



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

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES

AÑO 2011

Septiembre 2012



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PASCA
Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH



Autoridades

Ministro de Salud

Doctor Javier Díaz Miembro de CONAVIH

Viceministro de Salud

Doctor Serafín Sánchez

Director General de Salud

Doctor Eduardo Lucas Mora

Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH /SIDA

Doctor Aurelio Núñez Maitín

MIEMBROS DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

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

Elaboradoras del Informe

Licenciada Rosa P. Lowe
Licenciada María Mastelari.
Doctora Margginna Aranda M.

USAID | PASCA

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

UNFPA

Representante Auxiliar: Doctora Laura Flores
Asesora Regional de VIH: Doctora Edilma Berrio

TÉCNICOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/Sida:

Licenciado. Rafael Pitty
Licenciado. Rigoberto Villarreal
Diana Bajura

COLABORADORES:

PROBIDSIDA
AID FOR AIDS
Grupo Génesis Panamá Positivo
CICATELLI
TEPHINET

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

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. RESUMEN EJECUTIVO.....	8
3. PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES.....	11
4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN PANAMÁ	15
5. ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA 20	
a) Actitudes, creencias y comportamientos en sexualidad, ITS, VIH y sida.....	20
6. SITUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL	22
a) Respuesta de las instancias gubernamentales.....	22
i. Planificación de la respuesta	22
ii. Acceso.....	24
iii. Tratamiento y diagnóstico	25
iv. Gasto en VIH y sida	27
v. Respuesta a la población en más alto riesgo (PEMAR).....	28
b) Respuesta desde la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG)	31
7. CONDICIONES DEL ENTORNO	34
a) Bases jurídicas y políticas de la respuesta nacional	34
i. Ley 3 del 2000.....	34
b) Estigma y discriminación	36
8. COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA, REPRESENTACIÓN DE SECTORES Y PARTICIPACIÓN DE SOCIEDAD CIVIL	40
a) Comisión Nacional para la prevención y control del VIH - CONAVIH	40
b) Mecanismo Coordinador de País (MCDP).....	41
9. ANÁLISIS DE COYUNTURA	42
a) Riesgos y oportunidades en el entorno	42
i. Riesgos	42

ii. Oportunidades.....	42
b) Desafíos para el siguiente período de medición	43
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
11. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	55
ANEXO 1.....	57
ANEXO 2.....	61
ANEXO 3.....	84

1. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, a través de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTM y E) y del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (CIMyE), presenta el **Informe de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores (PBI) del período 2011**, en el marco del monitoreo y evaluación del cumplimiento de los indicadores establecidos en el PEM 2009-2014 y los priorizados en el Paquete Básico de Indicadores (PBI) desde la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida.

Las prevalencias estimadas de VIH para el año 2011, según grupo de población fueron: Adultos 0.77%, Masculinos de 15 a 24 años 0.41%, Femenino de 15 a 24 años 0.14%, Niños 0.09%

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, en relación a la situación de VIH/sida en Panamá, tenemos que las poblaciones más afectadas por el VIH son los hombres que tienen sexo con otros hombres, con una prevalencia de 23%⁽²⁾, y las trabajadoras sexuales, con una prevalencia de 2.0% (1.9% en la ciudad de Panamá y 2.1% en la provincia de Colón)¹

Con la elaboración de este informe de monitoreo pretendemos generar aportes que permitan verificar los niveles de avances de la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida, señalar logros y retos, a la vez sugerir recomendaciones que nos permitan mejorar en la respuesta nacional al VIH.

Los datos e información del presente informe es producto de un proceso de monitoreo constante que incluye acciones de gestión de información, capacitaciones a personal en monitoreo y evaluación de las regiones de salud del país, monitoreo de campo a instituciones públicas para la verificación de los datos, monitoreo electrónico a los diferentes portales gubernamentales que contienen información para alimentar los indicadores. También incluye otras fuentes de información como entrevistas a funcionarios y funcionarias a nivel nacional y regional y los datos arrojados por estudios nacionales.

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

1-MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá y Colón, agosto 2003.
2-ICGES. Proyecto de Epidemiología de VIH en Panamá. Año 2009.

Se elaboró un balance de situación derivados del análisis e interpretación de la información obtenida de las fuentes citadas.

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

Agradecemos a: la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud, Jefe Nacional y equipo técnico y administrativo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNIVS) del Ministerio de Salud, al equipo técnico de las 15 Clínicas de Tratamiento Antirretroviral (CTARV), al equipo técnico del Departamento de Epidemiología/Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia del Ministerio de Salud, al equipo técnico y administrativo del Sistema Nacional de Sangre Segura del Ministerio de Salud, al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), a la Dirección de Promoción de Servicios, Dirección de Provisión de Servicios y los miembros de las organizaciones no gubernamentales por su aporte en la recopilación, consolidación, análisis de la información y la redacción de este informe.

2. RESUMEN EJECUTIVO

De un total de más de 200 indicadores dispersos en numerosos planes y compromisos nacionales e internacionales, el Comité Intersectorial de Monitoreo y Evaluación en VIH/sida priorizó un total de 41 indicadores considerados clave para monitorear la respuesta al VIH en el país.

El país se comprometió a informar sobre 23 de ellos durante 2011 y logramos 2 más que fueron tomados de Encuestas Nacionales que se realizan cada cierto tiempo además contamos con la disposición de estos datos de país colectados por la Unidad de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida y el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

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

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

Como país se ha logrado un esfuerzo destacable en lograr una respuesta efectiva a la epidemia de VIH/sida. Contamos con:

- Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación.
- Plan Estratégico Multisectorial en VIH/sida 2009-2014.
- Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015.
- Plan Nacional para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, con planes regionales.
- Estamos trabajando en la actualización de las Guías de Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Estamos elaborando las Normas de Atención Integral de Sífilis y Sífilis Congénita.
- Se ha logrado la creación y funcionamiento de 15 clínicas de tratamiento antirretroviral y 1 Clínica de Tratamiento Antirretroviral Ambulatoria para privados de libertad lo que ha supuesto un gran avance en la descentralización de la atención.
- Se cuenta con normas y guías para diversos aspectos de la atención, como el tratamiento antirretroviral, la atención psicológica y la atención nutricional.
- Hemos logrado la creación de la primera Clínica Amigable para brindar atención médica integral a población PEMAR.

- Hemos iniciado la Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual en población PEMAR.
- La población PEMAR cuenta con financiamiento de Fondo Global para iniciar el desarrollo de una campaña de promoción para la prevención de ITS/VIH.
- Se ha logrado comunicación con la administración de la Caja de Seguro Social para visualizar el compromiso en el reporte de sus datos a la Unidad de Monitoreo y Evaluación.
- Establecimos acuerdos con Organizaciones no Gubernamentales para que reporten sus datos a la Unidad de Monitoreo y Evaluación.

No obstante, aún se detectan deficiencias en la atención, como recurrentes desabastecimientos de ARV, la falta de reactivos para pruebas diagnósticas y pronósticas y la desigual distribución de los profesionales de la atención entre las diferentes regiones de salud.

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

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

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

Se ha conformado un grupo por parte del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Organizaciones no Gubernamentales, Sociedad Civil y la Defensoría del Pueblo que tiene la función de aunar esfuerzos para la revisión de la Ley para la Prevención del VIH creada por el Ministerio de Salud ya que aún, son muchas las preocupaciones en materia de vulneraciones de derechos humanos relacionados con la epidemia y su respuesta que quedan por resolver.

Este informe ofrece los datos de 2011 de los indicadores priorizados para reporte en 2011. Asimismo, ofrece datos sobre la variación en estos datos respecto a los del año 2010. Es motivador comprobar que se experimentan avances positivos en la práctica totalidad de los indicadores, y que en algunos ya se está muy cerca de cumplir la meta. Aún se observan brechas importantes en algunos indicadores respecto a la meta del 100% del indicador. La mayoría de estos casos se da en indicadores cuyo denominador procede de las estimaciones de VIH que se hacen bienalmente en el país, que arrojan cifras muy elevadas.

Estas estimaciones se realizan sobre la base del cambio del estado de la epidemia y los nuevos métodos que vayan surgiendo para calcularlas y actualizarlas, los cuales son recomendados y facilitados por los organismos internacionales como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de que son válidas y usadas para la medición de los indicadores de la respuesta, se hace necesaria la recopilación de datos más fiables y oportunos, que permitan hacer los ajustes a las estimaciones de forma tal que los esfuerzos de los diferentes actores de la respuesta al VIH puedan ser evidenciados con los cambios positivos en estos indicadores.

Destacamos nuestro avance en los indicadores relacionados con la prevención de la transmisión vertical del VIH, con incrementos porcentuales de hasta 10 puntos respecto de 2010. Esto se debe claramente al empeño que se hace en reducir esta forma de transmisión del VIH a través de la implementación de un plan a nivel nacional y planes regionales a nivel local, que seguramente es un ejemplo a seguir para prevenir otras formas de transmisión del VIH.

Algunos indicadores, especialmente los que recogen los datos de encuestas nacionales, no cuentan con información nueva en 2011 respecto de la del año anterior, debido a lo costoso de estas formas de análisis de información.

Otros indicadores, especialmente los que están relacionados con la vigilancia epidemiológica y la atención clínica de los pacientes con VIH en este informe ha sido construido con valores provenientes de estimaciones porque no hay registros estadísticos del total de pacientes con infección avanzada en el país pues las clínicas que atienden gran flujo de pacientes no cuentan con este dato. Cabe destacar que este análisis se verá afianzado en su reporte con la implementación de sistemas de información que facilita en gran medida el reporte y análisis de datos en las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral.

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

3. PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES

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

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

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

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

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

Tabla N°1 Resumen de los Resultados de los Indicadores			
N°	INDICADOR	AÑO 2010	AÑO 2011
1	Número de Organizaciones Gubernamentales, de la Sociedad Civil y Empresas Privadas fortalecidas que proveen servicios de promoción, prevención, abogacía y atención integral en ITS, VIH y sida.		5 Fuente: Monitoreo Anual realizado de las acciones desarrolladas por las ONG por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011
6	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	100% Fuente: Datos obtenidos de las estadísticas presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales. Programa Nacional de Sangre. MINSA	100% Fuente: Datos obtenidos de las estadísticas presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales. Programa Nacional de Sangre. MINSA
7	Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	86.5 Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010	97.8% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011. Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA- Sección de Estadística de Vigilancia
8	Porcentaje de mujeres embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud.	95.7% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010. La publicación oficial del INEC estará disponible en octubre 2011	97.9% Fuente: Contraloría general de la República 2011. Datos preliminares
9	Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.	151 Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010	100% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011. Valor Absoluto: 192 niños y niñas
10	Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna.	139 (Valores absolutos) Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.	100% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011. Valor Absoluto: 198 niños y niñas
15	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de 11.5% prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Mujeres: 19.5% Hombres: 16.6% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares.	Mujeres: 19.5% Hombres: 16.6% Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares. Se mantienen datos reportados en el 2010, ya que los datos de este indicador debe ser reportado por medio de encuestas nacionales
18	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (Indicador de UNGASS#7)	Total: <i>Varones: 10.2%; Mujeres: 12.1%</i> <i>Por edades (Varones): 15-19: 3%; 20-24: 11.3%; 25-49: 12.3%</i> <i>Por edades (Mujeres): 15-19: 8.5%; 20-24: 16.9%; 25-49: 12.1%</i> Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares	Total: <i>Varones: 10.2%; Mujeres: 12.1%</i> <i>Por edades (Varones): 15-19: 3%; 20-24: 11.3%; 25-49: 12.3%</i> <i>Por edades (Mujeres): 15-19: 8.5%; 20-24: 16.9%; 25-49: 12.1%</i> Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Preliminares Se mantienen datos reportados en el 2010, ya que los datos de este indicador debe ser reportado por medio de encuestas nacionales
22	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años con VIH (Indicador UNGASS #22).	0.3% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.2% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia

Tabla N° 1: Resumen de Resultados de los Indicadores			
N°	INDICADOR	AÑO 2010	AÑO 2011
24	Porcentaje de establecimientos de que salud dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses	80% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.	73.3% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011
25	Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo ARV	59.2% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.	60.6% Fuente: estimaciones nacionales de vigilancia epidemiológica, con el modelo Spectrum 2011
26	Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH	41.6% Fuente: Numerador datos obtenidos del Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.. denominador estimaciones	94.5% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011
27	Porcentaje de pacientes adultos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país.		88.7% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011
28	Porcentaje de pacientes pediátricos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país	100% Fuente: Clínica TARV del Hospital del Niño	100% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2011
30	Porcentaje de embarazadas en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	88.2 Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	90.5% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
32	Porcentaje de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento	53 niños positivos de los cuales el 100% recibió tratamiento Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	38 niños positivos de los cuales el 100% recibió tratamiento Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
33	Cobertura de prueba de VIH en embarazadas	88.2% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	90.5% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
34	Porcentaje de transmisión vertical del VIH	2.7% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	2.7% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
35	Porcentaje de adultos y niños(as) con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	93.4% Fuente: Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS. 2010.	Este indicador no se puede reportar por falta de datos completos
36	Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas		2.7% Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
37	Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos	0.7 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.54 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
38	Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita	0.04 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.01 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia
39	Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita	0.04 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia	0.01 por 1000 nacidos vivos Fuente: Departamento de Epidemiología /Vigilancia de VIH/SIDA-Sección de Estadística de Vigilancia

40	Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados.		<p style="text-align: center;">2</p> <p>Fuente: MINSA Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Avanzada COPRECOS MINSA, Instituto Gorgas de Estudios en Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SID</p>
41	Número de denuncias de derechos humanos relacionadas al VIH	<p style="text-align: center;">31</p> <p>Fuente: Defensoría del Pueblo</p>	<p style="text-align: center;">13</p> <p>Fuente: Defensoría del Pueblo y Fundación PROBIDSIDA</p>

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

Según estimaciones de la República de Panamá en el año 2011 vivían 17,521 adultos y niños con el VIH². De este grupo 16, 602 personas corresponden a las edades de más de 15 años.

