



INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL PAÍS

PANAMÁ, 2014
Período comprendido entre Enero de 2012 y Diciembre de 2013

Panamá, 31 de Marzo de 2014

Con el apoyo técnico y financiero de



Colaboradores/as en el proceso de notificación

Equipo Técnico Coordinador

Dr. Aurelio Núñez Maitín - Jefe del Programa Nacional de ITS, VIH y sida del MINSA
Licda. Rosa Lowe - Coordinadora de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación del PNS
Licda. Hilda Martínez - Consultora Asociada
Dra. Marjolein Jacobs - Regional Strategic Information Adviser, ONUSIDA

Actores claves proveedores de información

Licda. María Carmen Mastelari – Departamento de Epidemiología del MINSA
Dra. Kathia Luciani – Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS
Dra. Dora Stripeaut – Hospital del Niño
Albergue de María – Clínica de TARV Pediátrica de Colón
Dra. Margginna Aranda Muñoz – PNS
Dra. Agustina Carrasco – Representante de TEPHINET
Licda. Janett de Reyes – Clínica TARV Hospital Santo Tomás
Licdo. Ariel Muñoz – PROBIDSIDA
Dr. Víctor Peñafiel – Clínica Amigable Colón
Dra. Josefina De Obaldía – Clínica Amigable Chiriquí
Dr. Carlos Balcázar – Clínica Amigable San Miguelito
Dra. Melva Villa – Clínica Amigable Santa Ana
Licda. Modesta Houghton – Representante de País USAID-PASCA

Colaboradores/as

Licdo. Rigoberto Villarreal – PNS
Licdo. Rafael Pitti – PNS
Licda. Yariela E. Ortega V. – PNS
Licda. Rita Banús – AID for AIDS
Dra. Edilma Berrío – UNFPA
Licdo. Alberto Chacón – Ministerio de Obras Públicas
Licda. Ida Rosa Castillo – MINSA, Promoción
Dra. Fulvia Guerra de Lasso de la Vega – CSS, Programa Materno Infantil
Dr. Víctor Mejía Padilla – OPS/OMS
Licda. Edda Márquez – ICGES, Laboratorio Central de Referencia
Licda. Eliane de Cano – ICGES, Laboratorio Central de Referencia
Licda. Yamitzel Zaldívar – ICGES
Licda. María Teresa de Iglesias – MINSA, Laboratorio
Licda. Yelkys Gill – MINSA, Dirección de Planificación
Licdo. Miguel Sánchez – Grupo Génesis Panamá Positivo
Licdo. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor – DIGESA/SSyR
Dr. Joel Méndez – Representante IntraHealth
Dra. Raquel Gutiérrez de Mock – MINSA
Licdo. Juan Parra – Asociación Nuevos Horizontes

Siglas y Abreviaturas

AMD	Aprendizaje para Mejorar el Desempeño
ANH	Asociación Nuevos Horizontes
API	AIDS Program Index
AU	Acceso Universal
CAI	Cicatelli Associates Inc.
CGR	Contraloría General de la República
CIRH	Centro de Investigación y Reproducción Humana
CLAM	Clínicas Amigables para TS, HSH y trans
CONAVIH	Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH
CONEP	Consejo Nacional de la Empresa Privada
CSS	Caja de Seguro Social
CTARV	Clínica de Terapia Antirretroviral
DIGESA	Dirección General de Salud del MINSA
ENSSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FM	Fondo Mundial
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
ICPN	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales
IMALCS	Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
MEGAS	Medición del Gasto en sida
MINSA	Ministerio de Salud
MyE	Monitoreo y Evaluación
ODC	Optimizar el Desempeño y la Calidad
OG	Organismo Gubernamental
ONG	Organismo No Gubernamental
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PEM	Plan Estratégico Multisectorial de VIH y sida de Panamá
PEMAR	Población estimada en mayor riesgo de VIH
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS
PNS	Programa Nacional de VIH y sida del MINSA
PROBIDSIDA	Fundación Pro Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH-sida
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno infantil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIP	Sistema Informático Perinatal
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno infantil
TSF	Trabajadoras sexuales femeninas
TSM	Trabajadores sexuales masculinos
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID-PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INDICE

