



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

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
 Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.



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

ACNUR
 UNICEF
 PMA
 PNLD
 UNFPA
 ONUDD
 OIT
 UNESCO
 OMS
 BANCO MUNDIAL



Medición del Gasto en Sida

El financiamiento fue proporcionado por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio al Sida a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Convenio Cooperativo AID-OAA-A-11-00015. Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de PEPFAR, USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Autoridades

Ministro de Salud

Doctor Francisco Javier Terrientes Miembro de CONAVIH

Viceministro de Salud

Doctor Miguel A. Mayo Dibello

Directora General de Salud

Doctora Itza Barahona de Mosca

Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH /SIDA

Doctor Aurelio Núñez Maitín

USAID | PASCA LMG

Modesta Haughton - Representante de País

Hilda Martínez - Coordinadora Técnica

ONUSIDA

Christian Arán - Asesor Regional de Inversión y Eficiencia

Anselmo Mc Donalds - Consultor nacional

TÉCNICOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/Sida

Licenciado Rigoberto Villarreal

Licenciada Rosa Lowe

Licenciada Diana Bajura

Licenciada Yariela Ortega

Doctora Lissette Chang

Doctora Jasmín Higueros

Sra. Amarilys Zaldívar – Secretaria Administrativa

INSTITUCIONES QUE APORTARON DATOS:

Hospital Santo Tomás

Laboratorio Central de Referencia

Instituto Conmemorativo Gorgas/Sección de Genómica

Instituto Conmemorativo Gorgas/Sección de Investigaciones

Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid de CSS

Hospital Del Niño

Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS (HEPOTH)

Albergue de María, Región de Salud de Colón

Hospital Patronato José Domingo De Obaldía, Provincia de Chiriquí

Salud Penitenciaria

Defensoría del Pueblo

Clínicas Amigables (CLAM's)

Policía Nacional – COPRECOS

Contraloría General de la República/ INEC/ Sección de Comercio Exterior

Mecanismo Coordinador de País/ Secretaría Operativa

Coordinación Nacional de Banco de Sangre MINSA

Banco de Sangre del Hospital Santo Tomás

Ministerio de Economía y Finanzas

Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT)

AGENCIAS DE COOPERACIÓN APORTADORAS DE DATOS:

TEPHINET

USAID

USAID PASCA LMG

USAID CAPACITY

USAID PASMO

USAID SCMS

ONUSIDA

CICATELLI ASOC. INC

UNFPA

OPS/OMS

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES COLABORADORAS:

Fundación Pro bienestar de las personas con VIH (PROBIDSIDA)

Grupo Génesis Panamá Positivo (GGP+)

Equipo Multidisciplinario de Educación en SSyR (EMESSAR)

Asociación Viviendo Positivamente (AVP)/ Observatorio Ciudadano en DDHH

Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP)

Asociación Nuevos Horizontes (ANH)

Mujeres con Derecho y Dignidad de Panamá (MDDP)

AID for AIDS

Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA)

Asociación Panameña de personas trans (APPT)

OTRAS EMPRESAS COLABORADORAS:

Banco General/ Cinta Roja Empresarial

Empresas BERN/ Cinta Roja Empresarial

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 2. ANTECEDENTES | 7 |
| 3. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIONES | 8 |
| 4. SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA EN PANAMÁ | 10 |
| 5. RESPUESTA NACIONAL AL VIH | 13 |
| 6. RESPUESTA DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA MINSA-CSS | 14 |
| 7. METODOLOGÍA | 15 |
| 8. LIMITANTES DEL ESTUDIO | 19 |
| 9. ANEXO METODOLÓGICO | 20 |
| 10. MEDICIÓN DEL GASTO Y FLUJO DE FINANCIAMIENTO DEL VIH/SIDA,2014 | 23 |
| 11. RECOMENDACIONES | 32 |
| 12. BIBLIOGRAFÍA | 34 |

1. INTRODUCCIÓN

Ante una epidemia como la del VIH, es de suma importancia poder evaluar, de acuerdo a indicadores claramente identificados todo lo que concierne a los recursos invertidos en la enfermedad, si los resultados obtenidos son accesibles a las poblaciones más expuestas, quiénes financian la inversión, quiénes prestan los servicios, de qué manera se asignan los recursos de acuerdo a los programas y categorías del gasto para poder saber si con esas asignaciones se va reduciendo el impacto de la epidemia en el país.

El establecimiento de un sistema de monitoreo de los gastos financieros en VIH al nivel Nacional y Regional es una prioridad para conocer el avance, prioridades y brechas de inversión en la respuesta nacional en el país, para completar la información que requiere el indicador 6.1 de los informes de progreso de la respuesta nacional respecto de la Declaración Política sobre VIH 2011 - 2015, y para la implementación y el seguimiento del Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA.

Megas (Medición del Gasto en Sida) es una estrategia que permite determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH, toda vez que en nuestros países los procesos contables y presupuestarios, no se realizan por tipo de patología o enfermedad específica. Además, proporciona una fotografía clara de cómo el país está gastando para detener y revertir la epidemia del sida.

Los países de la región han adoptado metas programáticas ambiciosas pero factibles al 2020, definidas a través de la Iniciativa 90-90-90, para guiar la respuesta regional al VIH después del 2015¹: se habrá efectuado el diagnóstico de 90% de las personas con infección por el VIH; recibirán el TARV 90% de las personas aptas para la terapia antirretroviral; en 90% de los pacientes en terapia antirretroviral se observará una supresión de la carga viral.

¹ Metas globales establecidas por ONUSIDA, integradas en el Marco de la Estrategia Mundial de Acción Acelerada ("Fast Track") para el 2020 y 2030

El estudio sobre Evaluación de la Adherencia al Tx ARV/Componentes de la Cascada de Atención en Panamá² registra que 82% de personas conocen su diagnóstico serológico por VIH (71% a nivel regional), 63% de personas están vinculadas a la atención, 56.2% reciben TARV (56% a nivel regional), 32% tienen CV<1000 copias/ml y 28% tienen CV<50 copias/ml.

La medición del gasto en Sida, contribuye entonces, a la identificación clara de la inversión que el país hace en uno de estos componentes programáticos de prevención, atención, tratamiento, apoyo, entorno social y habilitadores críticos y ayuda a establecer comparaciones en el tiempo, de cómo se están distribuyendo los recursos. A pesar, de que se han registrado avances en la forma en que se invierten los recursos para contribuir al mejoramiento de los indicadores definidos en los planes de MyE y en las estrategias de Cascada de Atención, “90-90-90” y “95-95-95”, todavía quedan retos importantes para mejorar la respuesta nacional.

2. ANTECEDENTES

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. En 1999 se da inicio formalmente al proceso de

² Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, Componentes de la Cascada de Atención y Factores Modulares Institucionales que influyen en la Adherencia a TARV. Panamá, 2013. MINSA/PEPFAR/USAID Proyecto Capacity, IntraHealth. Dra. Ana Belén Araúz R. Octubre, 2014

estimación de flujo de financiamiento y gasto en VIH y SIDA, apoyado por diferentes agencias internacionales como resultan los casos de SIDALAC y PASCA, con el propósito de determinar el flujo de financiamiento y el gasto total que se destinó 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. El informe 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 otras que aunque no son propias del sector, son necesarias para enfrentar el problema en forma efectiva. La Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) es una herramienta de rastreo de recursos destinados al VIH diseñada por ONUSIDA en 2005. En Panamá se realiza el estudio cada dos años.

El desarrollo del Informe MEGAS, como herramienta para medir el gasto ejecutado en actividades relacionadas con VIH y SIDA, tiene los siguientes objetivos:

- * Proveer información para indicadores de Avance en la Lucha contra el Sida (antes UNGASS).
- * Apoyar a los Programas Nacionales para coordinar la respuesta nacional con los principales actores.
- * Aprovechar la información para una mejor asignación de recursos.
- * Medir las tendencias de la epidemia en función de los gastos ejecutados.
- * Brindar evidencia sobre el cumplimiento del principio de adicionalidad requerido por donantes y agencias internacionales.

MEGAS facilita el proceso de determinar los fondos utilizados para financiar la respuesta nacional ante la epidemia; una medición exhaustiva del gasto público, privado e internacional, con la intención de realizar un análisis financiero y político que sea útil para la toma de decisiones nacionales en materia de inversión e impacto de los recursos para VIH, no sólo en las áreas de prevención y tratamiento dentro de los sistemas de salud, sino en la clasificación del flujo de recursos en donde participan otros sectores, como educación,

desarrollo social y justicia.

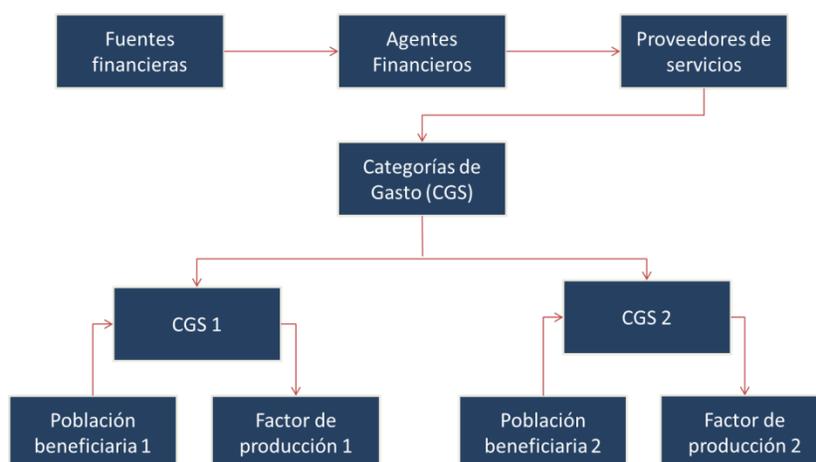
La “Medición del Gasto en SIDA” (MEGAS) es una herramienta de rastreo de recursos destinados al VIH. MEGAS es consistente con los métodos estandarizados, las definiciones y las reglas de contabilidad que se usan en los Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN); por lo tanto, permite comparar el desempeño nacional respecto a otros países.

3. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIONES

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

Una **transacción** es la representación del traslado de recursos de una **fuerza de financiamiento** a un **agente de financiamiento**, que toma las decisiones del uso de los recursos y los traslada a un **proveedor de bienes o servicios**, quien invierte en distintos **objetos de gasto** para producir **funciones de respuesta al VIH** que benefician a grupos humanos específicos o a la población en general.

Esquema 1: Unidad básica de registro, transacción en MEGAS.



