

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

DEL PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES EN VIH/ SIDA





MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA
UNIDAD TÉCNICA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN
COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES DE VIH

AÑO 2010

Septiembre 2011

Con el apoyo de



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PASCA
Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH



MIEMBROS DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Dirección Nacional de Promoción de Salud	Doctora Karen Holder
Laboratorio Central de Referencia	Magíster Gloriela Jaramillo de Villarreal
Departamento de Epidemiología	Licenciada María Mastelari
Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.	Doctora. María V. de Crespo
Jefatura del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA	Doctor Aurelio Núñez Maitín
Clínica de TARV del Hospital del Niño	Doctora Dora Estripeaut
Clínica de TARV del Hospital Santo Tomás	Doctora Amalia French
Caja del Seguro Social	Doctor Rudick Kant
Clínica de TARV de adulto de la CSS	Doctor Boris Castillo
Clínica Pediátrica de TARV de la CSS	Doctora Kathia Luciani
Representante de las Personas Viviendo con VIH	Licenciado Miguel Sánchez
Representante de la Sociedad Civil (APLAFA)	Licenciada Hilda Martínez
Defensoría del Pueblo	Señora Edith Tristán
Representante de la Red de Sitios de Trabajo y Desarrollo Laboral	Licenciado Alberto Chacón

EQUIPO TÉCNICO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA

Licenciada Rosa P. Lowe
Licenciada Yariela Ortega
Licenciado Rigoberto Villarreal

USAID | PASCA

Representante de País: Licenciado Diego Postigo
Coordinadora Técnica de País: Magíster Modesta Haughton

CONSULTOR NACIONAL

Consultora para la Actualización del Plan Nacional de MyE: Magíster Evelina Aedo

El Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA) está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciado el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID | PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud. Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este documento no es responsabilidad ni refleja necesariamente la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. RESUMEN EJECUTIVO	7
3. PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES	9
4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN PANAMÁ	12
5. ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA..	15
a) Actitudes, creencias y comportamientos en sexualidad, ITS, VIH y sida	15
6. SITUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL	17
a) Respuesta de las instancias gubernamentales.....	17
i. Planificación de la respuesta.....	17
ii. Acceso.....	18
iii. Tratamiento y diagnóstico	19
iv. Gasto en VIH y sida.....	21
v. Respuesta a la población en más alto riesgo (PEMAR)	22
b) Respuesta desde la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG).....	23
7. CONDICIONES DEL ENTORNO	25
a) Bases jurídicas y políticas de la respuesta nacional.....	25
i. Ley 3 del 2000	25
ii. Política Pública Nacional en materia de VIH y sida	26
b) Estigma y discriminación	27
8. COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA, REPRESENTACIÓN DE SECTORES Y PARTICIPACIÓN DE SOCIEDAD CIVIL	31
a) Comisión Nacional para la prevención y control del VIH - CONAVIH	31
b) Mecanismo Coordinador de País (MCDP).....	31
9. ANÁLISIS DE COYUNTURA	33
a) Riesgos y oportunidades en el entorno.....	33
i. Riesgos.....	33
ii. Oportunidades	33

b) Desafíos para el siguiente período de medición	34
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
11. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	43
ANEXO 1	44
ANEXO 2	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3	70

1. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, a través de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTM y E) y del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (CIMyE), presenta el **Informe de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores (PBI) del período 2010**, en el marco del monitoreo y evaluación del cumplimiento de los indicadores establecidos en el PEM 2009-2014 y los priorizados en el Paquete Básico de Indicadores (PBI) desde la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida.

Este informe de monitoreo pretende generar aportes que permitan valorar los niveles de avance de la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida, señalar logros y retos, y finalmente proponer recomendaciones que deriven en mecanismos de mejoras, cuando sea el caso.

La información vertida en el presente informe es producto de un proceso de monitoreo que incluye acciones de gestión de información, monitoreo de campo a instituciones públicas para la verificación de los datos, y monitoreo electrónico a los diferentes portales gubernamentales que contienen información para alimentar los indicadores. También incluye otras fuentes de información como entrevistas a funcionarios y funcionarias a nivel nacional y regional.

Se inicia el desarrollo del contenido describiendo la metodología utilizada para la priorización del Paquete Básico de Indicadores. Se incluye una tabla resumen con los resultados de los indicadores, seguidamente se desarrollan los contenidos que resumen la descripción del panorama del país sobre la vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH y sida en Panamá, aspectos de comportamiento de la población en general y específicamente la más afectada, situación de la respuesta nacional, las condiciones del entorno y los mecanismos utilizados para la coordinación de la respuesta entre los diferentes sectores y la sociedad civil.

A continuación se hace un balance de situación derivados del análisis e interpretación de la información obtenida de las fuentes citadas.

Finalmente, se presenta un análisis de coyuntura que enumera riesgos y oportunidades en el entorno y los desafíos para el siguiente periodo de medición. Lo descrito en este apartado se convierte en preceptos que pueden ser considerados, evaluados y replanteados - cuando sea el caso - por las autoridades responsables de la formulación, evaluación de políticas y planes para la respuesta nacional.

Agradecemos a: Subdirectora General de Salud de la Población del Ministerio de Salud, Jefe Nacional y equipo técnico y administrativo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNIVS) del Ministerio de Salud, al equipo técnico de las 15 Clínicas de Tratamiento Antirretroviral (CTARV), al equipo técnico del Departamento de Epidemiología/Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia del Ministerio de Salud, al equipo técnico y administrativo del Sistema Nacional de Sangre Segura del Ministerio de Salud, al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), a la Dirección de Promoción de

Servicios, Dirección de Provisión de Servicios y los miembros de las organizaciones no gubernamentales por su aporte en la recopilación, consolidación, análisis de la información y la redacción de este informe.

2. RESUMEN EJECUTIVO

De un total de más de 200 indicadores dispersos en numerosos planes y compromisos nacionales e internacionales, el Comité Intersectorial de Monitoreo y Evaluación en VIH/sida priorizó un total de 41 indicadores considerados clave para monitorear la respuesta al VIH en el país. El país se comprometió a informar sobre 23 de ellos durante 2011.

La epidemia cuya respuesta se monitorea avanza de manera sostenida en el país, de acuerdo con las estimaciones y mediciones que se hacen de manera regular. Sigue siendo una infección transmitida principalmente por vía sexual y concentrada principalmente en algunas poblaciones específicas, como los hombres que tienen sexo con hombres, las personas trans y las trabajadoras sexuales.

De acuerdo con diversas fuentes de información, aún existe un amplio desconocimiento de las vías de transmisión del VIH y las formas de prevenirlo, aunque la brecha disminuye. Esto puede explicar los comportamientos de riesgo que se registran en la población general y en las poblaciones más afectadas.

El país ha hecho un esfuerzo destacable en responder a la epidemia. Existe un Plan Estratégico Multisectorial en VIH/sida 2009-2014, un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015, y un Plan Nacional para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, con planes regionales. Además, se han creado 15 clínicas de tratamiento antirretroviral, lo que ha supuesto un gran avance en la descentralización de la atención. Se cuenta con normas y guías para diversos aspectos de la atención, como el tratamiento antirretroviral, la atención psicológica y la atención nutricional. No obstante, aún se detectan deficiencias en la atención, como recurrentes desabastecimientos de ARV, la falta de reactivos para pruebas diagnósticas y pronósticas o la desigual distribución de los profesionales de la atención entre las diferentes regiones de salud.

Un factor de expansión de la epidemia es el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y hacia las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR), aún muy vigentes en el país. Para enfrentarlo, el Ministerio de Salud ha abierto en la capital una clínica amigable con las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres, y existen planes de expandir esta atención a otras regiones de salud. La Defensoría del Pueblo es otro órgano estatal que juega un papel importante en este sentido.

El país, a través de un Mecanismo de Coordinación de País (MCP), presentó un proyecto al Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que este aprobó en su Ronda 10ª. Este proyecto está enfocado específicamente a la prevención y acceso a los servicios de salud por parte de las PEAR.

A través de Decreto Ejecutivo se creó la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH), presidida por la Primera Dama, con participación intersectorial al más alto nivel y que tiene funciones de coordinación de la respuesta y promoción de su intersectorialidad.

La sociedad civil ha participado de manera muy beligerante y activa en la respuesta al VIH desde los inicios de la epidemia. Diversas organizaciones ofrecen una amplia gama de servicios a las personas con VIH y grupos PEMAR, y participan de espacios de toma de decisiones como el CONAVIH y el MCP.

Se han hecho esfuerzos también desde el ámbito legislativo, con la promulgación hace más de una década de la Ley para la prevención del VIH, así como la elaboración de una Política para el Control del VIH del Ministerio de Salud. Aún son muchas las preocupaciones en materia de vulneraciones de derechos humanos relacionados con la epidemia o su respuesta que quedan por resolver.

Este informe ofrece los datos de 2010 de los indicadores priorizados para reporte en 2011. Asimismo, ofrece datos sobre la variación en estos datos respecto a los del año 2009. Es motivador comprobar que se experimentan avances positivos en la práctica totalidad de los indicadores, y que en algunos ya se está muy cerca de cumplir la meta. Aún se observan brechas importantes en algunos indicadores respecto a la meta del 100% del indicador. La mayoría de estos casos se da en indicadores cuyo denominador procede de las estimaciones de VIH que se hacen bienalmente en el país, que arrojan cifras muy elevadas. Estas estimaciones se realizan sobre la base del cambio del estado de la epidemia y los nuevos métodos que vayan surgiendo para calcularlas y actualizarlas, los cuales son recomendados y facilitados por los organismos internacionales como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de que son válidas y usadas para la medición de los indicadores de la respuesta, se hace necesaria la recopilación de datos más fiables y oportunos, que permitan hacer los ajustes a las estimaciones de forma tal que los esfuerzos de los diferentes actores de la respuesta al VIH puedan ser evidenciados con los cambios positivos en estos indicadores.

Destaca el avance en los indicadores relacionados con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, con incrementos porcentuales de hasta 25 puntos respecto de 2009. Esto se debe claramente al empeño que se hace en reducir esta forma de transmisión del VIH a través de la implementación de un plan a nivel nacional y planes regionales a nivel local, que seguramente es un ejemplo a seguir para atajar otras formas de transmisión del VIH.

Algunos indicadores, especialmente los que recogen los datos de encuestas nacionales, no cuentan con información nueva en 2010 respecto de la del año anterior, debido a lo costoso de estas formas de análisis de información.

Otros indicadores, especialmente los que están relacionados con la vigilancia epidemiológica y la atención clínica de los pacientes con VIH, verán afianzado su reporte con la implementación de sistemas de información que facilitarán en gran medida el reporte y análisis de datos.

Por último, el indicador sobre denuncias relacionadas con derechos humanos se ha incrementado, lo que podría deberse a un mejor registro de las mismas por parte de las instancias competentes, pues tradicionalmente se ha estimado un gran subregistro en este sentido.

3. PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES

Panamá cuenta con cerca de 200 indicadores para el monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH en los diferentes planes e instrumentos que rigen dicha respuesta en el país, como son el Plan Estratégico Multisectorial 2009-2014 (PEM), el Plan para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis, el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Declaración de UNGASS, la Declaración de Acceso Universal y los Indicadores de Alerta Temprana.

El Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación llega al acuerdo de conformar el Paquete Básico de Indicadores con 40 indicadores (Anexo No. 1). De estos, se identificaron 23 indicadores que el país se compromete a informar durante el año 2011. Para el resto de indicadores del paquete básico se identificaron todos los componentes que generan información y además se desarrolló el sistema de información Monitoreo de la Terapia Antirretroviral (MoniTARV), que se está poniendo en marcha.

La generación de los flujos de información de todos los indicadores a través de los componentes o informantes y los diferentes sistemas de información existentes, incluyendo el MoniTARV, consignados en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015, permitirá que se cuente con un sistema integrado o coordinado de Monitoreo y Evaluación de la respuesta del país a la contención de la epidemia de VIH y por lo tanto aumentar el porcentaje de reporte de los indicadores.

La Tabla No. 1 contiene un resumen de los resultados de los años 2009 y 2010 de los 23 indicadores del Paquete Básico que corresponde informar en el 2011. En esta tabla se enumeran los indicadores de acuerdo con la posición que se le asigna en el Plan de Monitoreo y Evaluación 2011-2015.

En el acápite de Balance de situación se hace la interpretación y análisis de estos resultados.

Tabla Nº 1: Resumen de Resultados de los Indicadores			
Nº	INDICADOR	AÑO 2009	AÑO 2010
3	Porcentaje de mujeres embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud.	91.9 % Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)/Contraloría General de la República (CG)	95.7% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010. La publicación oficial del INEC estará disponible en octubre 2011
6	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada (Indicador UNGASS #3).	100% Fuente: Datos obtenidos de las estadísticas presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales. Programa Nacional de Sangre. MINSA	100% Fuente: Datos obtenidos de las estadísticas presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales. Programa Nacional de Sangre. MINSA
7	Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil (Indicador UNGASS #5).	54.9% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010	86.5 Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010
9	Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.	Dato no disponible	151 Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010
10	Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna.	95 (Valores Absolutos) Fuente: Informe de AU 2009	139 (Valores absolutos) Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.
15	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (Indicador UNGASS -13).	Mujeres: 19.5% Hombres: 16.6% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares.	Mujeres: 19.5% Hombres: 16.6% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares.
18	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (Indicador de UNGASS#7)	Total: 11.5% Varones: 10.2%; Mujeres: 12.1% Por edades (Varones): 15-19: 3%; 20-24: 11.3%; 25-49: 12.3% Por edades (Mujeres): 15-19: 8.5%; 20-24: 16.9%; 25-49: 12.1% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares	Total: 11.5% Varones: 10.2%; Mujeres: 12.1% Por edades (Varones): 15-19: 3%; 20-24: 11.3%; 25-49: 12.3% Por edades (Mujeres): 15-19: 8.5%; 20-24: 16.9%; 25-49: 12.1% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares
22	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años con VIH (Indicador UNGASS #22).	0.4% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.3% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
23	Porcentaje de adultos y niños(as) con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica. (UNGASS #24)	77.4% Fuente: Análisis y revisión documental de Registros Estadísticos de las CTARV.	93.4% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.

