



Medición del Gasto en Sida



MEGAS

2010

Diciembre de 2011



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

PASCA
Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH



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.

Medición del Gasto en SIDA, MEGAS 2010

MINISTRO DE SALUD

Doctor Franklin J. Vergara J

VICEMINISTRO DE SALUD

Doctor Serafín Sánchez

DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Doctor Eduardo Lucas Mora

SUB DIRECTORA GENERAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Doctora Itza Barahona de Mosca

INFORME ELABORADO POR

Magister Jamilet Gina Román

Consultora Nacional

COMITÉ TÉCNICO

Programa Nacional de ITS, VIH y Sida

Doctor Aurelio Núñez Maitín

Licenciado Rigoberto Villarreal

ONUSIDA

Doctor Ricardo García Bernal

Doctora Marjoleine Jacobs

Licenciada Denia Justiniani

USAID/PASCA

Licenciado Diego Postigo

Licenciada Modesta Haughton

Contenido

I. Antecedentes y Justificación.....	5
II. Objetivo de la consultoría.....	7
III. La epidemia del VIH y SIDA en Panamá.....	8
A. Epidemiología del VIH y SIDA en Panamá.....	8
B. Situación de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA.....	11
1. Situación de la respuesta del Sector Salud Público MINSA/CSS en las Clínicas de Terapia Antiretroviral.....	17
IV. Medición del gasto y flujo del financiamiento del VIH y SIDA 2010.....	23
A. Categoría de Gasto por Fuente de Financiamiento.....	23
B. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Proveedor y Financiamiento.....	26
C. Gasto por Tipo de Intervención.....	27
D. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Rubro.....	31
E. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Proveedor y Población Beneficiada.....	34
F. Gasto de Prevención por Tipo de Población Beneficiada.....	36
G. Gasto en VIH y SIDA en los Programas de Atención Tratamiento por Tipo de Beneficiados.....	39
H. Gasto en VIH y SIDA, Gestión y Administración del Programa Nacional de VIH y SIDA por Tipo de Beneficiados.....	42
I. Gasto en VIH y SIDA. Entornos Favorables de VIH y SIDA por Tipo de Beneficiados.....	44
J. Gasto en VIH y SIDA. Investigación de VIH y SIDA por Tipo de Población Beneficiadas.....	45
V. Conclusiones.....	47
VI. Bibliografía.....	51
VII. Anexos.....	52

I. Antecedentes y Justificación

La epidemia del VIH y SIDA constituye hoy uno de los principales problemas en salud pública en todo el mundo y en Panamá el impacto que ha tenido esta epidemia, tanto desde el punto de vista social, económico, laboral, individual y familiar como en el sector salud, ha representado un gran número de casos en la población de edad productiva y reproductiva y una inversión de millones de balboas.

Los estudios de prevalencia y la información epidemiológica indican que la epidemia de VIH y SIDA en el país, es concentrada; con vía predominante de transmisión sexual, con tendencia a la feminización. Frente a esta situación epidemiológica, el país ha enfocado su respuesta fundamentalmente en la atención con el suministro gratuito de tratamiento antirretroviral financiado con recursos públicos que representa aproximadamente el 65%, del gasto en VIH y SIDA.

Pero a pesar de los esfuerzos para controlar la epidemia, no se ha logrado que ésta disminuya y el principal reto al elegir las intervenciones consiste en reducir la morbimortalidad y el sufrimiento de las personas afectadas, optimizando la capacidad técnica y financiera del sector salud.

Las Naciones Unidas durante la Sesión Especial de la Asamblea General (UNGASS) en Nueva York, celebrada en junio de 2001, adoptaron en forma unánime, la Declaración de Compromiso sobre VIH y SIDA, esta declaración es la guía para elaborar la respuesta global al VIH y SIDA y entre los indicadores de la Declaración, están los relacionados con el seguimiento de datos sobre flujos de financiamiento del VIH y SIDA.

Por ello, con el interés de obtener una aproximación de los efectos que el VIH y SIDA ha tenido

en la sociedad panameña, el país ha contado con el apoyo financiero de agencias internacionales y entre los años 1993 y 1998 se realizaron dos estudios sobre el Impacto Socioeconómico del VIH y SIDA en Panamá; para el año 1999 se da inicio formalmente al proceso de estimación de flujo de financiamiento y gasto en VIH y SIDA, apoyado por diferentes agencia internacionales como es el caso de SIDALAC y PASCA, con el propósito de determinar el flujo de financiamiento y el gasto total que se destino en Panamá, para dar respuesta a la epidemia del VIH y SIDA.

El primer estudio de cuentas nacionales en VIH y SIDA analizó los años 1999-2000. El segundo estudio, incluyó los años 2001-2002. Los estudios del gasto a partir de los años 2004 al 2008 se han realizado anualmente utilizando la herramienta MEGAS (Medición del Gasto en SIDA).

MEGAS surge como alternativa para la identificación detallada de la asignación de recursos, el flujo de financiamiento y las diferentes actividades tanto de sector salud como de actividades que aunque no son propias del sector pero que son necesarias para enfrentar el problema en forma efectiva.

El desarrollo de MEGAS, como herramientas para medir el gasto ejecutado en actividades relacionadas con VIH y SIDA, tiene como objetivos¹ los siguientes:

- ✚ Proveer información para indicadores UNGASS.
- ✚ Apoyar a los Programas Nacionales para coordinar la respuesta nacional con los principales actores.
- ✚ Aprovechar la información para una mejor asignación de recursos.
- ✚ Servir para medición de brechas.
- ✚ Brindar evidencia sobre el cumplimiento del principio de adicionalidad requerido por donantes y agencias internacionales.

¹ Guía Metodología Medición del Gasto en SIDA (MEGAS). ONUSIDA, 2007

En este documento se presenta la Medición del Gasto en SIDA, MEGAS 2010, actividad que es necesaria para conocer como se dirigen los esfuerzos para enfrentar la epidemia del VIH y SIDA en Panamá.

II. Objetivo de la consultoría

- Medir el flujo de recursos financieros para enfrentar la epidemia de VIH y SIDA en Panamá durante el año 2010.

Para el logro de este objetivo, el uso de la herramienta MEGAS es fundamental, ya que la misma utiliza cinco ejes de acción a saber, **Financiamiento, Proveedor, Categoría de Gasto (identifica el tipo de intervención), Rubro de Gasto (salarios, reactivos, capacitación etc.) y Población Beneficiaria** que permiten mostrar el flujo de recursos, que se derivan de las diferentes estrategias implementadas por el país, sujeto de este análisis.

Para una mejor comprensión y comparabilidad de este informe, es importante aclarar algunas definiciones, como lo es la de Población Beneficiada, ya que dentro de esta categoría se derivan las clasificaciones que nos permiten comprender y visibilizar, hacia quienes van dirigidas las diferentes estrategias.

En ese sentido, la categoría de **población más expuesta o de mayor riesgo**, corresponde a los grupos que tienen más probabilidades de presentar tasas elevadas de intercambio de parejas sexuales, en este grupo se encuentra la población PEMAR, la cual es definida por el Programa Nacional de VIH y SIDA. En este grupo se encuentra las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, transexuales y lesbianas.

La población que representa a los grupos vulnerables, se incluye a las mujeres y a los niños y niñas. Y la población accesible, es aquella población que asiste a las instalaciones de la red de servicios de salud por demanda espontánea.

La población PVVS, es aquella población con VIH que es atendida en las clínicas de atención TARV. Y finalmente, la población general comprende las intervenciones destinadas a la población general en su conjunto, por ejemplo una campaña de comunicación para cambio de comportamiento, que no especifica un grupo especial de intervención.

III. La epidemia del VIH y SIDA en Panamá

Aún después de 27 años de haberse diagnosticado el primer caso en Panamá, el impacto que ha producido esta epidemia en el país es indudable, afectando mayormente a la población en edad económicamente activa y como consecuencia impactando tanto desde el punto de vista social, económico, laboral, individual y familiar como en el sector salud, ya que ha representado una inversión importante en todos estos aspectos, por ello, el abordaje integral de la lucha contra la epidemia del SIDA requiere del compromiso de todos los actores, lo que hace inevitable el estudio del flujo y medición del gasto que debe financiarse para hacer frente a esta epidemia.

A. Epidemiología del VIH y SIDA en Panamá

El primer paciente con SIDA en Panamá se diagnosticó en septiembre de 1984 y en el país a diciembre de 2010, se han registrado un total de 11,585 casos de SIDA, con un total de 7,828 defunciones, para un porcentaje de letalidad de 67.9, según datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del MINSA, esta información puede ser superior si se tiene en cuenta las características del sistema de información que conlleva cierto retraso y además del sub-registro existente y propio de todo sistema de vigilancia epidemiológica. (Tabla 1)

Al inicio de la epidemia la relación hombre mujer era 17:1 y para 2010 es de 3:1. Las relaciones sexuales no protegidas constituyen el principal riesgo para contraer el VIH; según el ICGES, el VIH predominante en circulación en Panamá es VIH-1 sub-tipo B².

² ICGES. Laboratorio Central de Referencia Salud Pública. Panamá. Año 2009.

Las tasas de incidencia por SIDA por 100,000 habitantes para el año 2010 correspondientes a las Regiones de Salud de: Metropolitana (46.8), Colón (42.9), Guna Yala (29.4), San Miguelito (28.8), Panamá Oeste (23.5), Panamá Este (21.7) y Bocas del Toro (20.7), se presentan como las más elevadas del país, mientras que la Regiones de Salud de: Darién (0), Veraguas (4.0), Chiriquí (6.6), Los Santos y Coclé (7.7), Herrera (8.9), y Ngabe Bugle (11.6), presentan las tasas más bajas del país.³

Los modos de transmisión más común son la sexual (67%), la sanguínea (1.2%) y perinatal (3.0%). La transmisión sexual se da principalmente por contactos homosexual (12.4%), bisexual (3.8%) y heterosexual (50.7%). La transmisión sanguínea se da principalmente en receptores de sangre, hemofílicos y por uso de droga intra venosa.⁴

Las estadísticas indican que la propagación sigue en aumento y en Panamá la epidemia del SIDA se caracteriza por ser concentrada con gran número de casos en la población de edad productiva y reproductiva, con tendencia a la feminización, a la heterosexualidad, con concentración urbana pero con transmisión cada vez mayor en poblaciones del interior del país y como principal mecanismo de transmisión la vía sexual.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá (ENASSER 2009) que fue diseñada para proveer de datos actualizados sobre indicadores de población y de salud sexual y reproductiva, ya que desde hace aproximadamente 20 años, no se disponía de esta información en el país. El principal objetivo de la encuesta es proporcionar datos claves sobre indicadores demográficos y de salud. Específicamente, datos sobre niveles de fecundidad, formación de uniones, preferencias de fecundidad, **conocimiento y uso de métodos de planificación familiar**, prácticas de lactancia materna, aborto, infertilidad, **conocimiento de ITS/VIH y SIDA**, empoderamiento de la mujer y violencia conyugal.