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 clave, la cual ha sido priorizada y definida por los distintos actores claves y sectores que integran la respuesta nacional, entre los que se ubican las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y las trans. Estas poblaciones claves han sido priorizadas en diversos ejercicios de diálogo, planificación estratégica y consulta nacional sobre el VIH, no obstante, existen otras poblaciones a las cuales el país ha sumado importancia y enfocado sus esfuerzos, como lo son: la población privada de libertad, población indígena, personas con VIH, mujeres embarazadas, niños/niñas afectados por el VIH, adolescentes y jóvenes.

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

Las **personas con VIH** se identifican dentro del ámbito de la atención de las Clínicas TARV y finalmente, la **población general** se refiere a todos los habitantes del país a quienes se dirige, por ejemplo, una campaña de comunicación para fomentar el cambio de comportamiento, que no especifica un grupo especial de intervención.

Para entender la dinámica de la medición, en MEGAS, los gastos y flujos financieros relacionados con la respuesta nacional al VIH se organizan en tres dimensiones: **financiación, provisión y consumo**. La clasificación de las tres dimensiones y las 8 categorías conforman el marco del sistema MEGAS.

Dimensiones:

a. Financiación

- a) Las fuentes de financiación (FF) son entidades que proporcionan dinero a los agentes de financiación.
- b) Los agentes de financiación (AF) son entidades que combinan recursos financieros para costear los programas de prestación

de servicios y para tomar decisiones programáticas (comprador-agente).

b. Provisión de servicios para el VIH

- b.1) Los proveedores (PS) son entidades que participan en la producción, la provisión y la prestación de servicios del VIH
- b.2) Los factores de producción/costos de recursos (FP) son insumos (mano de obra, capital, recursos naturales, conocimiento técnico y recursos empresariales).

c. Consumo

- c.1) Las categorías de gasto relativo al sida (CGS) son intervenciones y actividades relacionadas con el VIH; y
- c.2) Los segmentos beneficiarios de la población (PB), (Población Beneficiada) es decir, pueden ser categorizadas de acuerdo a los siguientes segmentos: personas que viven con VIH, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales, población en general, etc.

La clasificación del gasto relativo al SIDA es una clasificación funcional que incluye las categorías de prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH. Luego de la revisión y la evaluación de estrategias anteriores utilizadas para la respuesta al VIH, los programas y las partidas se han estructurado en ocho clases de categorías de gasto:

- Prevención
- Atención y tratamiento
- Huérfanos y niños vulnerables
- Gestión y administración de los programas
- Recursos humanos
- Protecciones sociales y servicios sociales
- Entorno favorable
- Investigación

4. SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA EN PANAMÁ

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud inicia la vigilancia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el año de 1983 y para septiembre del año 1984 se reporta el primer caso de Sida de Panamá.

Cuadro 1. Infección y Defunción por VIH y SIDA, según sexo. República de Panamá. Años: 1984 hasta diciembre de 2014*

| Clasificación del Caso | Hombres | Mujeres | Total |
|--------------------------------------|---------|---------|--------|
| VIH | 5,180 | 3,329 | 8,509 |
| SIDA | 10,817 | 3,704 | 14,521 |
| Defunciones | 7,256 | 2,341 | 9,597 |
| Total de personas vivas con VIH/SIDA | 8,741 | 4,692 | 13,433 |

* Cifras acumuladas del VIH del 2001 hasta Septiembre de 2014

Cifras acumuladas de sida de 1984 hasta Diciembre de 2014

Fuente: MINSA. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Vigilancia de las ITS/VIH/Sida.

En la República de Panamá la prevalencia estimada de personas de 15 a 49 años es de 0.65% (2013).³

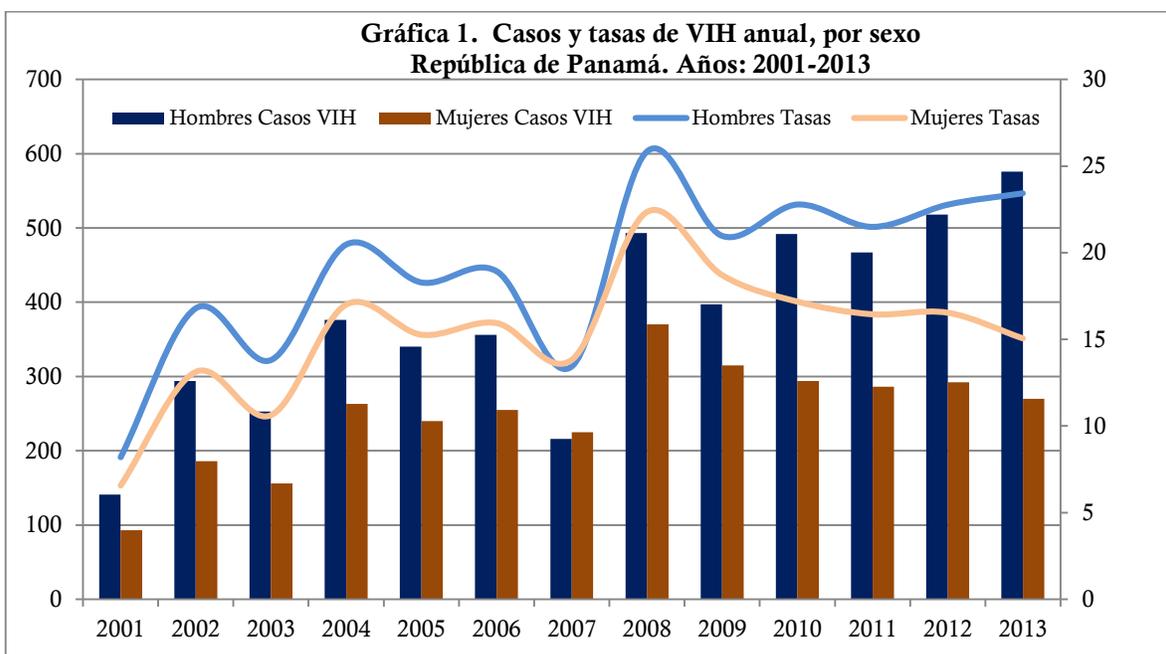
Según los datos epidemiológicos, en el país, de septiembre de 1984 a diciembre de 2014, se han registrado un total de 14,521 casos de SIDA, de los cuales, 447 casos son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 9,597 defunciones, esta información puede ser superior si se tiene en cuenta las características del sistema de información que conlleva cierto retraso y además del sub-registro existente y propio de todo sistema de vigilancia epidemiológica. El 69.2% del total de los casos de SIDA se presenta en personas con edades de 25 a 49 años. El porcentaje de

³ MINSA/ONUSIDA, Dirección General de Salud, Programa de ITS/VIH/SIDA/ Departamento de Epidemiología. Ejercicio de Estimaciones de VIH, 2014.

Letalidad acumulado es de 66%.

Las tasas acumuladas de SIDA por 100,000 habitantes para el año 2013 correspondientes a las regiones de salud son: Colón (1111.9), Metropolitana (999.4); Panamá Oeste (614.7), San Miguelito (598.6), Panamá Este (302.7), Guna Yala (293.5), Chiriquí (145.1), Coclé (134.8), Los Santos (131.8), Bocas del Toro (113.4), Herrera (112.7), Veraguas (76.9), Darién (58.6) y Ngobe Bugle(34.5). La tasa acumulada nacional es de 496.05.

En el año 2001, el Departamento de Epidemiología inicia la vigilancia de los casos reportados en la fase VIH, los casos asintomáticos, que no han desarrollado enfermedad oportunista, hasta septiembre de 2014, se han reportado 8,509 personas, siendo 5,180 del sexo masculino y 3,329 del sexo femenino para una relación hombre mujer de 1.6/1. El grupo de edad donde se reporta el mayor porcentaje de casos es el de 20-49 años de edad con el 58.2% de los casos reportados. Las regiones de salud más afectadas son: Colón (478.7), Guna Yala (434.8), Metropolitana (358.7) y Panamá Oeste con una tasa de 286.8 por 100,000 habitantes respectivamente. Según los casos reportados viven con el VIH/SIDA en la República de Panamá, un total de 13,036 personas.



Cuadro N° 2. Casos y Tasas de VIH Anual Acumulada, por Sexo Años 2001-2013(1). República de Panamá

| Año | Hombres | | Mujeres | | Relación H:M de Casos VIH | Relación H:M de Casos Sida |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| | Casos VIH | Tasas (2) | Casos VIH | Tasas (2) | | |
| 2001 | 141 | 8.19 | 93 | 6.57 | 1.5 | 3.1 |
| 2002 | 294 | 16.79 | 186 | 13.13 | 1.6 | 2.5 |
| 2003 | 253 | 13.8 | 156 | 10.63 | 1.6 | 3.1 |
| 2004 | 376 | 20.47 | 263 | 17.01 | 1.4 | 2.5 |
| 2005 | 340 | 18.28 | 240 | 15.27 | 1.4 | 2.9 |
| 2006 | 356 | 18.93 | 255 | 15.94 | 1.4 | 2.7 |
| 2007 | 216 | 13.43 | 225 | 13.82 | 1.0 | 2.9 |
| 2008 | 493 | 25.84 | 370 | 22.35 | 1.3 | 3.3 |
| 2009 | 397 | 20.97 | 315 | 18.71 | 1.3 | 2.7 |
| 2010 | 492 | 22.78 | 294 | 17.18 | 1.7 | 3.0 |
| 2011 | 467 | 21.49 | 286 | 16.45 | 1.6 | 2.4 |
| 2012 | 518 | 22.77 | 292 | 16.54 | 1.8 | 2.9 |
| 2013 | 576 | 23.43 | 270 | 15.06 | 2.1 | 2.8 |
| Total | 4,919 | | 3,245 | | | |

(1) Dato preliminar hasta el 31 de diciembre de 2013

(2) Tasas por 100,00 habitantes

Fuente: MINSA. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología.
Vigilancia de las ITS/VIH/Sida.