Tabla Nº 1: Resumen de Resultados de los Indicadores			
Nº	INDICADOR	AÑO 2009	AÑO 2010
24	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses	100 % Fuente: Clínicas de Terapia Antirretroviral	80% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.
25	Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo ARV (UNGASS #4)	52.4% Análisis y revisión documental de Registros Estadísticos de las CTARV.	59.2% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.
26	Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH (UNGASS #6)	35.4% Fuente: Análisis Comparativo de los Informes sobre los avances de Panamá hacia la consecución de los compromisos de UNGASS y Acceso Universal: Principales Resultados y Brechas PANAMA, 2011	41.6% Fuente: Numerador datos obtenidos del Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.. denominador estimaciones
27	Porcentaje de pacientes adultos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país.	Dato no disponible para este Informe	
28	Porcentaje de pacientes pediátricos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país	100% Fuente: Clínica TARV del Hospital del Niño	100% Fuente: Clínica TARV del Hospital del Niño
30	Porcentaje de embarazadas en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	74.9% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	88.2 Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
32	Porcentaje de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento	14 niños positivos de los cuales el 100% recibió tratamiento Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	53 niños positivos de los cuales el 100% recibió tratamiento Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
33	Cobertura de prueba de VIH en embarazadas	74.9% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	88.2% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
34	Porcentaje de transmisión vertical del VIH	Dato no disponible	5% Fuente: Clínica TARV del Hospital del Niño
37	Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos	0.2 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.7 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
38	Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita	0.01 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.04 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
39	Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita	0.01 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.04 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
40	Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados.	Dato no disponible para este Informe	
41	Número de denuncias de derechos humanos relacionadas al VIH	9 Fuente: Defensoría del Pueblo	31 Fuente: Defensoría del Pueblo

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN PANAMÁ

Se estima que en el año 2009, en la República de Panamá vivían con el VIH 20,000 personas de 15 y más años¹, para una prevalencia de 0.8%. Las poblaciones más afectadas por el VIH son los hombres que tienen sexo con otros hombres, con una prevalencia de 11.0%, y las trabajadoras sexuales, con una prevalencia de 2.0% (1.9% en la ciudad de Panamá y 2.1% en la provincia de Colón)².

Las defunciones producidas por sida han descendido, al igual que la tasa de mortalidad específica por 100,000 habitantes por sida. Esta tasa descendió de 17.4 en el año 1999 (490 muertes) a 13.4 en el año 2010 (471 muertes). Esta disminución está posiblemente asociada a la administración de la terapia antirretroviral, y a las medidas de prevención y control implementadas.

Según el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es VIH-1 sub tipo B. El subtipo B fue el más común en el 97% de los 113 sujetos estudiados. Hay formas recombinantes BF y BD, o sea subtipo B con subtipo F, y subtipo B con D. El subtipo BF es el más común en Suramérica³.

De septiembre de 1984 a diciembre de 2010, se han registrado en el país un total de 11,596 casos de sida, de los cuales 405 son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 7,829 defunciones; esta información puede ser superior debido al sub-registro propio de todo sistema de vigilancia epidemiológica.

El 69.8% del total de los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida se presenta en personas con edades de 25 a 49 años. Tres de cada cuatro casos de sida corresponden a hombres (75.0%)⁴. Las tasas específicas por 100,000 en mujeres se han elevado de 2.4 en el año 1993, a 11.6 en el año 2010, lo que parecería indicar que la infección por el VIH está aumentando en este sexo. Sin embargo, es necesario considerar que existe una búsqueda intensificada en las mujeres embarazadas.

Las tasas de incidencia de sida por 100,000 habitantes para el año 2010 correspondientes a las regiones de salud son: Metropolitana (46.8), Colón (42.9), Kuna Yala (29.4), San Miguelito (28.8), Panamá Oeste (23.5), Panamá Este (21.7), Bocas del Toro (20.7), Ngäbe Bugle (11.6), Herrera (8.9), Los Santos (7.7), Coclé (7.7), Chiriquí (6.6), Veraguas (4.0) y Darién (0.0). La tasa nacional es de 23.7 y la tasa de incidencia acumulada de la República de Panamá desde

1 MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología. Estimaciones y Proyecciones de VIH en Panamá. Año 2009.

2 MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá y Colón, agosto 2003.

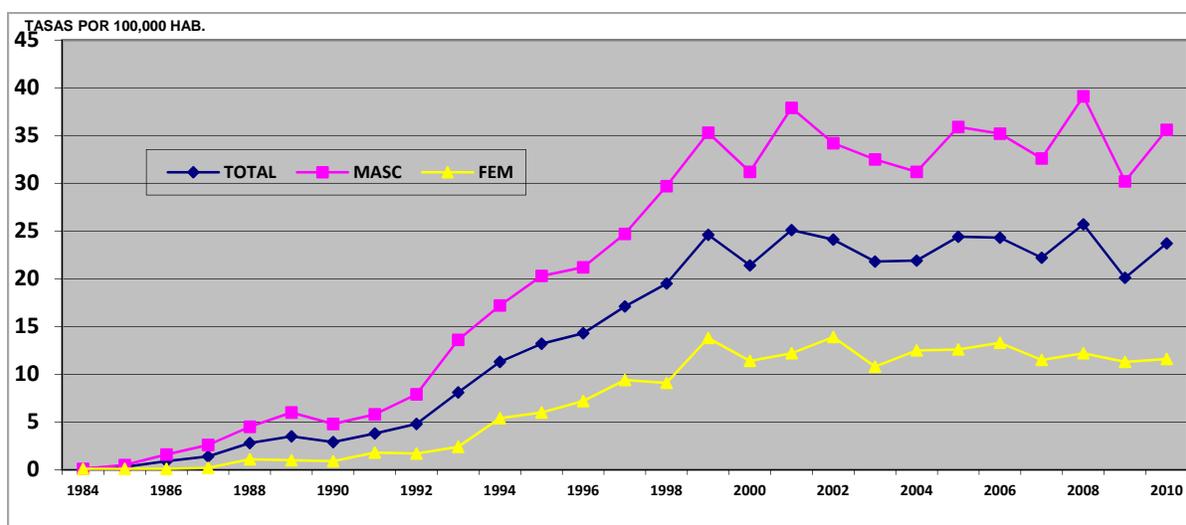
3 ICGES. Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009.

4 Datos en base a casos de sida acumulados (1984- diciembre 2009).

1984 hasta diciembre de 2010 es de 426.10 por 100,000 habitantes. La epidemia está concentrada en los grandes conglomerados urbanos⁵.

Las relaciones sexuales no protegidas constituyen el principal riesgo para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En cuanto a la preferencia sexual de las personas registradas como casos de sida, se asumieron como heterosexuales el 50.8% y los hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo hombres con relaciones bisexuales, el 16.2%. El restante 33.0% no respondieron y/o están en proceso de investigación⁶.

Gráfica No. 1. Tasas de sida por años de ocurrencia según sexo. Años 1984-2010. Datos hasta diciembre 2010. República de Panamá



Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

En Panamá la información sistematizada de vigilancia del VIH (personas en estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana), se contabiliza separado de los datos de los casos de sida (han desarrollado enfermedad oportunista). El sistema es dinámico y tiene la capacidad de restar del grupo de VIH a las personas que van evolucionando a casos sida, sin haber posibilidad de duplicación de casos.

Entre los años 2001 y 2010 se registraron 6,261 personas VIH asintomáticas, de las cuales 3,691 pertenecen al sexo masculino y 2,571 al sexo femenino, con una relación de hombre mujer de 1.4/1. En el año 2010 se registraron 887 personas VIH asintomáticas (571 masculino y 316 femenino), con una relación hombre mujer de 1.8/1.

⁵ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

⁶ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

En el año 2010, se tamizaron 69,887 embarazadas con la prueba de VIH, con una cobertura de 88.2% de las embarazadas esperadas; se detectaron 186 embarazadas VIH positivas, para una seropositividad aproximada en embarazadas de 0.3%. Se diagnosticaron 12 niños(as) menores de 10 años por transmisión perinatal del VIH en el año 2010.

Entre las actividades de colaboración TB/VIH, está la de disminuir la tuberculosis en personas con VIH y sida en Panamá. La enfermedad oportunista tuberculosis estuvo presente en el 21.8% de los casos de sida y en el 24% de las defunciones en el año 2010⁷.

Con respecto a las ITS, la vigilancia de la sífilis congénita ha detectado 53 casos con una tasa de 0.75 por 1,000 nacidos vivos en el año 2010⁸, sin embargo, se considera que hay una sub notificación de casos y no están incluidos los abortos ni mortinatos.

Usualmente, en Panamá no se desarrollan estudios de vigilancia centinela en materia de VIH y sida. El Estudio Multicéntrico Centroamericano de Comportamientos y Vigilancia del VIH en trabajadoras sexuales (TS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), realizado en el 2003, determinó prevalencia de VIH en TS ambulantes de 3.5%, de 1.5% en TS fijas, y 1.9% para el total de la muestra de TS; mientras que para los HSH en general fue de 10.6% (12.7% en hombres gays y 5.5% en bisexuales)⁹.

Actualmente se realiza un estudio en Panamá para la actualización de los datos obtenidos sobre estas poblaciones en el estudio multicéntrico citado. Este estudio está siendo coordinado en su ejecución por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) y socios estratégicos. El estudio está en fase de análisis de datos para las muestras de TS y HSH. No obstante, datos preliminares registran:

- Prevalencia de 0% en trabajadoras sexuales fijas (N=391); 1.9% en trabajadoras ambulantes; 3.5% en trabajadoras ambulantes de Colón y 2.1% en ambulantes de Bocas del Toro.
- Prevalencia en HSH del 31.1% (Ciudad de Panamá)

⁷ Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas.

⁸ Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas.

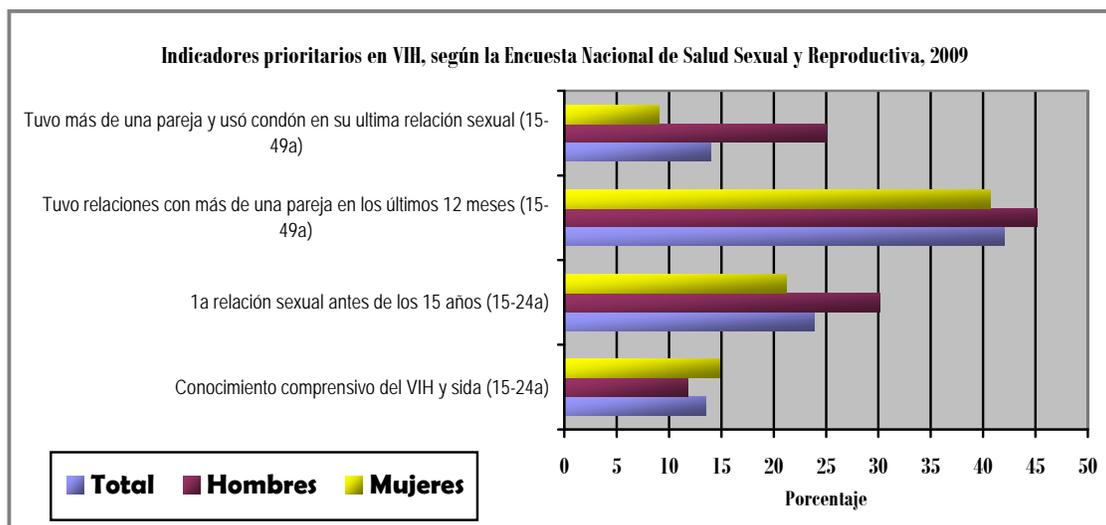
⁹ MINSAL. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá y Colón, agosto 2003.

5. ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA

a) ACTITUDES, CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS EN SEXUALIDAD, ITS, VIH Y SIDA

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá (ENASSER 2009) diseñada para proveer de datos actualizados sobre indicadores de población y de salud sexual y reproductiva, fue aplicada a una muestra nacional representativa de 5,831 mujeres entre 15-49 años y de 2,813 hombres entre 15-59 años. Esta muestra proporciona estimaciones para la República de Panamá en las zonas urbanas, rurales e indígenas y en cuanto a la mayoría de los indicadores para cada una de las nueve provincias y dos Comarcas (Emberá y Ngöbe Bugle), con excepción de la Comarca Kuna Yala, cuyo Congreso General Kuna no consintió en que esta población participara. Información de los resultados obtenidos en esta encuesta para indicadores prioritarios en VIH se representan en la siguiente gráfica.

Gráfica No.2. Indicadores prioritarios en VIH, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y



Reproductiva 2009

Fuente: Tomado de: Análisis Comparativo de los Informes sobre los avances de Panamá hacia la consecución de los compromisos de UNGASS y Acceso Universal: Principales Resultados y Brechas, Panamá, 2011.

El 46.4% de hombres y el 48.9% de mujeres casados/as o en unión, informan haber tenido dos o más compañeros sexuales en el último año, comparado con 53.9% y 26.0% de los hombres y mujeres solteros, respectivamente. De los encuestados, 47.8% de hombres y 50.8% mujeres casados/as consideran estas relaciones como de alto riesgo, comparado con 82.1% de los hombres solteros y 92.9% de las mujeres solteras.¹⁰

Los hombres solteros refieren un 44.4% de uso del condón en la última relación sexual con una segunda pareja y los hombres casados un 52.1%; sin embargo, sólo lo utiliza el 28.8% de las mujeres solteras y el 6.4% de las casadas.¹¹

El Estudio Nacional 2009-2010 aborda una muestra de dos grupos de elevada exposición al VIH, sobre los cuales se ha tenido escasa información hasta el momento: la/os trabajadora/es del sexo y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Se trata de grupos a los cuales es difícil aplicarles encuestas de conocimiento y comportamiento, así como las acciones de vigilancia epidemiológica, ya que muchos/as de ellos/as operan en la clandestinidad. Actualmente se encuentra en proceso el análisis de los resultados de las variables de conocimiento y comportamiento obtenidas en estas poblaciones.

¹⁰ De León Richardson, Ruth Graciela [et.al.].(2010). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009). Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá. 2010

¹¹ *Ibíd.*

6. SITUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL

a) RESPUESTA DE LAS INSTANCIAS GUBERNAMENTALES

i. PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA

Con el esfuerzo de los actores claves que en Panamá están involucrados en la respuesta nacional, se elabora el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2009-2014, como una de las herramientas técnicas para fortalecer la toma de decisiones.