³ Departamento de Epidemiología del MINSA

Tabla 1

Casos y Tasas de Mortalidad por SIDA. Panamá, Años 1984 – 2010

Año	Casos	Defunciones	Tasas
1984	2	2	0.10
1985	6	6	0.28
1986	19	14	0.64
1987	31	11	0.49
1988	64	43	1.88
1989	82	66	2.83
1990	70	53	2.19
1991	94	72	2.95
1992	120	77	3.09
1993	205	137	5.40
1994	293	262	10.14
1995	348	293	11.14
1996	381	335	12.53
1997	466	417	15.34
1998	538	452	16.36
1999	692	488	17.37
2000	611	487	17.05
2001	720	482	16.86
2002	715	491	16.57
2003	679	416	13.33
2004	697	447	14.09
2005	788	380	11.77
2006	800	399	12.15
2007	738	395	11.83
2008	875	479	14.11
2009	720	439	12.72
2010	831	471	13.44
Total	11,585	7,828	287.93

Datos Hasta 31 de Diciembre 2010

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSA, 2011

Con relación al uso del preservativo, la encuesta revela que en Panamá, el 97.1% de los hombres y 95.8% de las mujeres **conocen algún método de planificación familiar**. En promedio, las mujeres y los hombres conocen 7.8 métodos de planificación familiar. De las casadas o unidas, 96.4% conoce algún método moderno (artificial) de planificación familiar y 69.3% conoce algún método natural. El 88.1% conoce los anticonceptivos orales; el 83.9% las inyecciones; **el 84.7% el condón masculino**; mientras que el 81.4% conoce la esterilización femenina, y el 62.0% conoce la esterilización masculina.⁵

Por otro lado, los métodos más conocidos por los hombres son: **el condón (92.2%)**, los anticonceptivos orales y las inyecciones, mientras que los menos conocidos son los parches y la anticoncepción de emergencia (16.4%)⁶.

B. Situación de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA

Acorde con las recomendaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), Panamá ha adoptado medidas a fin de establecer cumplimiento de los llamados Tres Unos para la mejor y mayor respuesta a la epidemia de VIH. Los Tres Unos implican: Un marco de acción sobre el SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados, Una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio, y Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.⁷

En este sentido, desde la detección del primer caso en septiembre de 1984, el Ministerio de Salud, (MINSAL), formula los programas y estrategia para enfrentar la nueva epidemia. En 1985 se crea la Comisión Nacional Técnica Asesora contra el SIDA. En 1987, la mencionada Comisión conjuntamente con el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del MINSAL ejecutan una

⁵ ENASSER 2009

⁶ Idem

⁷ Situación de los Derechos Humanos Relacionados al VIH en Panamá, artículo de internet, Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Pública en VIH_JS.doc, lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session9/PA/AEPDP_AlianzaEstrategicadePromociony.

serie de actividades en materia de prevención y de aspectos legales sobre el SIDA; dando origen al Plan Nacional a Corto Plazo, que ejecuta la Oficina Central contra el SIDA en 1988. En ese mismo año se crea el Programa Nacional contra el SIDA en Panamá, quien con el esquema organizacional de una coordinación conductora y con la adopción de las políticas promovidas por OPS/OMS da énfasis a la prevención como estrategia central de sus acciones.

En 1989 se elabora el Plan de Urgencia y el 1er Plan a Mediano Plazo de Prevención y Control de SIDA (1990–1992) y el 2do Plan a Mediano Plazo que se diseñó para el período 1993–1995. En 1990 se crea la Comisión Nacional para la Prevención y Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA (CONASIDA); que ha estado inoperante desde 1992. En 1996 se conforma el Grupo Temático de ONUSIDA. En 1997 se funda la primera organización de personas que viven con VIH y SIDA, PROBIDSIDA, quienes con un agresivo Plan de Promoción y Defensa Pública, logran que la Caja de Seguro Social (CSS) ofrezca la terapia antirretroviral (TARV) en 1999. Actualmente, la CSS incluye las pruebas de CD4 y Carga Viral (CV), para cada uno de los pacientes cada tres meses, con lo cual la dosificación que reciben va acorde a la CV del individuo.

También en 1999, se crea el Consejo Empresarial para la Prevención del SIDA por parte del sector empresarial y se incorpora el sector de los trabajadores organizados a la lucha contra la epidemia a través de la Fundación del Trabajo y el proyecto “Apoyo al Sector Productivo para la Prevención de ITS/VIH/SIDA”.

Es a partir del año 2002 que el MINSa da inicio a la TARV en los pacientes no asegurados y en la actualidad cuenta con 15 Clínicas de Atención Retroviral del Paciente de VIH, incluyendo el interior, facilitando la logística y reduciendo el costo para estos pacientes.

En materia legal y de Derechos Humanos, en el año 2000, el Gobierno Nacional aprueba, sanciona, promulga y regula la Ley No.3 sobre las ITS/VIH y SIDA. Esta Ley representa uno de los principales logros de la respuesta en el primer quinquenio, ya que por primera vez se

declara al VIH y SIDA como un problema de Estado, llamando a la concertación y a la unión de esfuerzos de todas las partes y haciendo énfasis en los Derechos Humanos (DDHH), no discriminación, atención digna y tratamiento adecuado para las PVVS. A la vez dicta las pautas para la óptima ejecución de los demás componentes como Vigilancia Epidemiológica, Laboratorio y Banco de Sangre, Investigación, Diagnóstico, Atención Integral y Capacitación. Cabe destacar el papel protagónico de la Defensoría del Pueblo, que en los años 2004 y 2005 fortaleció las capacidades de varias organizaciones en materia de DDHH y asistencia legal. Para el 2010, ese protagonismo se ve reflejado en las Organizaciones No Gubernamentales.

La Vigilancia Epidemiológica, el Manejo de Laboratorio y Banco de Sangre también han mejorado su capacidad en la respuesta contra la epidemia del SIDA, mediante la actualización de Normas y Procedimientos para el manejo de la vigilancia, adquisición de reactivos de 2ª, 3ª y hasta 4ª generación, aumento en las coberturas de pruebas a no donantes, seguimiento de CV y CD4 a pacientes infectados, capacitación al personal de salud en el manejo y bioseguridad dentro del laboratorio y actualización en el diagnóstico serológico del VIH y hepatitis, con la capacitación de un promedio de 100 unidades anuales. Actualmente, son 51 los laboratorios que conforman la Red Nacional. Así mismo, se ha logrado el fortalecimiento de las regiones con la consecución de reactivos y pruebas confirmatorias, lo que ha minimizado el riesgo de infección mediante las donaciones de sangre y reducido el costo de la prueba para el resto de la población.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 7 de 22 de enero de 2008 se crea la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) con el objetivo de promover, apoyar y coordinar las acciones intersectoriales e integradoras del sector público, sociedad civil organizada y empresa privada, a fin de prevenir y controlar la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la República de Panamá. El CONAVIH reemplaza a la anterior Comisión Nacional para el Sida (CONASIDA), que funcionó intermitentemente y con poco éxito desde los años noventa.⁸

⁸ Ibid

La elaboración y divulgación de las Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH en 2006, el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) de ITS/VIH y SIDA 2009-2014 y el Plan Nacional Multisectorial de Monitoreo y Evaluación, son el marco de trabajo que rige las acciones nacionales en el país y es el producto de importantes talleres de consenso con la participación de actores claves. El PEM es la guía para los directores de programas en el sector público, privado, no gubernamental, incluyendo al grupo de organismos de personas que viven con el VIH, el cual permite el diseño e implementación de actividades para disminuir la infección por VIH y su impacto en el marco temporal de 5 años.

El PEM es el tercero que se construye a nivel nacional para la respuesta estructurada a la epidemia de VIH y SIDA, fue elaborado en base a la metodología ASAP con participación de actores claves en la respuesta, incluida la sociedad civil y las personas con VIH. Tiene como antecedente y base dos documentos previos: “Base de Datos y Referencias para una Estrategia basada en Evidencias” y “Marco de Resultados para una Estrategia basada en Evidencias”.⁹

Para el periodo 2010-2015 el MINSA contempla entre sus Políticas y Lineamientos Estratégicos en el Eje II Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud, la Política 3: Mejorar El Acceso A Los Servicios Integrales de Salud con Equidad, Eficiencia, Eficacia y Calidad, con su Línea de Acción 3.2.8: la Implementación de los Planes Estratégicos para la Prevención y Control de VIH y SIDA, entre otros.¹⁰

La respuesta nacional a la epidemia de VIH y SIDA proviene básicamente del sector público, mediante sus dos principales proveedores: el MINSA y la CSS. Sin embargo, existen instituciones privadas que atienden a población afectada por el VIH. El MINSA realiza las pruebas de VIH a población accesible (población que asiste a las instalaciones de la red de servicios de salud), como es el caso de las mujeres embarazadas que se atienden en el Programa Materno Infantil, sin costo y a partir del año 2005, se inicia una estrategia dirigida al

⁹ Ibid

binomio madre-hijo, con la prioridad por parte de las autoridades de disminuir el transmisión perinatal.

Otro aporte importante ha sido tratar de minimizar los costos del tratamiento, y a partir del año 2003 Panamá junto a otros países de la Región, lograron un acuerdo con las empresas distribuidoras de medicamentos para reducir el costo de la TARV a un 55% de su costo actual. A partir del año 2004 el MINSA está comprando los medicamentos a los precios negociados. Otro factor importante, es el esquema de los medicamentos TARV, el que ha mejorado, por un lado ha significado para los pacientes, un restablecimiento notable en su condición de salud y por otro lado, las autoridades se han beneficiado con costos más apropiados.

La sociedad civil, las ONGs y las diferentes agencias internacionales colaboran en el desarrollo de diferentes acciones en respuesta al VIH y SIDA a nivel de país mediante programas de educación, promoción y prevención principalmente. Sin embargo, ONG como PROBIDSIDA y Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (HMNP), prestan los servicios de laboratorio y llevan a cabo actividades para promover la realización de la prueba del VIH. El primero con un laboratorio ubicado en sus instalaciones, y el segundo, tercerizando el servicio.

Las empresas privadas han entendido que la prevención es la mejor respuesta a esta problemática, por ello se llevan y se continúan realizando alianzas estratégicas con organizaciones que están trabajando con el VIH y SIDA, como es el caso del club Cívico 20-30 y PROBIDSIDA con el proyecto mancomunado de la Línea de Auxilio, que busca mejorar esa respuesta oportuna sobre la epidemia para la población en general, como también actividades educativas que promueven la salud sexual reproductiva en los jóvenes y el empoderamiento de ellos frente a la problemática. En ese sentido, se han desarrollado diferentes convenios, como por ejemplo el del CONEP y PASCA.