En el análisis de los casos acumulados de sida por modo de transmisión, se observa que la transmisión en homosexuales representa el 12.3%, la transmisión heterosexual, fue de 53.8% y la Bisexual de 3.8%. El 69.9% de los diagnósticos de SIDA hasta diciembre del año 2014 tienen su origen en la transmisión sexual que es el principal modo de transmisión del VIH en Panamá. El 26.5% corresponde a la categoría de no especificados (NE), que son casos en proceso de investigación, o que se desconoce la categoría de transmisión. (Ver Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3. Casos de SIDA según Modo de Transmisión en Panamá. Años 1984 al 2014 (1)

| Modo de Transmisión | Masculino | Femenino | Total | % |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|
| Transmisión Sexual | | | | |
| Total | 7,554 | 2,606 | 10,160 | 69.9 |
| Homosexual | 1,784 | 0 | 1,784 | 12.3 |
| Bisexual | 557 | 0 | 557 | 3.8 |
| Heterosexual | 5,213 | 2,606 | 7,819 | 53.8 |
| Transfusión Sanguínea | | | | |
| Total | 117 | 24 | 141 | 0.9 |
| Receptores de sangre | 4 | 14 | 18 | 0.1 |
| Hemofilico | 17 | 0 | 17 | 0.1 |
| Drogas I.V. | 96 | 10 | 106 | 0.7 |
| Transmisión Perinatal | 194 | 183 | 377 | 2.7 |
| Desconocido N.E. | 2,952 | 891 | 3,843 | 26.5 |

(1) A diciembre de 2014 (Cifras preliminares)

Fuente: MINSA. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Vigilancia de las ITS/VIH/Sida.

La categoría de transmisión sanguínea ha disminuido a 0.9% para el año 2014 y la de transmisión materno infantil igualmente ha disminuido, aportando el 2.74% de los casos reportados entre 1984 y el 2014.

Las poblaciones más vulnerables para adquirir el VIH, en Panamá, a pesar de la reducción en la relación H/M siguen siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres con una prevalencia de 16.8% según estudio realizado en el año 2010, dirigido por el ICGES “Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panamá”, la prevalencia de VIH en las trabajadoras sexuales ambulantes fue de 1.6%.

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. 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 B4.

Las tasa de mortalidad específica por 100,000 habitantes por SIDA, ha descendido de 17.44 en el año 1999, periodo en el cual alcanzó su pico mas alto, a 12.82 para el año 2012, este descenso paulatino pero sostenido, probablemente está asociado a la administración e incremento de la terapia antirretroviral, a su cobertura y a un incremento en el manejo integral de los pacientes con SIDA. Al comienzo de la epidemia del VIH, la infección por este virus se identificaba únicamente en la fase final del desarrollo de la enfermedad, en la que se manifestaba Sida. Por ello, la vigilancia del SIDA y de la mortalidad resultante había sido piedra angular para lograr reducir la mortalidad y letalidad de esta enfermedad. (Ver Cuadro N°4)

Panamá sigue siendo uno de los países de la región centroamericana mas afectada por el virus del VIH pese a las tendencias de mejoras en todos los indicadores (disminución de la mortalidad, letalidad, transmisión vertical, transmisión sanguínea, entre otras) en el año 2012 se produjeron 1555 nuevos casos de VIH/SIDA, 721 casos de SIDA y 834 casos de VIH de VIH/SIDA, una letalidad de 66.7% por cada 100 casos de SIDA y un total de 463 defunciones por enfermedades relacionadas a al SIDA.

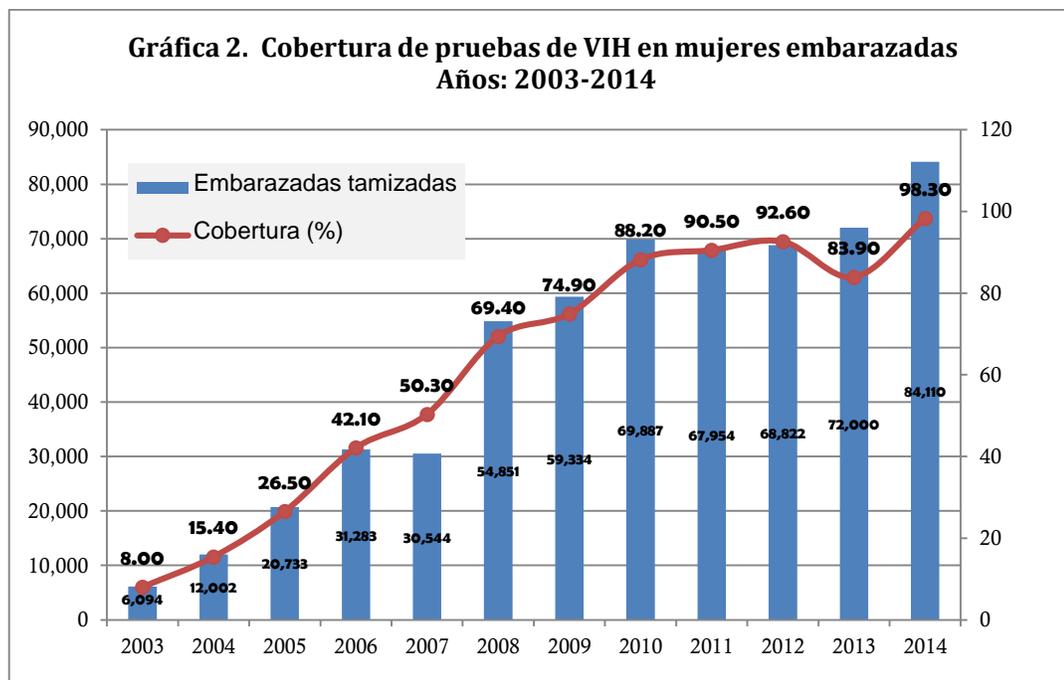
5. RESPUESTA NACIONAL AL VIH

Desde todos los sectores y actores claves en la lucha contra el VIH en Panamá, se han generado respuestas efectivas que van desde los enfoques preventivos a población general, poblaciones claves y poblaciones en contexto de vulnerabilidad, pasando por el acceso a tratamiento para todos los que lo necesitan, que involucra esfuerzos para lograr la captación temprana de personas con VIH, a través de pruebas diagnósticas; hasta el mejoramiento del entorno social y legal, como agentes facilitadores y habilitadores críticos en la respuesta al VIH. Aquí

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

enumeramos importantes contribuciones a la respuesta nacional:

-  Proceso de discusión y actualización de 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.
-  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, odontología, además de trabajo social.
-  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, así como también el suministro de sucedáneos de leche materna para los bebés, de 0 a 12 meses de edad, nacidos de mujeres seropositivas. Las coberturas de pruebas de VIH para mujeres embarazadas han ido en franco crecimiento. Para el 2014 se reporta una cobertura de prueba en embarazadas de 98.3%. (Ver Gráfico adjunto)



 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. Se cuenta con la actualización del PEM 2014-2019 y un Plan Nacional de MyE basado en el PEM para los años 2014-2019.

6. RESPUESTA DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA MINSA-CSS EN LAS CLÍNICAS DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

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 suministrados por las clínicas TARV tanto de la CSS como del MINSA durante el año 2014, se atendieron en estas clínicas un total de 8,749 pacientes, de los cuales el MINSA atendió a 5,183 personas (52.2%) y el Complejo Hospitalario Metropolitano y Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS atendió a 3,566 (41%). Se estima que durante el año 2014 se le ofreció TARV al 66.3% de todas las personas que viven con VIH/SIDA en Panamá. Para calcularlo el numerador fueron los 8,749 personas que están en TARV y el denominador 13,188 personas estimadas según MoT/Spectrum (12,868 adultos y 320 niños) que viven con VIH ($8,749/12,868 \times 100 = 66.3\%$).

De las CTARV, la que concentra la mayor cantidad de pacientes que reciben TARV, son las clínicas del Complejo Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, asegurados y el Hospital Santo Tomás, instalación del MINSA, que atiende a los no asegurados. Estas dos instalaciones de salud se encuentran ubicadas en la ciudad de Panamá, área urbana, y se estima que atienden casi al 66% de la atención de pacientes con TARV (5,782 pacientes). El resto se atiende en clínicas ubicadas en el resto del país.⁵

La mayor población del grupo de menores de 18 años es atendido en las CTARV del Hospital del Niño, con 176 pacientes, seguido del Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS, con 43 pacientes.

Para el año 2014, se atendieron 175 embarazadas positivas al VIH, lo que representa el 2.0% del total de los pacientes atendidos en las CTARV, el 100% recibieron la profilaxis durante su periodo de gestación.

En relación a la frecuencia de la realización de las pruebas de CD4, el informe revela que durante el año 2014, el Instituto Conmemorativo Gorgas registra la realización de 2,893 pruebas de CD4, 5,931 pruebas de Carga Viral y 102 pruebas de Proviral.

⁵ Informe Nacional de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de ITS/VIH/sida, Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación del Programa. Año 2014

La mayoría 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, la responsabilidad recae en la persona que ordena la prueba, - el médico o la enfermera de la CTARV-, y por lo general estas clínicas están ubicadas en hospitales ya sea regionales, o nacionales como son los casos del Hospital Santo Tomas y el Arnulfo Arias Madrid del Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social, con lo cual los pacientes deben volver a buscar los resultados.

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

7. METODOLOGÍA

a) Conformación del Equipo Técnico de MEGAS

El rastreo de los gastos en VIH y sida en las distintas instancias que integran la respuesta nacional es una tarea ardua que requiere del apoyo y compromiso de todas las fuerzas vivas, para lograr la visibilización de una respuesta nacional integrada. Es por ello, que se conformó un Equipo Técnico de MEGAS, el cual tenía como propósito:

- a. La supervisión en la recolección de los datos en las diversas instituciones y organizaciones que desarrollan actividades de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH y que aportan a la respuesta nacional.
- b. Institucionalizar el proceso de elaboración del Informe MEGAS, en las instancias gubernamentales, dejando capacidad instalada de recurso humano debidamente capacitado en el uso de la metodología y herramientas de trabajo que proporciona MEGAS.

- c. Establecer recomendaciones específicas para el Ministerio de Salud, CSS, CONAVIH, direcciones nacionales y el Equipo Conjunto de VIH de Naciones Unidas, orientadas a mejorar la priorización de la respuesta nacional al VIH en los presupuestos nacionales y sub nacionales.