Con el propósito de monitorear y evaluar la respuesta multisectorial a la epidemia de VIH y el sida se ha estructurado el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015, en el cual se consigna el fortalecimiento de la estructura actual del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA a través de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) y del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (CIMyE).

El Plan de Monitoreo y Evaluación se constituye en la herramienta central para la gestión del PEM 2009-2014 y los resultados que se pretenden alcanzar se evidencian en los indicadores previamente establecidos, lo cual hace pertinente mantener la coherencia funcional de este proceso.

Como un gran aporte y compromiso, el plan pretende monitorear y evaluar los indicadores nacionales e internacionales que muestran el progreso de país hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), de Acceso Universal (AU) y del Fondo Mundial (FM).

Se incluyen indicadores del eje de prevención del PEM 2009-2014, que enfatizan a la población en mayor riesgo (PEMAR), HSH, personas trans y personas trabajadoras sexuales.

Las acciones globales de Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) están focalizadas hacia las mujeres y los niños y niñas, por ser éstas consideradas las subpoblaciones mayormente vulnerables. En este sentido, una de las metas presidenciales ha abordado con especial interés la reducción de la transmisión materno-infantil al VIH. Es por ello que en el año 2009 se inicia la implementación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis en Panamá, que guarda relación con los resultados esperados en el PEM 2009-2014 de ITS-VIH y sida. Se conforma la Comisión Interinstitucional para la prevención de la Transmisión Materno Infantil en VIH y Sífilis, a solicitud del Despacho Superior, con el propósito de facilitar la ejecución de dicho plan. Para iniciar esta ejecución, se priorizan las áreas más apartadas del país, continuando de manera paralela en los niveles regionales y locales.

Uno de los grandes avances de los últimos dos años radica en la creación - por Decreto Presidencial N°7, del 22 de enero de 2008 - de la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH). Este organismo actúa como la máxima autoridad responsable de la ejecución del Plan Estratégico Nacional Multisectorial (vigente 2009-2014) y consta de una amplia representación de los sectores involucrados en la respuesta a la epidemia. Entre sus logros más relevantes se menciona la asignación de una partida presupuestaria dirigida a acciones de promoción y prevención del VIH, sobre todo en las poblaciones identificadas en más alto riesgo.

ii. ACCESO

Como producto de la abogacía ejercida por la sociedad civil, el gobierno nacional creó su primera clínica de terapia antirretroviral en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, instalación de tercer nivel de atención que es administrada por la Caja de Seguro Social. Tres años más tarde, en el 2002, inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral del Ministerio de Salud, la cual se ubicó en los predios del Hospital Santo Tomás.

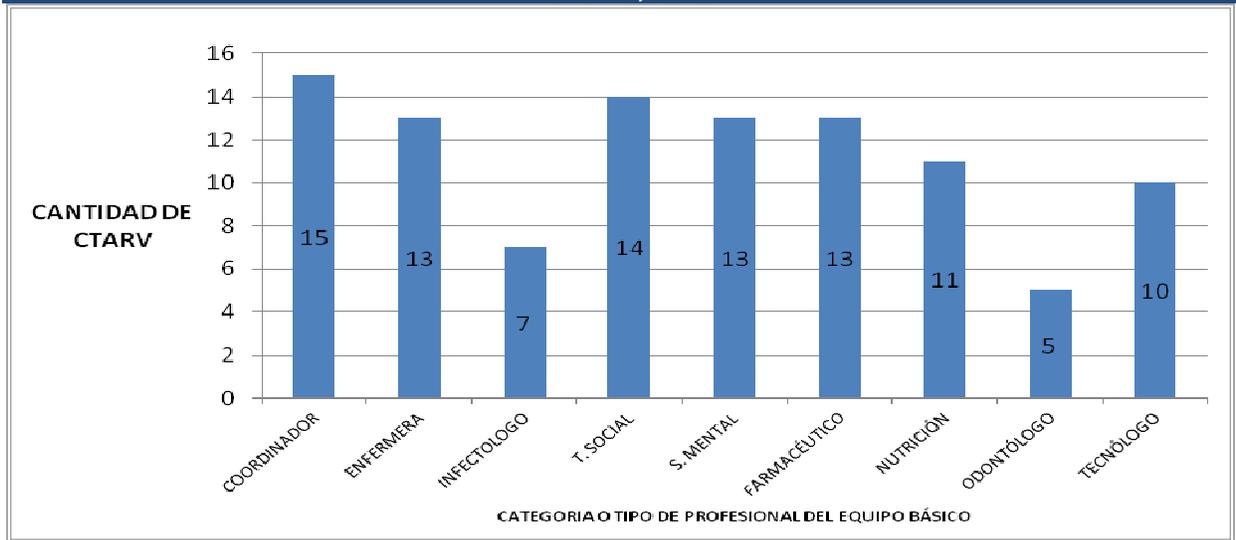
En la actualidad, se cuenta con quince clínicas especializadas a lo largo y ancho del territorio nacional, trece de ellas son administradas por el Ministerio de Salud y dos por la Caja de Seguro Social. Existen doce (12) clínicas para la atención de población adulta y tres (3) para niños.

Aunque las clínicas ya establecidas poseen un grado muy variable de desempeño, el modelo atencional involucra siete servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, salud mental, nutrición y trabajo social.

Según se observa en la Gráfica N°. 3, el monitoreo y evaluación, a nivel nacional, revela que sólo cinco clínicas tienen odontólogo, siete tienen infectólogo, diez tecnólogo médico (laboratorista clínico) y once tienen el servicio de nutrición disponible. Todas las CTARV tienen la figura del coordinador, que recae en un profesional médico (tres infectólogos pediatras, tres infectólogos de adultos, un psicólogo y ocho médicos generales). También se pudo constatar que la única CTARV que tiene el equipo multidisciplinario completo es la del Hospital del Niño; sin embargo la de Ailigandi, situada en la Comarca de Kuna Yala, sólo cuenta con dos miembros, la coordinadora, que es médico general, y el enfermero.¹²

¹² Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.

Gráfica No.3. Número de clínicas según la categoría o tipo de profesional del equipo básico existente. Panamá, 2010.



Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010

Este monitoreo detectó también que persiste el nudo crítico en cuanto a que la mayoría de los miembros del equipo interdisciplinario de las clínicas de terapia antirretroviral cumple con otras funciones dentro de sus respectivos sitios de trabajo, lo que en algunos momentos limita su disponibilidad para la atención de los usuarios de la CTARV.

Del total de pacientes que reciben TARV (5,156) en el 2010, período objeto del informe de monitoreo, 53.8% son atendidos en las instalaciones del Ministerio de Salud y 46.2% en las de la Caja de Seguro Social.

iii. TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

En el año 2009 se registra la primera entrada de medicamentos antirretrovirales genéricos, a través de un agente de compras internacional (OPS/OMS), lo cual representó para el Estado un ahorro por el orden de \$1,8 millones. Dicha gestión se facilitó gracias a la asistencia técnica de la Fundación Clinton.¹³

Se ha promovido la aplicación de pruebas diagnósticas rápidas a mujeres embarazadas, la administración de terapia antirretroviral oportuna a la madre y al niño cuando así se amerita, y el suministro de sucedáneos de leche materna para los niños, de 0 a 6 meses de edad, nacidos de mujeres seropositivas. El Ministerio de Salud invirtió, en el año 2009, un monto de

¹³ Martínez Hilda y Solórzano Carlos. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNGASS 2010. Panamá. 31 de marzo de 2010.

\$20,272.37 para la compra de estas formulaciones maternizadas, con las cuales se espera ofrecer cobertura hasta finales del 2011¹⁴.

En el año 2007 surge la necesidad de normar el tratamiento para las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y se publican las primeras “Normas para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá”. En el año 2010 se inicia el proceso de revisión de la normativa, dando como resultado las nuevas normas que contienen los lineamientos para la orientación del manejo, seguimiento y control de la enfermedad por VIH y sida. También trata sobre el conjunto de actividades y normas técnico–científicas a través de las cuales se busca garantizar la atención en salud.

Las normas establecen los protocolos de atención teniendo como base las directrices de la OMS/OPS. Fueron validadas y consultadas mediante un consenso nacional con el personal de las clínicas de tratamiento antirretroviral y con la asesoría de infectólogos, pediatras y ginecólogos. Se considera la más amplia gama de medicamentos disponibles en el país, siguiendo un orden lógico y secuencial de los mismos.

Otro documento valioso, tanto en los momentos en que se va a realizar o recibir resultados de la prueba diagnóstica como cuando se inicia y se le da seguimiento a las personas viviendo con VIH y sida (PPVS) que están en tratamiento, es la “Guía para la asesoría y apoyo psicológico a personas que viven con VIH/sida”. El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, con el apoyo del Ministerio de Economía y Finanzas y la Agencia Española de Cooperación Internacional, elaboró en diciembre de 2002 esta guía con el objetivo de uniformar la asesoría que se brindaba a las personas con VIH en el país, así como al resto de personas que buscan los servicios relacionados con el VIH y sida.

Sin embargo, en el monitoreo anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS 2010 se encontró que el 53.3% de los hospitales no cuentan con personal asignado por la institución para brindar la asesoría pre y post prueba de VIH, sino que dicha responsabilidad recae en la persona que la ordena, sobre el médico o la enfermera de la CTARV, el epidemiólogo, o el representante de salud mental o trabajo social.

La guía fue revisada en el 2006 y es la segunda de la serie de documentos que abrieron las “Normas para la atención integral a las personas con VIH”, publicadas por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) y que desarrollan las disposiciones normativas referidas a atención psicológica y la asesoría, como parte de la atención integral en VIH.

Dentro de la serie de documentos con que también cuenta el equipo de salud para el abordaje en el tratamiento de las PPVS, en el 2007 se publica la “Guía para la Atención Nutricional de las personas con VIH”, con el propósito de unificar criterios en la atención nutricional y de apoyo al nutricionista hacia la debida orientación de las personas afectadas y sus familiares.

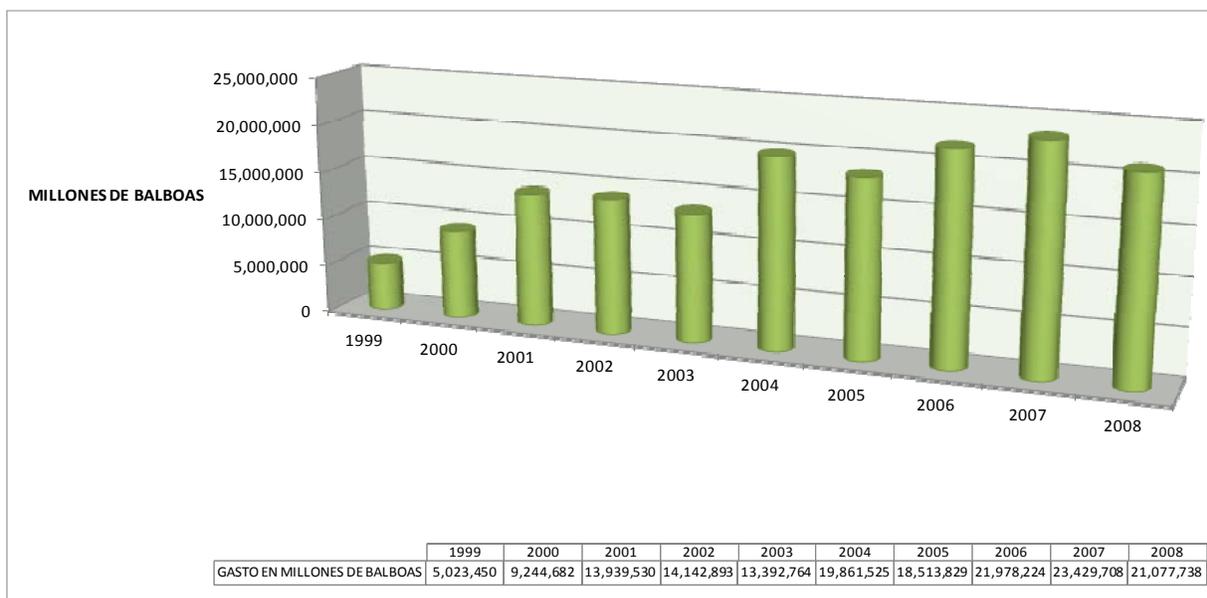
¹⁴ Ibid.

iv. GASTO EN VIH Y SIDA

El aporte que el país hace para disminuir el impacto de la epidemia del VIH y sida en las personas, es documentado a través de la Medición del Gasto en sida (MEGAS). Desde el año 2002 el país ha realizado esta medición cada año, perfeccionando las estrategias de medición con el paso de los años.

En el Informe MEGAS 2008 se revelan cifras del gasto en sida desde el año 1999. La Gráfica N° 4 muestra el incremento sostenido del gasto en sida a través del período 1999-2007; sin embargo, la última medición realizada con información del año 2008 reporta un descenso del 10% en el gasto en sida en el país, reflejado en una disminución en el gasto en los rubros de prevención (-20%), atención y tratamiento (-3.7%), huérfanos y niños vulnerables (-26%), protección social y servicios sociales, excluidos huérfanos y niños vulnerables (-95%), e investigación (-42%)¹⁵.

Gráfica No.4: Gasto en VIH/sida en millones de Balboas. MEGAS, Panamá, 2008.



Fuente: Medición y Análisis del Gasto en sida MEGAS/Panamá 2008

¹⁵ Medición y Análisis del Gasto en sida MEGAS/Panamá 2008

Tabla No. 2: Gasto en sida, por Programa. Panamá. 2007-2008

Programas	Total General		% de Participación	
	2007	2008	2007	2008
Total General	23,429,708	21,077,738	100	100
1. Prevención	10,310,675	8,223,218	44	39
2. Atención y Tratamiento	11,743,180	11,304,827	50	54
3. Huérfanos y Niños vulnerables	311,449	229,666	1	1
4. Fortalecimiento de la Gestión y Admón. de Programas	647,503	659,554	3	3
7. Entorno Favorable	-	300,922	0	1
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones	347,964	200,252	1	1

Fuente: Análisis comparativo de los informes sobre los avances de Panamá hacia la consecución de los compromisos de UNGASS y Acceso Universal: principales resultados y brechas, Panamá, 2011.