También a nivel tecnológico y educativo se han desarrollado proyectos conjunto con DELL (Empresa de Comunicación), los que han instalado computadoras en el Hospital del Niño para los pacientes con VIH, como una respuesta tecno educativa para afianzar sus conocimientos mientras están hospitalizados. La Cruz Roja Internacional y la Cruz Roja Panameña, conjuntamente con la Empresa Publicitaria McCANN-Erickson, han trabajado con la finalidad de crear conciencia en el uso adecuado del preservativo.

A pesar de que el abordaje de otras poblaciones específicas como los privados de libertad se ha iniciado en los últimos dos años, a través de programas de prevención y concientización en Centros Penitenciarios, la atención con TARV y pruebas diagnósticas a esta población todavía es limitada, dándose las mismas solo en los casos en que se registran síntomas. El condón, según autoridades del sistema penitenciario, es considerado como un objeto peligroso que puede causar daños a terceros, dentro del penal por lo que su uso no es permitido.

Las ONGs crean sinergias entre ellas, como es el caso de PASMO, quienes manejan proyectos dirigidos a población homosexual, lesbianas, mujeres y hombres comercializadores de sexo, niños vulnerables de la calle, enfocados primordialmente en la prevención mediante el Mercadeo Social de Condone.

Igualmente, las televisoras y la radio abren espacios de discusión sobre estos temas relacionados con la epidemia, sin embargo se requieren de más programas educativos que generen cambios de comportamiento en la población.

Las agencias Internacionales que conforman el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA, ONUSIDA, conformado en Panamá por la OMS/OPS, UNICEF, ACNUR, PNUD, UNFPA y PMA, con la colaboración de otras agencias del sistema presentes en el país, lideran el apoyo a los sectores gubernamental y de sociedad civil en el tema del VIH/Sida¹¹ y trabajan directamente con proyectos y capacitación en las diferentes organizaciones públicas y privadas,

11 op.cit Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Pública en VIH_JS.doc

para crear una plataforma que facilite las estrategias como país frente a la epidemia, igualmente dan apoyo a líderes, para que participen en foros internacionales y dotación de insumos necesarios.

De manera conjunta, ONUSIDA Panamá tiene importante presencia en la respuesta nacional al VIH y SIDA como colaborador clave en la implementación de políticas nacionales, actividades del PEM 2009-2014, desarrolladas por los otros sectores responsables.¹²

Las agencias que integran el Equipo Conjunto de Naciones Unidas (Joint Team), financian importantes proyectos en respuesta a las necesidades en VIH y SIDA, en poblaciones, tales como niñez y adolescencia; hombres que tienen sexo con hombres; personas Trans; trabajadoras sexuales; mujeres, niñas y adolescentes femeninas, desplazados y personas con VIH, abarcando desde proyectos en prevención, incidencia política, reforzamiento de capacidades, liderazgo y derechos humanos. Así mismo la OPS trabaja de manera más directa con el sector salud.¹³

La Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos, USAID, a través del Programa Internacional para Fortalecer la Respuesta frente a la Epidemia de VIH y SIDA en Centroamérica, PASCA, apoya directamente en la implementación de políticas e incidencia política, desarrollo de capacidades y asistencia técnica a sector gubernamental, sociedad civil de manera conjunta, sector eclesiástico y privado.¹⁴

Vale la pena mencionar, que el resultado obtenido en los últimos años acerca de los aspectos sobre derechos humanos, se ve reflejado en los siguientes resultados:

¹² Ibid

¹³ Ibid

¹⁴ Ibid

- ✂ La Ley 3 de 5 de enero de 2000, sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, principal instrumento para la protección de los derechos de las personas con VIH en Panamá.
- ✂ El Gobierno Nacional creó su primera clínica de terapia antirretroviral en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (CSS). Tres años más tarde, en el 2002, inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral del MINSA, la cual se ubicó en los predios del Hospital Santo Tomás. Actualmente, existen 15 clínicas prestando el servicio.
- ✂ La implementación de un nuevo modelo de atención, ya que al inicio, solo se contemplaba la atención del infectólogo, la enfermera, y el tecnólogo. Actualmente, el modelo atencional involucra siete servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, salud mental, nutrición y dietética, además de trabajo social.
- ✂ Como la epidemia conduce a un nivel importante de gasto, a principios del 2009, se realiza 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**.
- ✂ Como parte de las acciones globales de Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) se han focalizado estrategias dirigidas a las mujeres y los niños, por ser éstas consideradas las poblaciones vulnerables.
- ✂ Se ha promovido la aplicación de pruebas (diagnósticas) rápidas a mujeres embarazadas, la administración de terapia antirretroviral oportuna (a la madre y al bebé) cuando así se amerita, como también el suministro de sucedáneos de leche materna para los bebés, de 0 a 6 meses de edad, nacidos de mujeres seropositivas.
- ✂ Se viene abordando desde el año 2007, la reducción de la transmisión materno-infantil al VIH.
- ✂ La gestión del VIH y SIDA, sobrepasa los aspectos clínicos, así que se crea por Decreto Presidencial No. 7, del 22 de enero de 2008, la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH). Este organismo actúa como la máxima autoridad

responsable de la ejecución del PEM 2009-2014 y consta de una amplia representación de los sectores involucrados en la respuesta a la epidemia.

- ✘ Existe un proceso participativo de los diversos actores claves en la construcción del PEM y el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, con un enfoque en resultados y **basado en una Matriz de Evidencias a Nivel Nacional.**

Los resultados que se generan a partir del empoderamiento de la sociedad civil, marcan la diferencia en el modelo de atención a seguir por parte de la población panameña.

1. Situación de la respuesta del Sector Salud Público MINSA/CSS en las Clínicas de Terapia Antiretroviral

Panamá cuenta con 15 Clínicas para la atención de pacientes con Terapia Antiretroviral (CTARV), distribuidas en las diferentes Regiones de Salud del país. Según datos del informe Monitoreo Nacional de Campo de los Indicadores reportados por las Clínicas de Terapia Antirretrovirales del MINSA y la CSS del año 2010, se atienden en estas clínicas un total de 5,156 pacientes, de este total el MINSA atiende el 53.8% y la CSS el 46.2%. Del total solamente el 5% son pacientes pediátricos. Por lo general el 75% de los pacientes adultos y más del 90% de los pacientes pediátricos se encuentran en terapia.

De las CTARV, la que concentra la mayor cantidad de pacientes que reciben TARV, es la clínica del Complejo Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, instalación de la CSS, donde se concentra el 45% de los pacientes, seguido del Hospital Santo Tomás, instalación del MINSA, que atiende el 25% del total de los pacientes, estas dos instalaciones de salud se encuentran ubicadas en la ciudad de Panamá, área urbana, lo que representa el 70% de la atención de pacientes con TARV, el resto se atiende en las otras clínicas ubicadas en el resto del país.¹⁵

Del total de los pacientes en TARV, 268 son pacientes entre las edades de menos de 1 año a 15 años de edad y de este grupo el 52.2% son niñas, sin embargo el grupo etareo que concentra un

mayor número de pacientes, se encuentra entre los 10 a 14 años.¹⁶

La mayor población de este grupo de menores de 15 años es atendido en las CTARV del Hospital del Niño del MINSA, con 176 pacientes, seguido del Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS, con 39 pacientes, el resto se atiende en otra CTARV del interior del país¹⁷.

A pesar de que los datos del informe no permiten obtener una cifra exacta de los pacientes que abandonan la TARV, ya que existe una Región de Salud que no reporta este dato, se estima que el 16% de los pacientes abandona la terapia. Reporta este informe también que, las causas más frecuentes de abandono de la terapia es, las reacciones adversas, desabastecimiento, la falla terapéutica, embarazos entre otra.

En relación a la frecuencia de la realización de las pruebas de CD4, el mismo informe revela que durante el año 2010, por lo menos 3,110 de la Población que vive con VIH y SIDA (PVVS) se la realizaron una vez, y 2,419 PVVS lo hicieron dos o más veces.

Para la CV, se realizaron 3,601 pruebas una vez y 2,337 dos o más veces. Sin embargo, es importante anotar que la frecuencia de la realización de las pruebas de CD4 y CV se ve afectada por los desabastecimientos de los reactivos, como resultado de compras no oportunas, o no programadas con antelación¹⁸.

En relación al desabastecimiento de los medicamentos para la TARV, se puede decir que el informe revela que, solamente **en 3 de las 15 CTARV**, no se presentó desabastecimiento de ninguno de los medicamentos, sin embargo en el resto se presentó desabastecimiento en cierto momento de algún medicamento antirretroviral. Lo cual afecta la condición sintomática del paciente, trayendo como consecuencia la aparición de enfermedades oportunista,

15 Monitoreo Nacional de Campo de los Indicadores reportados por las Clínicas de Terapia Antirretrovirales del MINSA y la CSS del año 2010

16 ibid

17 ibid

18 ibid

hospitalización y el deceso del paciente.

Es importante destacar que la programación de los medicamentos e insumos sanitarios del Programa Nacional de ITS/VIH y SIDA se hace de forma centralizada a partir de la información que el mismo Programa Nacional solicita a su diferentes Centros de Atención, la que se ingresa a un programa informático que hace algunos años instaló la Fundación Clinton en el marco de un proyecto de soporte al VIH y SIDA y desde el año 2008 viene realizando su programación utilizando este software. Las estimaciones son remitidas al Departamento de Provisión de Suministros Sanitarios donde básicamente consolidan la información con los demás productos para hacer el requerimiento al Departamento de Compras y Proveduría del MINSA. Sin embargo, en el Programa Nacional de ITS/VIH y SIDA, no se está utilizando esta aplicación informática debido a que no se transfirió el manejo del mismo al personal actual del Programa Nacional y para su uso deben contratar a un consultor externo que trabajó en el proyecto con la Fundación Clinton.¹⁹

Para el año 2010, se atendieron 144 embarazadas positivas al VIH, lo que representa el 2.9% del total de los pacientes atendidos en las CTARV, el 100% recibieron la profilaxis durante su periodo de gestación.²⁰

Este informe señala también que, 151 niños recibieron TARV y se les proporcionó fórmulas lácteas a 139 niños, para prevenir la Transmisión Materno Infantil del VIH.

Para el tratamiento de las infecciones oportunistas 227 pacientes recibieron medicamentos profilácticos, sin embargo es importante resaltar que algunas CTARV no cuentan con la disponibilidad del dato específico, pues no lo registran. Se reportó la Tuberculosis (TB) como la infección oportunista más frecuente, seguida de la Histoplasmosis, la Toxoplasmosis Cerebral y Candidiasis.²¹

¹⁹ Diagnostico del Estado del Sistema Logístico para el Aseguramiento de Insumos Sanitarios en el Ministerio de Salud, Panamá 2010, MINSA, UNFPA, 2011

²⁰ ibid

²¹ ibid

Casi la mitad de las CTARV monitoreadas para el informe de referencia, cuentan con un personal asignado para brindar asesoría pre y post prueba de VIH, sin embargo donde no existe personal asignado, esta responsabilidad recae en la persona que ordena la prueba, en el médico o la enfermera de la CTARV.