Las prevalencias estimadas de VIH para el año 2011, según grupo de población fueron: Adultos 0.77%, Masculinos de 15 a 24 años 0.41%, Femenino de 15 a 24 años 0.14%, Niños 0.09%

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, en relación a la situación de VIH/sida en Panamá, tenemos que las poblaciones más afectadas por el VIH son los hombres que tienen sexo con otros hombres, con una prevalencia de 23%, y las trabajadoras sexuales, con una prevalencia de 2.0% (1.9% en la ciudad de Panamá y 2.1% en la provincia de Colón)³.

En el año 2009 la prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales no registradas fue de 1.58%⁴

Las defunciones producidas por sida han descendido de la séptima (año 2002) a novena causa de defunción en Panamá para el año 2004⁵, al igual que la tasa de mortalidad específica por 100,000 habitantes por sida. Esta tasa descendió de 17.4 en el año 1999 (490 muertes) a 12.3 en el año 2011 (430 muertes). Esta disminución está posiblemente asociada a la administración de la terapia antirretroviral, y a las medidas de prevención y control implementadas.

Según el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es VIH-1 sub tipo B. El subtipo B fue el más común en el 97% de los 113 sujetos estudiados. Hay formas recombinantes BF y BD, o sea subtipo B con subtipo F, y subtipo B con D. El subtipo BF es el más común en Suramérica⁶.

De septiembre de 1984 a diciembre de 2011, se han registrado en el país un total de 12,315 casos de sida, de los cuales 409 son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 8,258 Defunciones.

El 69.4% del total de los casos de SIDA se presenta en personas con edades de 25 a 49 años.

El 79.1% del total de los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida se presenta en personas con edades de 25 a 49 años. Tres de cada cuatro casos de sida corresponden a hombres (75.0%)⁷. Las tasas específicas por 100,000 en mujeres se han elevado de 2.4 en el año 1993, a 11.7 en el año 2011, lo que parecería indicar que la infección por el VIH está

2 MINSa. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología. Estimaciones y Proyecciones de VIH en Panamá. Año 2011.

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

4 ICGES. Proyecto de Epidemiología de VIH en Panamá. Año 2009.

5 Contraloría General de la República de Panamá. Defunciones y tasa de mortalidad de las principales causas de defunción. Año 2009. Datos preliminares.

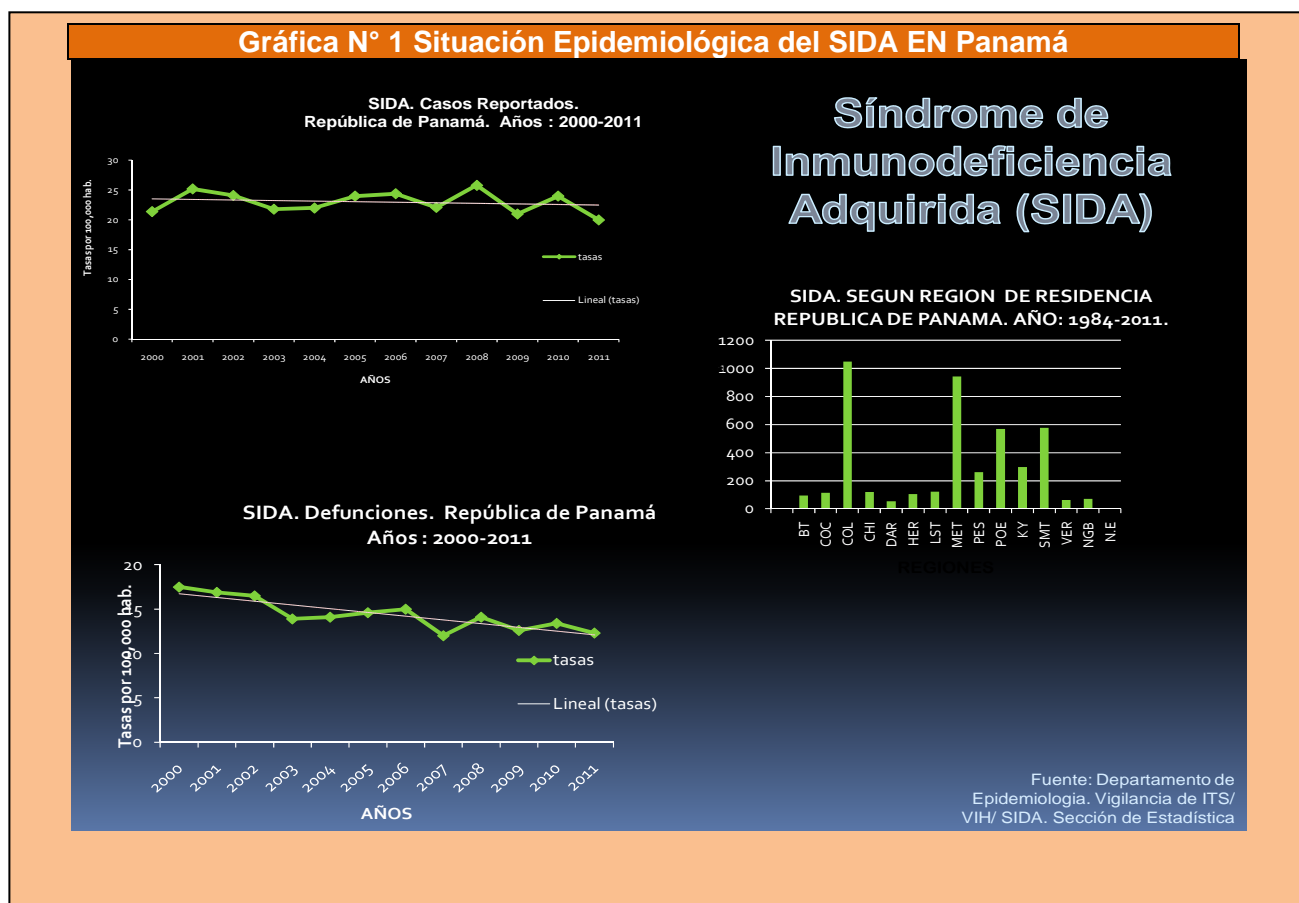
6 ICGES. Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009.

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

umentando en este sexo. Sin embargo, es necesario considerar que existe una búsqueda intensificada en las mujeres embarazadas.

Las tasas de incidencia de sida por 100,000 habitantes para el año 2011 correspondientes a las regiones de salud son: Metropolitana (36.6), Colón (63.6), Kuna Yala (29.4), San Miguelito (15.9), Panamá Oeste (20.8), Panamá Este (15.5), Bocas del Toro (4.1), Ngábe Bugle (9.7), Herrera (2.7), Los Santos (11.0), Coclé (2.4), Chiriquí (8.6), Veraguas (4.8) y Darién (1.8). La tasa nacional es de 20.4 y la tasa de incidencia acumulada de la República de Panamá desde 1984 hasta diciembre de 2011 es de 452.9 por 100,000 habitantes. La epidemia está concentrada en los grandes conglomerados urbanos⁸.

Los casos de Sida, presentan una tendencia hacia la estabilización de sus tasas, y las defunciones presentan una tendencia hacia la disminución, situación probablemente asociada a la administración de la terapia antirretroviral y actividades de promoción y prevención⁹.



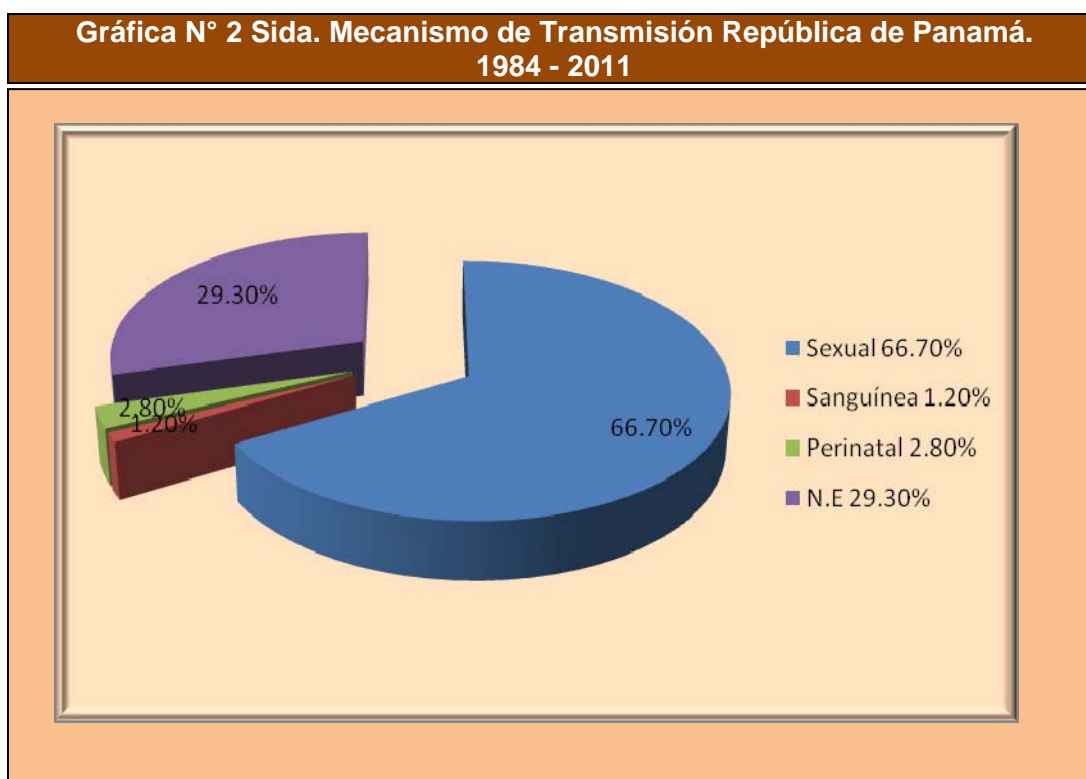
⁸ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

⁹ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

Las relaciones sexuales no protegidas constituyen el principal riesgo para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En cuanto a la preferencia sexual de las personas registradas como casos de sida, se asumieron como heterosexuales el 50.7% y los hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo hombres con relaciones bisexuales, el 16.0%. El restante 33.0% no respondieron y/o están en proceso de investigación¹⁰.

La vía de transmisión materno infantil es el segundo mecanismo de transmisión del VIH, con el 2.8%, la misma es prevenible a través del diagnóstico oportuno, profilaxis con ARV, suministro de fórmulas lácteas para el recién nacido expuesto, así como el acceso a las actividades de PTMI.

El 1.2% de las transmisiones, corresponden a la vía sanguínea. El restante mecanismo de transmisión No Especificado (29.3%)¹¹, que corresponden a personas que no respondieron o están en proceso de investigación.



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

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

¹⁰ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

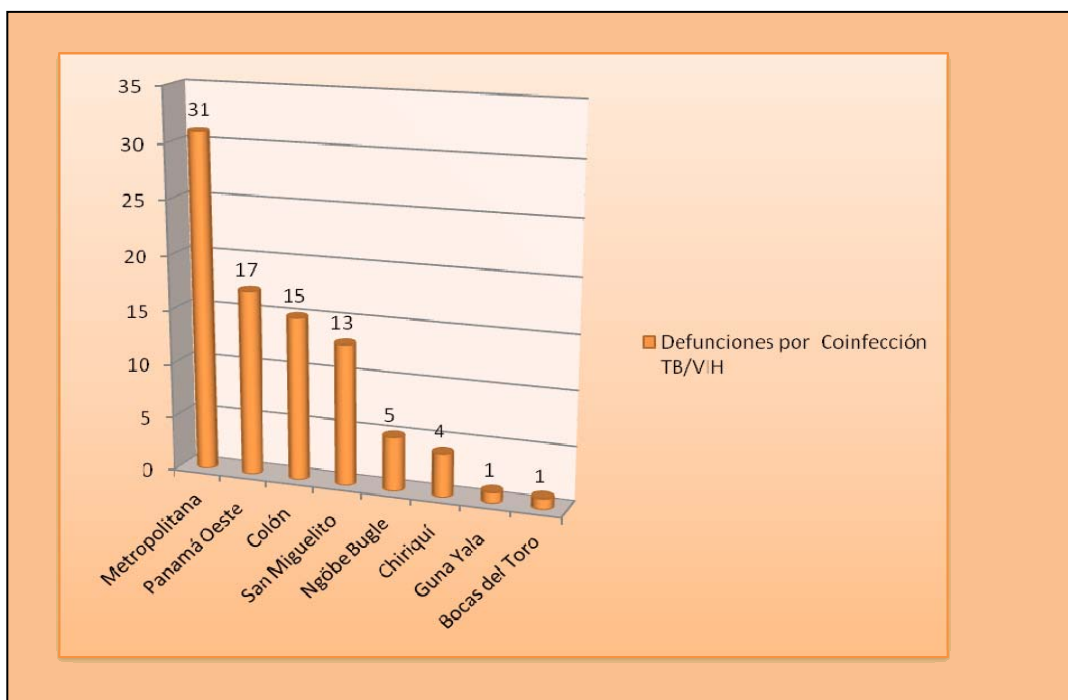
¹¹ Igual cita arriba

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

Según el departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, La Coinfección VIH/TBC fue responsable del 20.1% (87/432)¹² de todos los fallecimientos por VIH avanzado (SIDA) en el año 2011.

Las regiones que presentaron el mayor número de defunciones por TB/VIH fueron: La Región Metropolitana (31), Panamá Oeste (17), Colón (15) y San Miguelito (13), Ngäbe Bugle(5), Chiriquí (4), Guna Yala (1) y Bocas del Toro (1)¹³.

Gráfica N° 3 TB/VIH. Defunciones. Según Regiones de Salud. Año:2011.



Fuente: MINSA. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Análisis de la enfermedad oportunista “Tuberculosis” en los casos reportados de Sida. Año. 2011.

Luego del análisis epidemiológica de la situación del sida en Panamá, se concluye que es una epidemia de tipo concentrada, con gran número de casos en la población de edad productiva y reproductiva, con tendencia a la feminización, con concentración urbana pero con transmisión cada vez mayor en poblaciones del interior del país y como principal mecanismo de transmisión la vía sexual¹⁴.