V. RESPUESTA A LA POBLACIÓN EN MÁS ALTO RIESGO (PEMAR)

Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas transgénero y trabajadoras (es) sexuales (TS) son los grupos a los que en Panamá se les da la denominación genérica de poblaciones en mayor riesgo (PEMAR). Existen cuatro aspectos de mayor relevancia y necesidad de abordaje en las PEMAR:

1. Persiste el estigma y discriminación hacia las poblaciones más expuestas a riesgo de infección por VIH (trabajadoras sexuales ambulantes y hombres que tienen sexo con hombres y personas trans), situación que les impide tener un libre acceso a servicios de atención relacionados con la prevención del VIH.
2. La información preliminar que se registra a través del Estudio Nacional de Vigilancia de Comportamiento en poblaciones de TS y HSH, indica un aumento importante de la prevalencia en el grupo de HSH, lo cual evidencia la eficacia del tratamiento, pero pone de manifiesto la urgencia de la prevención.
3. La vigilancia epidemiológica de las poblaciones en mayor riesgo (trabajadores/as sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas trans) requiere fortalecerse.
4. Es necesario implementar en el país una Estrategia Nacional para el mercadeo social de condones, principalmente entre las poblaciones más expuestas al VIH (trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas trans).

Para el abordaje inicial del primer aspecto mencionado el Ministerio de Salud ha instaurado las Clínicas Amigables, en donde se brindará atención a población trans con personal capacitado,

se realizará una adecuación de la infraestructura y se implementarán programas de atención que enfatizan la prevención desde la Atención Primaria.

Panamá presentó una propuesta para la X Convocatoria del Fondo Mundial, cuyos contenidos están únicamente dirigidos a las PEMAR identificadas, que son HSH, trans y TS. El monto inicialmente aprobado, que se encuentra en negociación, es de USD 10.1 millones, para ejecutar en un plazo de cinco años desde enero de 2012. Los implementadores serán principalmente las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y actores gubernamentales.

El propósito principal de la propuesta está en la implementación de estrategias basadas en evidencia para abordar a las PEMAR y vincularlas con los servicios de salud. Para ello se fortalecerá el liderazgo de promotores de salud de las mismas PEMAR. Se pretende que sean los servicios públicos los que atiendan a las personas que se identifiquen positivas. Por lo tanto, se harán capacitaciones de los proveedores de salud para que tengan la capacidad de acercarse y atraer a estas poblaciones, y comprender sus necesidades.

En lo que se refiere a prevención, la propuesta incluye un componente de distribución de condones, tanto masculinos como femeninos, a través de las ONG. Además, se incluye una estrategia de prueba y consejería voluntaria en las mismas comunidades.

En lo que se refiere a derechos humanos, hay que destacar que se tiene como objetivo la implementación de políticas de no discriminación hacia la diversidad sexual en el sector privado.

A partir del 2010 la membresía del Mecanismo Coordinador de País (MCdP) se amplió para incluir mayor participación de representantes de los grupos de PEMAR. En lugar de un solo representante para los tres grupos de PEMAR, ahora hay un representante con voz y voto para cada grupo. Se agregaron dos escaños más para las personas que representan los tres grupos de PEMAR que son beneficiarios del proyecto.

b) RESPUESTA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

La sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han tenido un gran impacto en la respuesta al VIH y sida, en particular en la prevención e interrupción de las nuevas infecciones de VIH y en la incidencia política para el cumplimiento de las políticas públicas relacionadas al tema.

Se infiere que el 80% de las detecciones de nuevos casos de VIH las realizan las ONG, entre las que se encuentran PROBIDSIDA, Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP), Viviendo Positivamente (VP), y la Asociación Panameña para la Planificación Familiar (APLAFA), entre otras.

El Observatorio Ciudadano sobre VIH y derechos humanos fue formado en Panamá en 2008 por la Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP) y la Asociación

Viviendo Positivamente (AVP). Cuenta con el apoyo de la Iniciativa Mesoamericana en Derechos Humanos y VIH a través del Colectivo Sol A.C. de México y el apoyo financiero de la Fundación Ford.

La misión del Observatorio es la de recopilar información sobre el disfrute de los derechos humanos en el marco de la respuesta al VIH, para poder guiar las acciones de la sociedad civil con el objetivo de lograr un disfrute pleno de los derechos fundamentales por parte de las personas con VIH y las personas pertenecientes a los grupos más afectados por la epidemia en Panamá.

7. CONDICIONES DEL ENTORNO

a) BASES JURÍDICAS Y POLÍTICAS DE LA RESPUESTA NACIONAL

i. LEY 3 DEL 2000

En el año 2000, se emite la Ley 3, General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el sida, reglamentada por el Decreto Ejecutivo No. 119, del 29 de mayo de 2001. Con la aprobación de la Ley 3, se inicia un proceso de organización del país frente a la epidemia. Sin embargo existe una serie de debilidades y amenazas que son necesario destacar.

La ley establece que la prueba será voluntaria y que se necesitará consentimiento informado de la persona para autorizarla, sin embargo establece seis excepciones a esta regla¹⁶. Mencionaremos aquellas que están expresadas con un lenguaje de contenido estigmatizante o discriminatorio o pueden interpretarse en esta forma:

- La segunda excepción establece la obligatoriedad de la prueba en el marco de procesos judiciales, pero según lo consignado por la persona que recolecta la información para el documento mencionado, “no se atribuye la autoridad para ordenarla al juez, sino al funcionario o funcionaria de instrucción, lo que abre la puerta a una interpretación muy amplia que se aleja de la garantía que ofrece el hecho de que sólo el juez pueda ordenar la prueba”¹⁷.
- La cuarta excepción tiene una redacción poco clara, que podría dar lugar a diversas interpretaciones. En concreto, establece que “De inmediato, a las personas que ha participado en el hecho, cuando lo ordene la autoridad sanitaria por existir indicios de intercambio de fluidos corporales”. No se deja claro cuáles son las circunstancias que deben rodear al hecho para que sea legal la prueba¹⁸.
- La quinta excepción se refiere a las personas trabajadoras del sexo (TS), que deben realizarse la prueba de manera periódica a través del Programa del Ministerio de Salud llamado Higiene Social. Prevé que a las TS que resulten positivas se les suspenda su permiso sanitario para ejercer el trabajo sexual.
- Una excepción adicional establece que en el caso de que un trabajador sufra un accidente laboral con exposición de sangre o fluidos debe tomarse una muestra de sangre para determinar su condición de seropositividad, pero no se expresa que sea necesario el consentimiento del trabajador, por lo que podría ser interpretada de forma contraria a la prohibición de la voluntariedad de la prueba.

¹⁶ OPS/OMS. Representación en Panamá. (2007). Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

¹⁷ Información aportada por la persona que recolecta la información para el documento Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

¹⁸ OPS/OMS. Representación en Panamá. (2007). Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

Por otro lado, existen otros dos artículos considerados categóricos. El artículo 24 de la reglamentación establece la obligación de notificar al sistema de vigilancia todos los casos de ITS/VIH/sida tanto en el sector público como el privado, lo que desde el punto de vigilancia epidemiológica es una de las medidas altamente eficaces para la contención de la epidemia, sin embargo el artículo 25 establece la obligatoriedad de “denuncia” de la situación de VIH por parte de cualquier persona que conozca el estatus de otra persona, o que lo “sospeche”. Esto criminaliza el estatus de VIH y a las poblaciones más afectadas, por lo que se está recomendando que en la próxima revisión de la ley sea eliminado.

En el Artículo 47 de la Ley de VIH se adiciona el artículo 252 A al Código Penal, así: “Artículo 252 A. La pena a que se refiere el artículo anterior será de 2 a 5 años de prisión, si el delito se comete por persona enferma o portadora de alguna infección de transmisión sexual o del virus de la inmunodeficiencia humana y que, sabiendo su condición, transmita una de estas infecciones a una persona sana, de forma intencional”. Si se penaliza la transmisión de una infección, esto debe ser cimentado con la base científica de que existen otras enfermedades de tipo infeccioso que se transmiten con conocimiento de causa, por lo cual debieran ser también penalizadas y no estigmatizar el VIH con una condena mayor.

En respuesta a las consideraciones expuestas deben establecerse mecanismos específicos para hacer el seguimiento del cumplimiento de las disposiciones de la ley. Además, deben establecerse sanciones específicas, o remitirse específicamente a otra legislación como normas supletorias para el momento en que se deban aplicar las sanciones, ya que de nada sirve que la ley sea únicamente dispositiva.

ii. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL EN MATERIA DE VIH Y SIDA

Por su Producto Interno Bruto, Panamá no califica como prioridad para las organizaciones donantes de fondos que financian los programas dirigidos a la prevención y control de la epidemia. Esto requiere que las políticas públicas en materia de VIH y sida vayan encaminadas a una importante participación de sectores no gubernamentales y de la población¹⁹. El informe de Política Pública Nacional sobre el VIH y sida, publicado en el 2008 por la Organización Panamericana de la Salud, menciona los principios en los cuales se sustenta la política nacional:

- Prohibición de la discriminación a causa del VIH y sida.
- Respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales de los afectados(as), familiares y allegados por razón del VIH y sida.
- Garantizar el derecho a la intimidad, confidencialidad y consentimiento informado.
- Protección especial y preferencial de la infancia y adolescencia huérfana y vulnerable por el VIH y sida.
- Respeto de los derechos humanos de la población privada de la libertad afectados y afectadas por el VIH y sida.

¹⁹ Guanti Lasso, Michelle. Políticas públicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá.

- Fortalecimiento de la participación interinstitucional e intersectorial para la intervención integral contra la epidemia.
- Participación ciudadana con enfoque de género.
- Responsabilidad.

b) ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Panamá es signataria de una gran cantidad de Convenios Internacionales en materia de derechos humanos y VIH y sida. En nuestra legislación se contempla la protección de los derechos de las personas con VIH y de los grupos considerados vulnerables. A pesar de esto, en la práctica no se ha logrado garantizar plenamente estos derechos, lo cual ha tenido un efecto negativo en el avance de la epidemia al prolongar y agudizar el estigma y la discriminación relacionados al VIH y al sida. Esto incide negativamente en la adherencia al tratamiento de las personas con VIH y en la falta de anuencia de la población en general para realizarse la prueba de detección²⁰. A las personas con VIH se les vulneran sus derechos al trabajo, la vivienda y la confidencialidad de su estado de seropositividad. En muchos de estos casos las personas con VIH guardan silencio y no denuncian, por miedo a que se conozca su estado de seropositividad públicamente y ser sujetos de mayor discriminación²¹.

En cuanto a información existente sobre estigma y discriminación a las personas con VIH, el estudio más reciente al respecto fue realizado por PROBIDSIDA en el año 2006. La tabla siguiente presenta un resumen de los hallazgos.

Tabla Nº 3: Casos de vulneración de los derechos humanos a las personas que viven con VIH Encuesta realizada por PROBIDSIDA. Panamá. Año 2006	
Descripción de los casos	Tipo de derecho vulnerado
Denegación de TARV a adictos a droga, trabajadoras comerciales del sexo y ex carcelarios	A la asistencia sanitaria Acceso a la TARV
Negativa de informar resultados de la prueba de VIH, cuando se realiza como requisito al trabajo o como empleado, en algunos casos sólo se procede al despido o a la no contratación. Esta información es manejada por las instancias de Recursos Humanos y los laboratorios.	A la asistencia sanitaria Confidencialidad Al trabajo
En algunos Centros de Salud se revela a terceros sobre el estado de seropositividad de algunas personas o se permite el acceso a expedientes a terceros.	Confidencialidad
Realización de pruebas sin consentimiento, especialmente en empresas privadas, con el subsecuente despido.	Consentimiento informado Trabajo Confidencialidad
Restricciones en cuanto a ascensos, formación o prestaciones o cambios en las condiciones de empleo en caso de resultar positivo.	No discriminación Trabajo
Exigencia de pruebas en algunas instituciones de crédito al momento de brindar un préstamo hipotecario.	Vivienda digna No discriminación
Negación a prestar servicios educativos a niños afectados.	Educación No discriminación
Casos de jueces que se niegan a realizar matrimonios en caso de un resultado positivo de alguno de los contrayentes.	Matrimonio Vida familiar No discriminación
Insistencia de algunos jueces a solicitar los resultados de la prueba de VIH antes del	Matrimonio

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

**Tabla Nº 3: Casos de vulneración de los derechos humanos a las personas que viven con VIH
Encuesta realizada por PROBIDSIDA. Panamá. Año 2006**

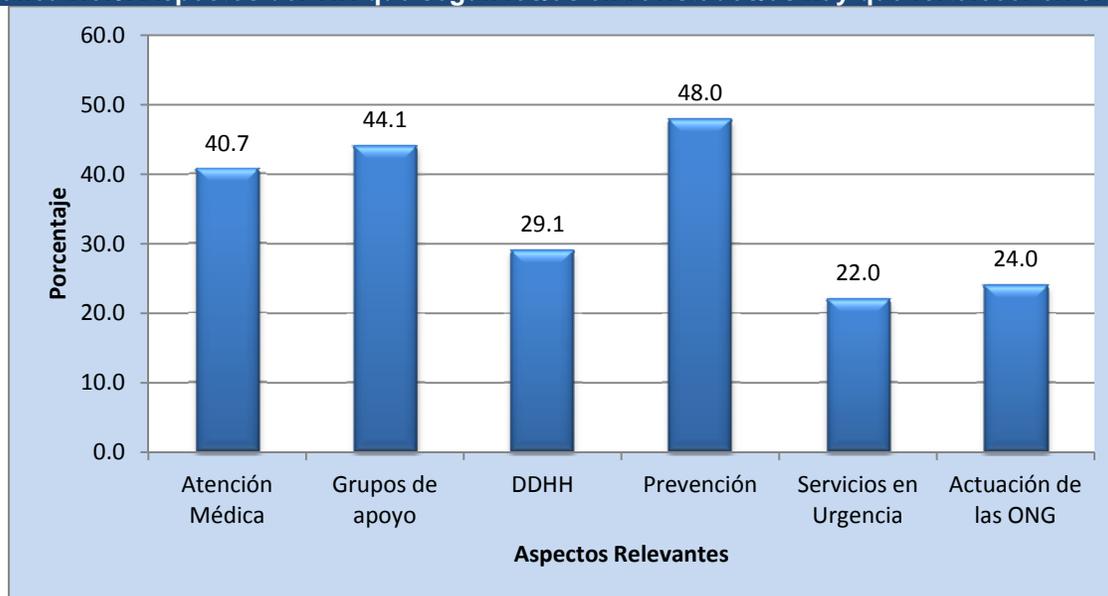
Descripción de los casos	Tipo de derecho vulnerado
matrimonio. La ley contempla la obligatoriedad de la prueba, pero es decisión de los contrayentes el realizar el matrimonio.	Vida Familiar Confidencialidad No discriminación
Aborto y esterilización en mujeres seropositiva. Casos ocurridos principalmente en los primeros años de la epidemia.	Libre determinación No discriminación Salud y Vida familiar

Fuente: Guanti Lasso, Michelle. Políticas públicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá.