En varias clínicas existe otro personal que se ocupa de la asesoría pre y post prueba de VIH, como el epidemiólogo, psicólogo y la (el) trabajador (a) social.²²

El registro de esta actividad se consigna en la historia clínica, en la hoja de registro diario, en el formulario de solicitud de la prueba o en la hoja de registro de las actividades diarias de la enfermera.²³

22 ibid

23 ibid

IV. Medición del gasto y flujo del financiamiento del VIH y SIDA 2010

A. Categoría de Gasto por Fuente de Financiamiento

El gasto en VIH y SIDA para el año 2010, fue de **B/.24,275,360**, cifra que se muestra consistente en los últimos años; de este total, B/.15,702,066 que representa el 65%, corresponde al gasto efectuado por el Sector Público, B/.7,045,659 que representa el 29%, es el gasto que efectuó el Sector Privado y B/.1,527,635 millones de balboas que representa el 6% del gasto correspondiente a los Organismos Internacionales. (Tabla 2)

Tabla 2 Categoría del Gasto, según fuente de financiamiento, MEGAS 2010, Panamá

GASTO EN VIH/SIDA CATEGORÍA DE GASTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO MEGAS 2010. PANAMÁ					
CATEGORÍA DE GASTOS	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	ORGANISMOS INTERNACIONALES	TOTAL	%
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	4,263,824	6,975,079	705,771	11,944,674	49.2
ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	10,358,532	4,000	10,000	10,372,532	42.7
HUERFANOS Y NIÑOS VULNERABLES					
GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS	158,050		241,425	399,475	1.6
RECURSOS HUMANOS					
PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES		6,000		6,000	0.0
ENTORNOS FAVORABLES PARA REDUCIR VULNERABILIDAD		29,580	164,354	193,934	0.8
INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON VIH	921,660	31,000	406,085	1,358,745	5.6
TOTAL	15,702,066	7,045,659	1,527,635	24,275,360	100
%	65	29	6		

Fuente:MEGAS 2010

Un desglose a lo interno del **gasto del Sector Público**, permite observar que el consumo principal se efectuó en los servicios de **atención y tratamiento**, con un gasto de 10.3 millones de balboas, lo que representa el 66% del total del gasto para este sector. Este gasto es el más significativo principalmente, por la asignación dirigida al rubro de tratamiento TARV a los

pacientes con VIH.

En ese mismo sentido, se observa un gasto potencial en el programa de prevención con 4.3 millones de balboas (27%), la investigación relacionada al VIH con un gasto de 0.9 millones de balboas (5.8%) y el gasto que relaciona a la Gestión Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, con un monto de B/158,050 balboas (1.0%), lo que solo representa el gasto en salarios del personal que colabora en el Programa Nacional. Es esencial destacar, que la investigación ha sido un rubro importante para este año de análisis, ya que en años anteriores no marcaba dentro del desglose de gastos. Este comportamiento ha sido el resultado, de la necesidad de contar con evidencias acerca de la epidemia, conllevando de esta manera el poder lograr que las intervenciones que se realicen tengan resultados más efectivos y más contundentes.

Con relación al gasto que se genera desde el Sector Privado, este se concentra en el área de la prevención, **principalmente por la venta al por menor y por mayor de los preservativos en el mercado local**. El gasto de este rubro fue de 6.9 millones de balboas lo que representa el 99% del gasto para este sector. Sin embargo, se observan aportes importantes en el gasto que relaciona los aspectos de los derechos humanos y la investigación. El Sector Privado panameño a través de la vinculación de los proyectos de Responsabilidad Social Empresarial, está colaborando muy de cerca con las Instituciones Públicas e Internacionales, para tratar de disminuir las repercusiones negativas de la epidemia en la sociedad.

Tabla 3 Aporte del Sector Privado en la Respuesta Nacional del VIH y SIDA

APORTE DEL SECTOR PRIVADO EN LA RESPUESTA NACIONAL DEL VIH Y SIDA.				
ANOS 2007, 2008 Y 2010				
ANOS	TOTAL	PUBLICO	PRIVADO	INTERNACIONAL
2007	23,429,708	13,578,095	9,260,289	591,324
2008	21,077,738	11,795,983	7,450,022	1,831,733
2010	24,275,360	15,702,066	7,045,659	1,527,635
%		65	29	6

FUENTE: MEGAS

Con relación a la Tabla 3 se observa un aporte invariable y persistente por parte del sector privado. Las variaciones presentadas por este sector en los últimos informes MEGAS reflejan una variación del 29% con relación al total. En el sector privado se ubica el gasto de preservativos que se genera desde los hogares a través del gasto de bolsillo. Este gasto según el estudio realizado por PASMO para el 2010, el mercado nacional de preservativo ha significado un gasto de 6.8 millones de balboas y para el año 2007 de 7.6 millones de balboas.

Para el sector privado, los datos observados en este informe podrán ayudar al entendimiento del empresario, sobre el gasto progresivo en virtud del gasto en el tratamiento, como también en las repercusiones económicas de la fuerza laboral afectada por este virus y sus efectos en las empresas.

Para los Organismos Internacionales, el gasto se dirigió principalmente en las acciones de prevención con un gasto de B/. 705,771, lo que representa un 46% del gasto efectuado por este sector. Seguidamente, se observa un aporte importante en el gasto de Investigación (26%), Gestión del Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA (15.8%); Derechos Humanos (10.8%) y atención y tratamiento (0.7%).

Esta distribución del gasto para este sector es compatible con el Plan Estratégico que dichos organismos, dirigen y focalizan sus acciones. Es importante, reconocer que la Gestión del Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, se ve fortalecida por las intervenciones que llevan mancomunadamente con este sector.

Como se puede observar en párrafos anteriores el gasto desde el sector público para la Administración del Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, solo contempla los salarios del equipo técnico.

B. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Proveedor y Financiamiento

En el análisis que se desprende según los tipos de proveedores de salud, llámese hospitales, farmacias y otros centros de atención, se puede mencionar que el mayor gasto se concentra en los hospitales, dado que las Clínicas de Atención TARV se encuentran funcionando en los Hospitales del país, además del tratamiento se incluye en este gasto, la hospitalización y la atención ambulatoria que reciben los pacientes con VIH y SIDA. Este gasto focalizado en los hospitales representa un 37% del gasto total, seguido por las farmacias (28%), otros servicios de salud (22%) en donde se incluyen las investigaciones realizadas. (Tabla 4)

El proveedor denominado farmacia se relaciona con el gasto en preservativos, que son financiados por el gasto de bolsillo en los hogares. En este gasto, se parte del supuesto que el consumo en preservativo obedece a la necesidad por parte de la población de resguardar su salud de alguna ITS y/o VIH y SIDA.

Con relación a las fuentes de provisión de los métodos utilizados, del sector público proviene el 71.3% de los métodos de planificación familiar modernos de planificación familiar y prevención de enfermedades relacionadas con las ITS y el VIH, se corresponden los siguiente resultados a saber: esterilización femenina (90.3%), dispositivos intrauterinos (88.9%), inyectables (64.7%) y anticonceptivos orales (60.6%); mientras que del **sector privado proviene 75.6% de los condones masculinos** y 36.3% de los anticonceptivos orales. Las Organizaciones No Gubernamentales proveen 0.5% del total de métodos anticonceptivos. Este resultado confirma que el mayor gasto de preservativos se concentra en las farmacias, las cuales pertenecen al sector privado.²⁴

Por otro lado, la estructura del gasto según el lugar donde se presta el servicio ubica en donde se realiza el gasto y orienta de cómo se debe fortalecer las estructuras existentes, para poder

abarcar o lograr un mayor impacto en la lucha contra el VIH y SIDA.

En cuanto a los otros servicios de salud, que marca el 22% del gasto total, se refiere al gasto que se genera en los laboratorios, en especial el Instituto Conmemorativo Gorgas, el cual lleva a cabo las investigaciones relacionadas con el VIH y los laboratorios especializados de monitoreo y carga viral.

Tabla 4 Gasto en VIH y SIDA por fuente de financiamiento y tipo de proveedor, MEGAS 2010

GASTO EN VIH/SIDA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y TIPO DE PROVEEDOR				
MEGAS 2010				
Tipo de Proveedor	Sector Público	Sector Privado	Sector Internacional	Total general
Hospitales	8,938,705	420	6,100	8,945,225
Farmacias	101,157	6,775,500		6,876,657
Otros Servicios de Salud	5,257,494		170,505	5,427,999
Servicios Comunitarios		250,739	700,878	951,617
Centros Educativos			48,292	48,292
Servicios Sociales				
Autoridad Nacional del VIH/SIDA	483,050		205,352	688,402
Otros proveedores de Salud	921,660	19,000	396,508	1,438,325
Total general	15,702,066	7,045,659	1,527,635	24,275,360
Fuente: MEGAS 2010				

C. Gasto por Tipo de Intervención.

El gasto referente a cada tipo de intervención, ofrece una mirada analítica acerca del comportamiento del gasto y que tipo de rubros se afecta para la ejecución de las mismas. En ese sentido, se puede observar que el mayor desembolso se presenta en (Tabla 5)

- ⓧ Terapia TARV con un gasto de 6.4 millones de balboas.
- ⓧ Provisión del Preservativo (sector público y privado) con 6.8 millones de balboas.
- ⓧ Sangre Segura con 3.4 millones de balboas.
- ⓧ Tratamiento para Infecciones Oportunistas con 1.4 millones de balboas.
- ⓧ Investigaciones relacionadas al VIH (agrupadas según la Tabla 20) 1.4 millones de balboas.
- ⓧ Hospitalización con un gasto de 1.3 millones de balboas.
- ⓧ Monitoreo de Laboratorio con un gasto de 1.1 millones de balboas.

El desglose del gasto, de primera entrada, se observa una interrelación conforme entre los componentes que deben asegurar la respuesta clínica a la epidemia. Es decir, los elementos que deben ser parte de la entrega de la provisión de la terapia, es por ello, que los rubros con mayor gasto son los que mencionamos en el párrafo anterior.

Como un segundo punto, dentro del enfoque de mejora continua con relación al manejo de la epidemia, se observa que el gasto en investigación toma una relevancia notoria, esto hace que las estrategias y proyectos que se desarrollen a partir de las evidencia encontradas a través de estos estudios, puedan contribuir al mejor uso de los recursos y de esta manera, asegurar una respuesta más efectiva e inteligente para enfrentar la epidemia del VIH y SIDA.

Por otro lado, a partir del análisis que se hace tomando en cuenta los factores de producción se puede observar que para el abordaje de la epidemia de VIH y SIDA en Panamá, el gasto se distribuye de la siguiente manera, el **16.7% corresponde al gasto de recursos humano, el 71.4% es consumido por los materiales y suministros (tratamientos, reactivos, pruebas) y el 11.9% se deriva de los servicios que se requieren para la realización de los estudios, capacitaciones, entrenamiento y movilizaciones.** De igual manera, existe un componente de equipo y de edificación, sin embargo para este año en estudio no marca, debido a que no se realizaron gastos importantes para estos rubros.