Para hacerle frente a la epidemia del I VIH/SIDA en el país, existe una respuesta coordinada de los diferentes actores del sector gubernamental, privado, sociedad civil, eclesiástico e internacional; los cuales apoyan y desarrollan acciones que coadyuvan a

¹² MINSA. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Análisis de la enfermedad oportunista “Tuberculosis” en los casos reportados de Sida. Año: 2011.

¹³ Igual cita arriba

¹⁴ Fuente: Departamento de Epidemiología. Vigilancia ITS/VIH/sida. Sección de Estadísticas

prevenir y /o minimizar las nuevas infecciones, brindar tratamiento a los afectados e intervenciones que favorezcan el cumplimiento y respeto a los derechos humanos de todas las personas.

Es necesario mantener el VIH/SIDA como una prioridad de estado y de interés nacional por sus graves repercusiones a la salud, a la sociedad y a la economía nacional.

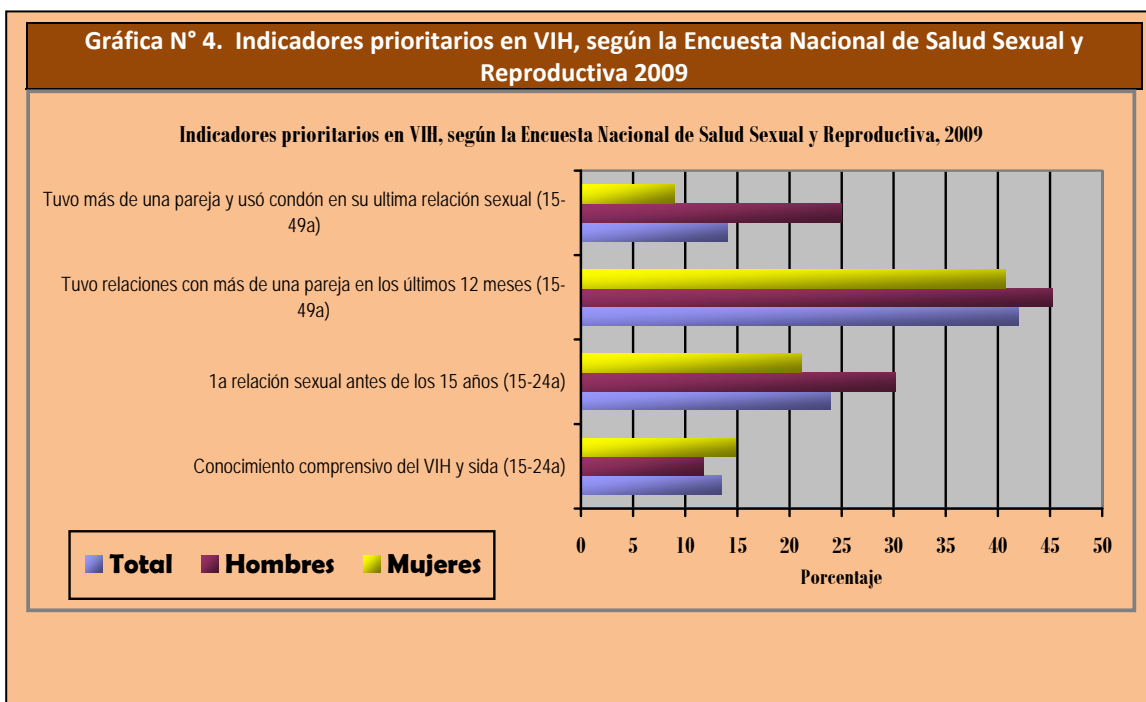
5. ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DEL VIH Y SIDA

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

Con respecto a los aspectos de comportamiento relacionados con la situación del VIH y sida, contamos con los datos del estudio: “Situación de la Realidad Social y Epidemiológica de las Trabajadoras Sexuales Ambulantes de Condición Socioeconómica baja en Lugares Específicos de la Ciudad de Panamá, tales como: Alrededor del Mercado Público, Mueblería Ancón, Lotería Nacional, Avenida Cuba, Avenida Méjico, Calidonia y Avenida 4 de julio, y la Vinculación del Trabajo Sexual con la Violencia Basada en Género a las que son Expuestas”; en este estudio se encuestaron un total de 84 Mujeres Trabajadoras Sexuales Ambulantes en donde el 70.2% (59) recibieron oferta de sus clientes de no utilizar condones durante las relaciones sexuales, algunas de estas ofertas incluyó aumento en la tarifa de los servicios. Del 100% de las mujeres que recibieron dicha oferta el 94% de ellas no accedieron, a la misma. Estos datos denotan una baja percepción de riesgo entre los clientes de las trabajadoras sexuales encuetadas, conducta que los exponen a las ITS y el VIH¹⁵.

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

¹⁵ Fondo de Población de la Naciones Unidas, Fundación PROBIDSIDA. Panamá. 2010



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

El 46.4% de hombres y el 48.9% de mujeres casados/as o en unión, informan haber tenido dos o más compañeros sexuales en el último año, comparado con 53.9% y 26.0% de los hombres y mujeres solteros, respectivamente. De los encuestados, 47.8% de hombres y 50.8% mujeres casados/as consideran estas relaciones como de alto riesgo, comparado con 82.1% de los hombres solteros y 92.9% de las mujeres solteras.¹⁶

Los hombres solteros refieren un 44.4% de uso del condón en la última relación sexual con una segunda pareja y los hombres casados un 52.1%; sin embargo, sólo lo utiliza el 28.8% de las mujeres solteras y el 6.4% de las casadas.¹⁷

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

¹⁶ De León Richardson, Ruth Graciela [et.al.].(2010). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009). Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá. 2010

¹⁷ *Ibíd.*

6. SITUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL

a) RESPUESTA DE LAS INSTANCIAS GUBERNAMENTALES

i. PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA

Para responder a la situación del VIH/sida, en Panamá se elabora el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2009-2014, en coordinación con los actores claves de los diferentes sectores; como la herramienta técnica que dirija las acciones y fortalezca la toma de decisiones en el tema de VIH/sida.

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

Para garantizar la efectividad del Plan de MyE, se revisa y actualiza conjuntamente con los actores claves multisectoriales, de manera armonizada con el PEM 2009-2014; quedando como resultado de este proceso el Plan de MyE 2011-2015.

El actual Plan de Monitoreo y Evaluación tiene el objetivo de: “Monitorear y evaluar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el PEM 2009-2014 y los priorizados en el Paquete Básico de Indicadores (PBI) desde la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y el sida, a través de un sistema único de información nacional, que permita generar datos para la toma de decisiones”.¹⁸

El Plan de MyE se constituye en la herramienta central para verificar la gestión del PEM 2009-2014, tomar decisiones acertadas de manera oportuna, a fin de mejorar la respuesta nacional multisectorial de la epidemia.

Como un gran aporte y compromiso, el plan pretende monitorear y evaluar los indicadores nacionales e internacionales que muestran el progreso de país hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del Fondo Mundial (FM) y los del Avance en la Respuesta al VIH y el sida.

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

Las acciones globales de Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) están focalizadas hacia las mujeres y los niños y niñas, por ser éstas consideradas las subpoblaciones mayormente vulnerables. En este sentido, una de las metas presidenciales ha

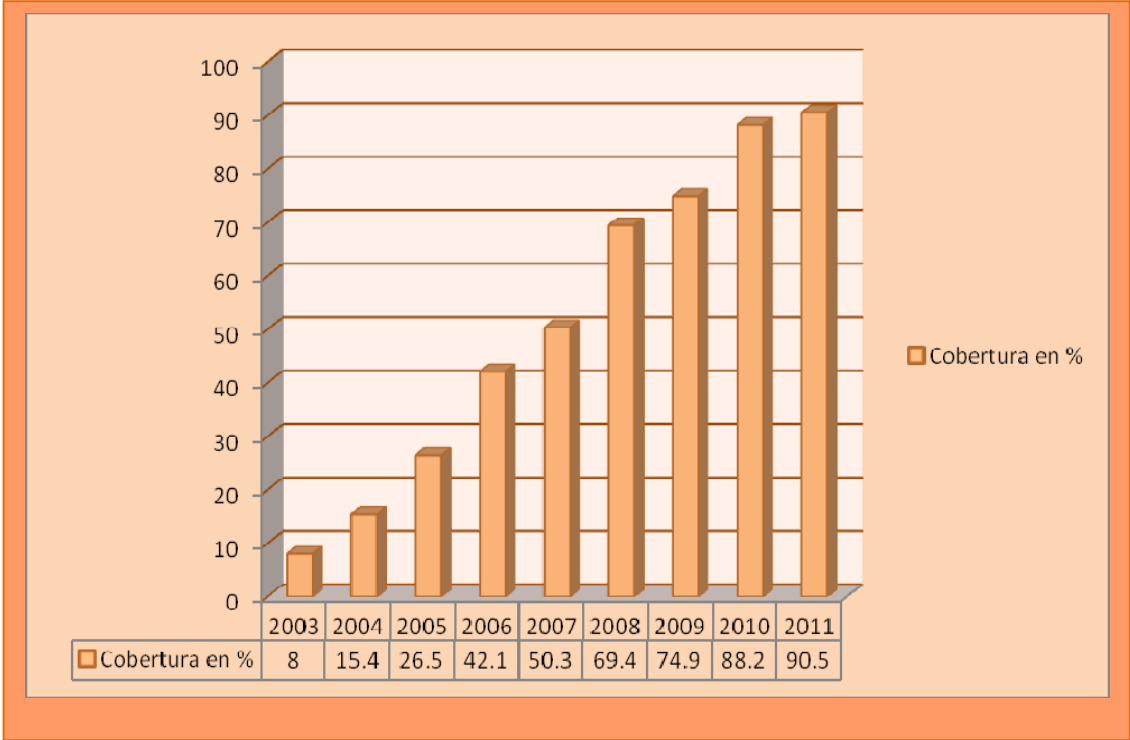
¹⁸ MINSa. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015. Panamá. 2011.

abordado con especial interés la reducción de la transmisión materno-infantil al VIH. Para alcanzar esta meta se revisa y actualiza el Plan Nacional de PTMI, en coordinación con un grupo de profesionales de MINSA y CSS, dando como resultado el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en Panamá 2009-2014. Además, se conforma la Comisión Interinstitucional para la prevención de la Transmisión Materno Infantil en VIH y Sífilis con el fin de facilitar la ejecución de dicho plan. Previo al inicio de la ejecución del Plan, se socializa mediante un seminario taller en la 14 Regiones de Salud de país, las que a su vez realizan la réplica de taller en sus respectivas áreas.

Posteriormente se inicia la implementación del Plan en las Regiones de Salud priorizando las áreas más apartadas del país. Cada Región elabora su Plan local de PTMI y desarrollaron las acciones establecidas en las mismas. El nivel Central realiza visitas de supervisión para dar seguimiento al cumplimiento a dichas acciones.

En el marco del desarrollo de Plan de PTMI, a nivel nacional se incrementan esfuerzos para maximizar la cobertura de realización de pruebas de Sífilis y de VIH en las embarazadas. En relación a las pruebas de VIH, a lo largo de los años hemos logrado aumentar dicha cobertura de un 8% en el año 2003 al 90.5% para el 2011, como lo señala la gráfica a continuación, lo cual representa un gran avance en la PTMI, pues nos permite brindar la profilaxis con ARV de manera oportuna a las embarazadas VIH positivas y a sus recién nacidos.

Gráfica N° 5 Porcentaje de Cobertura de Prueba de VIH en Embarazadas. Años 2003 – 2011



Fuente: Ministerio de Salud, Informe Departamento de Epidemiología

Uno de los grandes avances de los últimos años radica en la creación - por Decreto Presidencial N°7, del 22 de enero de 2008 - de la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH). Este organismo es liderado por la Primera Dama de la República y el Ministro de Salud; y actúa como la máxima autoridad responsable de la ejecución del Plan Estratégico Nacional Multisectorial (vigente 2009-2014). La misma consta de una amplia representación de los sectores involucrados en la respuesta a la epidemia; tales como son entidades gubernamentales, el sector privado, eclesiástico, sociedad civil y personas afectadas por el VIH. Los miembros de esta Comisión son autoridades con la capacidad de tomar decisiones.

Entre sus logros más relevantes se menciona la asignación de una partida presupuestaria dirigida a acciones de promoción y prevención del VIH, sobre todo en las poblaciones identificadas en más alto riesgo, así como la sensibilización de un grupo de colaboradores del Ministerio de Economía y Finanzas de las diferentes provincias.

ii. ACCESO

El año 1997 se inicia la administración de la terapia antirretroviral a los niños del Hospital del Niño, (institución de tercer nivel de atención del Ministerio de Salud), como parte de un estudio de investigación, por lo que los medicamentos fueron proporcionados por la casa farmacéutica. En el año 2002, el Ministerio de Salud inicia la dispensación de la terapia atirretrovírica para la población infantil afectada por el VIH/sida.

Como producto de la abogacía ejercida por la sociedad civil y el interés del gobierno nacional se crea la primera clínica de terapia antirretroviral en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, instalación de tercer nivel de atención que es administrada por la Caja de Seguro Social. Seguidamente en el 2000 inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral del Ministerio de Salud, la cual se ubicó en los predios del Hospital Santo Tomás.

En la actualidad, se cuenta con dieciséis Clínicas de Terapia Antirretroviral a lo largo y ancho del territorio nacional, catorce de ellas son administradas por el Ministerio de Salud y dos por la Caja de Seguro Social. Se cuenta con catorce (13) clínicas para la atención de población adulta, una (1) de estas es ambulante para la atención de los privados de libertad a lo largo del país y tres (3) son para niños.