Algunos de los factores que inciden en la vulneración a los derechos humanos de las personas con VIH y sus allegados son el estigma y la discriminación que aún persisten con respecto a la condición de salud, la falta de conocimiento de la ley y el carácter poco punitivo de la misma para sancionar a quienes no cumplan las disposiciones sobre el tema²².

En la encuesta de conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones en derechos humanos y VIH y sida aplicada a una muestra de 354 personas viviendo con VIH atendidas en nueve Clínicas de Terapia Antirretroviral, realizada por el Observatorio Ciudadano de Derechos Humanos y VIH, se encontraron hallazgos relevantes relacionados con los derechos humanos. Entre los aspectos que destacaron los/as entrevistados/as que se hace necesario fortalecer en el país, se mencionan con mayor frecuencia los aspectos de prevención (48%), los grupos de auto- apoyo (44%) y la atención médica (40.7%). El tema de los derechos humanos se menciona en cuarto lugar (29.1%). Estos hallazgos se exponen en la Gráfica No.5.

Gráfica No.5. Aspectos del VIH que según los/as entrevistados/as hay que fortalecer en el país



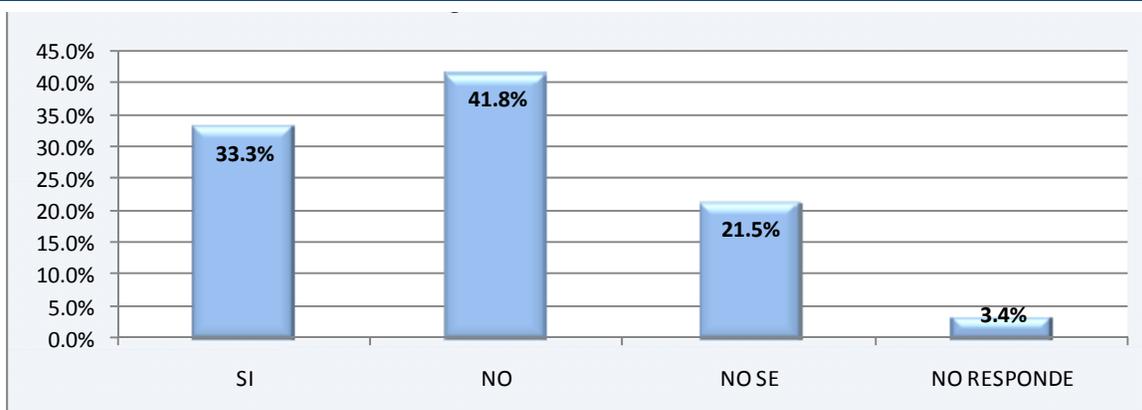
Fuente: Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con vih atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país: Enero – Abril, 2010

²² Ibid.

En el tema de información relacionada con los derechos humanos, un poco más de la mitad de los/as entrevistados/as (55.9%) ha recibido información, frente a un 36.4% que declara que no la ha recibido²³.

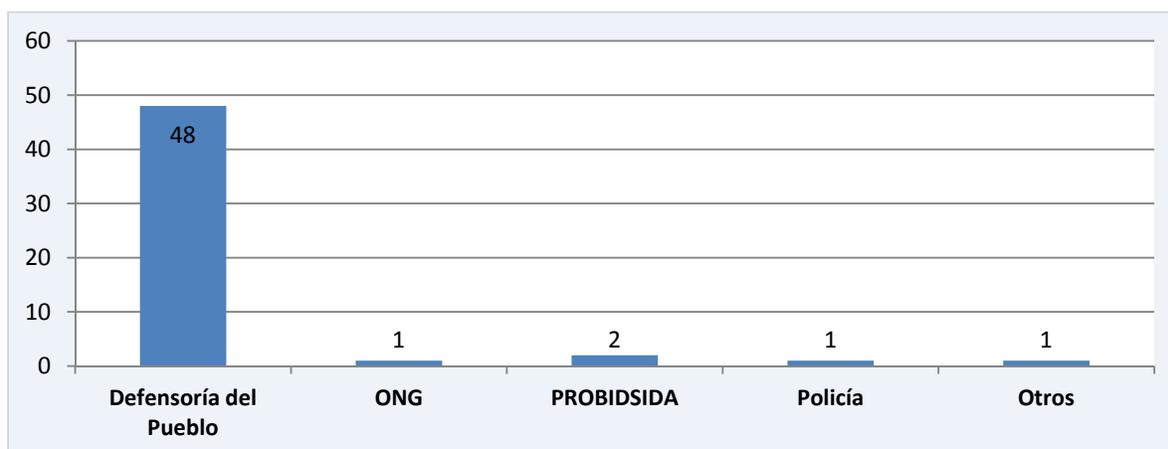
Por otro lado La Gráfica No.6 muestra las frecuencias de entrevistados/as que declararon que en alguna ocasión han visto violentados sus derechos (33.3%). Es de notar que un 21.5% de los/as entrevistados/as ni siquiera sabe si les fueron violados sus derechos humanos.²⁴

Gráfica No.6. ¿Alguna vez le han violentado sus derechos?



Fuente: Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con vih atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país enero – abril, 2010

Gráfica No.7. Lugares a donde dirigirse mencionados por los/las encuestados/as, si son violentados sus derechos



Fuente: Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con vih atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país: enero – abril, 2010

Este mismo estudio indica que, según se muestra en la Gráfica No.7, “Un poco más de la mitad de los/as participantes en el estudio (55.7%) saben a dónde dirigirse en caso de sufrir violación

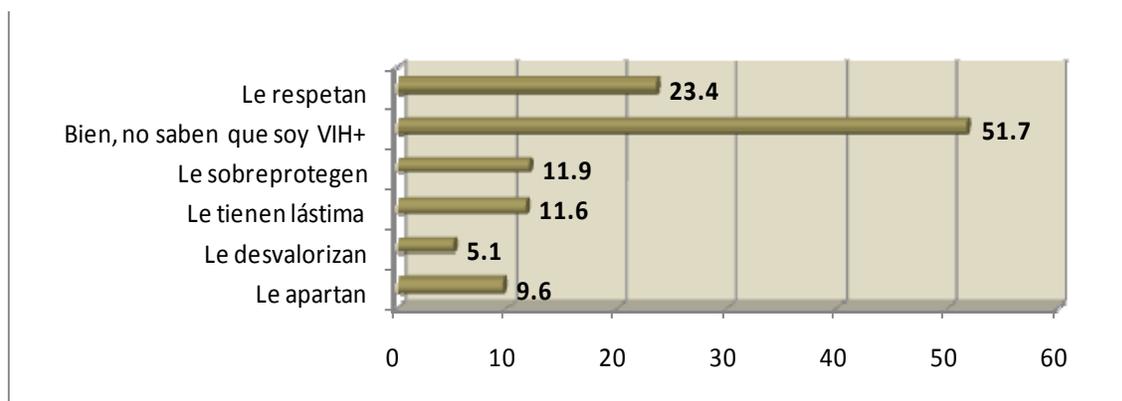
²³ Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con VIH atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país: enero – abril, 2010. Observatorio Ciudadano de Derechos Humanos y VIH, 2010.

²⁴ Ibid.

de sus derechos, y mencionan a la Defensoría del Pueblo como el lugar donde pueden interponer una denuncia en caso de violación”²⁵.

Otra de las percepciones importantes abordadas en el estudio fue la forma en que sienten los/as entrevistados/as que los/as tratan en su medio social por su condición de portador/a de VIH. Los resultados de esta variable se presentan en la Gráfica No.8. Es de importancia señalar que un poco más de la mitad de los/as encuestados (51.7%) prefiere mantener en total secreto su condición de VIH+, posiblemente para evitar el estigma y/o discriminación de que pueden ser sujetos por su condición²⁶.

Gráfica No.8. ¿Cómo percibe usted que lo tratan las personas de su medio social por su condición de portador del VIH?



Fuente: Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con vih atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país: Enero – Abril, 2010

²⁵ Ibid.

²⁶ Análisis de la encuesta aplicada a una muestra de personas que viven con vih atendidas en las clínicas de terapia antirretroviral del país: Enero – Abril, 2010

8. COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA, REPRESENTACIÓN DE SECTORES Y PARTICIPACIÓN DE SOCIEDAD CIVIL

La experiencia multisectorial ha producido resultados concretos a través de los Planes Estratégicos Multisectoriales para los periodos de 2003-2007 y 2007-2010, y un nuevo Plan Estratégico Multisectorial 2009-2014 (PEM 2009-2014).

Un comité multisectorial de monitoreo y evaluación para la respuesta nacional, los planes operativos anuales alcanzados por consenso y el desarrollo y aprobación de varios protocolos y guías sobre la atención, prevención y manipulación de condones, son evidencias adicionales de la coordinación de la respuesta.

En el país existen dos organismos claves para la coordinación de la respuesta: la Comisión Nacional para la prevención y control del VIH (CONAVIH) y el Mecanismo Coordinador de País (MCP).

a) COMISIÓN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH - CONAVIH

La Comisión Nacional para la prevención y control del VIH (CONAVIH), que se estableció en 2008 mediante el Decreto Ejecutivo 7 de 22 de enero 2008 y fue modificada en el Decreto Ejecutivo N° 956 de 8 de octubre de 2010 con amplia participación multisectorial, ha comenzado a implementar políticas y forma parte esencial de la respuesta nacional al VIH.

La representación de las entidades gubernamentales recae en el titular de la entidad o en el funcionario que este designe. Es presidida por la Primera Dama de la República. La CONAVIH ejerce como la instancia máxima de consulta, orientación y toma de decisiones al país en materia de ITS, VIH y sida.

b) MECANISMO COORDINADOR DE PAÍS (MCDP)

El 26 de febrero de 2002 se constituyó el primer grupo coordinador denominado Mecanismo Coordinador de País (MCdP) de Panamá. Esta entidad reúne a los principales actores de la respuesta al VIH, que elaboraron una propuesta de programa de intervención sobre las poblaciones en mayor riesgo de infección por VIH. Esta propuesta fue aprobada en 2010 y el MCDP tiene en la actualidad la tarea de preparar al país para la llegada de la financiación y para la implementación efectiva del programa aprobado.

El MCdP se define como la instancia de coordinación y consenso que actúa bajo los lineamientos del Fondo Global para la ejecución de la propuesta del Fondo. Dicho mecanismo funciona como un sistema articulado, multisectorial, y a la vez complementario que permitirá la ejecución nacional e integrada de los programas de VIH y sida, en el marco de los lineamientos del Fondo Global y las políticas sociales del país, coadyuvando a mejorar la calidad de vida de la población panameña.

El Mecanismo Coordinador de Panamá (MCdP) está conformado por representantes de sectores comprometidos con la respuesta nacional al VIH/SIDA: Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (CSS), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL), Ministerio de Educación (MEDUCA), personas que viven con el VIH (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras comerciales del sexo (TCS), personas trans, organizaciones de base comunitaria (OBC), sector privado, sector académico, organizaciones basadas en la fe (OBF), sector de los trabajadores, sector de los pueblos indígenas y asociados multilaterales y bilaterales.

A partir del 2010 la membresía del Mecanismo Coordinador de País (MCdP) se amplió para incluir mayor participación de representantes de los grupos de PEMAR. Inicialmente los grupos PEMAR estaban representados por la Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP). Actualmente, en lugar de un solo representante para los tres grupos de PEMAR, hay un representante para cada grupo y cada uno tiene la capacidad de brindar sugerencias (“voz”) y también tendrá derecho a un voto. Se agregaron dos escaños más para las personas que representan los tres grupos de PEMAR que son beneficiarios del proyecto de Fondo Mundial, quedando los HSH, representados por AHMNP, las personas trans, representadas por la Asociación Panameña de Personas Trans (APPT), y las TCS, representadas por la organización Mujeres con Dignidad y Derechos de Panamá.

