemiológica de ITS VIH y SIDA con Enfoque de Segunda Generación, Panamá 2007 – 2011; marzo 2007.

Ministerio de Salud. OPS. Martínez, Hilda. Informe de Consultoría: Tabulación y Análisis de la Encuesta de Conocimientos, Actitudes, y Prácticas en ITS VIH y SIDA Aplicada a una Muestra de Funcionarios de las Instituciones Gubernamentales en la Provincia de Panamá; Mayo 2007.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de VIH y SIDA. Plan Operativo Anual Multisectorial de VIH y SIDA; Panamá 2007.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Programa Nacional de VIH y SIDA. Plan Estratégico Multisectorial de VIH y SIDA; Prioridades 2007-2010.2007.

Ministerio de Salud. Programa Nacional de VIH SIDA, ONUSIDA. Campbell, Zenaida; Brugiatti, Miguel. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS – Panamá; enero 2006 - diciembre 2007. Enero 2008.

Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud Pública, Informe Acumulativo de la Situación de Sida (al mes de septiembre); Años: 1984 – 2008.

Ministerio de Salud. Dirección General de Políticas del Sector Salud, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Estimación de la Población 2008. 2008.

Ministerio de Salud. Dirección General de Políticas del Sector Salud, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Estadísticas de Salud de 2007. Junio 2008.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Departamento de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal. Última versión disponible: Semana Epidemiológica No. 41 (del 5/10/2008 al 11/10/2008). 2008.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública, Departamento de Epidemiología. Personas en Estado de Infección Asintomática por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Años: 2001-2008. Septiembre 2008.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud; Departamento de Epidemiología. Embarazadas esperadas, Tamizadas al VIH, y Positivas por Región de Salud; Años: 2003 – 2007. Enero 2008.

Ministerio de Educación. Departamento de Estadística: Año 2008.

Naciones Unidas, CEPAL. Cuadro II.7 Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007.

Naciones Unidas, CEPAL. Cuadro III.3. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007.

Naciones Unidas, CEPAL. Cuadro A.10. Panamá: Indicadores del Gasto Público Social por sectores, 1996 – 2007. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007.

OPS/OMS, ONUSIDA Panamá. Departamento Nacional de Epidemiología, Programa de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Contreras Arrocha, Sixta. Informe Final del Estudio: Caracterización del funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del manejo de las ITS/VIH/SIDA en las Trabajadoras Sexuales Cautivas que se atendieron en las Clínicas de Higiene Social de la Regiones de Salud Metropolitana y Colón y estimación de la prevalencia del VIH y otras ITS. Octubre del 2006 a Septiembre del 2007. 2007.

ONUSIDA, SIDAAC. Burgos Velarde, Manuel G.; Santana, Denis A.; Botello, José. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA; Estimación de Flujos de Financiamiento y Gasto en VIH/SIDA, Panamá 1999-2000. Año 2003.

ONUSIDA. Guía de Recursos para Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Versión en español, marzo 2005.

ONUSIDA Oficinas de Panamá. Nuñez Maitín, Aurelio; Castillo, Erick; Batista, Temistocles; Guerrero, Ernesto. Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA 2007 – 2011, Panamá; julio 2007.

ONUSIDA/PASCA/SISCA. <http://www.observatoriocentroamericanovih.org/dss2005.html>.

11 de Septiembre de 2005. Observatorio VIH Centroamericano. Seguimiento de los Avances al Cumplimiento de los Acuerdos Regionales Presidenciales en VIH SIDA. Centroamérica; Noviembre 2007.

ONUSIDA, Panamá. Nuñez Maitín, Aurelio; Castillo, Erick; Batista, Temistocles. Costos Estimados para Alcanzar Acceso Universal VIH/SIDA, Panamá 2008 – 2011. Agosto 2007.

ONUSIDA, UNFPA, COPRECOS. Martínez, Hilda. Informe de Consultoría: Análisis de la Situación y Respuesta al VIH/SIDA en Cuatro Estamentos de Seguridad Pública del País, Panamá. 15 de Marzo de 2008.