Aunque las clínicas ya establecidas poseen un grado muy variable de desempeño, el modelo atencional involucra siete servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, salud mental, nutrición y trabajo social. En comparación con el año 2010, en el 2011 hemos experimentado disminución varios miembros del recurso humano, como es la figura de coordinador de la CTARV, el cual estaba presente en el 100% de las clínicas para el 2010, pero esta cifra disminuyó al 75% (11) en el 2011.

iii. TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

En el año 2011 el Estado panameño ha continuado la proveyendo terapia antirretroviral a todas las personas que lo requieren, sin embargo, tuvimos varios períodos de desabastecimiento, de algún ARV, de uno o más días, lo cual ocurrió en el 73.3%; tal cifra representa una disminución en comparación con el año 2010 (80%).

Hemos continuado con la realización de pruebas de VIH a todas las embarazadas, y la profilaxis Antirretrovírica a las positivas al VIH, así como a los recién nacidos de estas madres. Igualmente ya se contaba con fórmulas lácteas para los niños de 0 a 6 meses y se compró para los niños de 6 a 12 meses de edad.

En el año 2006 el Ministerio de Salud en coordinación con la OPS/OMS inicia la publicación de una serie de cuatro documentos:

1. Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH
2. Guía para la atención nutricional a personas con VIH
3. Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA
4. Normas para el manejo terapéutico de las personas con el VIH en la República de Panamá

Las Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH, establecen las recomendaciones técnicas a seguir por el personal para la atención integral de los afectados por el VIH/sida.

Guía para la atención nutricional a personas con VIH, útil para el equipo de salud, pues guía la Atención Nutricional de las personas con VIH y tiene el propósito de unificar criterios en la atención nutricional y de apoyo al nutricionista hacia la debida orientación de las personas afectadas y sus familiares.

Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA, es otro documento valioso, tanto en los momentos en que se va a realizar o recibir resultados de la prueba diagnóstica como cuando se inicia y se les da seguimiento a las personas viviendo con VIH y sida (PPVS) que están en tratamiento. Este fue revisado con el apoyo técnico y financiero de la OPS en el año 2007, en el año 2011 se inicia nueva revisión de este documento en consenso con un grupo de profesionales claves.

Mediante el proceso de monitoreo y evaluación desarrollado por la Unidad Técnica del PNIVS y a través de los resultados de la aplicación del proyecto de Mejoras del Desempeño facilitado por ITRAHEALT, se detectó la necesidad de capacitar al equipo de salud en el técnicas de asesoría pre y post prueba de VIH; por lo cual se inicia en el año 2010 y 2011 el proceso de capacitación a médico, enfermera, trabajadores sociales, psicólogos y tecnólogos médicos de las 14 Regiones de Salud del país. Los asistentes al taller de asesoría pre y post prueba de VIH adquirieron el compromiso de replicar el mismo en sus áreas éstos. En la actualidad contamos con un total de **771** personas capacitadas a lo largo y ancho del país.

A pesar de la cantidad de personas capacitadas en el tema, el monitoreo anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS en el 2011 encontró que el 68.5% de los hospitales no cuentan con personal asignado por la institución para brindar la asesoría pre y post prueba de VIH, sino que dicha responsabilidad recae en la persona que la ordena, sobre el médico o la enfermera de la CTARV, el epidemiólogo, o el representante de salud mental, trabajo social y en algunas ocasiones (pocas) en el tecnólogo médica que realiza la prueba.

Normas para el manejo terapéutico de las personas con el VIH en la República de Panamá, en el año 2010 se inicia el proceso de revisión de esta, dando como resultado las nuevas normas que contienen los lineamientos para la orientación del manejo, seguimiento y control de la enfermedad por VIH y sida. También trata sobre el conjunto de actividades y normas técnico–científicas a través de las cuales se busca garantizar la atención en salud; así como la profilaxis post- exposición al personal de salud y el manejo de las infecciones oportunistas que se presentan en los pacientes con sida.

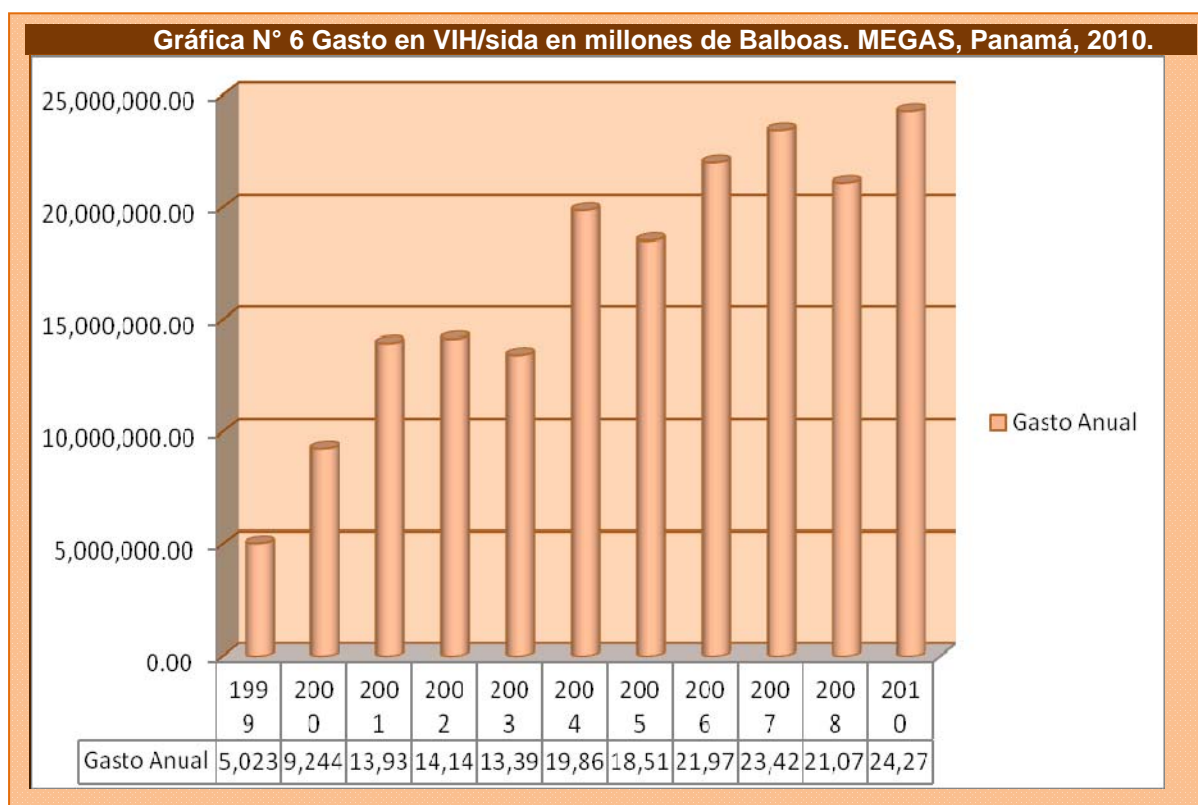
Las normas establecen los protocolos de atención teniendo como base las directrices de la OMS/OPS. Luego de la validación de manera consensuada con los profesionales de la salud claves; se imprimen, distribuyen y socializan, a todas las Regiones de Salud.

iv. GASTO EN VIH Y SIDA

Desde los inicios de la epidemia del VIH y sida en Panamá, se han desarrollado ingentes esfuerzos para mitigar el impacto de la misma. Diferentes sectores (público, privado e internacional), han contribuido a la respuesta nacional a esta epidemia. Los aportes brindados por cada uno de estos agentes están documentados en el informe nacional de la Medición del Gasto en sida (MEGAS), que desde el año 2002 el país ha realizado y cada año ha, ido perfeccionando las estrategias de dicha medición.

En el Informe MEGAS 2010 se revelan cifras del gasto en sida desde el año 1999. La Gráfica N° 6 muestra el incremento sostenido del gasto en sida a través del período 1999-2010; sin embargo, el año 2008 reporta un descenso del 10% en el gasto en sida en el país, pero en el 2010 el gasto nacional se incrementa en un 15%.

Este informe muestra un incremento del gasto en la categoría de prevención de 39% (2008) a 49.2% (2010) y un descenso en el rubro de atención del 54% (2008) a 42.7% (2010); lo que demuestra que se han hecho esfuerzos mayores para maximizar las inversiones en el área de prevención de las ITS y el VIH en el país¹⁹.



Fuente: Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Informe de la Medición del Gasto en sida. Panamá 2008, 2010

¹⁹ Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Informe de la Medición del Gasto en sida. Panamá 2008, 2010.

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

Programas	Total General			% de Participación		
	2007	2008	2010	2007	2008	2010
Total General	23,429,708	21,077,738	24,275,360	100	100	100
1. Prevención	10,310,675	8,223,218	11,944,674	44	39	49-2
2. Atención y Tratamiento	11,743,180	11,304,827	10,372,532	50	54	42.7
3. Huérfanos y Niños vulnerables	311,449	229,666	No refleja datos	1	1	No refleja datos
4. Fortalecimiento de la Gestión y Admón. de Programas	647,503	659,554	399,475	3	3	1-6
7. Entorno Favorable	-	300,922	193,934	0	1	0.8
8. Investigación Relacionada con VIH	347,964	200,252	1,358,745	1	1	5.6

Fuente: Análisis comparativo de los informes sobre los avances de Panamá hacia la consecución de los compromisos de UNGASS y Acceso Universal: principales resultados y brechas, Panamá, 2011 y el Informe de la Medición del Gasto en SIDA

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

Las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR), conformados por los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas trans y trabajadoras (es) sexuales (TS), son los grupos que Panamá al igual que otros países han identificado que requieren intervenciones urgentes y específicas para reducir la incidencia de la infección por el VIH en ellos. En la Actualidad existen cuatro aspectos de mayor relevancia y necesidad de abordaje en las PEMAR:

1. **Acceso a los servicio de salud:** debido a que el estigma y discriminación hacia las poblaciones más expuestas disminuye las posibilidades que busquen atención de salud, se ha creado la “**Clínica Amigable**” (CA), en un Centro de Salud del área metropolitana, la cual brinda atención integral de salud, en horario cómodo, por personal capacitado y sensibilizado, en un ambiente libre de estigma y discriminación. La CA fue creada con los objetivos de:

- Prevenir la transmisión del VIH y otras ITS en la población de las Trabajadoras Sexuales Ambulantes, hombres que tienen sexo con hombres y personas trans
- Brindar atención de salud a la población PEMAR, que garantice la detección temprana de infecciones de transmisión sexual y su tratamiento oportuno
- Realizar Vigilancia Centinela de las infecciones de transmisión sexual en población PEMAR que permita el diseño de intervenciones efectivas a grupos centrales en la transmisión del VIH en el país.²⁰

En la CA se brindan servicios de promoción y prevención, que incluye la distribución de preservativos, material escrito sobre prevención de ITS, VIH, así como profilaxis post exposición y conferencias dialogadas sobre el tema. En relación a la atención integral se

²⁰ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Informe de las acciones realizada por la Clínica Amigable de Santa Ana,

ofrecen servicios de consulta médica semanal, prueba de VIH, Sífilis Gonorrea, laboratorios generales, toma de Papanicolau, examen anal y de pene, entre otros.

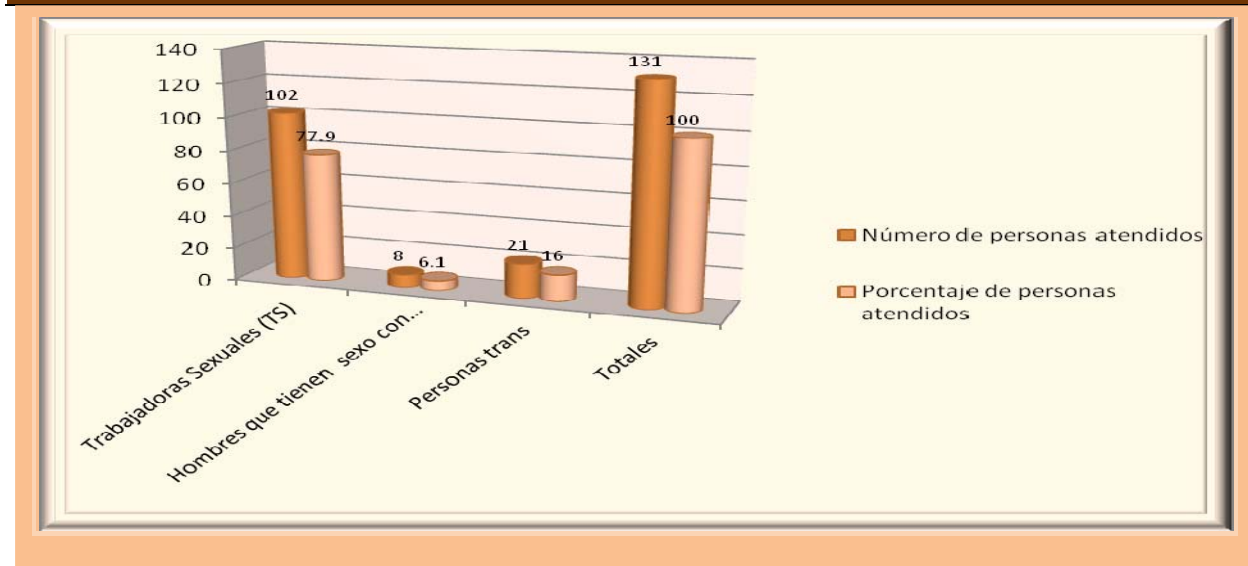
Las acciones desarrolladas por la CA, la reflejamos en el cuadro N° 3 en donde observamos que se atendió un total de 45 personas de la población PEMAR, de los cuales el 62.2 corresponden al grupo de las TS, el 15.6% a los HSH y el 22.2% a las personas trans.

Tabla N° 3 Total de población PEMAR atendida en la Clínica Amigable de Santa Ana del 14 abril al 14 de agosto de 2012		
Población PEMAR	N°	%
Trabajadoras Sexuales (TS)	28	62.2
HSH	7	15.6
Personas trans	10	22.2
Totales	45	100

Fuente: Datos de los registros de la Clínica Amigable de Santa Ana

Se les ha realizado varios controles de salud a las personas de la población PEMAR atendidas se en la Clínica Amigable, como se señala en la gráfica N° 7 en el que observamos un total de 131 controles efectuados. El grupo con el mayor porcentaje de controles de salud fueron las Trabajadoras Sexuales Ambulantes, con el 77.9%, seguido de las personas trans con 21% y los hombres que tienen sexo con hombres, con 6.1% de controles de salud recibidos.