1. RESUMEN DE LA SITUACIÓN	5
a. Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe	5
b. Situación de la epidemia	5
c. Respuesta política y programática	8
d. Datos de los Indicadores	11
2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA	21
3. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA	22
a. Prevención	23
b. Apoyo y gestión	25
c. Atención, tratamiento y apoyo	26
d. Cambio en el conocimiento y comportamiento	29
e. Mitigación del impacto	30
4. MEJORES PRÁCTICAS	30
5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS	31
a. Progresos realizados hacia los retos clave notificados durante el examen De mitad de período de la Declaración Política	31
b. Obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación (2012-2013) que retrasaron la respuesta nacional, en general, y el progreso hacia el logro de los objetivos, en particular;	33
6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS	35
a. Apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo	35
b. Medidas que se deben tomar para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Informe Nacional	36
7. ENTORNO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (SyE)	37
a. Panorama actual del Sistema de Seguimiento y Evaluación	37
b. Problemas encontrados en la aplicación de un sistema integral de SyE	38
c. Medidas correctoras planificadas para superar los problemas	38
ANEXOS	40

1. RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

a) Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

No hay lugar a duda de que cada año que el país desarrolla el proceso de notificación de los indicadores que dan cuenta de los avances en la respuesta de país a la epidemia del VIH y sida, existe un mayor compromiso por parte de todos los sectores involucrados para evidenciar un trabajo multisectorial que contribuya a disminuir el impacto del VIH en el país.

Este compromiso se ve reflejado en los aportes del sector gubernamental, ONG's, empresa privada, agencias de cooperación y sociedad civil en general. Cada instancia ha contribuido en la valoración de un importante número de indicadores que este año se presentan en este informe. Tal como se consigna en las Guías de construcción de ONUSIDA, se ha procurado seguir un proceso participativo con todos los sectores, de forma que se pudieron validar los indicadores y hacer una revisión minuciosa de las fuentes de información. Así mismo, los interesados y asociados en el proceso de notificación participaron en importantes reuniones donde se discutieron y analizaron (i) los principales avances del país en el proceso de notificación, (ii) las brechas que persisten en la notificación de algunos indicadores y (iii) las acciones a corto y mediano plazo necesarias para mejorar las notificaciones futuras.

Antes de la presentación oficial del informe, se realizó un primer taller de validación de los datos preliminares e identificación de fuentes de información para la notificación de los indicadores. Se aprovechó este primer espacio para generar un debate en torno al Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) y se llenó dicho formulario mediante un consenso de los sectores (gubernamental y sociedad civil, grupo A y grupo B, respectivamente). El proceso de consultas pudo culminar con la realización de una Reunión multisectorial de socialización de los indicadores y del Informe, de tal suerte que, hasta el último día de la notificación en línea, se pudieron rescatar datos y elementos importantes que enriquecieron la información solicitada en los indicadores básicos. En todas las convocatorias realizadas, se observó una amplia participación de todos los sectores. Para este año, se realizó un proceso paralelo de talleres, reuniones y consultas para la construcción de las estimaciones poblacionales en el programa informático Spectrum, que sirvieron para la definición de los denominadores estimados de algunos indicadores.

b) Situación de la epidemia

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSAL), es la instancia gubernamental que recopila la información epidemiológica, a nivel nacional. Esta fuente ha puntualizado que, desde septiembre de 1984 (cuando se detectó el primer caso de sida en Panamá) hasta diciembre de 2012, se han contabilizado **13 095** casos acumulados de Sida¹, de los cuales **8 731** personas, entre niños y adultos, ya han fallecido, registrándose una tasa de letalidad acumulada del 67%.

¹ Informe Acumulativo de la Situación del Sida. Años 1984-Diciembre 2012. Departamento de Epidemiología. Dirección General de Salud. MINSAL

El grupo etáreo más afectado y/o diagnosticado en fase sida es el de 25-44 años de edad (59.6% de los casos reportados), donde se ubica el segmento de la población que se encuentra en edad reproductiva y que es económicamente activa. Los datos de vigilancia de casos de sida en Panamá, señalan que el 66,7% adquirió el VIH a través de la vía sexual, si bien este dato podría ser superior, ya que el 29,4% se reportó como “no especificado”. Se conoce que del porcentaje de casos sida, cuya transmisión fue la vía sexual, el 50,8% se auto-identificó como heterosexual, el 12.2% como homosexual y el 3.7% como bisexual. En la relación hombre-mujer se registra 3 casos sida en hombres por cada mujer infectada. La transmisión perinatal representa el 2.8% del total de casos reportados.