9. ANÁLISIS DE COYUNTURA

a) RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL ENTORNO

i. RIESGOS

- ❖ Dificultades en la implementación completa de los sistemas de información en proceso, el MoniTARV y SISVIG. De ello dependerá que se cuente de manera oportuna con gran parte de la información necesaria para el monitoreo.
- ❖ Falta de capacidades en el Programa. La Unidad Técnica de MyE debe ser fortalecida ya que el recurso humano actual es escaso.
- ❖ Falta de apropiación de los procesos de MyE por las instancias participantes. Todas las instancias deben percibir el MyE como función propia.
- ❖ Si no se realiza el monitoreo de los indicadores nacionales e internacionales:
 - Desconocimiento de la respuesta nacional ante el VIH y el sida.
 - Dificultad para tomar decisiones de manera oportuna.
 - Imposibilidad de realizar las estimaciones de las necesidades reales de antirretrovirales, pruebas de laboratorios, así como de otros insumos.
 - Incapacidad de verificar cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención para los afectados por el VIH y el sida.
 - Ausencia de información para verificar la calidad de la atención ofrecida.

ii. OPORTUNIDADES

- ❖ La participación activa y efectiva de las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de planificación y formulación y seguimiento de los presupuestos.
- ❖ La presencia de organismos cooperantes.
- ❖ Integración de más entidades gubernamentales que han comprendido su papel en la respuesta al VIH.
- ❖ El Ministerio de Salud sigue siendo reconocido como el ente rector en materia de salud por lo que puede hacer valer su rectoría para lograr

la uniformidad y unificación de los sistemas de información de otras entidades como la CSS.

b) DESAFÍOS PARA EL SIGUIENTE PERÍODO DE MEDICIÓN

- ❖ Lograr la integración de los sistemas de información.
- ❖ Capacitar a la sociedad civil para que realicen acciones de monitoreo de sus planes operativos.
- ❖ Establecer la periodicidad de reporte oportuno de las diferentes CTARV y de las entidades responsables según los flujos de información.
- ❖ Lograr que los técnicos de las CTARV y de las diferentes instancias que reportan tengan claridad de la definición de los indicadores y sobre los datos que deben registrar y reportar.
- ❖ Instalar en todas las instalaciones las diferentes herramientas informáticas para el registro, consolidación y análisis de la información.
- ❖ Fortalecer los espacios de intercambio y análisis de la información.
- ❖ Aumentar el recurso humano y equipo de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación.
- ❖ Lograr que las autoridades utilicen la información vertida en estos informes de Monitoreo y Evaluación como insumo para la toma de decisiones y solución.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado presentaremos un análisis de los hallazgos o resultados de los indicadores de los cuales se cuenta con información, relacionando factores determinantes, elementos del entorno y cambios en la respuesta, en contraste con los resultados del análisis de situación y tendencias de la epidemia.

❖ **Indicador Nº 3: Porcentaje de Mujeres Embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud**

Para determinar los valores obtenidos en este indicador se utilizan los nacimientos vivos reportados ocurridos en instalaciones de salud; el valor resultante para el 2009 fue de 91.9%²⁷.

En lo referente a la calidad de esta información, los analistas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) anotan que “es importante mencionar que a partir del 15 de enero de 2009, se implementó a nivel nacional, el ‘Formulario Único de Parte Clínico de Nacimiento’, como parte de un Convenio Interinstitucional entre la Contraloría General de la República y el Tribunal Electoral, marcando un hito en la historia, con el propósito de unificar los registros administrativos, optimizar los recursos institucionales y mejorar la cobertura y calidad de la información”²⁸.

Para el año 2010 se reporta un 95.7%²⁹ del alcance del indicador, indicando un aumento de 3.8 puntos porcentuales del 2009 al 2010.

Un hecho importante que se puede convertir en barrera y limitante para el logro de este indicador es que, a pesar de que el Decreto Ejecutivo número 5 de 2006 establece la gratuidad de toda la atención a embarazadas (embarazo, labor, parto y puerperio), en varias instalaciones de salud se cobran los servicios prestados. Sin embargo, los Hospitales dan la opción de arreglos de pago y exoneración total si la paciente no puede pagar³⁰.

❖ **Indicador Nº 6: Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada (Indicador UNGASS #3)**

La seguridad de los bancos de sangre se reforzó en Panamá a raíz del inicio de la epidemia de VIH, intentando así garantizarla a través de la normativa que la regula. Esta normativa incluye el Artículo 10 de la Ley 3 de 2000, la Ley 17 de 1986, con la cual se reglamentan los bancos de sangre y las transfusiones sanguíneas y se dictan otras medidas, la Resolución 374 de 2001 del Ministerio de Salud, que trata de las normas técnicas y administrativas de los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, y la Resolución 55 de 2001, gracias a la cual se crea la Comisión Nacional de Terapia Transfusional y el Comité Técnico Ejecutivo Nacional, así

²⁷ Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Estadísticas Vitales, Volumen II: Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Año 2009

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.

³⁰ *Ibíd.*

como el Resuelto 1620 de 1989 del Ministerio de Salud. Estas normas facilitan el cumplimiento del derecho a la salud de las personas que deben recibir una transfusión sanguínea.

El Programa Nacional de Sangre, bajo la coordinación y supervisión directa de la Subdirección General de salud de la Población, tiene la responsabilidad de consolidar el dato sobre el tamizaje de la sangre extraída a donantes en 23 instalaciones de salud del país.

Para el 2009 este Programa informa el 100% de las unidades de sangre extraídas en ambos años fueron tamizadas con los criterios de calidad establecidos.

❖ **Indicador Nº 7: Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil (Indicador UNGASS #5).**

Existe una diferencia significativa entre los valores obtenidos para este indicador en el 2009; (54.9%) y en el 2010 (86.5%). Esta diferencia, de 31.6 puntos porcentuales más para el 2010, puede estar relacionada a que en el Plan de PTMI también se está realizando una línea de acción para la provisión de tratamiento adecuado para la madre y su producto con VIH y sífilis, en las unidades que atienden partos.

❖ **Indicador Nº 9: Porcentaje de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.**

El riesgo de transmisión materno infantil puede reducirse significativamente mediante métodos complementarios de administración de ARVs, como tratamiento o como profilaxis para la madre, con profilaxis antirretroviral para el lactante, ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes más segura.

De acuerdo con los datos obtenidos durante el Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS, el 100% de los niños y niñas nacidos de madres VIH positivas que llegaron a las clínicas en el año 2010 recibieron profilaxis al nacer hasta las seis semanas de vida, tal como lo establecen las Normas para el Manejo Terapéutico de las personas que viven con VIH en la República de Panamá.

La atención y suministros de los ARV en las Clínicas de Terapia Antirretroviral (CTARV) pediátricas garantiza que los niños cumplan con el tratamiento, sin embargo, este indicador sólo recoge evidencia de que se está suministrando la profilaxis a los niños (as). No mide si estos están cumpliendo y completan el régimen terapéutico. En el Plan de PTMI se establece la implementación de la búsqueda activa de casos, ya que sólo se están captando aquellos hijos (as) de madres que son tamizadas durante el control prenatal o el parto, pero queda un 11.8% de mujeres embarazadas que no acceden a las pruebas diagnósticas.

❖ **Indicador Nº 10: Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna**

Este indicador se mide a través de la ejecución de la línea de acción establecida en el Plan de PTMI, que indica la provisión gratuita de la fórmula láctea a los hijos de madre expuestos a la infección por VIH.

El Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS, revela que según los registros de las CTARV que atienden niños(as), le fue suministrada fórmula láctea a 139 niños y niñas. También se encontró que en la CTARV pediátrica de la Caja de Seguro Social no se compraba fórmula láctea, sin embargo, existe la evidencia de la recomendación médica de distribuir la leche materna registrada, comprada por los parientes de los niños(as).

Se hace auditoría del registro en la historia clínica del interrogatorio que se hace a la madre para determinar las prácticas de alimentación y así tener constancia de que las mismas de que la madre está recibiendo los sucedáneos y suministrándolos al niño(a).

❖ **Indicador Nº 15: Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (Indicador UNGASS 13)**

El 19.5% de las mujeres y el 16.6% de los hombres encuestados tienen un conocimiento comprensivo acerca del VIH, es decir, que el uso del condón y el tener un sólo compañero sexual puede reducir el riesgo de contraer VIH, que una persona que parece sana puede estar infectada y que no se puede infectar por compartir alimentos o ser picado por un mosquito.

❖ **Indicador Nº 18: Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (Indicador de UNGASS#7)**

La Encuesta Nacional de SSR (ENASSER), ejecutada en el 2009 y aplicada a una muestra representativa poblacional de 8,624 personas, registra que el 11.5% de la población de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. Los porcentajes varían de acuerdo al sexo (10.2% para varones y 12.1% para mujeres), el número mayor en mujeres posiblemente se deba a la implementación del Plan de Prevención de la Transmisión Materno Infantil de VIH y Sífilis. Se registran diferencias porcentuales por edad, con los menores valores en las edades de 15-19 años (3% para varones y 8.5% para mujeres).

❖ **Indicador Nº 22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH (Indicador UNGASS #22)**

Como un aproximado de la información de las personas de 15 a 24 años que se realizaron las pruebas de VIH, utilizamos la información de las embarazadas que realizaron las pruebas de VIH. En el año 2010 se tamizaron 69,887 embarazadas en edades que oscilaron en un rango

de 15 a 42 años de edad, y en el grupo específico de 15 a 24 años se tamizaron 29,789 embarazadas. En este último grupo de edad resultaron 91 embarazadas positivas con una seropositividad de 0.3%.

Como numerador se utilizaron las embarazadas de 15 a 24 años que se realizaron prueba de VIH y resultaron positivas, como denominador se utilizaron las embarazadas de 15 a 24 años que se realizaron prueba de VIH.

❖ **Indicador Nº 23: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica. (UNGASS #24)**

Las cifras obtenidas para 2009 y 2010 llevan a inferir que la mortalidad a causa del sida descendió. En el 2009 se registró un 77.4% de adultos y niños que seguían con vida y se tiene constancia de que continuaban en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica. En el 2010 este valor aumentó 16 puntos porcentuales (93.4%). Es un indicativo del impacto de las terapias combinadas y de la adherencia de la persona al tratamiento.

❖ **Indicador Nº 24: Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.**

En el 2009, el 100% de las 13 clínicas que estaban instaladas y funcionando sufrieron desabastecimiento. En el 2010 el porcentaje disminuyó a 80% (12 de 15 clínicas).

Los sistemas de adquisición, programación y distribución de medicamentos e insumos para la prevención atención y tratamientos burocratizada es uno de los nudos críticos que inciden significativamente en los períodos de desabastecimiento que se registran en el país.

Los dos grandes prestadores de servicios, Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social cumplen a la vez el rol de financiadores. La Caja de Seguro Social, por tratarse de un organismo jurídicamente independiente, realiza sus compras de manera autónoma, mediante negociaciones con proveedores nacionales e internacionales. Se está tratando de encontrar mecanismos de integración formal entre ambas instituciones para la compra de antirretrovirales.

El desabastecimiento en dos CTARV (Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social y Hospital Santo Tomás del MINSA), fue una de las causas de que los pacientes de estas clínicas abandonaran la terapia, si bien estas CTARV no cuantificaron el número de pacientes. Además, el desabastecimiento en tres CTARV fue la causa del cambio de terapia en 139 de los 5,156 (2.7%) pacientes que estaban recibiendo TARV en el año 2010.

La CTARV del Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social fue la clínica en la que hubo que cambiar terapia a la mayor cantidad de pacientes (88), de igual forma por desabastecimiento. También se tuvo que cambiar terapia a los pacientes (50) de la CTARV del

Hospital Luis “Chicho” Fábrega de Veraguas, institución del MINSA y del Hospital Nicolás Solano (1), también del MINSA³¹.

En un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2009, se encontró que 45% de las personas que viven con VIH y asisten a las Clínicas de Terapia Antirretroviral han interrumpido alguna vez su tratamiento. De ellas, más de la mitad lo hizo por desabastecimiento o porque no había medicamentos en la clínica³².

❖ **Indicador N° 25: Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo ARV (UNGASS #4)**

El análisis de este indicador relacionado al tratamiento registra un porcentaje de 52.4% para el 2009 y 59.2% en el 2010 en acceso a la terapia antirretroviral. Este valor está altamente influenciado por las estimaciones de vigilancia epidemiológica desarrolladas para los denominadores que definen el número de personas que en el país deberían estar recibiendo la TARV, cuyo último ejercicio se realizó en el 2009 y estima cifras de 8,700 (adultos y niños), valor utilizado también como denominador para el 2010. Se utilizan cifras estimadas porque no hay registros estadísticos reales del total de pacientes con infección avanzada en el país. Con los registros de MoniTARV se contará con cifras reales.

❖ **Indicador N° 26: Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH (UNGASS #6)**

Para el año 2009 se reporta 35.4% de coinfección VIH-TB. En el 2010 el valor aumenta a 41.6%. Una de las acciones que se han fortalecido en el país es la intensificación de la implementación de actividades colaborativas entre el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y el Programa de ITS/VIH/SIDA para lograr cumplir con la meta de reducir a la mitad las muertes por tuberculosis entre personas viviendo con VIH a 2015. Se está mejorando la vigilancia de la prevalencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis y se realiza la compra de antirretrovirales desde el PNVS para los pacientes con tuberculosis, pero es necesario intensificar la búsqueda de casos de VIH entre personas con tuberculosis y mejorar la consejería y prueba de VIH para pacientes con tuberculosis. En este sentido, se ha incluido en los talleres de capacitación sobre asesoría a los coordinadores del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

³¹ Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.

³² Defensoría del Pueblo de Panamá, Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud (IDEHSA) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudio Nacional sobre “Estado de los Derechos Humanos de Personas que Viven con VIH y Sida en Panamá”. Diciembre, 2009.

❖ **Indicador N° 28: Porcentaje de pacientes pediátricos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país**

En este indicador se anota la información de los niños atendidos en la CTARV del Hospital del Niño y la del Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja de Seguro Social. En ambas instalaciones reportan que el 100% de los pacientes pediátricos inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo con lo establecido en las Normas para el Manejo Terapéutico de Personas con VIH en la República de Panamá.

❖ **Indicador N° 30: Porcentaje de embarazadas en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.**

Se registra un aumento de cobertura de la prueba de VIH en embarazadas, de 74.9% para el año 2009, a 88.2% en el año 2010, si bien no se ha documentado evidencia de que la embarazada tenga conocimiento del resultado de la prueba de VIH. Próximamente se podrá contar con esta información, porque se ha incluido en el formulario de solicitud de la prueba de VIH un apartado donde la embarazada debe marcar si conoce el resultado de la prueba al momento que lo entregan, y debe firmarlo como constancia de que conoce su resultado y recibió orientación sobre el resultado a través de asesoría post prueba.

Desde el año 2009 se inicia la implementación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) del VIH y Sífilis 2009-2014, en el que uno de los objetivos planteados es universalizar la realización de la prueba de VIH y sífilis en las mujeres embarazadas de manera oportuna. Para el cumplimiento de este objetivo se incluyeron actividades para la aplicación de pruebas diagnósticas rápidas desde los niveles locales y la atención integral de mujeres embarazadas, lo que puede haber influido en el aumento del porcentaje logrado en este indicador.

En cumplimiento del plan también se realiza la implementación de actividades para mejorar la captación de las embarazadas con la inclusión de líderes comunitarios implementando mecanismos de notificación, búsqueda y captación de embarazadas inasistentes, y campañas en medios masivos de comunicación para orientar sobre la importancia de la prueba durante el embarazo.