Gráfica N°7 Número de controles de salud realizados población a la población PEMAR atendida en la Clínica Amigable de Santa Ana del 14 abril al 14 de agosto de 2012



Fuente: Datos de los registros de la Clínica Amigable de Santa Ana

Durante la atención brindada por la Clínica Amigable a la población PEMAR, se han detectado personas con VIH e ITS en los diferentes grupos, como lo revela la tabla N°4; en relación al VIH, se detectaron cuatro (4) casos nuevos, una persona ya había sido diagnosticada. De los 5 casos de VIH, dos (2) corresponden a los HSH y tres (3) a las personas trans. Una de las personas infectadas con el VIH se encuentra en tratamiento Antirretroviral y los otros afectados fueron referidos a las Clínicas de Terapia Antirretroviral. Hubo un total de 4 casos de Sífilis, uno en TS, dos en HSH y uno en el grupo de las trans. Una TS presentó Vaginosis Bacteriana.

Tabla N° 4 Número de Personas Diagnósticos VIH e ITS en la Clínica Amigable, del 24 de abril al 14 de agosto de 2012			
Población PEMAR	Infecciones Diagnosticadas		
	VIH	Sífilis	Vaginosis Bacteriana
TS	0	1	1
HSH	2	2	0
Personas Trans	3	1	0
Total	5	4	1

Fuente: Datos de los registros de la Clínica Amigable de Santa Ana

2. **Aplicación de acciones urgentes de promoción y prevención:** debido al aumento que señala la información preliminar del Estudio Nacional de Vigilancia de Comportamiento en las PEMAR; se ha iniciado las acciones de promoción y prevención en este grupo, en el marco del cumplimiento de la propuesta realizada al Fondo Mundial en la "Ronda 10". Previa al inicio del desarrollo de las intervenciones presentadas en la propuesta de país hecha al fondo Mundial, se realizaron las siguientes acciones:

- El receptor principal desarrolla los términos de referencia de los sub-receptores, para hacer el llamado a los que aplicarían con propuestas para los fondos
- Se instala un Comité Evaluador formado por 3 miembros de MCP y dos del RP, los que revisaron 11 propuestas y de estas 5 fueron seleccionadas, posteriormente se acepta un sexto aplicante a solicitud del MCP
- El 01 de julio se inicia la implementación del proyecto con los sub-receptores
- Avances: hasta la fecha se están dando los abordajes por parte de los coordinadores y los promotores de salud, que fueron entrenados para este trabajo. Se está tomando evidencia del trabajo en campo y se está recopilando los datos para los indicadores que requiere el FM y que refleja la evidencia del trabajo.
- Se han realizado pruebas rápidas y pruebas confirmatorias de parte de algunos sub-receptores, adelantando así el trabajo planificado.
- Se están realizando talleres de capacitación periódicamente para ver los avances de cada sub-receptor.

Hasta el momento los sub-receptores han realizado 138 pruebas de VIH y dos a la población PEMAR.

3. **Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las poblaciones en mayor riesgo:**

Este fortalecimiento se logra a través de:

- La apertura de la Clínica Amigable del Centro de Salud de Santa Ana ,donde se realiza la vigilancia centinela de ITS y se proyecta crear otros sitios para continuar con dicha vigilancia en población PEMAR

- La revisión de la Norma de Vigilancia de ITS, la cual se está desarrollando de forma integral con actores claves
- La realización de un estudio de la vigilancia de las ITS, VIH y el sida, desarrollado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud.

4. **Implementación de una Estrategia Nacional para el mercadeo social de condones:** En la actualidad no contamos con dicha estrategia; sin embargo, la Comisión Nacional Contra el VIH (CONAVIH), cuenta con un presupuesto destinado para acciones de promoción y prevención, el que es utilizado para: la elaboración y reproducción de material informativo de promoción prevención de las ITS y el VIH, compra y distribución preservativos y lubricantes a base de agua las ONG que trabaja con población PEMAR; los que a su vez los entregan en los sitios de trabajo o frecuentados por estos grupos. En este sentido en el año 2011 se distribuyeron 86,688 preservativos y 39, 900 lubricantes base de agua a población PEMAR y a las personas afectadas por el VIH/sida que asisten a las Clínicas de Terapia antirretrovirales.

Además, para mejorar la detección temprana e inicio oportuno de la administración de los Antirretrovirales a las personas positivas, se realizaron 4,312 pruebas de VIH en 21 instituciones gubernamentales.

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

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

La sociedad civil juega un papel importante en la detección de nuevos casos de VIH, pues tres ONG brindan servicio de realización de pruebas de VIH con asesoría pre y post prueba y un servicio, y una realiza prueba de CD4.

El PNIVS, ha iniciado acciones para el fortalecimiento de las ONG en varias áreas incluyendo el MyE, para iniciar el proceso de recolección de datos que genera este sector tan importante en la respuesta nacional al VIH. Además, varias ONG reciben apoyo de la comunidad Internacional.

Existe varias ONG que trabajan en el tema de VIH desarrollando una amplia gama de acciones dirigidas a los diferentes segmentos de la población (HSH, TS, Trans, privados de libertad, adolescentes jóvenes y población general).

Para fines de la elaboración del presente informe, se le solicita a las 18 ONG el resumen de las actividades desarrolladas en el año 2011, pero pocas entregaron sus datos, a continuación mencionamos algunas intervenciones realizadas por las ONG que reportaron sus datos:

- PROBIDSIDA:
 - Realización de 269 pruebas de VIH en las embarazadas, para la detección temprana del VIH y tratamiento oportuno que permita reducir la transmisión materno infantil del VIH. Se detectaron 9 embarazadas positivas y fueron referidas al sistema integral de salud
 - Orientación telefónica sobre temas de ITS/VIH y sida, a través de la línea de auxilio, con un total de 1,397 llamadas
 - Pruebas de VIH con un total de 5,582 de ellas 177 resultaron positivas
 - Desarrollo de programa “Juventud en la prevención de las ITS-VIH y sida, con 904 actividades realizadas en diferentes provincias del país que les permitió llegar a 31,878 jóvenes”²¹.
 - Distribución de fórmulas lácteas de 0 a 6 meses para niños nacidos de madres VIH positivas, beneficiando a 21 lactantes
 - Servicio de grupo de autoapoyo para PVVS
 - Programas de charlas y talleres en la escuelas públicas y privadas

- Grupo Génesis Panamá Positivo:
 - El Programa de visitas domiciliaria en el año 2011 realizó 1600 visitas,
 - Desarrollo de estudios:
 - “Determinantes de Vulnerabilidad y Barreras de Acceso a Servicios Sociales y de Salud, que enfrentan las Mujeres Viviendo con VIH en la Provincia de Colón”
 - “Evaluación de la Calidad de la Atención Integral en los Servicios de Salud para personas con VIH-Sida²²”, en Panamá. Octubre 2011. Atención
 - Psicológica a 148 personas
 - Atención de personas que visitan la organización
 - Realización de 48 talleres en diferentes provincias, con los temas: sensibilización (12), VIH-sida (21), Estigma y Discriminación (8) y Salud Sexual y Reproductiva (7)
 - Reuniones mensuales de los grupos de autoapoyo

²¹ Fundación PROBIDSIDA. Informe de actividades desarrolladas en el año 2011.

²² Grupo Génesis Panamá Positivo. Informe de Gestión de actividades desarrolladas en el año 2011.

- Distribución de 9,290 condones, 6,115 lubricantes, 17,000 literatura informativa sobre el tema, a población PEMAR y general
- AIDS FOR AID:
 - En el área de atención esta ONG donó 582 frascos de ARV a las personas que afectadas por el VIH/sida que lo requerían, por un monto de 62,040.59 Dólares y 32 frascos de fármacos para profilaxis con un costo de 11, 339.57 Dólares²³.
 - Realizaron actividades dirigidas a los niños y jóvenes entre las que figuran de índole educativas, sociales, intelectuales, culturales, habilidades motoras; protocolo, moda y estilo;
 - Talleres 2 para adultos con los temas de: VIH y masculinidad en el baile de Ñurúm, masculinidad en Buenos Aires Ñurúm
 - Formación y actualización de líderes comunitarios en varias comunidades, los que deben replicar sus conocimientos
 - Charlas de prevención de VIH y sida
 - Formación de 97 adolescentes y jóvenes como agentes multiplicadores en la prevención del VIH, logrando impactar a 8,159 personas en los centros educativos, comunidades, centros comunitarios sociales y establecimientos de salud
 - Capacitación de 29 facilitadores del Ministerio de Desarrollo Social como agentes comunitarios en la prevención del VIH
 - A través del programa “Cuánto sabes de VIH y sida” se alcanzaron a 9289 personas, impactando 14 distritos en 8 provincias del país
 - Monitoreo de las réplicas de los líderes comunitarios
 - Actualización sobre VIH a voluntarios de telefónica

En el año 2011 las Organizaciones No Gubernamentales que laboran en el tema de VIH y sida tuvieron gran participación en la respuesta de país a la epidemia, que lamentablemente no se han incluido en este informe por razones ya mencionadas.

²³ Fundación AIDS FOR AID Panamá. Informe de Gestión de actividades desarrolladas en el año 2011.

7. CONDICIONES DEL ENTORNO

a) BASES JURÍDICAS Y POLÍTICAS DE LA RESPUESTA NACIONAL

i. LEY 3 DEL 2000

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

Esta ley establece que la prueba sea realizada de forma voluntaria y que se necesitará consentimiento informado de la persona para autorizarla, sin embargo establece seis excepciones a esta regla²⁴. Mencionaremos aquellas que están redactadas en una forma que resulta estigmatizante o discriminatorio o que pueden interpretarse en esta forma:

- La segunda excepción establece la obligatoriedad de la prueba en el marco de procesos judiciales, pero según lo consignado por la persona que recolecta la información para el documento mencionado, “no se atribuye la autoridad para ordenar la prueba de VIH al juez, sino al funcionario o funcionaria de instrucción, lo que abre la puerta a una interpretación muy amplia que se aleja de la garantía que ofrece el hecho de que sólo el juez pueda ordenar la prueba”²⁵.
- La cuarta excepción tiene una redacción no muy clara, que podría dar lugar a diversas interpretaciones. En concreto, establece que “se debe ordenar una prueba de VIH de inmediato, a las personas que ha participado en el hecho, cuando lo ordene la autoridad sanitaria por existir indicios de intercambio de fluidos corporales”. No se deja claro cuáles son las circunstancias que deben rodear al hecho para que sea legal la prueba²⁶.
- La quinta excepción se refiere a las personas trabajadoras del sexo (TS), que deben realizarse la prueba de manera periódica a través del Programa del Ministerio de Salud llamado Higiene Social. Prevé que a las TS que resulten positivas se les suspenda su permiso sanitario para ejercer el trabajo sexual.
- Una excepción adicional establece que en el caso de que un trabajador sufra un accidente laboral con exposición de sangre o fluidos debe tomarse una muestra de sangre para determinar su condición de seropositividad, pero no se expresa que sea

²⁴ OPS/OMS. Representación en Panamá. (2007). Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

²⁵ Información aportada por la persona que recolecta la información para el documento Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

²⁶ OPS/OMS. Representación en Panamá. (2007). Derechos Humanos y VIH: Legislación, Política y Práctica en cinco Países de Centroamérica.

necesario el consentimiento del trabajador, por lo que podría ser interpretada de forma contraria a la prohibición de la voluntariedad de la prueba.

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

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

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

Un grupo de trabajo conformado por ONG, Agencias de Cooperación Internacional, Defensoría del Pueblo y Programa Nacional de ITS/VIH y Sida está llevando a cabo una revisión de la Ley de VIH en la actualidad, de manera que se pueda adecuar completamente a los estándares internacionales y nacionales de respeto a los derechos humanos en el marco de la respuesta al VIH.

ii. Política Pública Nacional en materia de VIH y sida

Panamá no califica como prioridad para las organizaciones donantes de fondos que financian los programas dirigidos a la prevención y control de la epidemia por su producto Interno Bruto.

Esto nos crea la necesidad de adoptar políticas públicas en materia de VIH y sida que vayan encaminadas a una importante participación de sectores no gubernamentales y de la población²⁷. El informe de Política Pública Nacional sobre el VIH y sida, publicado en el 2008

²⁷ Guanti Lasso, Michelle. **Políticas públicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá.**

por la Organización Panamericana de la Salud, menciona los principios en los cuales se sustenta la política nacional:

- Prohibición de la discriminación a causa del VIH y sida.
- Respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales de los afectados(as), familiares y allegados por razón del VIH y sida.
- Garantizar el derecho a la intimidad, confidencialidad y consentimiento informado.
- Protección especial y preferencial de la infancia y adolescencia huérfana y vulnerable por el VIH y sida.
- Respeto de los derechos humanos de la población privada de la libertad afectados y afectadas por el VIH y sida.
- Fortalecimiento de la participación interinstitucional e intersectorial para la intervención integral contra la epidemia.
- Participación ciudadana con enfoque de género.
- Responsabilidad.

b) ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

A pesar que Panamá es signataria de una gran cantidad de Convenios Internacionales en materia de derechos humanos y VIH y sida; en nuestra legislación se contempla la protección de los derechos de las personas con VIH y de los grupos considerados vulnerables. Sin embargo, en la práctica se producen situaciones de estigma y discriminación en el área de laboral, de salud, vivienda, confidencialidad entre otros. Gran parte de las víctimas de las violaciones guardan silencio por temor a que su diagnóstico sea revelado o debido a que desconocen el proceso para presentar estas denuncias. No obstante hay quienes se atreven a presentar estas quejas y / o denuncias, ya sea en la defensoría del Pueblo o en alguna ONG que trabaja en el tema de VIH/sida.