ONUSIDA, UNFPA, COPRECOS. Martínez, Hilda. Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico para la Prevención del VIH/SIDA en la Población Uniformada de la República de Panamá 2008-2011. 15 de septiembre de 2008.

ONUSIDA. Román, Jamilet Gina. Medición y Análisis Comparativo del Gasto en SIDA MEGAS – Panamá 2007; julio 2008.

PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano para Panamá 2007-2008; Capítulo 2: Avances y Desafíos en el Desarrollo Humano de Panamá.

PROBIDSIDA. Quintero, Orlando; Amaris-Pretelitt, Alberto; Rodríguez, Jorge Luis; Arosemena, Carmen; Muñoz, Milton; Tejada, Venus. Prevalencias del VIH en Algunos Grupos Vulnerables en Panamá. Aportes para una Discusión sobre el Futuro. Diciembre 2008.

USAID | PASCA, Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS VIH SIDA, AHMNP. Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamiento en HSH en Panamá. Junio 2003.

USAID | PASCA, Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS VIH SIDA. EMESSAR; Contreras Arrocha, Sixta; Soto H., Ramón Jeremías. Informe Técnico Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Panamá. Junio 2003.

USAID | PASCA, CDC, ONUSIDA, AECI. Equipo Multidisciplinario en Salud Sexual y Reproductiva (EMESSAR), Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP). Estudio Multicentrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamiento en Poblaciones Específicas en Panamá, Resumen de Principales Hallazgos; Agosto 2003.

USAID | PASMO, PSP- One, PSI, ESA Consultores. Riesgos Ocultos en Centroamérica Informe Final Estudio Multinacional 2003- 2004 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH, Uso del Condón y otros Temas de Salud Sexual, PANAMA; Diciembre 2004.

USAID | PASCA, ONUSIDA, PNVIH-MINSA. Román, Jamilet Gina; Burgos, Manuel; Berrío, Edilma; Tejada de Urriola, Ilka. Informe del Gasto Nacional de VIH/Sida 2004-2005 (Nivel, Flujo de los Recursos y Costos para Enfrentar el VIH/Sida), Panamá, Mayo 2006.

USAID, OPS. Perfil de los Sistemas de Salud: PANAMA. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera Edición. Abril 2007.

USAID | PASCA, Programa Nacional de ITS VIH SIDA. Román, Gina; Burgos, Manuel; Tejada de Urriola, Ilka; Berrío, Edilma. Informe del Gasto Nacional de VIH/Sida 2006; Nivel, Flujo de los Recursos y Costos para Enfrentar el VIH/Sida. Panamá, Junio 2007.

USAID| HPI. Burgos, Manuel; Sanders, Rachel; León Laura; Nuñez, Aurelio. Costeo del Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA Presentación de resultados, cálculos y fuentes; Panamá Junio 2008.

USAID| Centroamérica. Martínez, Hilda. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH/Sida en Panamá; Análisis y Conclusiones. Agosto 2008.

USAID| PSI| PASMO. Departamento de la Investigación y Métrica, PSI. Panamá (2007): Estudio TRaC de VIH/SIDA entre Trabajadoras Sexuales Femeninas de la Ciudad Panamá, Darién y Veraguas. Segunda Ronda. Abril 2008.

USAID| PSI| PASMO. Departamento de Investigación y Métrica, PSI. Panamá (2007): Estudio TRaC de VIH/SIDA entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en Ciudad de Panamá, Darién y Veraguas. Segunda Ronda. Julio 2008.

SICA-Proyecto Regional VIH/SIDA-América Central. Galván Orlich, José Guillermo. Análisis de los Avances al Cumplimiento de los Acuerdos Regionales Presidenciales en VIH SIDA; Resultados de Consenso Panamá, 2007.

Universidad de Panamá; Departamento de Sociología. Nilva Góngora Meneses. Políticas Económicas y Pobreza en Panamá.

WHO, UNICEF, UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. September, 2009.