Este tipo de comportamiento, señala que el gasto en este momento, se está focalizando más en la atención, y en la medida que el gasto se fortalezca en los rubros de servicios y el recurso humano, se podrá ir ajustando hacia intervenciones más focalizadas, en el área preventiva.

Tabla 5 Gasto en VIH y SIDA, por tipo de intervención, MEGAS 2010, Panamá

Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Intervención, MEGAS 2010, Panamá						
MEGAS 2010						
Acciones de Salud	Salarios	Materiales y Suministros	Servicios	Equipo	TOTAL	%
Comunicación para Cambio de Comportamiento	59,618	16,270	559,053		634,941	2.62
Movilización Comunitaria	6,672		125,633		132,305	0.55
Consejería y Prueba Voluntaria	124,856	52,051	33,519		210,426	0.87
Programas de Prevención focalizados en Trabajadoras Sexuales y sus Clientes		312,000	13,300		325,300	1.34
Programas de Prevención focalizados en HSH		500	5,475		5,975	0.02
Programas de Prevención dirigidos a Usuarios de Drogas		600	5,500		6,100	0.03
Mercadeo Social de Preservativo		282,540			282,540	1.16
Provisión del Preservativo Sector Público y Privado		6,775,500			6,775,500	27.91
Diagnóstico y Tratamiento de ITS		23,120			23,120	0.10
Prevención de la transmisión Materno Infantil		109,277	17,000		126,277	0.52
Sangre Segura	2,009,565	1,363,250			3,372,815	13.89
Profilaxis Post exposición		872			872	0.00
Precauciones Universales		12,518			12,518	0.05
Otras Prevenciones No especificadas	9,600	26,000			35,600	0.15
Asesoramiento y Pruebas Voluntarias iniciadas por el Proveedor (APIP)		47,527			47,527	0.20
Terapia TARV	248,825	6,189,283			6,438,108	26.52
Apoyo Nutricional asociado al TARV			14,000		14,000	0.06
Tratamiento para IO	1,174,848	133,123	116,326		1,424,297	5.87
Tratamiento y Cuidados Hospitalarios (Hospitalización)	33,376		1,294,801		1,328,177	5.47
Monitoreo de Laboratorio		1,106,973			1,106,973	4.56
Tratamiento y cuidados no clasificadas en las anteriores		13,450			13,450	0.06
Coordinación y Gestión del Programa Nacional de VIH y Sida	154,903		158,696	2,385	315,984	1.30
Evaluación y Monitoreo			73,876	10,000	83,876	0.35
Servicios Sociales			6,000		6,000	0.02
Abogacía y Derechos Humanos			193,934		193,934	0.80
Investigación Biomedica		19,000			19,000	0.08
Investigación Clínica		20,000			20,000	0.08
Investigación Epidemiologica	61,600	939,060	243,000		1,243,660	5.12
Investigación en Ciencias Sociales			19,508		19,508	0.08
Investigación de Comportamiento			56,577		56,577	0.23
TOTAL GENERAL	3,883,863	17,442,914	2,936,198	12,385	24,275,360	
% de Participación	16	72	12	0.05		

Fuente: MEGAS 2010

Otro aspecto interesante para este análisis, se puede observar un gasto visible en los programas dirigidos a Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR), como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (gays, homosexuales, bisexuales), personas trans (transgéneros, transexuales, travestis), trabajadoras sexuales y consumidores de droga), con un monto de B/.337,375, para los programas dirigidos a trabajadoras sexuales, HSH y consumidores de drogas. Este comportamiento es importante señalarlo, ya que en los informes anteriores, no existían programas con tanto detalle para este tipo de población. Este gasto podría ser mayor, pero algunos informantes claves no clasificaron con mayor nivel de desagregación, y solo asignaron el gasto hacia población PVVS.

Sin embargo, pudimos agrupar el gasto realizado para población HSH y trabajadoras sexuales de los Informes MEGAS 2007 y 2008, para poder compararlos con el gasto que se refleja en el 2010. Los resultados muestran un crecimiento importante durante estos años. Revelando de esta manera, que la estrategia busca concentrar los esfuerzos en estas poblaciones.

Tabla 6 Programas Preventivos Dirigidos a Población HSH, TS y Usuarios de Drogas

PROGRAMAS PREVENTIVOS DIRIGIDOS A POBLACION HSH, TS Y USUARIOS DE DROGAS			
ANOS 2007, 2008 Y 2010			
DETALLE	2007	2008	2010
PROGRAMAS PREVENTIVOS DIRIGIDOS A POBLACION HSH, TS Y USUARIOS DE DROGAS	102,167	987,878	1,129,129
Fuente: MEGAS 2007, 2008 y 2010			

Otro punto, que vale la pena mencionar, es la desagregación del gasto dentro del Programa Nacional de VIH y SIDA, ya que se observa que el gasto total asignado al Programa Nacional fue de B/. 315,599. De este total, el gasto dirigido al recurso humano fue de B/.154,903 balboas, financiado por fondos públicos, y el resto corresponde a financiamiento internacional, que ayudó a fortalecer el gasto en servicios y equipo con un monto de B/.158,696 y B/.2,385

respectivamente. Sin este tipo de apoyo, todos los estudios, consultorías, capacitaciones, adquisición de software y equipos, no sería posible cumplir con la asignación con que cuentan, en su presupuesto.

En este punto es importante señalar, que el Programa Nacional ha tenido una merma importante en el gasto realizado, como lo podemos observar en la comparación de los últimos años, 2008 y 2010. Este comportamiento es cónsono con la información suministrada por la Dirección Nacional de Planificación del MINSA, donde manifiestan que el gasto de viáticos ha sido recortado en todos los programas de atención, incluyendo el Programa Nacional de VIH y SIDA, lo que hace difícil llevar a cabo la programación de monitoreo y evaluación de las diferentes actividades contempladas en los planes operativos. (Tabla 7)

Tabla 7 Gasto Total por Categoría de Gastos, años 2007, 2008 y 2010

GASTO TOTAL POR CATEGORIA DE GASTOS			
ANOS 2007,2008,2010			
CATEGORIA DE GASTOS MEGAS	2007	2008	2010
GESTION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE VIH Y SIDA	647,503	659,554	399,475

D. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Rubro.

El análisis de los datos por rubro, muestra que el mayor consumo se concentra en el gasto de preservativo (29.01%), retrovirales (25.5%), salarios (16.0%), reactivos (15.2%) y servicios administrativos (7.2%). Por el otro lado, el gasto más bajo se efectuó en el rubro de gasto en equipos, con un solo 0.1% del gasto total, ya que el país no realizó inversiones para este periodo. (Tabla 8)

Tabla 8 Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Rubro, MEGAS 2010, Panamá

GASTO EN VIH Y SIDA POR TIPO DE RUBRO MEGAS 2010.PANAMA		
RUBRO DE GASTOS	GASTO 2010	%
SALARIOS	3,883,863	16.0
RETROVIRALES	6,189,283	25.5
OTROS MEDICAMENTOS (NO INCLUYE TARV)	202,323	0.8
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	303,734	1.3
PRESERVATIVOS	7,069,707	29.1
REACTIVOS	3,677,867	15.2
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	1,741,247	7.2
CAPACITACIÓN	196,294	0.8
INVESTIGACIÓN DE MERCADO	93,729	0.4
ESTUDIOS Y CONSULTORIAS	850,929	3.5
TRANSPORTE Y VIAJES	25,866	0.1
GASTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS (REUNIONES)	28,133	0.1
GASTO DE EQUIPOS	12,385	0.1
TOTAL	24,275,360	
Fuente: MEGAS 2010		

Por otro lado, los rubros relacionados a partir del renglón de capacitación hacia abajo, muestran que el gasto en consultoría y estudios, se ha fortalecido en los últimos años con un aporte importante de B/.850,929, lo que representa un 3.5% del gasto total. En esa misma secuencia, se observa una menor participación, en el rubro de capacitación, alimentación y transporte, con relación al periodo analizado. (Tabla 9)

Sin embargo, esos mismos segmentos si lo comparamos con años anteriores, se han fortalecido a través del tiempo, como se observa en la misma tabla, donde se presentan incrementos importantes en capacitación, estudios de consultorías y comidas y bebidas para reuniones, no así en el rubro de transporte, el cual se ha sufrido una merma importante, si lo comparamos con el año 2007.

Tabla 9 Comparación de Gastos Operativos Desglosados, años 2007 y 2010

Comparacion de Gastos Operativos desglosados MEGAS 2007 y 2010		
Detalle	2007	2010
Capacitacion (Staff Trainnig)	180,538	196,294
Estudios, Consultoria	207,599	850,929
Transporte	33,834	25,866
Comidas y Bebidas para Reuniones	4,663	28,133
Fuente MEGAS 2007 y 2010		

Aunque, se reconoce la importancia de realizar actualizaciones y capacitaciones al equipo técnico y a la sociedad civil, este rubro ha sido muy condicionado durante este periodo, principalmente, por el incremento de los precios (inflación), como se observa en la Tabla 10, donde la variación de los precios al consumidor, se ha incrementado significativamente en los últimos años, donde el común denominador ha sido el incremento de la canasta básica, el combustible y por tanto, el aumento sustancial de los servicios públicos y privados.

Durante el proceso de recolección de información, varios informantes manifestaron que han realizado ajustes en sus actividades, precisamente por el incremento de las tarifas de los hoteles, catering y gasolina (transporte). Por ejemplo, estos ajustes han repercutido en el número de actividades, si tenían contemplado realizar cinco (5), se realizan solo tres o dos, según sea el caso.

Tabla 10 Tasa de Inflación de la República de Panamá

País	1999	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Panamá	1,5	1	1,1	1,4	2	2,9	2,6	4,2	8,8	2,4	3,5

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá

E. Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Proveedor y Población Beneficiada.

El análisis que se desprende del siguiente cuadro, ubica el gasto desde el tipo proveedor y el beneficiario directo. En ese sentido, el gasto más importante realizado por el tipo de proveedor, se generó en los **servicios hospitalarios**, con un gasto de aproximadamente 8.9 millones de balboas, en donde la población beneficiada de estos servicios, corresponde principalmente a la población PVVS, seguida de la población accesible y la de mayor riesgo. (Tabla 11)

Tabla 11 Gasto en VIH y SIDA por Tipo de Proveedor de Servicios de Salud y Población Beneficiada, MEGAS 2010, Panamá

GASTO EN VIH Y SIDA SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN BENEFICIADA Y PROVEEDOR MEGAS 2010. PANAMÁ							
PROVEEDOR / POBLACIÓN	PVVS	POBLACIÓN DE MAYOR RIESGO	GRUPOS VULNERABLES	POBLACIÓN ACCESIBLE	POBLACIÓN GENERAL	OTTRAS POBLACIONES	TOTAL
HOSPITALES	8,919,785	6,520	1,872	17,048			8,945,225
CENTROS DE INVESTIGACIÓN	1,150,660	132,000		19,508	35,000		1,337,168
OTROS PROVEEDORES				101,157			101,157
FARMACIAS					6,775,500		6,775,500
SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE SALUD	1,444,297	339,797	3,750	143,600	111,680		2,043,124
BANCOS DE SANGRE				35,600	3,349,275		3,384,875
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES PARA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS	123,751	543,975	6,466	36,386	217,078	23,961	951,617
UNIVERSIDADES					25,000		25,000
CENTROS EDUCATIVOS			5,000	18,292			23,292
SERVICIOS SOCIALES							0
AUTORIDAD NACIONAL DEL VIH Y SIDA	58,729	106,837		158,050	364,786		688,402
TOTAL	11,697,222	1,129,129	17,088	529,641	10,878,319	23,961	24,275,360

FUENTES: MEGAS 2010

Se observa también, una concordancia a partir del gasto generado desde las **farmacias** con un monto de 6.8 millones de balboas, correlacionado con la población general que consume, que representa el gasto en preservativo.