En Panamá existen ONG que brindan servicios de recepción, seguimiento y resolución de querellas por violaciones de los Derechos Humanos a las personas que viven con el VIH/sida. En cuanto a información existente sobre estigma y discriminación a las personas con VIH, tenemos que en el año 2011 la Defensoría del Pueblo recibió varias querellas entre las que posemos señalar:

- Una por maltrato en un hospital de la localidad en contra de una persona afectad por el VIH
- Una por negación a brindar atención de salud, pero mediante la mediación de esta entidad se solucionó la situación
- Una Solicitud de prueba de VIH, luego de iniciar a trabajar
- Gran cantidad de quejas por desabastecimiento de ARV

La ONG PROBIDSIDA, recibió y procesó un total de 10 querellas por supuesta violación a los derechos humanos; en cada uno de los casos hubo un tipo derecho vulnerado, así como un supuesto daño causado según la descripción de cada caso, como lo señala la tabla N° 5. Según datos de PROBIDSIDA, “en cuanto al Supuesto Derecho Violado, tenemos que se faltó

al derecho a la no discriminación en un 40%, salud 16%, laboral 16%, confidencialidad 12%, proceso administrativo 12% y finaliza el Proceso Judicial con un 4%”²⁸.

Tabla N° 5 Casos de Querellas por vulneración de los derechos humanos a las personas que viven con VIH		
Descripción de los casos	Tipo de derecho vulnerado	Supuesto Daño Causado
<ul style="list-style-type: none"> Negación a entregar los resultados de Laboratorio Clínico No permitir que el paciente accediera al tratamiento Quimioterapéutico Falta de atención integral oportuna Maltrato en el Hospital Falta de medicamentos ARV 	Salud	Salud Física, Salud Mental, Pérdida de Oportunidad
<ul style="list-style-type: none"> Despido en la empresa privada Despido del sector gubernamental Traslado y desmejoramiento salarial en una empresa privada Maltrato en el entorno laboral 	Laboral	Salud Mental, Economía, Honorabilidad/Prestigio, Pérdida de Oportunidad
<ul style="list-style-type: none"> Orden de desalojo injusta por parte de un Corregidor 	Proceso administrativo	Salud Mental, Economía
	Proceso Judicial	Relaciones Personales
<ul style="list-style-type: none"> Dos denuncias de solicitud de prueba de VIH, una como requisito para ser nombrado, y la otra, luego de empezar a trabajar se le comunica que se debe realizar la prueba de VIH. 	Confidencialidad	Laboral,
<ul style="list-style-type: none"> Cementerio ordena sellar permanentemente una tumba pero 	No Discriminación	Salud Mental

Fuente: Denuncias, Quejas, Orientaciones y Gestiones, De la unidad de VIH-sida, Direcciones de Unidades Especializadas de la Defensoría del Pueblo. 2011. Informe de registro de querellas de PROBIDSIDA, Coordinación de Derechos Humanos y Poblaciones Vulnerables. 2011

²⁸ PROBIDSIDA, Coordinación de Derechos Humanos y Poblaciones Vulnerables, Informe de registro de querellas 2011

En el año 2011 varias personas acudieron a la Fundación PROBIDSIDA en busca de orientación por posibles violaciones a sus derechos humanos. En relación a las orientaciones, la Fundación PROBIDSIDA realizó en el año 2011 un total de once (11) orientaciones legales, en las cuales se reportaron una serie de derechos que deben ser protegidos para no ser violados, entre los que tenemos: en un 26% la confidencialidad, igual con un 26% la no discriminación, 18% el laboral, el proceso judicial con un 9%, el proceso administrativo también con 9%, la salud con 9% y finalmente en su minoría con un 3% la educación, como señala la gráfica N° 8.

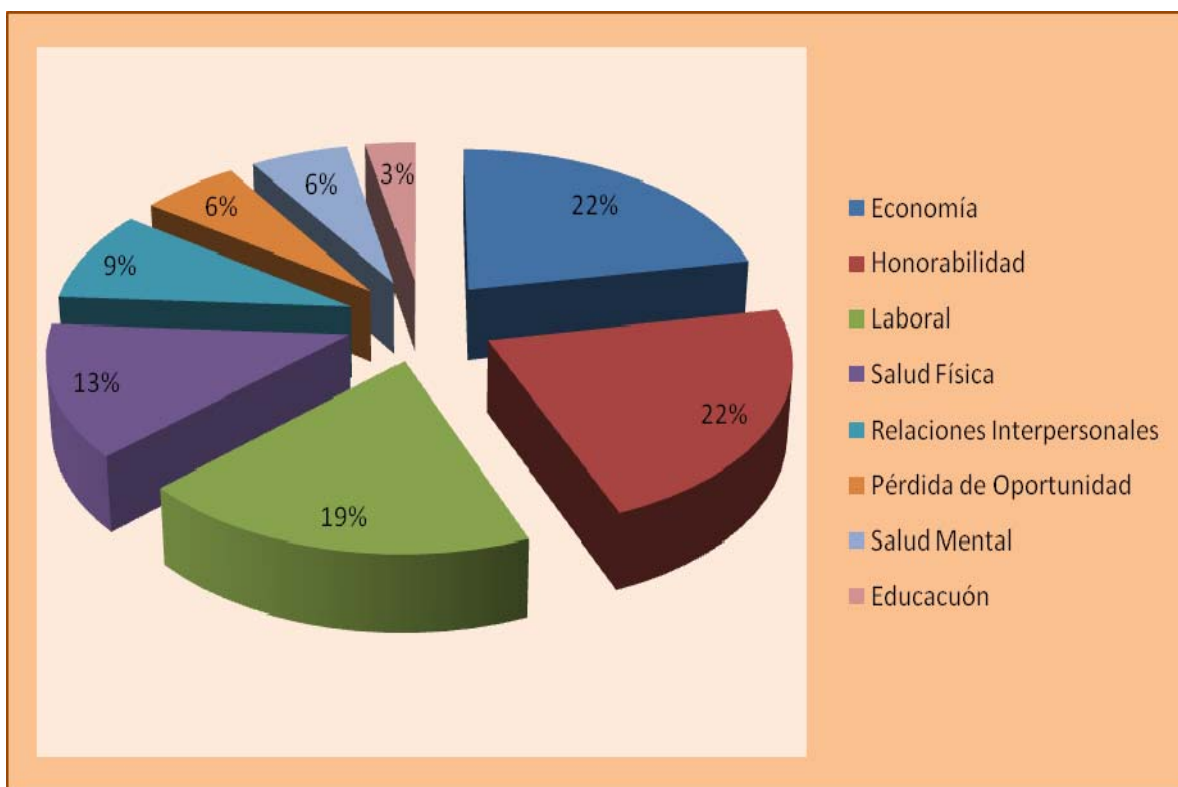


Fuente: Informe de Registro de Orientaciones Legales realizadas por la Coordinación de Derechos Humanos y Poblaciones Vulnerables de la fundación PROBIDSIDA. 2011

Por otro lado, las áreas afectadas relacionadas con la consulta de Asesoría Legal y de Derechos Humanos fueron: en primer lugar el aspecto económico con un 22%, al igual que la honorabilidad y prestigio también con un 22%, seguido del laboral con 19%, salud física 13%, las relaciones interpersonales también con 9%, pérdida de oportunidades 6%, salud mental 6% y finalmente la educación con 3%.

El 100% de las orientaciones legales fueron resueltas, 73% de estas no tuvieron necesidad de ser referidas, y el 27% se ventilaron en otras instancias.²⁹

Gráfica N° 9 Áreas afectadas relacionadas con la Consulta de Asesoría Legal y Derechos Humanos, registro de Orientaciones Legales. Fundación PROBIDSIDA. 2011



Fuente: Informe de Registro de Orientaciones Legales realizadas por la Coordinación de Derechos Humanos y Poblaciones Vulnerables de la fundación PROBIDSIDA. 2011

²⁹ PROBIDSIDA Informe de registro de Orientaciones Legales realizadas por la Coordinación de Derechos Humanos y Poblaciones Vulnerables de la fundación. 2011

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

En Panamá contamos con dos entidades nacionales encargadas de la atención integral de salud de la población desde los diferentes niveles de atención: el Ministerio de Salud, que es el ente rector de la materia y la Caja de Seguro Social (CSS), entidad autónoma que atiende a la población asegurada. Estas han fortalecido la coordinación entre ellas para el desarrollo de las intervenciones que permitan al país responder al VIH; de allí que se ha integrado a la CSS en todas las acciones de MyE, elaboración de normas y guía, prevención de la transmisión materno infantil de la Sífilis y el VIH, proceso de estimaciones, proyecciones para la compra de insumos, entre otros, con el fin de mejorar y fortalecer la capacidad del país para hacer frente a la epidemia de VIH y sida.

Un comité multisectorial de monitoreo y evaluación para la respuesta nacional, los planes operativos anuales alcanzados por consenso y el desarrollo y aprobación de varios protocolos y guías sobre la atención, prevención y manipulación de condones, así como la elaboración de las Políticas Nacionales sobre el VIH-Sida, son evidencias adicionales de la coordinación de la respuesta.

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

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

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

La representación de las entidades gubernamentales recae en el titular de la entidad o en el funcionario que este designe, quien debe tener autoridad para la toma de decisiones. Es presidida por la Primera Dama de la República. La CONAVIH ejerce como la instancia máxima de consulta, orientación y toma de decisiones al país en materia de ITS, VIH y sida. Los Ministerios miembros de CONAVIH, deben asignar recursos de sus presupuestos anuales para acciones de promoción y prevención de las ITS - VIH y el sida.

b) MECANISMO COORDINADOR DE PAÍS (MCdP)

El 26 de febrero de 2002 se constituyó el primer grupo coordinador denominado Mecanismo Coordinador de País (MCdP) de Panamá. Esta entidad reúne a los principales actores de la respuesta al VIH, que elaboraron una propuesta de programa de intervención sobre las poblaciones en mayor riesgo de infección por VIH. Esta propuesta fue aprobada en 2010 y el MCdP en la actualidad ya participó de la selección de los sub-receptores de los fondos, quienes a su vez han iniciado el desarrollo de los proyectos.

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

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

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

9. ANÁLISIS DE COYUNTURA

a) RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL ENTORNO

i. RIESGOS

- ❖ Dificultades burocráticas institucionales para el recibo del equipo informático para la implementación del sistema de información “MoniTARV” en la Clínica de Terapia Antirretroviral de la Caja de Seguro Social y del Hospital Santo Tomás. La implementación y funcionamiento del MoniTARV, es de vital importancia, pues proporcionará gran parte de la información necesaria para el monitoreo, que nos permitirá tomar decisiones de manera oportuna.
- ❖ Ausencia de líneas de internet en las CTARV, que son necesarias para la instalación del Sistema Informático MoniTARV.
- ❖ Dificultades en el flujo de datos de la CSS de algunas Regiones de Salud, situación que dificulta la representatividad regional de los datos.
- ❖ Ausencia de un sistema nacional único de recolección de todos los datos necesario para responder a los indicadores nacionales e internacionales.
- ❖ Falta de activación de la figura del enlace de MyE en las Regiones de Salud, para que sea responsable de liderar y facilitar del proceso de recolección de datos de su región y para que mantenga contacto con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.
- ❖ Ausencia de un mecanismo coordinación establecido con la sociedad civil (ONG) para el reporte constante de los datos.
- ❖ Dependencia exclusiva de la ayuda financiera de las Agencias Internacionales para el desarrollo del proceso de MyE a nivel nacional.

ii. OPORTUNIDADES

- ❖ Contamos con Plan Nacional de MyE actualizado 2011-2015 el cual monitorea el cumplimiento del Plan Estratégico Multisectorial del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA 2009-2014.
- ❖ Concienciación de algunos Directores Regionales sobre su responsabilidad y compromiso en el proceso de MyE.

- ❖ Contamos con el apoyo de la comunidad internacional para la capacitación del personal en el uso del Sistema Informático MoniTARV.
- ❖ Contamos con el apoyo técnico y financiero del sector internacional para el fortalecimiento del proceso de MyE, a través de la creación e instalación del sistema de información único a nivel nacional, así como para el monitoreo de campo, el cual está en proceso.
- ❖ Integración de los actores claves de la Caja de Seguro Social en el proceso de recolección de datos para responder a los indicadores nacionales e internacionales.

b) DESAFÍOS PARA EL SIGUIENTE PERÍODO DE MEDICIÓN

- ❖ Lograr la Instalación del sistema de información MoniTARV en el 100% de las Clínicas de terapia Antirretroviral.
- ❖ Capacitar a todos los actores claves a nivel nacional, involucrados en el tema, en principios y procesos de MyE, tomando como base la Guía Regional de MyE.
- ❖ Comprometer a la sociedad civil para que realicen acciones de monitoreo de sus planes operativos y los reporten periódicamente al PNIVS.
- ❖ Desarrollar visitas de periódica supervisión a las Regiones de Salud para verificar el proceso de recolección de datos y brindar recomendaciones pertinentes.
- ❖ Fortalecer la importancia de la periodicidad de reporte oportuno de las diferentes CTARV y de las entidades responsables según los flujos de información.
- ❖ Unificar criterios sobre la interpretación de los indicadores, según las fichas técnicas, para garantizar la calidad, claridad y veracidad de los datos.
- ❖ Instalar en todas las regiones las diferentes herramientas informáticas para el registro, consolidación y análisis de la información.
- ❖ Integración del Departamento de Epidemiología y otros actores claves en el proceso de MyE a nivel Central y Regional.
- ❖ Gestionar recurso financiero gubernamental para el desarrollo del proceso de supervisión y MyE a nivel nacional.
- ❖ Mantener comunicación activa y constante con los comités regionales de MyE.