❖ **Indicador N° 32: Porcentaje de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento oportuno**

En el año 2009 se reportaron 14 niños positivos y para el año 2010 la cifra de niños aumentó significativamente a 53. El 100% de los niños de ambos años recibieron tratamiento para sífilis.

Este aumento de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis puede deberse a que se ha incrementado el porcentaje de embarazadas tamizadas. En el plan de PTMI se tiene como objetivo general eliminar la sífilis congénita en todo el territorio nacional.

❖ **Indicador N° 34: Porcentaje de transmisión vertical del VIH**

Para el 2010 sólo se cuenta con información del Hospital del Niño, que revela un 5% de transmisión vertical. Posteriormente a la implementación de los sistemas que se están instalando en las regiones y CTARV pediátrica se contará con información del país. Sin embargo el CMYE decidió incluir en este informe la información consolidada por el Hospital del Niño, ya que es el Hospital de Referencia del país y atiende niños de todo el territorio nacional.

El Plan de PTMI incluye actividades de tamizaje a todos los niños y niñas nacidos de madre VIH positiva e implementa acciones de prevención con la finalidad de reducir la transmisión materno infantil de un 14% a un 7% al 2014, y un 5% al 2015.

❖ **Indicador N° 37: Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos**

El valor registrado para el 2009 es 0.2 por 1000 nacidos vivos y para el 2010 de 0.7 por 1000 nacidos vivos. La incidencia de la sífilis congénita en Panamá desde los años 1990 a 2010 ha sido variable, presentando tasas que han oscilado entre 0.1 y 0.75 por 1000 nacidos vivos; sin embargo, se considera que hay una subnotificación de casos, la definición de caso es muy específica y no incluye los abortos ni los mortinatos.

❖ **Indicador N° 38: Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita**

La tasa en el año 2009 fue de 0.01 por 1,000 nacidos vivos. Para el año 2010 la tasa fue de 0.04 por 1,000 nacidos vivos.

En el numerador los datos utilizados fueron los casos nuevos de sífilis congénita en menores de 28 días y para el denominador los recién nacidos vivos.

❖ **Indicador N° 39: Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita**

En el año 2009 se reportó la tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita de 0.01 por 1,000 nacidos vivos y en el 2010 la tasa fue de 0.04 por 1,000 nacidos vivos.

En el numerador los datos utilizados fueron los casos nuevos de sífilis congénita en menores de 1 año y para el denominador los recién nacidos vivos.

Se ha hecho la revisión de las Normas de Vigilancia Epidemiológicas de Sífilis Congénita para incluir una definición de caso más sensible, que se implementará a partir del año 2012 y permitirá captar mejor los casos de sífilis congénita e incluir los abortos y mortinatos asociados a la Sífilis Materna.

❖ **Indicador N° 41: Número de denuncias de derechos humanos relacionadas al VIH**

Este indicador experimentó una revisión posterior al taller de definición del paquete básico. En el marco de la actualización del Plan de Monitoreo y Evaluación se convocó una reunión con la

sociedad civil para la revisión de los indicadores priorizados relacionados con esta población. Los participantes mostraron especial interés en el indicador señalado para asegurar el seguimiento a las denuncias interpuestas.

Las autoridades del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA concluyen que la responsabilidad del Programa en el flujo de reporte del mismo se debe sustentar en el artículo 95, Título II del Decreto Ejecutivo N° 119 que reglamenta la Ley 3 de 2000 y que dice que: “Las personas que, producto de su condición de ser portadoras o enfermas de una ITS/VIH/SIDA, sean sometidas a cualquier discriminación o acto estigmatizador o segregador, lo mismo que sus familiares y allegados, podrán presentar una denuncia a las autoridades competentes, para que hagan las investigaciones respectivas. Un informe de estas denuncias será enviado al coordinador del Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA”.

La preocupación de la sociedad civil se sustenta en que no pueden identificar evidencias de si se están presentando denuncias y si se les está dando seguimiento en la Defensoría del Pueblo.

En el año 2009, se hicieron nueve trámites (según la denominación que le da la Defensoría del Pueblo), de estos, dos fueron tipificados como quejas, dos como gestión y cinco como orientación. En el 2010 se registraron 31 trámites, tipificados de la siguiente forma: Una queja, 29 orientaciones y una consulta. El estado de los trámites de ambos años se les clasifica como cerrado³³. Los derechos violados con mayor frecuencia son el derecho a la salud, al trabajo, a la confidencialidad, a la información, a la integridad personal, derecho del niño y a la educación³⁴.

³³ Defensoría del Pueblo de Panamá. Departamento de Archivo y Correspondencia Dirección de Orientación al Ciudadano y Dirección de Unidades Especializadas. Unidad de VIH/Sida.

³⁴ *Ibíd.*

11. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Defensoría del Pueblo de Panamá, Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud (IDEHSA) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudio Nacional sobre “Estado de los Derechos Humanos de Personas que Viven con VIH y Sida en Panamá”. Diciembre, 2009.
2. Guanti Lasso, Michelle. Revista Panameña de Política - N° 9, enero - junio 2010. Políticas públicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá. Resumen del trabajo presentado en el IV Congreso Centroamericano de Ciencias Políticas. Revisión bibliográfica para su investigación como participante del Programa de Maestría en Ciencias Sociales (SENACYT/UDELAS).
3. Hospital del Niño. Base de datos de la Clínica de VIH., Informe de la Clínica de VIH y sida. Presentado por la Coordinadora de la Clínica al PNVS.
4. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES). Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009. Citado por MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)/Contraloría General de la República (CG). Publicación de Estadísticas Vitales, Volumen II: Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Cuadro 221-07. Nacimientos Vivos en la República, por Asistencia Profesional en el Parto y Sitio de Ocurrencia, según estado conyugal, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: año 2009. Disponible en <http://www.contraloria.gob.pa/inec/>. Recuperado el 12 de septiembre de 2011.
6. MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología. Estimaciones y Proyecciones de VIH en Panamá. Año: 2009.
7. MINSA. Programa Nacional de Sangre. Estadísticas año 2010, presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales.
8. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del. 2010.
9. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá y Colón, agosto 2003.
10. ICGES. Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009. Citado por MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología.
11. OPS/OMS. VIH y Derechos Humanos. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica. 2007.

ANEXO 1

Total de indicadores del Plan Nacional de M y E, alineados con los Ejes Estratégicos del PEM 2009-2014

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

- Número de organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil y empresas privadas fortalecidas que proveen servicios de promoción, prevención, abogacía y atención integral en ITS, VIH y sida.
- Crédito extraordinario y presupuestado nacional por año aprobado (UNGASS #1).
- ICPN Índice Compuesto de Política Nacional (UNGASS #2).

EJE DE PREVENCIÓN

PRODUCTO:

- Porcentaje de embarazadas en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (AU I5).
- Porcentaje de embarazadas que acuden a CPN y se hacen la prueba de sífilis.
- Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada (UNGASS #3).
- Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió Tratamiento profiláctico antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil (UNGASS 05 / AU I8a).
- Porcentaje de mujeres embarazadas que hacen su labor de Parto en una instalación de salud.
- Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.
- Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna.
- Porcentaje de escuelas que impartieron educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico (UNGASS #11).

RESULTADO:

- Porcentaje de personal uniformado que declara haber usado un preservativo durante la

EJE DE PREVENCIÓN

última relación sexual con pareja no habitual.

- Porcentaje de población en mayor riesgo que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal con una pareja masculina (UNGASS 19 / AU C5d).
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 08 / AU A4).
- Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS #13 / FM).
- Porcentaje de poblaciones más expuesta que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS #14 / FM).
- Porcentaje de personas trans que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación.
- Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (UNGASS 07 / AU A3 / FM).
- Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual (UNGASS #17).
- Porcentaje de mujeres y hombres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente (UNGASS #18 / AU C5c/ FM).
- Porcentaje de hombres que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina (UNGASS 19 / AU C5d / FM).

IMPACTO

- Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años con VIH (UNGASS #22 / AU / FM)
- Porcentaje de poblaciones más expuestas (PEMAR) infectadas por el VIH (UNGASS 23 / FM)

EJE DE ATENCIÓN

PROCESO:

- Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses (AU H1).

PRODUCTO:

- Porcentaje de adultos y niños(as) con infección por el VIH avanzada que está recibiendo

EJE DE ATENCIÓN

ARV (UNGASS 04 /AU G2a / ODM / FM /).

- Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH (UNGASS 06 / AU E2 / FM).

RESULTADO:

- Porcentaje de pacientes adultos que inician TARV con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país (IAT 1).
- Porcentaje de pacientes pediátricos que inician TARV con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país (IAT 1P).
- Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior a 100% por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia (IAT 7a).
- Porcentaje de pacientes que inician TARV en un año calendario, cuya carga viral es menor de 1000 copias/ml después de 12 meses de TARV. (IAT #8).
- Porcentaje de pacientes que inician TARV y lo abandonan durante el primer año (IAT 2).
- Porcentaje de recién nacido con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento oportuno.
- Cobertura de prueba de VIH en embarazadas.
- Porcentaje de transmisión vertical del VIH.

IMPACTO:

- Porcentaje de adultos y niños(as) con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica (UNGASS 24 / AU G3a).
- Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas (UNGASS #25).
- Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita.
- Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita.

EJE DE MONITOREO

PROCESO:

- Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados.

DERECHOS HUMANOS

- Número de denuncias de Derechos Humanos relacionadas al VIH

ANEXO 2

Fichas técnicas de indicadores reportados

Indicador 3:	ICPN Índice Compuesto de Política Nacional
Clasificación	UNGASS #2
Definición / Interpretación	El Índice Compuesto de Política Nacional
Objetivo	Se propone hacer una medición en la intensidad del esfuerzo de estimación, compra, almacenamiento y distribución de los insumos, recursos y medicamento para VIH y sida.
Método e Instrumento de medición	Cuestionario de evaluación de país. Pendiente su traducción al español. Referirse a la Matriz de Fondos Nacionales 2008, definida en el Documento "Directrices sobre la elaboración de indicadores básicos 2010". Apéndice 4. ONUSIDA
Frecuencia de recolección	Bianual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	No
Nota:	Para su buen funcionamiento, todas las instituciones del Estado Panameño miembros de la CONAVIH deberán aportar un presupuesto que permita el funcionamiento de las acciones realizadas para la prevención y control del VIH que ejecuta el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA como brazo ejecutor de la respuesta nacional.

Indicador 6:	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada
Clasificación	Resultado 2.1.4.1. PEM 2009-2014 UNGASS #3
Definición / Interpretación	Se refiere al número de unidades de sangre analizadas para detección de VIH bajo las normas protocolos nacionales y definidas por la OMS para asegurar la calidad de las muestras entre el total de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses, por 100; a fin de que se mantengan las iniciativas del país para asegurar el suministro de sangre segura
Objetivo	Evaluar el progreso en los análisis de sangre para transfusión, de acuerdo a los criterios establecidos, lo que garantizará transfusiones seguras para los receptores.
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de unidades de sangre donadas analizadas para la detección del VIH con criterios de calidad según normas y protocolos nacionales Denominador: Total de unidades de sangre donadas Desagregación en porcentaje según sector público y privado, a través de los listados de unidades de sangre tamizadas y listado de unidades de sangre transfundidas
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	2009: 100% 2010: 100%
Responsable	Banco de Sangre del MINSA y CSS
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	No

Indicador 7:	Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento profiláctico antirretroviral (TARV) para reducir el riesgo de transmisión materno infantil
Clasificación	Resultado 2.1.2.3 PEM 2009-2014 UNGAS 05 / Acceso Universal I8a
Definición / Interpretación	Conocer el acceso a tratamiento profilácticos con antirretrovirales para la reducción de la transmisión materno infantil
Objetivo	Medir el progreso en la distribución de antirretrovirales para embarazadas VIH positivas y que al cabo de 18 meses los niños resultan VIH negativos
Método e Instrumento de medición	Numerador: Numero de embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento profilácticos con antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil Denominador: Número total de embarazadas estimadas VIH positivas Utilizar estimaciones de Spectrum
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	2009: 23% Informe UNGASS
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA a través del Sistema de MoniTARV: Formulario (F -1b, F-5, F- 7)
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	El denominador para este indicador es un estimado que viene de Spectrum, no del total de mujeres diagnosticadas. Importante, al momento de aplicar el denominador de estimaciones de embarazadas que necesitan ARV, el porcentaje variará notablemente.