Para el desarrollo de este informe, y para lograr la institucionalización de este proceso en las instituciones y organizaciones que forman parte de la respuesta nacional al VIH y sida en Panamá, fue necesario contar con un equipo multidisciplinario y multisectorial, que se constituyera en el **Equipo Técnico Coordinador** que liderara y supervisara las estrategias de recolección de datos, definición de criterios y metodologías y validación de la información que se recabaría, en la plataforma para elaboración del MEGAS. Dicho equipo fue conformado por:

- 1.) Dos (2) representantes del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida del MINSA
- 2.) Dos (2) representantes del Programa Regional USAID/PASCA LMG
- 3.) Dos (2) representantes de la Dirección Nacional de Planificación de CSS
- 4.) Dos (2) representantes de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud de CSS
- 5.) Dos (2) representantes de la Dirección de Análisis Económico y Social del MEF
- 6.) Dos (2) representantes de la Dirección de Finanzas del MINSA
- 7.) Dos (2) representantes de la Dirección de Planificación del MINSA
- 8.) Un(a) representante de la Empresa Privada/Cinta Roja Empresarial
- 9.) Dos representantes de las organizaciones de la sociedad civil
- 10.) Programa de las Naciones Unidas para el Sida/ONUSIDA (2 personas)

b) Fase preparatoria

Un aspecto muy importante a la hora de poder determinar los gastos que acarrea este proceso es entender que gastos vamos a ingresar en este estudio y la mejor manera de entenderlos fue la que señaló en su momento el Asesor Regional de Inversión y Eficiencia de ONUSIDA, Christian Aran “*Son todos aquellos gastos que no tuvieran que hacerse si no existiera la epidemia de VIH/SIDA*”.

Previo a la fase de recolección de datos, se llevó a cabo el proceso de inducción y capacitación a los participantes de este estudio a quienes se les entregó la documentación necesaria para registrar la información de sus agencias o instituciones para realizar el estudio. Esta coordinación y el trabajo posterior se realizaron en cercana colaboración con Consultores de ONUSIDA y USAID PASCA, quienes en todo momento colaboraron con su vasta experiencia en campo.

b.1. Reunión de Instalación del Equipo Técnico Coordinador de MEGAS 2014

Propósito de la Actividad:

Realizar la primera sesión de instalación y capacitación del Equipo Técnico Coordinador responsable de la elaboración del Informe Nacional de Medición del Gasto en Sida (MEGAS) de Panamá, para los años 2013-2014.

Productos Esperados:

- 1) Instalada, mediante Acta, el Equipo Técnico Coordinador responsable de la elaboración del Informe Nacional de Medición del Gasto en Sida (MEGAS) de Panamá, para los años 2013-2014.*
- 2) Equipo Técnico Coordinador responsable de la elaboración del MEGAS, debidamente*



De izquierda a derecha: Hilda Martínez - Coordinadora Técnica de USAID PASCA; Lidia Hercilia Barsallo - Registros Médicos y Estadísticas de la CSS; Licdo. Abel Álvarez - Equipo Técnico MEGAS por la CSS; Lidia Olga Dianous - Equipo Técnico de MEGAS por la CSS.

capacitado en el marco conceptual, metodologías de recolección de información, herramientas y base de datos del Informe MEGAS.

- 3) Equipo Técnico Coordinador con roles y responsabilidades definidas, para la elaboración del Informe MEGAS
- 4) Un Cronograma de Trabajo, elaborado para la construcción del Informe MEGAS, que incluye, actividades claves, responsables y fechas de cumplimiento.

Debido al corto tiempo con el que se contaba, no se pudo realizar talleres de capacitación a las fuentes de información, por lo que se redactaron cartas-solicitudes que explicaban el objetivo de MEGAS y cómo debían suministrar la información requerida las distintas fuentes. También fueron utilizadas como estrategias de abordaje entrevistas in situ, correos electrónicos y contactos telefónicos con actores relevantes.

Se les hizo llegar los formularios en formato Excel⁶, para la recolección de los datos requeridos, pero no se contó con el tiempo necesario para elaborar un proceso de capacitación más profundo. En todo momento se condujo la investigación con la participación del punto focal del Departamento de VIH/SIDA destinado para MEGAS y con la asistencia técnica de ONUSIDA.

c) Recopilación de datos

Se contactó a puntos focales pertenecientes de la mayoría de las distintas organizaciones de la sociedad civil, de gobierno y agencias de cooperación, con el objetivo de solicitarles la información del gasto en sida del año 2014, se adecuaron los formularios de recolección de datos existentes y se les envió los formularios de recolección, con nota adjunta firmada por el Jefe del Programa Nacional de ITS, VIH y sida del MINSA y el refrendo de la Dirección General de Salud. También se realizaron visitas directas a algunas organizaciones que no se les pudo localizar vía WEB o telefónicamente.

⁶ Formularios de recolección de información MEGAS 2014.

ONUSIDA facilitó la mayoría de los contactos para la recolección de la información entre las agencias de cooperación internacional; y las organizaciones de la sociedad civil, se contactaron a través del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, a través del Departamento del VIH/SIDA. Pese a estos esfuerzos algunas organizaciones no compartieron la información.

Para las estimaciones de gastos en aquellos rubros en los que no se contaba con datos definidos se realizaron estudios y aproximaciones con profesionales de salud de estas áreas. Tal es el caso de la determinación del gasto en condones para el año 2014.

El envío y recolección de información se realizó a través de correos electrónicos, estableciendo también contactos telefónicos y en algunos casos, entrevistas personalizadas que contribuyeron en la asesoría del llenado de los formularios de recopilación de información. En algunos casos, a los efectos de consolidar los datos reportados y asegurarse de la calidad de los mismos, se pidieron las correcciones en los casos que ameritaba.

d) Talleres de Revisión y Validación de datos con actores claves proveedores de información para MEGAS 2014



Se giraron notas de invitación a los distintos proveedores de datos y como resultado de las convocatorias, se realizaron 2 importantes talleres: uno con el sector de las ONG y agencias de financiación y otro taller con los proveedores de datos del sector

De izquierda a derecha: Licdo. Bernardino Lozano – Consultor MEGAS 2012 y miembro del Equipo Técnico de MEGAS; Licdo. Miguel Sánchez – Director de Grupo Génesis Panamá Positivo y miembro del ET MEGAS; Dra. Kathia Luciani – Especialidades Pediátricas CSS; Dra. Dora Estripeaut – Hospital del Niño y el Licdo. Alfredo Burgos – Consejo de Empresa Privada, en grupos de trabajo.

gubernamental, CTARV y hospitales patronatos.

Propósito de la Actividad:

Hacer una revisión detallada de los gastos reportados en el formulario de recolección de MEGAS, por parte de los proveedores de información del sector gubernamental y sociedad civil, incluyendo las ONGs, durante el año 2014 y verificar inconsistencias, de existir, en la información provista.

Productos Esperados

- 1) Revisados con los proveedores de información de las OG's, CTARV y ONG's, los formularios de recolección de datos, enviados previamente, para el reporte de los datos para MEGAS 2014.
- 2) Proveedores de datos de las OG's, ONG's y CTARV, debidamente sensibilizados en la importancia del reporte de la ejecución financiera de sus asociaciones, a través del Estudio MEGAS
- 3) Identificadas las fuentes de financiamiento y agentes de financiación de las OG's, ONG's y CTARV, que durante el 2014 participaron en la implementación de programas de VIH, con poblaciones claves

e) Procesamiento de datos

Los datos recopilados fueron analizados y procesados para el posterior ingreso de las transacciones a las matrices de MEGAS de modo que un cambio aunque sea insignificante en la matriz con los gastos se reflejase de una vez en la matriz de captura.

Hubo casos en los cuales se requirió elaborar algún tipo de estimaciones por no tener toda la información disponible, la elaboración de estimaciones se dio en función del análisis conjunto e integral con los(as) coordinadores(as) y personal de las Unidades involucradas en el proceso, especialmente con el apoyo del Departamento de VIH/SIDA, para la validación de los datos.

A) Análisis y depuración de datos

Como control de calidad de los datos, se elaboraron transacciones en hojas de Excel, mismas que fueron revisadas en conjunto con el experto de ONUSIDA y las respectivas unidades involucradas, garantizando así la calidad de la información.

Además la hoja de Excel y el software tienen funciones que permiten identificar fallos en la coherencia de los datos ingresados a través de un mecanismo de semáforo, también se desarrollaron otros archivos alternos para el registro de las transacciones y la verificación de los datos.

Durante todo el proceso se mantuvo una constante comunicación con el Asesor Regional de Inversión y Eficiencia de ONUSIDA, quien destinó todo el tiempo que se requirió a lo largo del proceso, proveyó las directrices necesarias para el análisis y depuración de los datos y participó activamente en el armado y depuración de la información.

Para poder tener un panorama amplio sobre el tipo de información recopilada, describimos los siguientes conceptos:

- ⌘ Datos certificados por la fuente primaria: es aquella información que reunía los criterios establecidos por la clasificación MEGAS en cuanto a las categorías del gasto, poblaciones beneficiarias y factores de producción, que no fueron sujetos de modificación alguna. La información fue ingresada tal como la reportó la fuente.*
- ⌘ Datos adaptados de la fuente primaria: son los datos que durante el proceso de depuración expresaron inconsistencias de acuerdo a los criterios de MEGAS, los cuales fueron readecuados según la metodología. Es importante mencionar que para realizar este tipo de adaptación fue necesario recurrir al apoyo técnico de expertos en el tema.*
- ⌘ Estimaciones: este tipo de información está basada en una proyección de gasto, debido a que no se dispone de información*

real del mismo. Es una composición de datos estadísticos con valores y precios reales.

g) Elaboración de informe final

Una vez revisadas las transacciones, fueron ingresadas en una base de datos que generó las salidas de información para la elaboración de tablas y gráficos que fueron incorporados a un informe preliminar, el cual se compartió con miembros del equipo MEGAS, ONUSIDA, y PASCA entre otros, para su revisión, aportes y comentarios. Una vez recibidas las observaciones técnicas, a través de una sesión final de validación se procedió a incorporarlas en el informe final.

8. ALGUNAS LIMITANTES DEL ESTUDIO

- a) La falta de cuentas contables exclusivas para VIH/SIDA limita la obtención de información real y precisa en el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, principales financiadores y prestadores el servicio.
- b) El desconocimiento de la herramienta -Informe MEGAS-, su escasa priorización y la falta de apropiación institucional de esta metodología por parte de algunos representantes de las instituciones proveedoras de información, provocó la entrega parcial, imprecisa, retrasada o la negativa a socializar y compartir sus datos.
- c) Panamá no ha realizado nunca un ejercicio para la determinación de los gastos de bolsillo en sida y tampoco contamos con cuentas nacionales en salud que puedan suministrar datos precisos de la fuente y uso de los fondos utilizados en salud.
- d) Existe muy poca participación del sector privado de salud, por parte de los grandes hospitales en este proceso. Tal vez debido a que se mal entiende el sentido de confidencialidad.

9. ANEXO METODOLÓGICO

Para completar este Informe MEGAS, fue necesario trazar una serie de supuestos a partir de la información disponible, -insuficiente, como hemos dicho-, a fin de cuantificar en dinero, las estrategias y actividades realizadas por los distintos agentes financieros, fueran estos el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social o incluso, algunas ONG's que han participado con programas y financiamiento adjudicados para la atención del VIH/SIDA, durante el año 2014.