- ❖ Fomentar la importancia de contar con una cultura de MyE a nivel nacional tanto en las Organizaciones Gubernamentales, como en la no Gubernamentales.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

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

❖ **Indicador Nº 1: Número de Organizaciones Gubernamentales, de la Sociedad Civil y Empresas Privadas fortalecidas que proveen servicios de promoción, prevención, abogacía y atención integral en ITS, VIH y sida**

❖ En la actualidad las Organizaciones Gubernamentales, de la Sociedad Civil y Empresas Privadas se han fortalecido y desarrollan acciones de promoción, prevención, abogacía y atención integral en ITS, VIH y sida en sus sitios de trabajo; dirigido a población general, PEMAR y otros grupos. Sin embargo, no se recibe informe de los esfuerzos realizados por ellos, pues no existe una cultura de reporte de datos. Para responder a este indicador recibimos información cuatro (4) ONG y de una (1) Organización Gubernamental (OG). Por lo que debemos implementar mecanismos para fortalecer el flujo de datos hacia el PNIVS. Entre las entidades fortalecidas figuran:

- Organizaciones Gubernamentales (OG): Actualmente 29 de ellas forman parte de la Red Interinstitucional para la Prevención de las ITS y el VIH/sida en los Sitios de Trabajo, la misma está conformada por diversos Ministerios, así como todos los Estamentos de Seguridad del Estado, quienes desarrollan acciones de promoción y prevención para el personal uniformado. La OG han realizado las siguientes actividades: sensibilización en el tema de VIH/sida, a su equipo de trabajo, pruebas de VIH con asesoría pre y post prueba, distribución condón y material informativo, entre otras.
- Organizaciones No Gubernamentales (ONG): Existen 18 que trabajan en el tema de VIH/sida y mantienen coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. En este grupo contamos con ONG que trabajan con población de HSH, TS, Trans, PVV, Niños, adolescentes y jóvenes; huérfanos, indígenas y población general.
- Empresas privadas: En el año 2011, se forma la Cinta Roja Empresarial integrada por varias empresas privadas. Una de las metas de estas entidades es contar con sus políticas institucionales sobre VIH/sida. Además, desarrollan actividades educativas en el tema de prevención de las ITS/VIH/sida, realizan pruebas de VIH con asesoría pre y post prueba, distribución de literatura, condones y murales informativos.

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

Para el año 2010 se realizaron 51,552 donaciones de sangre y en el año 2011 la cifra donada fue de 52,750, el 100% de las unidades de sangre extraídas en ambos años fueron tamizadas con los criterios de calidad establecidos.

La seguridad de los bancos de sangre se reforzó en Panamá a raíz del inicio de la epidemia de VIH, intentando así garantizarla a través de la normativa que la regula. Esta normativa incluye el Artículo 10 de la Ley 3 de 2000, la Ley 17 de 1986, con la cual se reglamentan los bancos de sangre y las transfusiones sanguíneas y se dictan otras medidas, la Resolución 374 de 2001 del Ministerio de Salud, que trata de las normas técnicas y administrativas de los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, y la Resolución 55 de 2001, gracias a la cual se crea la Comisión Nacional de Terapia Transfusional y el Comité Técnico Ejecutivo Nacional, así como el Resuelto 1620 de 1989 del Ministerio de Salud. Estas normas facilitan el cumplimiento del derecho a la salud de las personas que deben recibir una transfusión sanguínea.

El Programa Nacional de Sangre, bajo la coordinación y supervisión directa de la Subdirección General de Salud de la Población, tiene la responsabilidad de consolidar el dato sobre el tamizaje de la sangre extraída a donantes en los 26 bancos de sangre del país que forman parte de la Red Nacional de Bancos de Sangre.

❖ **Indicador Nº 7: Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil**

En el año 2011 encontramos un porcentaje de 97.8% de embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. Este indicador se calculó usando como numerador el total de embarazadas VIH positivas (180) que recibió profilaxis antirretrovírico y el denominador fue el número real de embarazada VIH positivas (184); no se usaron estimaciones estimadas. Esta diferencia, de 11.3 puntos porcentuales más para el 2010 puede estar relacionada directamente con el aumento en la cobertura de realización de pruebas en las embarazadas de 88.2% en el año 2010 a 90.5% en el 2011, aunado a los otros esfuerzos desarrollados por las regiones en cumplimiento del Plan Nacional de PTMI.

❖ **Indicador Nº 8: Porcentaje de Mujeres Embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud**

Este indicador se reporta con un 97.9% de embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud y se calculó utilizando los nacimientos ocurridos en instalaciones de salud con asistencia profesional al parto; cuya cifra para el año 2011 fue de 66, 396, dividido entre el total de nacimientos ocurridos en el año (66, 769)³⁰. Este indicador incrementó de 95.7% (año 2010) a 97.9% (año 2011). El aumento en la atención institucional del parto disminuye los riesgos a los que están sometidas las embarazadas que dan a luz fuera de las instalaciones de salud.

En lo referente a la calidad de esta información, es importante señalar que los datos son preliminares, por lo que podrían ser modificados si es necesario.

³⁰ Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadística y Censo

❖ **Indicador N° 9: Porcentaje de Niños nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas.**

La prevención de la transmisión materna infantil puede lograrse a través de la administración de ARV, como tratamiento o profilaxis para la madre, con la profilaxis antirretroviral para el lactante hasta las 6 semanas de vida, finalización del parto por la vía correcta (parto o cesárea) de acuerdo a los niveles de la carga viral y alimentación del lactante con fórmulas lácteas de manera exclusiva.

Durante el Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS, se encontró que un total de 192 niños (as) nacidos de madres VIH positivas que llegaron a las clínicas en el año 2011, de los cuales el 100% recibieron profilaxis al nacer hasta las seis semanas de vida, de acuerdo a la normativa establecida en el país para prevenir la transmisión materno infantil del VIH.

La atención y suministros de los ARV en las Clínicas de Terapia Antirretroviral (CTARV) pediátricas garantiza que los niños cumplan con el tratamiento, sin embargo, este indicador sólo recoge evidencia de que se está suministrando la profilaxis a los niños (as). No mide la adherencia y si completan el régimen terapéutico. En el Plan de PTMI se establece la implementación de la búsqueda activa de casos, ya que sólo se están captando aquellos hijos (as) de madres que son tamizadas durante el control prenatal o labor del parto, pero queda un 9.5% de mujeres embarazadas que no acceden a realizarse la prueba de VIH.

❖ **Indicador N° 10: Porcentaje de niños(as) nacidos de madres VIH+ que reciben sucedáneos de leche materna**

Este indicador permite conocer el progreso en el acceso a sucedáneos de leche maternizada lo cual mide el cumplimiento de la línea de acción establecida en el Plan de PTMI, que indica la provisión gratuita de la fórmula láctea a los hijos de madre expuestos a la infección por VIH.

El Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del PNVS, en el año 2011, revela que según los registros de las CTARV que atienden niños(as), le fue suministrada fórmula láctea a 198 niños y niñas.

Además, se encontró que en la CTARV pediátrica de la Caja de Seguro Social se les está proporcionando fórmulas lácteas para los niños de madres VIH positivas.

❖ **Indicador N° 15: Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus**

Para el año 2011 no se puede responder este indicador debido a que los datos para su reporte son recolectados a través de encuestas nacionales, razón por la cual se dejan los datos reportados para el año 2010, los que señalan que el 19.5% de las mujeres y el 16.6% de los hombres encuestados tienen un conocimiento comprensivo acerca del VIH, es decir, que el uso del condón y el tener un sólo compañero sexual puede reducir el riesgo de contraer VIH, que

una persona que parece sana puede estar infectada y que no se puede infectar por compartir alimentos o ser picado por un mosquito.

❖ **Indicador N° 18: Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados**

Al igual que el indicador N° 15, los datos para éste son aportados mediante encuestas nacionales, por lo que mantenemos los datos del año 2010 de la Encuesta Nacional de SSR (ENASSER), ejecutada en el 2009 y aplicada a una muestra representativa poblacional de 8,624 personas; registra que el 11.5% de la población de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. Los porcentajes varían de acuerdo al sexo (10.2% para varones y 12.1% para mujeres), el número mayor en mujeres posiblemente se deba a la implementación del Plan de Prevención de la Transmisión Materno Infantil de VIH y Sífilis. Se registran diferencias porcentuales por edad, con los menores valores en las edades de 15-19 años (3% para varones y 8.5% para mujeres).

❖ **Indicador N° 22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH**

Como un aproximado de la información de las personas de 15 a 24 años que se realizaron las pruebas de VIH, utilizamos la información de las embarazadas que realizaron las pruebas de VIH. En el año 2011 se tamizaron 66,625 embarazadas de edades que oscilaron en un rango de 15 a 42 años de edad, y en el grupo específico de 15 a 24 años se tamizaron 42,353 embarazadas. En este último grupo de edad resultaron 93 embarazadas positivas con una seropositividad de 0.2%.

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

❖ **Indicador N° 24: Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.**

En el 2010 el porcentaje de Clínicas de Terapia Antirretroviral que presentaron desabastecimiento fue de 80% (12 de 15 clínicas) y el año 2011 hubo una disminución a un 73.3% (11 de 15).

El recorte en el presupuesto solicitado, la burocracia en el proceso de adquisición de medicamentos e insumos para la atención de los afectados por el VIH/sida, son unos de los nudos críticos que inciden significativamente en los períodos de desabastecimiento que se registran en el país.

El desabastecimiento en dos CTARV (Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social y Hospital Santo Tomás del MINSA), fue una de las causas de que los pacientes de estas clínicas abandonaran la terapia, si bien estas CTARV no cuantificaron el número de

pacientes. Además, el desabastecimiento en tres CTARV fue la causa del cambio de terapia en 139 de los 5,156 (2.7%) pacientes que estaban recibiendo TARV en el año 2010.

La CTARV del Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social fue la clínica en la que hubo que cambiar terapia a la mayor cantidad de pacientes (88), de igual forma por desabastecimiento. También se tuvo que cambiar terapia a los pacientes (50) de la CTARV del Hospital Luis “Chicho” Fábrega de Veraguas, institución del MINSA y del Hospital Nicolás Solano (1), también del MINSA³¹.

❖ **Indicador Nº 25: Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo ARV**

Este indicador se calcula usando datos obtenidos con el modelo Spectrum, el que arroja para que 71.7% de los adultos y con infección avanzada están recibiendo ARV; si bien hubo un incremento de este porcentaje de 52.4% (2009), 59.2% (2010) a 60.6% para el 2011, dichas cifras no representan la realidad del país, pues contamos con datos preliminares que nos indican que dicho porcentaje está por encima de los 87%. Sin embargo, este valor 60.6% está altamente influenciado por las estimaciones de vigilancia epidemiológica desarrolladas para los numeradores que definen el número de personas que en el país deberían estar recibiendo la TARV, cuyo último ejercicio se realizó en el 2011 y estima cifras de 10,900 (adultos y niños), que deberían estar recibiendo ARV y el denominador se estima en 18,000 adultos y niños con VIH. Se utilizan cifras estimadas porque no hay registros estadísticos del total de pacientes con infección avanzada en el país, pues las clínicas que atienden grandes cantidades de usuario no cuentan con el dato. Con los registros de MoniTARV se contará con estas cifras.

❖ **Indicador Nº 26: Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH**

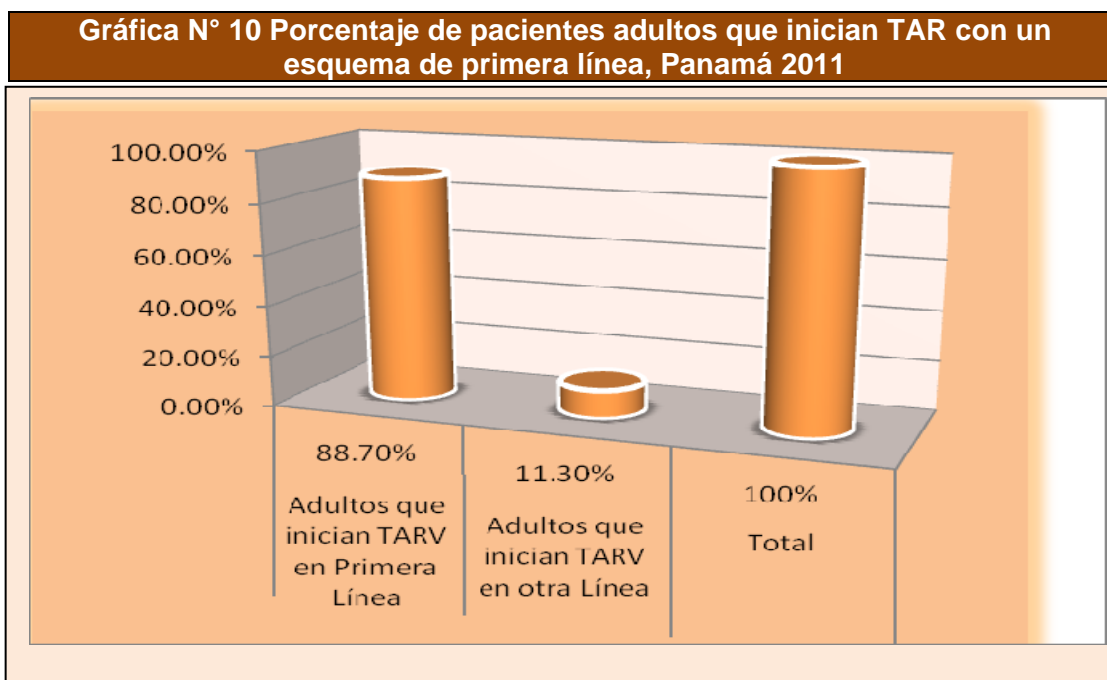
Para el año 2011, este indicador se reporta con un 94.5% (224) de personas que presentaron coinfección TB-VIH y que recibieron tratamiento para ambas condiciones; fue calculado utilizando como numerador el total de usuarios coinfectados que recibieron antituberculosos y antirretrovirales; se utilizó como denominador el total de personas que presentaron la coinfección TB-VIH (237). El indicador fue calculado usando números reales de país y no estimaciones, por lo que el valor obtenido este año no puede ser comparado con los reportados en el 2010. Se continúa mejorando la vigilancia de la prevalencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis y se realiza la compra de antirretrovirales desde el PNVS para los pacientes con tuberculosis, así como, la búsqueda de casos de VIH entre personas con tuberculosis. Para disminuir la carga de TB en personas con VIH el Programa Nacional de TB ha comprado INH para profilaxis.