Por otro lado, en los **bancos de sangre** se observa un gasto importante de 3.4 millones de balboas, de los cuales 2 millones corresponde a salarios y el resto, 1.4 millones son consumidos a través del gasto dirigido a materiales y suministros. Este gasto se ha ido incrementando en los últimos informes, debido a la mejor captación de la información referida para este rubro. Los informes anteriores, solo contemplaban el gasto del Banco de Sangre del Hospital Santo Tomás. Actualmente, se incorpora la información de la HEMORED, la cual aglutina todos los bancos de sangre del sector público a nivel nacional.

En cuanto al análisis del gasto por tipo de proveedor, aquellos que ofertan servicios de prevención de la salud, el gasto realizado fue de 2.0 millones de balboas, donde se beneficiaron la mayor parte de las poblaciones priorizadas (PEMAR).

Por otro lado, los proveedores que caracterizan a los Institutos de investigación, generaron un gasto de 1.3 millones de balboas, dicho gasto se focaliza en las poblaciones PVVS, con un consumo de 1.1 millón de balboas. Este gasto es el resultado generado en los estudios e investigaciones sobre:

- La caracterización y descripción epidemiológica de la epidemia, el análisis del comportamiento, los cambios en el tratamiento y en el seguimiento clínico de los pacientes.

Estas investigaciones que se han desarrollado durante el año en estudio, permitirá contar con evidencias, que puedan mejorar los servicios de salud de la población que vive con VIH.

Este gasto en investigación ha sido muy significativo e importante durante el año 2010, si se observa el mismo segmento en años anteriores, el mismo ha sido mucho mayor y por tanto, el Programa Nacional de VIH y Sida debe contar con mayor evidencia para la toma de decisiones. (Tabla 12)

Tabla 12

Gasto Total en Investigaciones, años 2007,2008. 2010

GASTO TOTAL POR CATEGORIA DE GASTOS			
ANOS 2007,2008,2010			
CATEGORIA DE GASTOS MEGAS	2007	2008	2010
INVESTIGACION	347,964	200,252	1,358,745
Fuente: MEGAS			

Finalmente, se observa que no se fortalece la estrategia de prevención y promoción desde las universidades y los centros educativos. Para el año 2010, el gasto fue de tan solo, **B/. 48,292 balboas**. Este comportamiento, se observa de manera más crítica si se compara con años anteriores, donde la asignación del gasto fue cero. Es por todo conocido que el sector educativo atraviesa por serios problemas de gestión, por tanto no se ha sumado como un aliado en la lucha contra el VIH y SIDA. (Tabla 13)

Tabla 13 Gasto en VIH y SIDA según tipo de Proveedor: Centros Educativos y Universidades

GASTO EN VIH Y SIDA SEGUN TIPO DE PROVEEDOR: CENTROS EDUCATIVOS Y UNIVERSIDADES				
DETALLE	2006	2007	2008	2010
Centros Educativos	0	1,500	0	23,292
Universidades	0	0	0	25,000
FUENTE: MEGAS 2007,2008 Y 2010				

F. Gasto de Prevención por Tipo de Población Beneficiada.

Este análisis, busca presentar hacia donde se dirigen las acciones prevención que se desarrollan a partir de las estrategias inmersas en los planes de acción asumidos por el país, tales como, el PEM de ITS/VIH y SIDA 2009-2014.

Como se mencionó con anterioridad el gasto total en VIH fue de 24.3 millones de balboas, de este total, el gasto dirigido a la **prevención fue de 11.9 millones de balboas**, lo que representa el 49% del gasto total, es decir, prácticamente la mitad del gasto se dirige hacia la prevención y

la otra mitad hacia la atención.

Una mirada interna, permitirá analizar si las actividades priorizadas y si las poblaciones objetos de las mismas, conllevan a la obtención de resultados positivos o negativos, de manera que se pueda considerar ajustes en las estrategias diseñadas.

El gasto en prevención se deriva de los siguientes componentes: Tabla 14

- ✘ Provisión del preservativo a partir del mercado público y privado, con un 57% del total de Prevención.
- ✘ Sangre Segura, con un 28.2%.
- ✘ Comunicación para el cambio de comportamiento, con un 5.3%.
- ✘ Programas dirigidos a Población PEMAR, con un 2.7%.
- ✘ Mercadeo Social del Preservativo, con un 2.4%.
- ✘ Pruebas Voluntarias, con un 1.7%.

Con relación a la provisión del preservativo y mercadeo social del mismo, el conocimiento por parte de la población sobre la prevención en VIH con la utilización del preservativo, en la Encuesta Nacional de Salud Sexual Reproductiva, se plantea lo siguiente, que el **68.1% de hombres de las zonas urbanas y el 64.7% de las zonas rurales conocen que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH mediante el uso de preservativos**. Entre las mujeres de dichas áreas, el porcentaje es de 75.2% y 66.3% respectivamente; dicho conocimiento es mucho más bajo en las áreas indígenas: 18.9% entre las mujeres y 35.9% entre los hombres. A nivel general, dicho conocimiento no tiene variaciones con el estatus marital y aumenta con el grado educativo.

Estos resultados plantean, tres aspectos importantes que se revelan en las acciones de prevención identificadas por MEGAS a través del gasto realizado, el primero la provisión de los preservativos, el segundo el mercadeo social del preservativo y el tercero; la comunicación que se implementa para inducir al cambio de comportamiento de la población hacia su autocuidado. Estas intervenciones representa un gasto de 7.8 millones de balboas, lo que

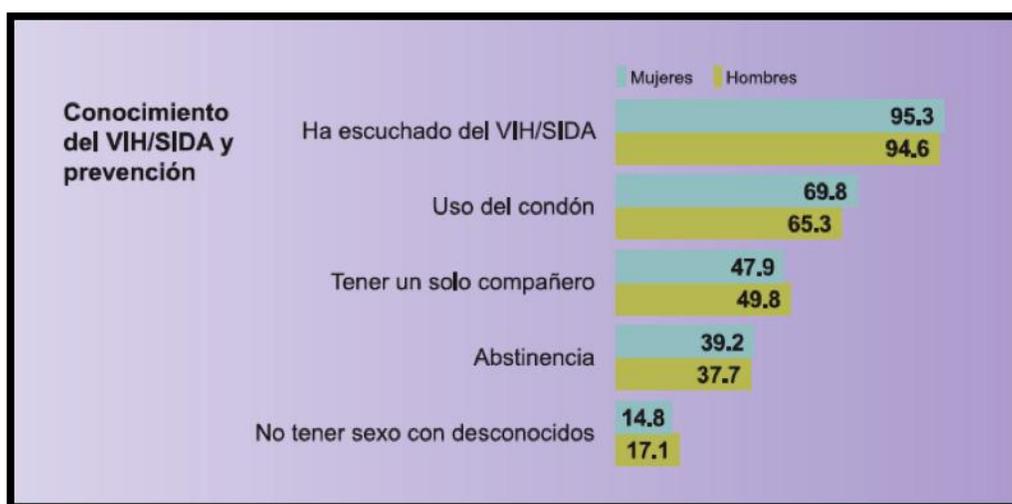
representa el 65% del gasto total para la Prevención.

Tabla 14 Programas de Prevención por Tipo de Población Beneficiada, MEGAS 2010, Panamá

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN POR TIPO DE POBLACION BENEFICIADA MEGAS 2010.PANAMA			
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN	POBLACION BENEFICIADA	GASTO 201	%
Comunicacion para cambio Social		634,941	5.32
Movilizacion Comunitaria		132,305	1.11
Asesoramiento y Pruebas Voluntarias	Personas que viven con VIH	14,890	
	Poblacion mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	24,263	
	Grupos Vulnerables		
	Población Accesible (Personas que asisten a los servicios de salud)	77,617	
	Poblacion General	93,656	
	Total Asesoramiento de Pruebas Voluntarias		210,426
Programas focalizados a Trabajadores Sexuales y sus Clientes		325,300	2.72
Programas focalizados en HSH		10,975	0.09
Programas dirigidos a Usuarios de Drogas		6,100	
Mercadeo Social del Preservativo		282,540	2.37
Provisión Comercial del Preservativo		6,775,500	56.72
Mejoramiento en el manejo de las ITS	Población Accesible (Personas que asisten a los servicios de salud)	23,120	
	Población General		
	Otra Población		
Total en el Manejo de ITS.		23,120	0.19
Prevención Vertical Madre-Hijo	Población Accesible Personas que asisten a los servicios de salud)	126,277	1.06
Sangre Segura	Población General	3,372,815	28.23
Profilaxis Post Exposición	Grupos Vulnerables	872	
Precauciones Universales	Población Accesible (Personal de Salud)	9,370	
Prevención no clasificadas en algunas delas anteriores (Prevención en Poblaciones Indígenas)	Poblacion Indigena	35,600	
TOTAL DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN		11,946,141	
Fuente: MEGAS 2010			

Como resultado de esta importante inversión, la encuesta nacional, presenta un cuadro que manifiesta el nivel de conocimiento de la población acerca del VIH y SIDA, pero también indica un señalamiento muy importante, el uso preservativo como medio para evitar el contagio del virus. (Tabla 15)

Tabla 15 Conocimiento acerca del VIH y SIDA.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual Reproductiva. ENASSER

G. Gasto en VIH y SIDA en los Programas de Atención Tratamiento por Tipo de Beneficiados.

El gasto total en tratamiento y atención para el año 2010, fue de **10.5 millones de balboas**, de los cuales, solamente la terapia (medicamentos) absorbió cerca del 63% del gasto total en tratamiento, lo que representa en cifras absolutas, 6.6 millones en medicamentos. El gasto per cápita por tratamiento, es de **B/. 1,284 balboas por persona**. (Tabla 16)

Otros gastos importantes, que se desprende para el análisis de la respuesta nacional, son:

- ⓧ Tratamiento para Infecciones Oportunistas, 1.4 millones de balboas (13.6%)
- ⓧ Hospitalización, 1.3 millones de balboas (12.4%)

🚫 Monitoreo de Laboratorio, 1.1 millones de balboas, (10.6%)

A pesar de estas cifras, el 90% de la fuente de financiamiento para los componentes de tratamiento para infecciones oportunistas y monitoreo de laboratorio (carga viral y CD4), son de las instalaciones de la CSS, lo que coincide con el **informe de Monitoreo y Evaluación**, que lleva a cabo el Programa Nacional de VIH y SIDA, donde la gran mayoría de las clínicas pertenecientes al MINSA, presentan serios problemas de desabastecimientos, tanto en medicamentos, como de carga viral y CD4.