Indicador 9:	Porcentaje de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas
Clasificación	Resultado 2.1.2.5.
Definición / Interpretación	Conocer el porcentaje de niños de madres VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con antirretroviral hasta la 6ta. semana. Contribuyendo con la reducción de la transmisión materno infantil
Objetivo	Medir el progreso en el acceso al tratamiento de niños de madres VIH positivas
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de niños de madres VIH positivas en tratamiento profiláctico con antirretroviral hasta la 6ta. semana</p> <p>Denominador: Número total de niños de madres VIH positivas</p> <p>Revisar los registros de atención CTARV de pacientes niños</p>
Frecuencia de recolección	Semestral
Línea de Base	Desconocido
Responsable	<p>CTARV</p> <p>MoniTARV: Formulario 1b</p>
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 10:	Porcentaje de niños nacidos de Madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna
Clasificación	Resultado 2.1.2.6.
Definición / Interpretación	Conocer el porcentaje de niños de madres VIH positivas que recibieron sucedáneo de leche maternizada. Contribuyendo con la reducción de la transmisión materno infantil
Objetivo	Conocer el progreso en el acceso a sucedáneo de leche maternizada para niños de madres VIH positivas
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de niños de madres VIH positivas que reciben sucedáneo de leche maternizada Denominador: total de niños nacidos de madres VIH positivas Registro de distribución de las CTARV
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	CTARV MoniTARV: Formulario 1b
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 15:	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus
Clasificación	UNGASS #13 / FM
Definición / Interpretación	Conocer el nivel de conocimiento que tienen los jóvenes de 15-24 años sobre las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas.
Objetivo	Medir el progreso en el acceso a información entre jóvenes de 15-24 años hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH.
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de encuestados de 15 – 24 años de edad que contesto correctamente a las 5 preguntas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducir el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picadura de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? <p>Denominador: Número de encuestados de 15-24 años de edad</p> <p>Encuesta Demográfica.</p>
Frecuencia de recolección	Quinquenal
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Se reportará la última encuesta de Salud Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Sexo M/F. Edad ente 15 a 24 años. Grupos: Población general, Discapacitados e Indígenas

Indicador 18:	Porcentaje de poblaciones más expuesta que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus
Clasificación	Resultado 2.1.8.1. UNGASS # 14 / FM
Definición / Interpretación	Conocer el nivel de conocimientos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas contribuyendo a la prevención.
Objetivo	Medir el progreso hacia el acceso de conocimientos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas, rechazando ideas erróneas.
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de entrevistados de poblaciones más expuestas que contesto correctamente las preguntas: ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones con una única persona fiel y no infectada? ¿Puede reducir el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH? ¿Se puede contraer el VIH por picadura de mosquito? ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? Denominador: Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió incluso con uno “no sé” a las cinco preguntas Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER)
Frecuencia de recolección	Bienal
Línea de Base	HSH: 86.7% TSF: 89.4% Personal Uniformado: 65.1% HTS:Desconocido TRANS: Desconocido PPL: Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 22:	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH
Clasificación	UNGASS #22 /AU / FM
Definición / Interpretación	Conocer la prevalencia del VIH por edad a fin de determinar los casos acumulados de las personas infectadas. Una disminución de la incidencia del VIH podría estar relacionada con un cambio de comportamiento.
Objetivo	Medir los progreso logrados en la reducción de la infección por el VIH
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años asistentes a dispensarios de atención prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.</p> <p>Denominador: Número de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años asistentes a dispensarios de atención prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.</p> <p>Encuesta CAP</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de Epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Utilizar el Sistema de Información de gestión de suministros

Indicador 23:	Porcentaje de poblaciones más expuestas (PEMAR) infectadas por el VIH
Clasificación	UNGASS #23 /AU / FM
Definición / Interpretación	Porcentaje de población más expuesta para ver cambio en la tendencia de la epidemia en esas poblaciones.
Objetivo	Conocer el porcentaje de población más expuesta infectadas por el VIH para acompañamiento de cambio en la tendencia de la epidemia en esas poblaciones, contribuyendo a la mejoría de las actividades de prevención y control.
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de personas más expuestas infectadas por el VIH Denominador: Número estimado de personas más expuestas X 100 Estudio Multicéntrico
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Desagregar por sexo M/H y Edades: menores 25/ 25+

Indicador 24:	Número de establecimientos de salud que dispensa TAR, CD4 y CV que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses
Clasificación	AU H1
Definición / Interpretación	Evaluar si el problema de desabastecimiento reside en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema local. Además, si la razón se debe a las estimaciones de la orden de suministro, al sistema de distribución o a cualquier otra situación
Objetivo	Medir el progreso en el acceso al suministro de ARV: si los establecimientos de salud que dispensan dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios durante los 12 últimos meses.
Método e Instrumento de medición	Numerador: número de establecimientos de dispensan TARV y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses Denominador: Número total de establecimiento de salud que dispensan TARV Informes de control de inventario o formularios de solicitud de ARV que manejan las CTARV
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Este indicador permite evitar el desabastecimiento en los puntos de la cadena de suministro y distribución de ARV y reactivos. Utilice este indicador como una oportunidad de ver si el sistema de información de gestión logística está funcionando. Es un indicador de alerta temprana y no aparece en el PEM 2009-2014. Debe ser incluido en su actualización.

Indicador 25:	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que reciben ARV
Clasificación	Resultado 3.1.1.2 PEM 2009-2014 UNGASS 04 /AU G2a / ODM / FM /
Definición / Interpretación	Conocer la captura temprana de pacientes adultos y niños con VIH
Objetivo	Medir el acceso a tratamiento ARV para pacientes con VIH avanzada contribuyendo a la reducción de la mortalidad y mejoría de la calidad de vida.
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número estimado de adultos y niños con VIH avanzada que actualmente reciben Antirretroviral de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado Denominador: Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada Notificación de casos sida Registro de atención en Clínicas de Terapia Antirretrovital
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	2009: Adulto 50%
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA MoniTARV
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Desagregar por: CTARV, Sexo, y edad (<15; 15+) El grado de utilización de la terapia antirretrovírica dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y calidad de la prestación de servicios, la disponibilidad y respuesta de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la percepción de eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Indicador 26:	Porcentaje de casos estimados de Coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH
Clasificación	Resultado 3.1.1.3 PEM 2009-2014 UNGASS 06 / AU E2 / FM
Definición / Interpretación	Evaluar el progreso en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.
Objetivo	Conocer el acceso a tratamiento para TB y VIH en pacientes VIH positivos contribuyendo a la reducción de la morbilidad por TB y sida
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número estimado de personas con coinfección VIH-TB que recibieron tratamiento tanto para TB como para VIH Denominador: Total de personas con TB y VIH Utilizar el Registro del programa nacional de TB y de vigilancia epidemiológica
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de Epidemiológica / MoniTARV
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	<p>Todas o la mayor parte de las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis deberían recibir TARV, en función de los criterios locales requeridos para ello. El tratamiento para la tuberculosis debería administrarse según las directrices del programa nacional de tuberculosis.</p> <p>Desagregado por: Género: H/M, Trans y Edad: (por quinquenio) y Ver indicadores anteriores que guardan relación. Tipo de TB (Pulmonar o Extra pulmonar).</p> <p>El denominador también viene de estimaciones de OPS/OMS. http://www.who.int/tb/country/en</p>

Indicador 27:	Porcentaje de pacientes adultos que inician TARV con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país
Clasificación	IAT 1
Definición / Interpretación	Medir el progreso de pacientes que inician TARV con un esquema de primera línea
Objetivo	Determinar el porcentaje de pacientes adultos que inician el TAR, a quienes se les prescribe un esquema de TAR de primera línea apropiado
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de pacientes adultos que inician TAR de primera línea de acuerdo al protocolo de país en un año calendario. Denominador: Total de pacientes adultos que inician TAR, en un año calendario Reporte de registros diarios/mensuales de las CTARV
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA MoniTARV: F-4 (7)
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 30:	Porcentaje de pacientes que inician TARV en un año calendario, cuya carga viral es menor de 1000 copias/ml después de 12 meses de TARV.
Definición / Interpretación	Determinar el porcentaje de pacientes pediátricos que inician terapia ARV, a quienes se les prescribe un esquema de tratamiento de primera línea apropiado
Objetivo	Medir el progreso de pacientes pediátricos que inician TARV con un esquema de primera línea
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de pacientes pediátricos que inician TAR con esquema de primera línea Denominador: Número pacientes pediátricos que inician TAR, en un año calendario Reporte de registros diarios/mensuales de las CTARV
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA MoniTARV: F-4 (7)
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 30:	Porcentaje de pacientes que inician TARV en un año calendario, cuya carga viral es menor de 1000 copias/ml después de 12 meses de TARV.
Clasificación	IAT 8
Definición / Interpretación	Evaluar el progreso de pacientes que inician TARV en un año y continúan con vida a los 12 meses
Objetivo	Medir el porcentaje de pacientes que inician el TAR en el centro, cuya carga viral es <1000 copias/ml después de 12 meses de TAR.
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de pacientes que a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento, tienen una carga viral menor de 1000 copias/ml Denominador: Número total de pacientes que inician TAR, en un año calendario. Reporte de registros diarios/mensuales de las CTARV
Frecuencia de recolección	Semestral
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA MoniTARV:
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Las muertes están incluidas en el denominador, porque una muerte antes de los 12 meses puede ser el resultado de una falla de tratamiento. Se presume que estos pacientes tiene una CV no suprimida a los 12 meses

Indicador 32:	Porcentaje de recién nacido con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento oportuno
Clasificación	
Definición / Interpretación	Evaluar el progreso de pacientes recién nacidos que con prueba serológica positiva de sífilis recibe tratamiento de forma oportuna y con calidad.
Objetivo	Medir el porcentaje de pacientes recién nacidos que recibe tratamiento para la sífilis oportunamente
Método e Instrumento de medición	Numerador: Número de recién nacido con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento Denominador: Total de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis Reporte de registros anuales de vigilancia epidemiológica
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 33:	Cobertura de prueba de VIH en embarazadas
Clasificación	
Definición / Interpretación	Aumentar la cobertura a nivel nacional de la realización de pruebas de VIH para mujeres embarazadas
Objetivo	Medir el acceso de la mujeres embarazadas a pruebas de tamizaje para VIH
Método e Instrumento de medición	Numerador: Embarazadas tamizadas por VIH Denominador: Total de embarazadas captadas estimadas Reporte de registros anuales de vigilancia epidemiológica
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 34:	Porcentaje de transmisión vertical del VIH
Clasificación	
Definición / Interpretación	Evaluar el seguimiento de las tendencias en el suministro de terapia ARV que aborda la prevención de la transmisión materno-infantil.
Objetivo	Medir los progresos realizados en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de niños VIH+ a los 18 meses de nacidos</p> <p>Denominador: Número total de niños que nacen de madre infectada con VIH.</p> <p>Reporte de registros anuales de vigilancia epidemiológica</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología / MoniTARV
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Las acciones de PTMI buscan reducir significativamente los casos pediátricos nuevos de VIH. El porcentaje de niños y niñas infectados con VIH debería disminuir a medida que aumenta la cobertura de intervenciones de PTMI y el uso de regímenes terapéuticos eficaces.

Indicador 37:	Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos
Clasificación	Impacto
Definición / Interpretación	Conocer la tendencia de la epidemia y su progreso en el impacto de las intervenciones de promoción, prevención y atención para prevenir la Transmisión materno infantil por sífilis
Objetivo	Medir el progreso en el impacto de las intervenciones para prevenir la sífilis congénita.
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de casos de Sífilis congénita en menores de 1 año</p> <p>Denominador: Número total de la Población menores de 1 año X 100</p> <p>Medir a través de los registro sistemático de notificación de casos por sífilis congénita de vigilancia epidemiológica</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	El número de casos nuevos de sífilis congénita en menores de 1 años captados, indica la efectividad de las actividades de prevención de la detección temprana.

Indicador 38:	Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita
Clasificación	Impacto
Definición / Interpretación	Conocer la tendencia de la mortalidad por sífilis congénita a fin de que aumenten las intervenciones de la atención
Objetivo	Medir el progreso en la efectividad en la intervención oportuna de casos nuevos de sífilis congénita en menores de 28 días
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de muertes por sífilis congénita en menores de 28 días</p> <p>Denominador: Total de nacidos vivos</p> <p>Medir a través de los registro sistemático de vigilancia epidemiológica</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	

Indicador 39:	Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita
Clasificación	Impacto
Definición / Interpretación	Conocer los casos nuevos de sífilis congénita en menores de 1 años que indican la efectividad de las actividades de atención para niños con sífilis congénita
Objetivo	Medir la tendencia de la mortalidad por sífilis congénita a fin de que aumente el impacto de las intervenciones de la atención
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de muertes por sífilis congénita en menores de 1 año</p> <p>Denominador: Total de nacidos vivos x 1000</p> <p>Medir a través de los registro sistemático de vigilancia epidemiológica</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Departamento de epidemiología
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Este indicador depende de la calidad del documento de defunción y de la vigilancia epidemiológica en cuanto a la investigación de defunciones en niños menores de 28 días por causa no definidas.

Indicador 40:	Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados.
Clasificación	Resultado 4.1.1.8.
Definición / Interpretación	Minimizar la brecha de información en poblaciones específicas, a través de investigaciones y estudios centinelas
Objetivo	Realizar encuestas, vigilancia activa y pasiva, y centinela
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Estudios e investigaciones que el país ha realizado en respuesta a las brechas en información para poblaciones específicas</p> <p>Denominador: Resultado de los estudios realizado en poblaciones específicas</p> <p>Informe de resultados de encuestas, investigaciones y estudios centinelas.</p>
Frecuencia de recolección	Anual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	Desagregar los estudios por población específica, general y embarazadas

Indicador 41:	Número de denuncias de Derechos Humanos relacionadas al VIH
Clasificación	
Definición / Interpretación	Conocer las denuncias o querellas que son emitidas a diversas instancias por violación a los derechos humanos.
Objetivo	Medir el progreso que tienen las denuncias o querellas que son enviadas a las diversas instancias correspondientes.
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de informes sobre denuncias o querellas sobre violación de los derechos humanos relacionados al VIH que se presentan al PNIVS</p> <p>Denominador: Total de informes recibidos por el PNIVS</p>
Frecuencia de recolección	Semestral
Línea de Base	Desconocido
Responsable	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Paquete Básico de Indicadores	Si
Nota:	<p>ARTÍCULO 95: Las personas que, producto de su condición de ser portadoras o enfermas de una ITS/VIH/SIDA, sean sometidas a cualquier discriminación o acto estigmatizador o segregador, lo mismo que sus familiares y allegados, podrán presentar una denuncia a las autoridades competentes, para que hagan las investigaciones respectivas. Un informe de estas denuncias será enviado al coordinador del Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA.</p>

ANEXO 3

Lista de Acrónimos

AHMNP: Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá
APPT: Asociación Panameña de Personas Trans
AU: Acceso Universal
AVP: Asociación Viviendo Positivamente
CIMyE: Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación
CONAVIH: Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH
CSS: Caja de Seguro Social
CTARV: Clínica de Tratamiento Antirretroviral
ENASSER: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FM: Fondo Mundial
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres
ICGES: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
ITS: Infecciones de transmisión sexual
MCDP: Mecanismo coordinador de país
MEGAS: Medición del gasto en sida
MINSAL: Ministerio de Salud
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
PBI: Paquete básico de indicadores
PEM: Plan estratégico multisectorial
PEMAR: Población en mayor riesgo
PNIVS: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
PROBIDSIDA
PTMI: Prevención de la transmisión materno infantil
PVV: Persona/s viviendo con VIH
sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB: Tuberculosis
TCS: Trabajadoras (es) comerciales del sexo
TS: Trabajadoras (es) sexuales
UNGASS: Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UTMyE: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana



USAID | PASCA
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH