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

❖ **Indicador N° 27: Porcentaje de pacientes adultos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país.**

En el año 2011 hubo un total de 1337 ingresos en la población adulta a las CTARV en la diferentes Regiones de Salud; el 88.7% (1,186) iniciaron la terapia antirretroviral con un esquema de primera línea y el 11.3% (151) con otra línea según su condición y de acuerdo a los esquemas establecidos en el país y suministrados por el sistema de salud.

Para garantizar el uso de los esquemas establecidos en el país, el Ministerio de Salud en coordinación con la Caja de Seguro Social y con el apoyo de la comunidad de Internacional, revisa, adecua y socializa la Norma para el Manejo Terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá en el año 2010-2011; con el objetivo de: “Establecer el consenso respecto de la evidencia científica relevante sobre las recomendaciones técnicas que definan las terapias antirretrovirales de los pacientes ambulatorios y hospitalizados con VIH³²”. Con esta norma se busca unificar criterios para el abordaje de los afectados por el VIH/sida, en relación al inicio de la terapia con esquema de primera línea en niños y adultos, manejo de los esquemas de segunda línea, monitoreo de la condición clínica del paciente y la adherencia al tratamiento, entre otros aspectos. En este sentido el porcentaje de personas que inician la terapia antirretroviral con esquema de primera línea es bastante elevado, como lo observamos en la gráfica a continuación.



Fuente: Monitoreo realizado por la Unidad Técnica de MyE del PNIVS. 2011

³² Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

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

En el país contamos con tres Clínicas de Terapia Antirretroviral Pediátricas para la atención de los niños afectados por el VIH/sida, dos de ellas están ubicadas en hospitales de tercer nivel de atención y la otra en las instalaciones de una ONG (en esta última no hubo nuevos ingresos). Entre las dos primeras clínicas ingresaron un total de 22 niños, el 100% de los cuales inician con un esquema de primera línea, de acuerdo a los esquemas establecidos en el país en las Normas para el Manejo Terapéutico de Personas con VIH.

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

Se registra un aumento de cobertura realización de la prueba de VIH en embarazadas, de 88.2.9% para el año 2010, a 90.5% en al año 2011. En el formulario de solicitud de la prueba de VIH hay un apartado donde la embarazada debe marcar si conoce el resultado de la prueba al momento que se la entregan, y debe firmarlo como constancia de que conoce su resultado y recibió asesoría post prueba sobre el resultado la misma.

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

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

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

En el año 2010 se reportaron 53 niños positivos y para el año 2011 la cifra de niños que disminuye a 38. El 100% de los niños de ambos años recibieron tratamiento para sífilis.

Se ha incrementado el porcentaje de embarazadas tamizadas. En el plan de PTMI se tiene como objetivo general eliminar la sífilis congénita en todo el territorio nacional. A partir de año 2012 se inicia la nueva definición de caso más sensible de sífilis congénita con fines de vigilancia epidemiológica dentro del plan de eliminación.

❖ **Indicador Nº 34: Porcentaje de transmisión vertical del VIH**

A nivel Nacional para el año 2011, tenemos un total de 5 niños reportados que se infectaron con el VIH a través de la transmisión materno infantil, estos niños nacieron en el año 2010 y ya tienen edades superiores a 1 año con 6 meses, para fines de vigilancia epidemiológica son casos confirmados de una cohorte de 186 embarazadas VIH positivas (año 2010), por lo tanto el porcentaje de transmisión vertical del VIH fue de 2.7%. Para este cálculo se usa el numerador son los 5 niños infectados y el denominador las 186 embarazadas con VIH positivo por 100 ($5/186 \times 100 = 2.7\%$).

El actual porcentaje de transmisión vertical del VIH, es el resultado de todas las acciones que las Regiones de Salud han desarrollado en el marco del cumplimiento del Plan de PTMI, con la finalidad de reducir dicha transmisión de un 14% a un 7% al 2014, y a un 5% al 2015, según las metas presidenciales establecidas para el logro los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Este porcentaje de transmisión demuestra que ya hemos alcanzado y superado la meta establecida en este tema.

❖ **Indicador Nº 35: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica**

En el año 2011 no se puede responder a este indicador debido a que las CTAVR que cuenta con un gran número de paciente en TARV no proporcionaron los datos, pues los mismos deben ser generados a través de una cohorte para cada paciente y por falta de recurso humano y de un sistema informático para el registro de datos, no contaban con los mismos.

❖ **Indicador Nº 36: Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas**

Para el año 2011 el porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nacieron de madres infectadas fue de 2.7%, este indicador busca medir el progreso en las acciones de prevención de la transmisión materno infantil de VIH, a través de una mayor provisión de medicamentos ARV³³. En este sentido hemos logrado un gran avance en la disminución de la transmisión materno infantil del VIH, aunado a esto se realizan esfuerzos para mantener la provisión constante de los ARV. A pesar de ello, por dificultades en el proceso de compras, en ocasiones hemos tenido períodos de desabastecimiento, los que se resolvieron.

³³ MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA: Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015

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

El valor registrado para el 2010 de 0.7 por 1000 nacidos vivos y desciende para el año 2011 a una tasa de 0.54 por 1000 nacidos vivos. La incidencia de la sífilis congénita en Panamá desde los años 1990 a 2010 ha sido variable, presentando tasas que han oscilado entre 0.1 y 0.75 por 1000 nacidos vivos; sin embargo, se considera que hay una subnotificación de casos, la definición de caso es muy específica y no incluye los abortos ni los mortinatos. A partir del año 2012 se inicia la aplicación de la nueva definición de caso para fines de vigilancia epidemiológica dentro del plan de eliminación de la sífilis congénita.

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

La tasa en el año 2010 fue de 0.04 por 1,000 nacidos vivos. Para el año 2011 la fue de 0.01 por 1,000 nacidos vivos.

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

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

En el año 2010 la tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita de 0.04 por 1,000 nacidos vivos y en el 2011 la tasa fue de 0.01 por 1,000 nacidos vivos.

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

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

❖ **Indicador N° 40: Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados**

En el año 2011 se realizaron dos investigaciones:

- Epidemiología del VIH en HSH y Población Trans, actualmente en proceso de análisis de los datos.
- Estudio de Línea Base: “Una Evaluación Biológica y Conductual y Serológica del VIH en Poblaciones seleccionadas de los Servicios Uniformados en las ciudades de Panamá y Colón”, este fue realizado por el proyecto Avanzada COPRECOS LAC (Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA), para “Aumentar las Estrategias de Prevención del VIH Basadas en la Evidencia, Incluyendo la Reducción de Estigma, la Discriminación y la Desigualdad de Género entre los Servicios Uniformados”.

Para el desarrollo del estudio en cada sitio de trabajo, se estableció un área donde se daba a conocer el Proyecto Avanzada COPRECOS y de inmediato, se daba lectura y explicación del consentimiento informado, a fin de resaltar la voluntariedad

de la participación en dicho estudio, posteriormente se procedía a la firma del consentimiento. Se firmaron 506 consentimientos, se retiraron 8 y se realizaron 498 pruebas rápidas de VIH, una de las cuales salió indeterminada y al confirmarla dio negativa.

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

Durante el año 2011 se presentaron 13 querellas por violación a los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/sida; diez (10) de ellas presentadas en la Fundación PROBIDSIDA y tres (3) en la Defensoría del Pueblo. Además, la Defensoría del Pueblo también recibió tres (3) trámites tipificadas como orientación y varias quejas por desabastecimiento. Las diez querellas tratadas por PROBIDSIDA fueron resueltas en un 100%; seis (6) de ellas a través de acciones de “Resolución Pacífica de Conflictos” y las restantes por otras vías, pero con la intervención de la fundación. Una de las querellas tratadas por la Defensoría del Pueblo fue resuelta las otras dos se les brindó seguimiento.

En relación al tipo de derecho afectado de los querellantes tenemos: la salud, laboral, proceso administrativo, proceso judicial, confidencialidad y la no discriminación. Cada violación de los derechos humanos le ocasionó a los afectados un supuesto daño, entre los que podemos señalar: a la salud física y mental, pérdida de oportunidad, economía, honorabilidad/prestigio y las relaciones personales³⁴.

Por otro lado 11 personas acudieron a PROBIDSIDA en busca de orientación legal por posibles violaciones a sus derechos humanos, el 100% de las mismas fueron resueltas, el 73% de estas no fue necesario referirlas y el 27% se ventilaron en otras instancias. Con las orientaciones legales, se identificaron una serie de derechos que deben ser protegidos para no ser violados, entre los que están: la confidencialidad, la no discriminación, el laboral, el proceso judicial, el proceso administrativo, la salud y la educación.

El flujo de reporte de las denuncias se debe sustentar en el artículo 95, Título II del Decreto Ejecutivo N° 119 que reglamenta la Ley 3 de 2000 y que dice que: “Las personas que, producto de su condición de ser portadoras o enfermas de una ITS/VIH y sida, sean sometidas a cualquier discriminación o acto estigmatizador o segregador, lo mismo que sus familiares y allegados, podrán presentar una denuncia a las autoridades competentes, para que hagan las investigaciones respectivas. Un informe de estas denuncias será enviado al coordinador del Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA”. Sin embargo, las entidades que procesan y resuelven las querellas no envían el informe de las mismas al PNIVS.

³⁴ Fundación PROBIDSIDA. Informe de las querellas y orientaciones tratadas y resueltas en el año 2011.

11. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Defensoría del Pueblo de Panamá, Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud (IDEHSA) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudio Nacional sobre "Estado de los Derechos Humanos de Personas que Viven con VIH y Sida en Panamá". Diciembre, 2009.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fundación PROBIDSIDA. Situación de la Realidad Social y Epidemiológica de las Trabajadoras Sexuales Ambulantes de Condición Socioeconómica baja en Lugares Específicos de la Ciudad de Panamá, tales como: Alrededor del Mercado Público, Mueblería Ancón, Lotería Nacional, Avenida Cuba, Avenida Méjico, Calidonia y Avenida 4 de julio, y la Vinculación del Trabajo Sexual con la Violencia Basada en Género a las que son Expuestas.2010.
3. Guanti Lasso, Michelle. Revista Panameña de Política - N° 9, enero - junio 2010. Políticas públicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá. Resumen del trabajo presentado en el IV Congreso Centroamericano de Ciencias Políticas. Revisión bibliográfica para su investigación como participante del Programa de Maestría en Ciencias Sociales (SENACYT/UDELAS).
4. Hospital del Niño. Base de datos de la Clínica de VIH., Informe de la Clínica de VIH y sida. Presentado por la Coordinadora de la Clínica al PNVS.
5. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES). Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009. Citado por MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)/Contraloría General de la República (CG). Publicación de Estadísticas Vitales, Volumen II: Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Cuadro 221-07. Nacimientos Vivos en la República, por Asistencia Profesional en el Parto y Sitio de Ocurrencia, según estado conyugal, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: año 2009. Disponible en <http://www.contraloria.gob.pa/inec/>. Recuperado el 12 de septiembre de 2011.
7. MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología. Estimaciones y Proyecciones de VIH en Panamá. Año: 2009.
8. MINSA. Programa Nacional de Sangre. Estadísticas año 2010, presentadas por los Bancos de Sangre Nacionales.
9. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud: Guía para la atención nutricional a personas con VIH. Panamá. 2007

10. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud: Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA. Panamá. 2007.
11. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud: Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH. Panamá. 2007
12. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud: Normas para el manejo terapéutico de las personas con el VIH en la República de Panamá. Panamá. 2007.
13. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá y Colón, agosto 2003.
14. MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA: Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015.
15. ICGES. Departamento de Genómica y Proteómica. Año 2009. Citado por MINSA. Dirección General de Salud. Programa de ITS/VIH/SIDA, Departamento de Epidemiología.
16. ONUSIDA, Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el SIDA: Directrices de Indicadores Básicos para el Seguimiento de la declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.
17. OPS/OMS. VIH y Derechos Humanos. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica. 2007.
18. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Monitoreo Anual realizado por la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del. 2010 y 2011.
19. Ministerio de Gobierno y Justicia, Avanzada COPRECOS LAC. Una Evaluación Biológica y Conductual u Serológica del VIH en Poblaciones seleccionadas de los servicios Uniformados en las ciudades de Panamá y Colón 2011.

ANEXO 1

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

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

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

EJE DE PREVENCIÓN

PRODUCTO:

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

RESULTADO:

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

EJE DE PREVENCIÓN

última relación sexual con pareja no habitual.

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

IMPACTO

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

EJE DE ATENCIÓN

PROCESO:

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

PRODUCTO:

- Porcentaje de adultos y niños(as) con infección por el VIH avanzada que está recibiendo ARV (UNGASS 04 /AU G2a / ODM / FM /).
- Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH (UNGASS 06 / AU E2 / FM).

RESULTADO:

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

IMPACTO:

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

EJE DE MONITOREO

PROCESO:

- Número de encuestas/investigaciones y estudios centinelas realizados.

DERECHOS HUMANOS

- Número de denuncias de Derechos Humanos relacionadas al VIH

ANEXO 2

Fichas técnicas de indicadores reportados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 28:	Porcentaje de pacientes pediátricos que inician TARV con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país
Clasificación	IAT 1P / AU
Definición / Interpretación	Determinar el porcentaje de pacientes pediátricos que inician terapia ARV, a quienes se les prescribe un esquema de tratamiento de primera línea apropiado
Objetivo	Medir el progreso de pacientes pediátricos que inician TARV con un esquema de primera línea
Método e Instrumento de medición	<p>Numerador: Número de pacientes pediátricos que inician TAR con esquema de primera línea</p> <p>Denominador: Número pacientes pediátricos que inician TAR, en un año calendario</p> <p>Reporte de registros diarios/mensuales de las CTARV</p>
Frecuencia de recolección	Mensual
Línea de Base	Desconocido
Responsable	<p>Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA</p> <p>MoniTARV: F-4 (7)</p>
Paquete Básico de Indicadores	Sí
Nota:	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3

Lista de Acrónimos

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