Este serio problema, también se ve reflejado en los resultados del **“Estudio sobre situación en materia de Derechos Humanos a personas que viven con VIH de la República de Panamá que asisten a las Clínicas de Terapia Antirretroviral del MINSA y la CSS”**. En dicho estudio el 60% de las personas con VIH encuestadas, mencionaron que en algún momento han dejado de tomar sus medicamentos. Aluden como principales razones, **el olvido y el desabastecimiento en los centros de atención**.

Tabla 16 Gasto En VIH y Sida en los Programas de Atención Tratamiento por Tipo de Beneficiados

GASTO EN VIH/SIDA PROGRAMAS DE ATENCION Y TRATAMIENTO POR TIPO DE POBLACION BENEFICIADA MEGAS 2010. PANAMA			
PROGRAMAS DE ATENCION Y TRATAMIENTO	POBLACION BENEFICIADA	GASTO 2010	%
Asesoramiento y Pruebas Iniciadas por el Proveedor	Poblacion mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	1,000	
Total de APIP		1,000	
Terapia TARV	Personas que viven con VIH	6,618,643	
Total TARV		6,618,643	63.2
Apoyo Nutricional apoyado a la TARV	Personas que viven con VIH	14,000	
Total Apoyo Nutricional TARV		14,000	
Tratamiento de infecciones Oportunistas	Personas que viven con VIH	1,424,297	13.6
Tratamiento y Cuidados Hospitalarios	Personas que viven con VIH	1,293,527	12.4
Monitoreo de laboratorio	Personas que viven con VIH	1,106,973	10.6
Total Monitoreo de Laboratorio		1,106,973	
Otros Tratamientos no calificados en los anteriores	Personas que viven con VIH	13,450	
TOTAL DE ATENCION Y TRATAMIENTO		10,471,890	

Fuente: MEGAS 2010

El PEM de ITS/VIH y SIDA 2009-2014, se desarrolla a través de cuatro ejes estratégicos: 1. Fortalecimiento Institucional; 2. Prevención; 3. Atención Integral, y 4. Monitoreo y Evaluación. En ese sentido, el Estado panameño ha proporcionado mediante los proveedores de salud del sistema sanitario de Panamá, adecuaciones en las Instalaciones existentes, de manera que cuenta con **15 clínicas** de tratamiento TARV a nivel nacional, tratando de dar una cobertura más amplia y focalizada en las respectivas provincias para mejorar la atención integral y la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH y SIDA, sus familias, estimulando la adhesión al tratamiento. Según los datos proporcionados por el [Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA](#), Panamá tiene 5,156 personas con VIH, las cuales son atendidas en cada una de las clínicas.

Tabla 17.

Tabla 17 Clínicas de Atención TARV. Nivel Nacional. Año 2010

	Clínicas de Terapia Antirretroviral	Total de pacientes que reciben TARV en las CTARV	Total de Pacientes que Abandonaron Terapia	
		N	N	%
1	Hospital Aquilino Tejeira	90	8	8.9
2	Hospital Cecilio Castellero	40	4	10
3	Hospital Anita Moreno	97	6	6.2
4	Hospital Luis Chicho Fábrega	69	4	5.8
5	Región de Salud de Chiriquí	283	10	3.5
6	Región de Salud Ngabe Buglé	32	2	6.2
7	Región de Salud de Bocas del Toro	60	5	8.3
8	Región de Salud de Colón	403	No disponible	
9	Albergue de María (pediátrico)	33	0	
10	Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid	2,343	623	26.6
11	Hospital del Niño	176	21	11.9
12	Hospital Nicolás Solano	144	12	8.3
13	Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	39	3	7.7
14	Hospital Santo Tomás	1,316	122	9.3
15	Hospital Marvel Iglesias	31	3	9.7
	Totales	5,156	*823	16

Fuente: Programa Nacional de VIH y SIDA. Programa de Evaluación y Monitoreo. 2010

H. Gasto en VIH y SIDA, Gestión y Administración del Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA por Tipo de Beneficiados.

La Tabla 18 presenta el gasto total efectuado a través de la categoría de gasto denominada, gestión del Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, la cual muestra un gasto de B/. 431,566.

Los aspectos más sobresalientes de esta Tabla, son aquellos que relacionan los objetivos estratégicos que se han priorizados dentro del PNIVS, y como se han cumplido a través de las actividades realizadas, donde:

- ✘ Todas las acciones, van encaminadas hacia las poblaciones priorizadas en el PEM ya que las estrategias se focalizan en personas que viven con VIH, con un gasto de B/. 44,708, Población PEMAR B/.74,746, población accesible B/.156,903 y población general con un monto de 39,242 balboas. Lo que representa un balance equitativo entre los grupos beneficiados.
- ✘ Otro componente adicional y de reciente ejecución, es el de monitoreo y evaluación de la respuesta en VIH. Esta estrategia encaminada a mejorar la gestión del PNVIH y SIDA, es de suma importancia, ya que garantiza el seguimiento y ajuste de las políticas implementadas.

Este proceso de monitoreo generó un gasto de B/.83,876. Pero este proceso garantiza alcanzar una de las metas propuesta en el PEM, que es el de establecer un sistema de monitoreo y evaluación que permita la verificación y atención oportuna del abastecimiento de los insumos de laboratorio y de medicamentos. Este informe es consecuente con los datos que arroja MEGAS, considerando que los problemas de desabastecimiento de medicamentos y cargas virales, se ven reflejado también en este informe y constituyeron una crítica permanente de algunos proveedores de salud.

Los datos que fluyen a través del gasto, nos indican que el Programa Nacional de VIH y SIDA cuenta con un presupuesto muy reducido, para el abordaje de todos los ámbitos en donde debe dar respuesta a los lineamientos emanados del PEM, sin embargo cuenta con apoyo a

través del financiamiento internacional. De no ser por esta inyección económica, no se lograría alcanzar las metas programadas.

Con relación a los gastos realizados, como se correlacionan con el PEM, se puede mencionar lo siguiente:

- ✘ El gasto se refleja en la población PVVS, principalmente por el tema del tratamiento, como también, a la Población PEMAR, Mujeres embarazadas Población general.
- ✘ El gasto muestra dificultades en la ausencia de exámenes de monitoreo a la población PVVS, como también de algunos medicamentos, por consiguiente, lograr la adhesión al tratamiento será muy difícil de alcanzar.
- ✘ Aunque existe CONAVIH, como respuesta aun el gasto no refleja esta intersectorialidad. Aun existe un incipiente liderazgo para asegurar estas acciones.

Tabla 18 Gasto En VIH y SIDA, Gestión y Administración del Programa Nacional de VIH y SIDA por Tipo de Beneficiados

GASTO EN VIH/SIDA			
PROGRAMAS DE GESTION Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS POR TIPO DE POBLACION BENEFICIADA			
MEGAS 2010. PANAMA			
CATEGORIA	POBLACIÓN BENEFICIADA	GASTO 2010	%
Gestion y Administracion de Programas	Personas que viven con VIH	44,708	
	Poblacion mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	74,746	
	Población Accesible (escolarizados, Personas que asisten a los servicios de salud)	156,903	
	Poblacion General	39,242	
Total de Gestion y Administracion de Programas		315,599	73.13
Abogacia y Comunicacion	Poblacion mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	32,091	7.44
Monitoreo y Evaluacion	Personas que viven con VIH	83,876	19.44
TOTAL DE GESTION Y ADMINISTRACION DE PROGRAMAS		431,566	100.00
Fuente: MEGAS 2010			

I. Gasto en VIH y SIDA. Entornos Favorables de VIH y SIDA por Tipo de Beneficiados.

La evolución y las transformaciones que se han producido en la respuesta a la epidemia del VIH, a lo largo de estos últimos diez años, son y será sin lugar a dudas debido, al empoderamiento de la población al conocer sus deberes y derechos. Una de las principales particularidades del VIH/SIDA respecto de otras afecciones de salud ha sido el alto grado de estigma que ha reunido a nivel internacional y la discriminación que ha provocado.

Es por ello, que se observa un aporte significativo por parte de los Organismos Internacionales y de la ONG'S, en el fortalecimiento de las asociaciones de personas con VIH, en virtud de luchar por su bienestar y salud.

En ese sentido, el gasto fue de B/. 133,263 balboas de los cuales, B/. 127,263 correspondieron en acciones de capacitación y fortalecimiento institucional de los grupos que lucha a favor de los derechos de las personas con VIH y que conforman la población PEMAR. (Tabla 19)

Tabla 19 Gasto en VIH y SIDA. Entornos Favorables de VIH y Sida por Tipo de Beneficiados

GASTO EN VIH/SIDA ENTORNO FAVORABLE POR TIPO DE POBLACIÓN BENEFICIADA MEGAS 2010.PANAMA			
CATEGORIA	POBLACIÓN	GASTO	%
Derechos Humanos	Personas que viven con VIH		
	Población mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	127,263	
	Grupos Vulnerables		
	Población Accesible (Personas que asisten a los servicios de salud)		
	Población General		
Servicios Sociales	Personas que viven con VIH	6,000	
TOTAL		133,263	
Fuente: MEGAS 2010			

J. Gasto en VIH y SIDA. Investigación de VIH y SIDA por Tipo de Población Beneficiadas.

Se refleja en el año 2010, un importante gasto relacionado con el desarrollo de investigaciones acerca del VIH y SIDA. En ese sentido, Panamá se encontraría en el enfoque adecuado, para generar estratégicamente los ajustes pertinentes, que permitan revertir la epidemia.

El gasto concentrado en este componente fue de **1.4 millones de balboas**, de los cuales el 85% se centra en la investigación epidemiológica de la enfermedad, favoreciendo este estudio a la población que vive con el virus y la población PEMAR, las cuales han sido priorizadas dentro del PEM. Tabla 20

De igual manera, las investigaciones buscan presentar datos acerca del comportamiento del individuo desde la óptica de los diferentes niveles de instrucción educativa, condición socioeconómica. Este gasto fue de **B/. 76,085 balboas** y busca generar información que permita llevar a cabo mejores campañas de prevención. (Investigación de Comportamientos Ciencias sociales).

En síntesis, el desarrollo de estas investigaciones hará que las intervenciones sean basadas en la evidencia y por ende, se procurara el uso adecuado y efectivo de los recursos financieros disponibles.