Para el MINSA y la CSS, fue necesario utilizar algunos supuestos para aproximar los gastos de la hospitalización de pacientes con SIDA; conocer detalles sobre las salas en las que se les hospitalizó, ya que cada sala tiene un aproximado de lo que cuesta el día de estancia; la cantidad de días durante los cuales permanecieron hospitalizados y el costo promedio del día estancia. En el caso de algunas ONG's fue necesario determinar el gasto por tipo de actividad y en base a éstas, prorratear o asignar el gasto que se hace en recursos humanos y otros insumos. A continuación hacemos referencia a los supuestos más importantes que se utilizaron para determinar dichos gastos.

a) Determinación de los gastos de hospitalización:

La mayoría de los hospitales del sector público sea de la CSS o del MINSA no llevan registros precisos de los gastos en que incurren por determinada patología, y mucho menos del gasto en que incurre un determinado paciente, que incluye tanto el costo del recurso humano que atiende, como los medicamentos que utilizan para cada hospitalización.

Tanto la CSS como el MINSA cuentan con un sistema de determinación de gastos denominado Costo 20, que se clasifican por centro de producción. En este caso, asumimos que es la sala de hospitalización e incluye el costo de todos los recursos médicos que ahí laboran: médico, enfermera y todos los recursos humanos que prestan servicios, como el aseo; y también aquellos derivados del uso de medicamentos e insumos que utilizan.

Se realizaron diversas consultas con los médicos del área de Infectología, donde por lo general se atienden los enfermos de SIDA en Panamá, a los cuales se les preguntó, si existía alguna sala en la cual se hospitalizaba solo a enfermos de SIDA y nos respondieron que no. Que a estos pacientes, cualquiera que sea la causa de su hospitalización, una enfermedad oportunista o cualquier otra, se les hospitalizaba en la sala de Infectología.

Por lo general el sistema de registros estadísticos de salud registra el ingreso, por el primer diagnóstico que se anota en el expediente, aunque por lo general todos lo hacían por alguna enfermedad oportunista que, dada su gravedad requiriera hospitalización.

Los departamentos de Registros y Estadísticas de Salud (REGES) de los hospitales, nos suministraron la cantidad de hospitalizaciones y el número de días estancias que utilizaron. En algunos casos, el mismo paciente tuvo varios ingresos, por alguna recaída, volvió a ingresar, quizás hasta por otra causa y se volvió a contabilizar como una hospitalización adicional. En la Sala de Infectología del Hospital Santo Tomás tanto en hombres como mujeres, el promedio fue de 17 días con alguna variación de décimas (16.5 H, 16.7M) en el complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. El promedio de días estancias fue de 9.

b) Determinación de los gastos de la Consulta Externa en los Hospitales Santo Tomas y Complejo Dr. Arnulfo Arias:

Se han separado estos costos del resto de las Clínicas TARV porque entre ambas clínicas manejan la mayoría de los casos graves y complicados de VIH/SIDA y porque dichas Clínicas TARV, están inmersas en las clínicas de Infectología de los hospitales; es decir, comparten las consultas de Infectología por otras patologías. Dicho de otra forma, no son de uso exclusivo para pacientes con VIH/SIDA y no se puede adjudicar el costo íntegro de esta unidad a VIH/SIDA.

Para poder determinar este costo, tanto en la CSS como en el MINSA, nos suministraron la cantidad de consultas otorgadas a

pacientes con VIH/SIDA durante el año, ya fuera por enfermedad o por control y a esa cantidad se le multiplicó por el costo de la consulta, el cual es determinado por los departamentos **COSTO 20**. En el caso del costo de la consulta externa de Infectología y lugar donde se atienden, se incluye, tanto el costo del recurso humano que labora en cada servicio, -desde el salario con sus prestaciones, del médico, la enfermera y el aseo-, incluyendo en el cálculo, el tiempo efectivo que utilizan cada uno en dicho servicio; y se prorratea el costo del espacio físico y otros elementos como el gasto de energía eléctrica, teléfono e insumos básicos que se utilizan para brindar el servicio, sin incluirlos medicamentos que se recetan.

c) **Determinación del Gasto de los Hogares en Condone.**

Constituye uno de los aspectos más difíciles de calcular y conjeturar en este estudio, ya que utilizamos todas las fuentes conocidas y sin embargo, ninguna tiene el dato preciso que requerimos para su cálculo.

La Contraloría General de la República en su página de Comercio Exterior registra el monto de las importaciones y reexportaciones de condones. Sin embargo lo hace por peso en kilogramos, y su valor CIF, es decir, el costo o valor puesto en el puerto, incluidos en el mismo, los gastos de flete y seguros.

Para determinar la cantidad de condones que se importaron restamos al valor de las importaciones, las re-exportaciones que se hicieron, obteniéndose de este modo, un valor neto de las importaciones, el cual era necesario convertir a unidades de condones.

Para obtener esta información se pesó en una pesa digital la cantidad de 10 cajetas de 3 condones cada una, obteniendo de esta manera el peso aproximado de 1 condón el cual al cruzarse con los kilos importados nos dio el equivalente a las unidades introducidas al país, resultando que en el año 2014 se introdujo un aproximado de **11,310,685 condones**, mientras que para el

2012 esta cantidad se registra en un aproximado de 10,509,771 unidades de condones al país.

Para obtener el valor en balboas de su venta al público, - información requerida por MEGAS-, fue necesario efectuar un estudio de mercado en las principales farmacias del país, para poder estimar el costo promedio de un condón, de costo moderado y de buena calidad. Para ello se visitaron farmacias reconocidas, con presencia en todo el país para indagar sobre el costo de los condones.

El costo promedio de un condón para el año 2014 se determinó en casi B/.0.75.

Cuadro N° 4. Gasto Estimado de los Hogares en Condones. Años 2004- 2014

| Año | Costo unitario | Cantidad de Condones | kilos importados | Valor en Balboas CIF de las Exportaciones | Costo Unitario Promedio en B/. Precios CIF | Cantidad de Condones según kilos | Valor en Balboas en el Comercio |
|------|----------------|----------------------|------------------|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| 2004 | 0.67 | 9,634,078 | 34,434 | 434,712 | 0.07 | 5,902,971.43 | 3,937,271 |
| 2005 | 0.68 | 7,047,859 | 35,269 | 461,988 | 0.08 | 6,046,114.29 | 4,115,048 |
| 2006 | 0.69 | 10,161,987 | 49,659 | 636,359 | 0.07 | 8,512,971.43 | 5,912,262 |
| 2007 | 0.71 | 12,562,245 | 33,832 | 435,268 | 0.08 | 5,799,771.43 | 4,110,147 |
| 2008 | 0.72 | 10,034,978 | 63,858 | 744,969 | 0.07 | 10,947,085.71 | 7,916,239 |
| 2010 | 0.75 | 8,998,562 | 53,095 | 552,322 | 0.06 | 9,102,000.00 | 6,853,384 |
| 2012 | 0.78 | 10,567,998 | 61,307 | 870,968 | 0.08 | 10,509,771.43 | 8,239,661 |
| 2014 | 0.75 | | 65,979 | 1,007,303 | 0.09 | 11,310,685.71 | 8,690,226 |

Fuente: Contraloría General de la República

De esta manera se estimó que el costo de los condones en el mercado nacional fue de aproximadamente de B/. 8,690,226. Se sugiere como necesario que la Contraloría General de la República incorpore a la operación que registra la importación de condones a Panamá, el monto en unidades y no solo su peso en kilogramos.

d) Sangre Segura.

La información correspondiente a Bancos de Sangre está consolidada a nivel nacional por el Programa Nacional de Sangre, del Ministerio de Salud, contiene tanto los Bancos de Sangre Públicos como Privados. Para el 2014 se analizaron un total de **55,838** muestras de sangre.

Cuadro N° 5. Pruebas de VIH realizadas en los Bancos de Sangre del país Año 2014

| PRUEBAS DE VIH REALIZADAS EN BANCOS DE SANGRE EN EL PAÍS | No. de Pruebas |
|---|-----------------------|
| Total de pruebas realizadas | 55,838 |
| Hospitales Públicos - Patronato | 18,341 |
| Hospitales Regionales - MINSA | 5,615 |
| Hospitales CSS | 27,507 |
| Hospitales Privados | 4,375 |

Fuente: Coordinación Nacional de Banco de Sangre. MINSA. Año 2014

e) Otros Supuestos

En este MEGAS se decidió que el gasto de la Caja del Seguro Social se debía clasificar en tres categorías: Los Patronos, los Empleados y Aportes del Gobierno Central y Propias, para lo que se determinó utilizar porcentajes en cada caso el cual se aproximó en 45%, 35% y 20%, respectivamente.

10. MEDICIÓN DEL GASTO Y FLUJO DE FINANCIAMIENTO DEL VIH/SIDA AÑO 2014

a. Categoría del Gasto, según Fuente de Financiamiento. Año 2014

El gasto en VIH/SIDA para el año 2014 fue de **B/.37,139,236**, mientras que para el 2012 fue de **B/.31,077,480**, incrementándose el gasto del 2012 al 2014 en un 19.5%.

El sector público es el que mayor aporte hace al gasto en VIH/SIDA durante el año 2014 con un 67% del gasto total, el Sector Privado con un 25% cuyo mayor aporte lo realizan los hogares en la compra de preservativos y el sector internacional realiza aportes por el 8% del total. (Ver cuadro N° 8)

Cuadro N° 6. Gasto en VIH SIDA por Categoría del Gasto en Porcentaje. Año 2014

| <i>Categorías de Gasto</i> | <i>Estructura del Financiamiento (En %)</i> | | | <i>Total</i> |
|---|---|----------------------|------------------------------|--------------|
| | <i>Pública %</i> | <i>Privada %</i> | <i>Internacionales %</i> | |
| <i>Prevención</i> | 10.5% | 86.3% | 3.2% | 100% |
| <i>Atención y tratamiento</i> | 96.5% | 0.1% | 3.4% | 100% |
| <i>Gestión y administración de programas</i> | 41.0% | 0.3% | 58.8% | 100% |
| <i>Incentivos para recursos humanos</i> | 76.0% | 0.0% | 24.0% | 100% |
| <i>Protección social y servicios sociales</i> | 0.0% | 78.7% | 21.3% | 100% |
| <i>Entorno favorable</i> | 18.0% | 0.0% | 82.0% | 100% |
| <i>Investigación relacionada con el VIH</i> | 54.1% | 0.0% | 45.9% | 100% |
| <i>Total</i> | 67% | 25% | 8% | 100% |

Si consideramos las categorías del gasto, el rubro más importante se realizó en Atención y Tratamiento. (Ver cuadro N°9), con un monto de B/. 23,411,628, lo que representa el 63% del gasto en SIDA; y la principal fuente de financiamiento fue el Gobierno Central con un aporte que sobrepasa el 95% del gasto en Atención y Tratamiento. Este programa registra gastos importantes como son el funcionamiento de las clínicas TARV, los medicamentos antirretrovirales, así como los gastos de hospitalización por enfermedades oportunistas.

Cuadro N° 7. Gasto en VIH/SIDA por Categoría del Gasto según Fuente de Financiamiento
Año 2014

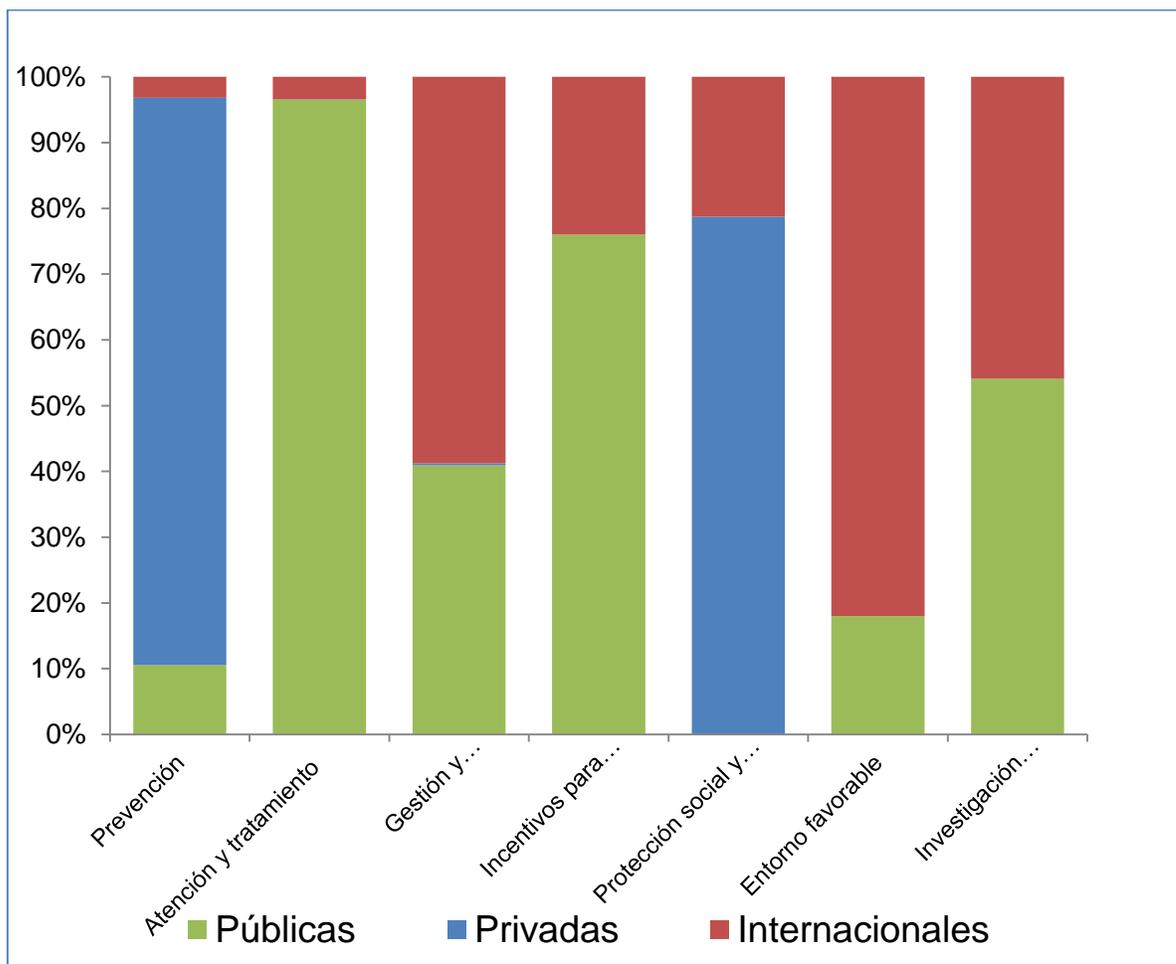
| Categorías de Gasto | Fuentes de financiamiento | | | Total |
|--|---------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| | Públicas | Privadas | Internacionales | |
| Prevención | \$1,141,734 | \$9,355,177 | \$344,293 | \$10,841,205 |
| Atención y tratamiento | \$22,598,085 | \$12,503 | \$801,040 | \$23,411,628 |
| Gestión y administración de programas | \$926,786 | \$6,000 | \$1,330,348 | \$2,263,134 |
| Incentivos para recursos humanos | \$10,514 | \$0 | \$3,317 | \$13,831 |
| Protección social y servicios sociales | \$0 | \$3,701 | \$1,000 | \$4,701 |
| Entorno favorable | \$78,404 | \$0 | \$357,126 | \$435,531 |
| Investigación relacionada con el VIH | \$91,500 | \$0 | \$77,707 | \$169,207 |
| Total | \$24,847,024 | \$9,377,381 | \$2,914,831 | \$37,139,236 |

Cuadro N° 8. Gasto en VIH/SIDA por Categoría del Gasto específicas, según Fuente de Financiamiento Año 2014

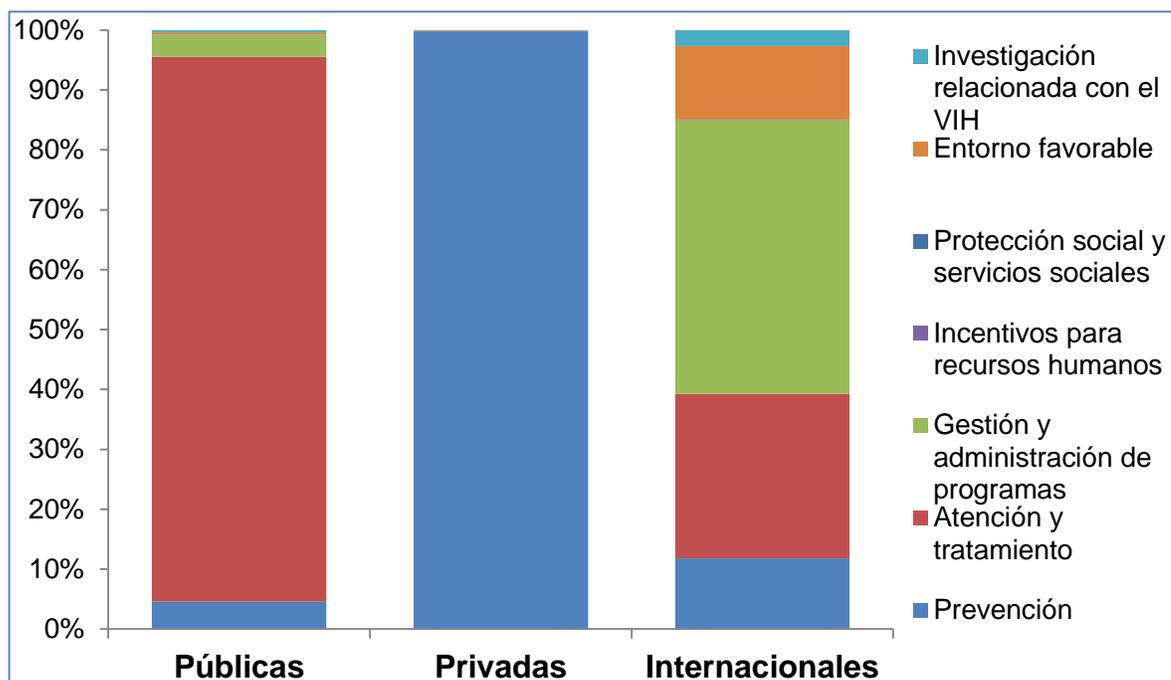
| Categoría de Gastos | FS.01 Públicas | FS.02 Privadas | FS.03 Internacionales | Gran Total |
|--|-------------------|-------------------|--------------------------|------------|
| ASC.01 Prevención | 1,141,734 | 9,355,177 | 344,293 | 10,841,205 |
| ASC.02 Atención y tratamiento | 22,598,085 | 12,503 | 801,040 | 23,411,628 |
| ASC.04 Gestión y administración de programas | 926,786 | 6,000 | 1,330,348 | 2,263,134 |
| ASC.05 Incentivos para recursos humanos | 10,514 | | 3,317 | 13,831 |
| ASC.06 Protección | | 3,701 | 1,000 | 4,701 |

| <i>Categoría de Gastos</i> | <i>FS.01 Públicas</i> | <i>FS.02 Privadas</i> | <i>FS.03 Internacionales</i> | <i>Gran Total</i> |
|--|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------|
| <i>social y servicios sociales</i> | | | | |
| <i>ASC.07 Entorno favorable</i> | 78,404 | | 357,126 | 435,531 |
| <i>ASC.08 Investigación relacionada con el VIH</i> | 91,500 | | 77,707 | 169,207 |
| <i>Gran Total</i> | 24,847,024 | 9,377,381 | 2,914,831 | 37,139,236 |

Gráfica No. 4 ¿Quién Financia los Programas relativos al VIH y Sida en Panamá? Año 2014



Gráfica No. 5 Distribución porcentual del gasto, por Funciones y fuentes de financiamiento. Año 2014



Cuadro N° 9. Gasto en VIH/SIDA por Región de Salud. Año 2014

| Región | Total | % |
|---------------------------------|---------------------|-------------|
| Gasto no desagregado por región | \$33,083,905 | 89% |
| Panamá | \$3,021,552 | 8% |
| Panamá Oeste | \$63,298 | 0% |
| Gasto a nivel nacional | \$944,525 | 3% |
| Guna Yala | \$25,955 | 0% |
| Gran Total | \$37,139,236 | 100% |

El Programa de Prevención ocupó **B/.10,841,205** (29.2% del gasto total) y es realizado en un 86% por el Sector privado, cuyo rubro más relevante son los condones, B/. 8,487,727, correspondientes al 78.3%.

Los programas de Prevención de la Trasmisión Materno Infantil (PTM) recibieron B/. 271,743 y el servicio de Seguridad Hematológica, B/.579,949. (Para mayor detalle ver el cuadro N° 10). Comparando estos hallazgos con las proporciones registradas por fuentes de financiamiento y función, es evidente que el modelo de salud da mucho más peso a los aspectos de atención que a los de prevención, al menos en cuanto a la

atención del VIH/SIDA. Así observamos que el sector público invirtió en prevención la suma de B/.1,141,734 equivalente al 3.1% del gasto total destinado a la atención del VIH/SIDA.

Cuadro N° 10. Gasto en VIH/SIDA en Prevención. Año 2014
(En Balboas)

| PREVENCIÓN | Balboas | % |
|---|------------------------|--------------------|
| Comunicación para el cambio social y comportamental | 162,687 | 1.5% |
| Movilización de la comunidad | 20,341 | 0.2% |
| Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) | 60,687 | 0.6% |
| Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles | 23,531 | 0.2% |
| Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV) | 2,000 | 0.0% |
| Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes | 68,817 | 0.6% |
| Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) | 286,591 | 2.6% |
| Programas de prevención en el lugar de trabajo | 15,439 | 0.1% |
| Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial | 8,487,7 27 | 78.3% |
| Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) | 141,484 | 1.3% |
| Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) | 271,743 | 2.5% |
| Seguridad hematológica | 579,949 | 5.3% |
| Precauciones universales | 35,235 | 0.3% |
| Profilaxis posterior a la exposición (PPE) | 53 | 0.0% |
| Actividades de prevención no desglosadas por intervención | 684,921 | 6.3% |
| Total Prevención | 10,841, 205 | 100.0 % |

Si consideramos las categorías del gasto, el rubro más importante se realizó en Atención y Tratamiento,. (Ver cuadro N°11). que consistió en B/. 23,411,628, lo que representa el 63% del gasto en SIDA; y la principal fuente de financiamiento fue el Gobierno Central con un aporte que sobrepasa el 95% del gasto en Atención y Tratamiento. Este programa registra gastos importantes como son el funcionamiento de las clínicas TARV, los medicamentos antirretrovirales, el 82.7% del gasto total en Atención, así como los gastos de hospitalización por enfermedades oportunistas, con un 6.7% del total de esta categoría.

Cuadro N° 11. Gasto en VIH/SIDA en Atención y Tratamiento. Año 2014 (En Balboas)

| ATENCIÓN Y TRATAMIENTO | Balboas | % |
|---|-------------------|--------------------------|
| Terapia antirretrovírica | 19,372,122 | 82.7% |
| Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica | 173,255 | 0.7% |
| Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH | 312,233 | 1.3% |
| Programas de atención odontológica para PVV | 267,423 | 1.1% |
| Tratamiento psicológico y servicios de apoyo | 511,944 | 2.2% |
| Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención | 957,676 | 4.1% |
| Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO) | 1,579,990 | 6.7% |
| Profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo | 4,141 | 0.0% |
| Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP) | 44,093 | 0.2% |
| Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención | 125,948 | 0.5% |
| Terapia antirretrovírica pediátrica con múltiples fármacos después del fracaso del tratamiento de segunda línea | 10,188 | 0.0% |
| Atención domiciliaria no médica/no sanitaria | 52,614 | 0.2% |
| TOTAL | 23,411,628 | 100.0 % |

c. Gasto en VIH/SIDA por tipo de Población

El gasto mayor realizado se focaliza en la población que vive con VIH/SIDA en la cual se invierte 23.7 millones de Balboas, correspondiente al 64% del gasto MEGAS del año 2014 destinado en su mayoría al tratamiento. De igual forma se aprecia en el cuadro N° 10. En las poblaciones más expuestas se invierte B/. 375,257; es decir, apenas el 1% del gasto MEGAS. Hay que dejar claro que mientras estas poblaciones no tengan el virus del VIH solo reciben recursos en los aspectos de prevención y de estilos de vida saludables, principalmente en los aspectos sexuales. Si alguno adquiriere la enfermedad, en general se localiza entre personas que viven con VIH.

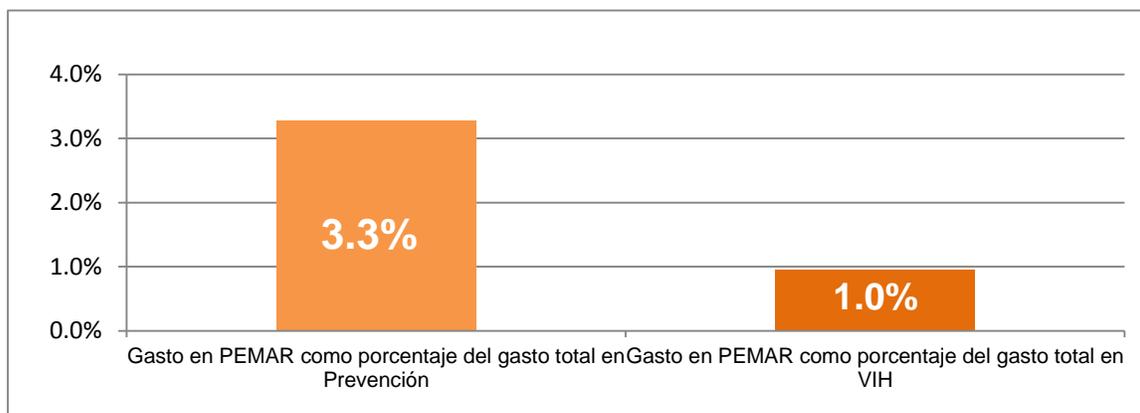
Cuadro 12. Distribución del Gasto en VIH/SIDA, Población Beneficiada. Año 2014

| <i>Población Beneficiaria</i> | <i>Gran Total</i> |
|--|----------------------|
| BP.01 Personas que viven con el VIH | \$ 23,743,700 |
| BP.02 Poblaciones más expuestas | \$ 375,257 |
| BP.03 Otras poblaciones clave | \$ 311,299 |
| BP.04 Poblaciones "accesibles" específicas | \$ 192,158 |
| BP.05 Población general | \$ 10,124,582 |
| BP.06 Intervenciones no dirigidas | \$ 2,392,239 |
| Gran Total | \$ 37,139,236 |

En lo que respecta a las poblaciones claves, se registra un 3.3% del gasto en poblaciones claves, como porcentaje del gasto total registrado en

Prevención para 2014. Mientras que se registra un 1% de gasto en poblaciones claves como parte del gasto total en VIH registrado para el 2014. Ver gráfico adjunto.

Gráfica N°6. Gasto total en poblaciones claves, como un porcentaje del gasto total en Prevención y Gasto total de VIH. Año 2014



Cuadro N°13. Distribución del Gasto en VIH/SIDA, Tipo de Población Beneficiada. Año 2014

| <i>Población</i> | <i>Tipo de Población Beneficiaria</i> | <i>Monto</i> | <i>%</i> |
|----------------------------------|--|-------------------|--------------|
| <i>Personas con VIH</i> | | <i>23,743,700</i> | <i>64%</i> |
| | <i>Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH</i> | <i>419,920</i> | <i>1.8%</i> |
| | <i>Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo</i> | <i>20,213,450</i> | <i>85.1%</i> |
| | <i>Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo</i> | <i>161,667</i> | <i>0.7%</i> |
| | <i>Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo</i> | <i>2,948,663</i> | <i>12.4%</i> |
| <i>Poblaciones más expuestas</i> | | <i>374,257</i> | <i>1%</i> |
| | <i>Profesionales femeninas del sexo</i> | <i>68,817</i> | <i>18.4%</i> |

| <i>Población</i> | <i>Tipo de Población Beneficiaria</i> | <i>Monto</i> | <i>%</i> |
|--|--|--------------------------|-------------------|
| | <i>y sus clientes</i> | | |
| | <i>Profesionales masculinos del sexo travestis (y sus clientes)</i> | <i>10,486</i> | <i>2.8%</i> |
| | <i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)</i> | <i>276,105</i> | <i>73.8%</i> |
| | <i>«Poblaciones más expuestas» no desglosadas por tipo</i> | <i>18,849</i> | <i>5.0%</i> |
| <i>Otras poblaciones claves</i> | | <i>311,299</i> | <i>1%</i> |
| | <i>Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH</i> | <i>271,743</i> | <i>87.3%</i> |
| | <i>Grupos indígenas</i> | <i>34,781</i> | <i>11.2%</i> |
| | <i>Otras poblaciones clave no desglosadas por tipo</i> | <i>4,775</i> | <i>1.5%</i> |
| <i>Poblaciones "Accesibles" específicas</i> | | <i>192,158</i> | <i>1%</i> |
| | <i>Personas que asisten a dispensarios de ITS</i> | <i>141,484</i> | <i>73.6%</i> |
| | <i>Agentes sanitarios</i> | <i>35,235</i> | <i>18.3%</i> |
| | <i>Empleados de fábricas (esto es, para intervenciones en el lugar de trabajo)</i> | <i>15,439</i> | <i>8.0%</i> |
| <i>Población general</i> | | <i>10,124,582</i> | <i>27%</i> |
| | <i>Población de adultos varones</i> | <i>2,320</i> | <i>0.0%</i> |
| | <i>Población de mujeres adultas</i> | <i>60,086</i> | <i>0.6%</i> |
| | <i>Población adulta general (mayores de 24 años) no desglosada por sexo</i> | <i>12,779</i> | <i>0.1%</i> |
| | <i>Niños (menores de 15 años) no desglosados por sexo</i> | <i>4,508</i> | <i>0.0%</i> |
| | <i>Población general no desglosada por edad ni por sexo</i> | <i>10,044,889</i> | <i>99.2%</i> |
| <i>Intervenciones no</i> | <i>Intervenciones no dirigidas</i> | <i>2,393,239</i> | <i>6%</i> |

| Población | Tipo de Población Beneficiaria | Monto | % |
|-----------|--------------------------------|------------|------|
| dirigidas | | | |
| | TOTAL | 37,139,236 | 100% |

d. Informe MEGAS, 2014 según Método de Recolección o Clase del Dato:

La información recolectada en un 89% se generó de información que se obtuvo de cruzar las variables de precio por cantidad, tal es el caso de la información suministrada por la mayoría de los agentes financieros, por ejemplo para obtener el gasto de las hospitalizaciones, nos suministraron la cantidad de egresos, la cantidad de días estancia, y el costo del día estancia promedio, nos suministraron la información básica para obtener el monto utilizado en las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas a los pacientes de VIH/SIDA. El 11% fue el gasto reportado por la unidad como el gasto incurrido.

Cuadro N° 14. Clase del Gasto Registrado en el MEGAS del Año 2014

| Clase del gasto reportado en MEGAS | Total | % |
|------------------------------------|---------------|------|
| Gasto reportado | \$ 4,269,404 | 11% |
| Estimado Producto x Cantidad | \$ 32,869,832 | 89% |
| Gran Total | \$ 37,139,236 | 100% |

e. Comparativo del Gasto en VIH/SIDA, por Categoría del Gasto para los Años 2012 y 2014

Como hemos podido observar hubo un incremento de 6.1 millones de B/. Casi el 19% entre el MEGAS del 2012 y 2014, la categoría del gasto que más se incremento fue la de Atención y tratamiento la cual registra un

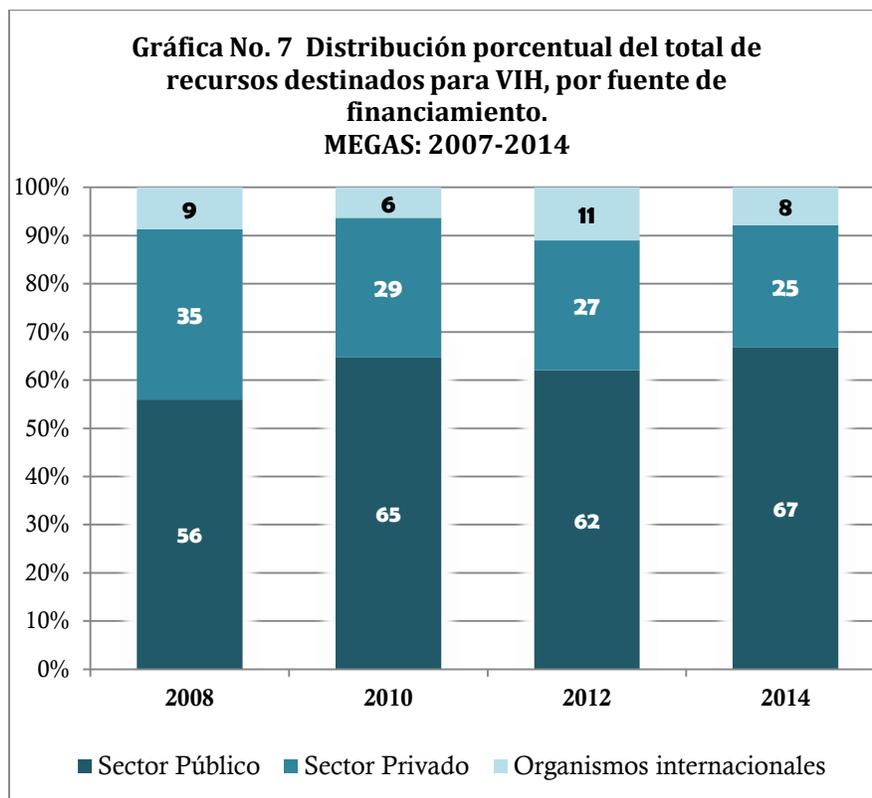
incremento de casi 6.5 millones de Balboas. Los Organismos Internacionales disminuyeron su aportación en comparación al año 2012. Ver cuadro no. 20

Cuadro N° 15. Comparación del Gasto en VIH/SIDA por Categoría del Gasto según Fuente de Financiamiento entre los MEGAS 2012 y 2014 (En Balboas)

| Categoría del Gasto | Sector Público | | Sector Privado | | Organismos Internacionales | | Total | |
|---|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------|----------------|
| | 2012 | 2014 | 2012 | 2014 | 2012 | 2014 | 2012 | 2014 |
| Programas de Prevención | 1,694,20 2 | 1,141,73 4 | 8,365,1 99 | 9,355,1 77 | 1,613,8 93 | 344,29 3 | 11,673,2 94 | 10,841,20 4 |
| Atención y Tratamiento | 16,852,5 72 | 22,598,0 85 | 10,062 | 12,503 | 3,421 | 801,04 0 | 16,866,0 55 | 23,411,62 8 |
| Gestión y Administración de Programas | 732,798 | 926,786 | | 6,000 | 715,59 7 | 1,330, 348 | 1,448,39 5 | 2,263,134 |
| Recursos Humanos | 6,516 | 10,514 | | | 422,43 3 | 3,317 | 428,949 | 13,831 |
| Proyección Social y Servicios Sociales | 55 | | 158 | 3,701 | 787 | 1,000 | 1,000 | 4,701 |
| Entorno favorable para reducir vulnerabilidad | 309 | 78,404 | 2,275 | | 380,98 8 | 357,12 6 | 383,572 | 435,530 |
| Investigación relacionada con el VIH/Sida | 364 | 91,500 | 1,040 | | 274,81 4 | 77,707 | 276,218 | 169,207 |
| TOTAL | 19,286,8 16 | 24,847,0 23 | 8,378,7 34 | 9,377,3 81 | 3,411,9 33 | 2,914, 831 | 31,077,4 83 | 37,139,23 5 |
| Porcentaje | 62.1% | 67% | 27.0% | 25% | 11.0% | 8% | 100% | 100% |

Cuadro N° 16. Crecimiento del Gasto Total en VIH/SIDA, por fuente de financiamiento Años 2008 – 2014

| Total de recursos destinados para VIH por fuente de financiamiento | 2008 | | 2010 | | 2012 | | 2014 | |
|--|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|
| | Balboas | % | Balboas | % | Balboas | % | Balboas | % |
| Sector Público | 11,795,983 | 56 | 15,702,066 | 65 | 19,286,816 | 62 | 24,847,024 | 67 |
| Sector Privado | 7,450,022 | 35 | 7,045,659 | 29 | 8,378,733 | 27 | 9,377,381 | 25 |
| Organismos Internacionales | 1,831,733 | 9 | 1,527,635 | 6 | 3,411,931 | 11 | 2,914,831 | 8 |
| Total | 21,077,738 | 100 | 24,275,360 | 100 | 31,077,480 | 100 | 37,139,236 | 100 |



RECOMENDACIONES

El proceso de elaboración del MEGAS para el año 2014 requirió tiempo adicional al que se había estipulado y en este sentido, se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

- Institucionalizar el Informe MEGAS de país, a través del MINSA y su Departamento de SIDA, creando las capacidades y los mecanismos para registrar los gastos por fuente y agente. De igual modo considerar el flujo de la información para normarla, considerando las dificultades que observamos durante el proceso en este MEGAS.*

- Durante el proceso de organización de cada Informe MEGAS es necesario tomar el tiempo para capacitar a todos los actores involucrados: sector público, privado y ONG's, en los objetivos y metodología a utilizar y los beneficios de aportar la información para su propio uso posterior.
- Diseñar formularios internos, los cuales pueden y deben ser aplicados en todas las clínicas TARV del país para su debido registro de la información. Sea esta relativa a terapias antirretrovirales, tratamientos, recursos humanos específicos, medicamentos e insumos, que se utilicen en cada una de ellas. Aprovechar los espacios de auditoría y supervisión de datos que facilita el monitoreo y evaluación rutinaria de los programas, a través de la Unidad Técnica de MyE, para la construcción de formularios acordes con los requerimientos de información de MEGAS.
- Se requiere del diseño de nuevos formularios de captura y envío de la información, de acuerdo al tipo de institución o ONG que los procese.
- Considerando el éxito que ha tenido MEGAS al optimizar el gasto efectuado tanto en los servicios de Seguridad Hematológica a través de los Bancos de Sangre-, como en la Prevención Materno infantil, tanto en sus objetivos como en los resultados obtenidos, se recomienda divulgar el éxito de estos programas y poner a la disposición de quien lo requiera la experiencia, datos y disposiciones que se adoptaron para este fin.
- Aun cuando la participación de las instituciones que lo hicieron aportando insumos en este MEGAS fue alta, hubo algunas con las que nunca fue posible coordinarla información requerida, y por lo tanto nunca la suministraron. Se recomienda actualizar un censo de las instituciones y actores clave que deben participar; señalar los cargos de responsabilidad y la información necesaria para establecer los contactos.

- Se recomienda al Ministerio de Salud y a la Caja del Seguro Social revisar sus programas presupuestarios y establecer los mecanismos contables a nivel nacional para que puedan asignar recursos por tipo de programa, como puede ser el de VIH/SIDA, por la relevancia e impacto de esta enfermedad. En este sentido, se ha generado una capacidad instalada, a través del Equipo Técnico Coordinador de MEGAS, por ende, se requiere un seguimiento a esta instancia, para que juegue un rol más protagónico en la solicitud de los datos y en la elaboración de los formularios internos para cada organización, a fin de facilitar los procesos de recolección del dato.
- Se hace un llamado a invertir más en los programas de carácter preventivo, para ir bajando la epidemia, así como establecer campañas informativas y de educación con participación de la población activa.
- Se recomienda al Departamento de VIH/SIDA del Ministerio comparar los resultados del gasto MEGAS, con otros países de similares condiciones socio económicas en función de los dineros invertidos y de los resultados obtenidos, a esos niveles de inversión, de modo que puedan beneficiarse de las experiencias que otros países hayan tenido y rediseñar si fuera el caso, los planes estratégicos, optimizando recursos.
- Es de suma importancia, la utilización estratégica de este informe, por lo que se requiere la capacitación de actores claves en el uso de la Base de datos y los cruces de variables que permitan el diseño de informes ejecutivos adaptados a diferentes audiencias y tomadores de decisiones, para que los datos permitan visibilizar las brechas de financiamiento de la respuesta nacional.
- Para poder cumplir con los objetivos del Milenio en lo referente al SIDA se hace necesario elaborar planes estratégicos y operativos más beligerantes en cuanto a la prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- *Informe Monitoreo Nacional de Campo de los Indicadores reportados por las Clínicas de Terapia Antirretrovirales del MINSA y la CSS del Año 2015, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH y SIDA. Enero –febrero, 2014, Rosa Lowe*
- *Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, 2014.*
- *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*
- *Medición del Gasto en SIDA MEGAS 2010*
- *Medición del Gasto en SIDA MEGAS 2012*
- *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá (ENASSER 2009).*
- *Política Nacional de Salud, Lineamientos Estratégicos 2010-2015, MINSA.*
- *Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2014 ONUSIDA*
- *Megas Medición del Gasto en SIDA Clasificación y Definiciones ONUSIDA 2009*
- *Estudio Trac de VIH y SIDA. Trabajadoras Sexuales Femeninas en Ciudad de Panamá, Veraguas y Darién. 2012. USAID, PSI, PASMO, KFW.*