Tabla 20

Gasto en VIH y SIDA. Investigación de VIH y SIDA por Tipo de Población Beneficiadas

GASTO EN VIH/SIDA INVESTIGACIÓN EN VIH POR TIPO DE POBLACION BENEFICIADA MEGAS 2010. PANAMÁ			
CATEGORIA DE GASTO	POBLACIONES	GASTO	%
Investigación Biomedica	Población mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	19,000	1.4
Investigación Clínica	Población mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	20,000	1.5
Investigación Epidemiologica	Personas que viven con VIH	1,150,660	84.7
	Población mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	93,000	6.8
Investigación en Ciencias Sociales	Población Accesible (Asisten a los servicios de Salud)	19,508	1.4
Investigación sobre Comportamientos	Personas que viven con VIH	9,577	0.7
	Población mas Expuesta definida por el PNVIH/SIDA (PEMAR)	12,000	0.9
	Población General	35,000	2.6
TOTAL		1,358,745	
Fuente: MEGAS 2010			

V. Conclusiones

- ✂ Muy a pesar de los esfuerzos desplegados, la problemática acerca del problema de VIH y SIDA, continúa siendo uno de los principales problemas de Salud Pública en Panamá, sin embargo, se están realizando grandes esfuerzos en lograr el enfoque correcto para generar estratégicamente los ajustes que permitan revertir la epidemia.
- ✂ MEGAS permite la consolidación de la información que nos ayuda conocer el gasto y el financiamiento en SIDA, ubica en donde se realiza el gasto y orienta de cómo se debe fortalecer las estructuras existentes, para poder abarcar o lograr un mayor impacto en la lucha contra el VIH y SIDA
- ✂ El gasto nacional para el VIH y SIDA, fue para el año 2010 de B/.24,275,360, cifra que se muestra consistente en los últimos años. Ver Tabla 21

Tabla 21 **Resumen del Gasto en VIH y SIDA, según Tipo de financiamiento, Años 1999-2010**

RESUMEN DE GASTOS EN VIH/SIDA. PANAMA SEGUN TIPO DE FINANCIAMIENTO ANOS 1999-2010				
AÑO	TOTAL	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR INTERNACIONAL
1999	5,023,450	4,053,924	838,916	130,610
2000	9,244,682	8,193,028	754,029	297,625
2001	13,939,530	12,545,577	1,115,162	278,791
2002	14,142,893	10,182,883	1,980,005	1,980,005
2003	13,392,764	9,723,147	2,169,628	1,499,990
2004	19,861,525	10,960,312	6,619,817	2,281,396
2005	18,513,829	12,497,689	5,497,860	518,280
2006	21,978,224	13,775,278	7,813,768	389,178
2007	23,429,708	13,578,095	9,260,289	591,324
2008	21,077,738	11,795,983	7,450,022	1,831,733
2010	24,275,360	15,702,066	7,045,659	1,527,635
TOTAL	184,879,703	123,007,982	50,545,155	11,326,567
Fuentes: (1) Anos 1999 hasta 2003, Informes de SIDALAC				
(2) Anos 2004 hasta 2010, Informes MEGAS. ONUSIDA, USAID/PASCA				

- ✂ Los sectores que aportan financiamiento en la lucha con el VIH y SIDA, son el sector público, privado y agencias internacionales.

- ✂ El sector público es la mayor fuente de financiamiento de las actividades destinadas a la respuesta de la epidemia de VIH y SIDA, lo que representa un 65% del total del gasto y se invierte principalmente en atención y tratamiento de personas que conviven con el VIH.
- ✂ Las actividades del sector privado están encaminadas al área de prevención en su gran mayoría. Sin embargo, dentro del gasto de Prevención se recoge el gasto de preservativo (Población general que lo adquiere en la farmacia), al restar este gasto, el excedente representa realmente el gasto de prevención originado por estrategias llevadas a cabo por este sector. Tabla 22

Tabla 22 Gasto en Preservativos en el Programa de Prevención, años 2007, 2008. 2010

Gasto en Preservativos en el Programa de Prevención.			
ANOS 2007,2008 Y 2010			
DETALLE	2007	2008	2010
PREVENCION	10,310,675	8,223,218	11,944,674
Provision Comercial del Preservativo	8,902,535	7,601,918	6,775,500
Diferencia	1,408,140	621,300	5,169,174

Fuente: MEGAS

- ✂ Las agencias internacionales son la plataforma para facilitar los procesos y coadyuvar con el logro efectivo de las estrategias en la lucha contra el VIH y es dado principalmente en los servicios comunitarios. Sin este tipo de apoyo, el planeamiento estratégico seria poco efectivo.
- ✂ Durante el año 2010 las acciones han estado encaminadas hacia los grupos poblaciones priorizados en el PEM, ya que las estrategias se focalizan en personas que viven con VIH, Población PEMAR, población accesible y población general, que representa un balance equitativo entre los grupos beneficiados; pero los beneficiarios en que se invierte el mayor gasto, son aquella población que convive con VIH.
- ✂ Los recursos humanos en salud, continúan siendo insuficientes para la atención de las clínicas de terapia antiretroviral, además que no reciben incentivos económicos para mantenerse en las actividades relacionadas al VIH y SIDA.

ⓧ Dentro del enfoque de mejora continua con relación al manejo de la epidemia, se observa que el gasto en investigación toma una relevancia notoria, esto hace que las estrategias y proyectos que se desarrollen a partir de las evidencia encontradas a través de estos estudios, puedan contribuir al mejor uso de los recursos y de esta manera, asegurar una respuesta más efectiva e inteligente, sin embargo este gasto representa solo el 3.4% del gasto total. Sin embargo, este gasto se ha incrementado en los últimos años, como se puede observar en la Tabla 23.

Tabla 23 Gasto Total por Categoría de Gastos, años 2007, 2008 y 2010

GASTO TOTAL POR CATEGORIA DE GASTOS			
ANOS 2007,2008,2010			
CATEGORIA DE GASTOS MEGAS	2007	2008	2010
INVESTIGACION	347,964	200,252	1,358,745

Fuente: MEGAS

- ⓧ Un componente adicional y de reciente ejecución, es el de monitoreo y evaluación de la respuesta en VIH, que van encaminada a mejorar la gestión del PNIVS, permitiendo garantizar el seguimiento y ajuste de las políticas implementadas, alcanzar las metas propuesta en el PEM 2009-2014, la verificación y atención oportuna del abastecimiento de los insumos de laboratorio y de medicamentos.
- ⓧ El Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, cuenta con un presupuesto muy reducido, para el abordaje de todos los ámbitos en donde debe dar respuesta a los lineamientos emanados del PEM, pero cuenta con apoyo a través del financiamiento internacional, lo que permite ir hacia las metas programadas.
- ⓧ La evolución y las transformaciones que se han producido en la respuesta a la epidemia del VIH, a lo largo de estos últimos diez años, son y será sin lugar a dudas debido, al **empoderamiento de la población al conocer sus deberes y derechos**, gracias principalmente al aporte significativo por parte de los Organismos Internacionales y de la ONG'S, en el fortalecimiento de las asociaciones de personas con VIH, en virtud de luchar por su bienestar y salud.

🎗 Para poder contener la epidemia se deberá trabajar simultáneamente desde varios frentes, uno de los cuales deberán ser las escuelas y las universidades, sin embargo no se observa aportes importantes en el gasto de esta epidemia desde el sector educación, y este sector representa un importante aliado en el fortalecimiento de la Educación de la Salud Sexual Reproductiva y en la prevención del VIH.

VI. Bibliografía

- ✚ Informe Monitoreo Nacional de Campo de los Indicadores reportados por las Clínicas de Terapia Antirretrovirales del MINSA y la CSS del Año 2010, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH y SIDA enero –febrero, 2011, Rosa Lowe
- ✚ Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, 2011.
- ✚ Departamento de ITS, VIH y SIDA, MINSA, 2011.
- ✚ Derechos Humanos y VIH, Legislación, políticas y prácticas en 5 países de Centro América, OPS/OMS, Representación de Panamá, noviembre, 2007.
- ✚ Medición y Análisis del Gasto en Sida, MEGAS/Panamá 2008, PASCA/USAID, 2009.
- ✚ Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá (ENASSER 2009).
- ✚ Política Nacional de Salud, Lineamientos Estratégicos 2010-2015, MINSA. 2011
- ✚ Estudio sobre situación en materia de Derechos Humanos a personas que viven con VIH de la República de Panamá que asisten a las Clínicas de Terapia Antirretroviral del MINSA y la CSS, Martínez Hilda. Mayo 2010. OPS
- ✚ Estudio Trac de VIH y SIDA. Trabajadoras Sexuales Femeninas en Ciudad de Panamá, Veraguas y Darién. 2009. USAID, PSI, PASMO, KFW.
- ✚ Diagnostico del Estado del Sistema Logístico para el Aseguramiento de Insumos Sanitarios en el Ministerio de Salud, Panamá 2010, MINSA, UNFPA, 2011.
- ✚ Situación de los Derechos Humanos Relacionados al VIH en Panamá, articulo de internet, Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Pública en VIH_JS.doc, lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session9/PA/AEPDP_AlianzaEstrategicadePromociony.

VII. Anexos

Tabla 24

Gasto Total de SIDA, según COMISCA

Gasto Total de SIDA, según Comisca	Año 2010	Año 2008
Categoría	total	
Prevención	11,941,526	8,223,218
Atención y Tratamiento	10,471,890	11,304,827
Gestión de Programas	399,475	659,554
Total	22,812,891	20,187,599
Fuente: Datos elaborados por la Consultora a través de la Base de Datos MEGAS		
	Pacientes en TARV	Percapita/gasto VIH
Pacientes en TARV 2008	3,687	3,066
Pacientes en TARV 2010	5,156	2,031
Fuente: Datos elaborados por la Consultora a través de la Base de Datos MEGAS		

- ✂ Para el análisis de esta Tabla, se puede deducir que el país está manejando la epidemia desde la prevención, ya que se observa un aumento en el gasto de Prevención y una disminución en el gasto de Tratamiento.
- ✂ Pero también se observa, que esta disminución en el gasto de tratamiento obedece a que se realizaron compras con precios más bajos y negociados, por un lado y por el otro; el gasto real de medicamento que se debió realizar en algunos renglones no se llevó a cabo, como resultado del desabasteciendo que se dio en algunos de ellos.
- ✂ Se observa una disminución en la categoría de Gestión del Programa, este es un tema que se ha visto afectado por la falta de presupuesto al Programa Nacional de ITS/ VIH y SIDA, ya que a nivel institucional solo se canaliza hacia la compra de medicamentos y hacia al personal que labora directamente en el Programa, el cual ha sufrido una merma importante.
- ✂ La gestión y los resultados que el programa espera alcanzar, se ven obstaculizados por la falta de recursos propios. Actualmente, los organismos internacionales han suplido algunos de estos gastos.
- ✂ Con relación al número de pacientes en TARV, su incremento se debe a la estrategia preventiva de realizar la prueba de detección al VIH a tiempo. Sin embargo, el objetivo principal, es lograr disminuirla.