En relación con los casos reportados en **fase VIH**, el Departamento de Epidemiología reporta que desde el año 2001, cuando comenzó la vigilancia, hasta diciembre de 2012, se han reportado **7 474** personas en estado de infección asintomática por el virus. De estos casos **3035** corresponden al sexo femenino, mientras que **4439** son casos del sexo masculino, con una relación hombre mujer de 1.4/1. El grupo de edad donde se reporta el mayor porcentaje de casos es el de 20-34 años de edad (48% de los casos reportados). La distribución geográfica muestra que la región de Colón, tiene la mayor tasa de casos (451.3 por cada 100,000 hab.), en segundo lugar la región de Guna Yala (398.9 por cada 100,000 hab.) y en tercer lugar la región de Panamá Metro (336.7x100 000 hab.). El último ejercicio de estimaciones realizadas en Panamá (febrero 2014), utilizando el paquete Spectrum, estima la prevalencia en la población de 15 a 49 años en **0,65%**. Ver Cuadro No.1.

Panamá se caracteriza por tener una epidemia concentrada en grupos específicos de trabajadores/as sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero. No obstante, en los últimos años se han enfocado estrategias de intervención en materia de prevención hacia otros grupos prioritarios específicos como lo son: la población indígena, las personas privadas de libertad, jóvenes en riesgo social, personas con VIH, personal uniformado y pacientes con TB.

Se acepta que existe subregistro en las catorce regiones de salud, de manera particular en las zonas indígenas. A pesar de que la infección por el VIH es considerada de notificación obligatoria (Decreto Ejecutivo 268), por diversas razones -distancia geográfica, confidencialidad, entre otras- todavía se dificulta el seguimiento de los nuevos casos y sus contactos. Muchos de ellos son captados cuando las personas acuden a los establecimientos sanitarios solicitando servicios (controles clínicos de gabinete, hospitalizaciones, cirugías, partos, donación de sangre, etc.). No obstante, es importante señalar que a través de la ejecución de Proyectos como la **Iniciativa de Colaboración entre PEMAR y el Sector Público a través del Fortalecimiento Comunitario para Mejorar la Respuesta Nacional de Panamá al VIH (Proyecto PEMAR Panamá)**, con financiamiento de Fondo Global y el **Proyecto de Prevención Combinada en VIH para PEMAR**, financiado por PASMO-PSI-IPPF, mismos que han permitido un mejor acceso de las poblaciones claves a programas de prevención, atención, promoción de pruebas rápidas con consejería, referencias y navegación de casos, se ha logrado la captación de nuevos casos VIH entre poblaciones de trabajadoras/es del sexo, HSH, población gays y personas transgénero.

Por otro lado, los datos evidencian que no hay certeza acerca de la integridad de los reportes procedentes de clínicas, hospitales y laboratorios privados. Esta última situación se evidencia en la notificación de los indicadores que solicitan desgloses por sector público-privado.

Cuadro No.1 Personas en estado de infección asintomática por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Años 2001-2012*

Características Epidemiológicas				
Número de Infectados	Masculino	Femenino	Total	%
Grupos de Edad				
Total	4439	3025	7474	100.0
0-4	91	77	168	2.2
5-9	22	17	39	0.5
10-14	13	17	30	0.4
15-19	134	332	466	6.2
20-24	633	649	1282	17.2
25-29	706	554	1260	16.9
30-34	655	382	1037	13.9
35-39	557	273	830	11.1
40-44	480	232	712	9.5
45-49	354	172	526	7.0
50-54	210	85	295	3.9
55-59	136	44	180	2.4
60 y más	175	68	243	3.3
N.E.	273	133	406	5.4
Distribución Geográfica, según Región				
	Masculino	Femenino	Total	%
Bocas del Toro	37	38	75	69.4
Chiriquí	245	122	367	89.6
Colón	461	601	1062	451.3
Herrera	63	36	99	89.5
Kuna Yala	96	51	147	398.9
Los Santos	51	16	67	74.9
Metro	1340	912	2252	336.7
Panamá Este	152	48	200	255.2
Panamá Oeste	518	293	811	200.2
San Miguelito	572	485	1057	211.0
Veraguas	68	38	106	47.3
Ngabe Buglé	59	31	90	66.2
Coclé	111	77	188	82.8
Darién	13	17	30	55.6
N.E.	653	270	923	

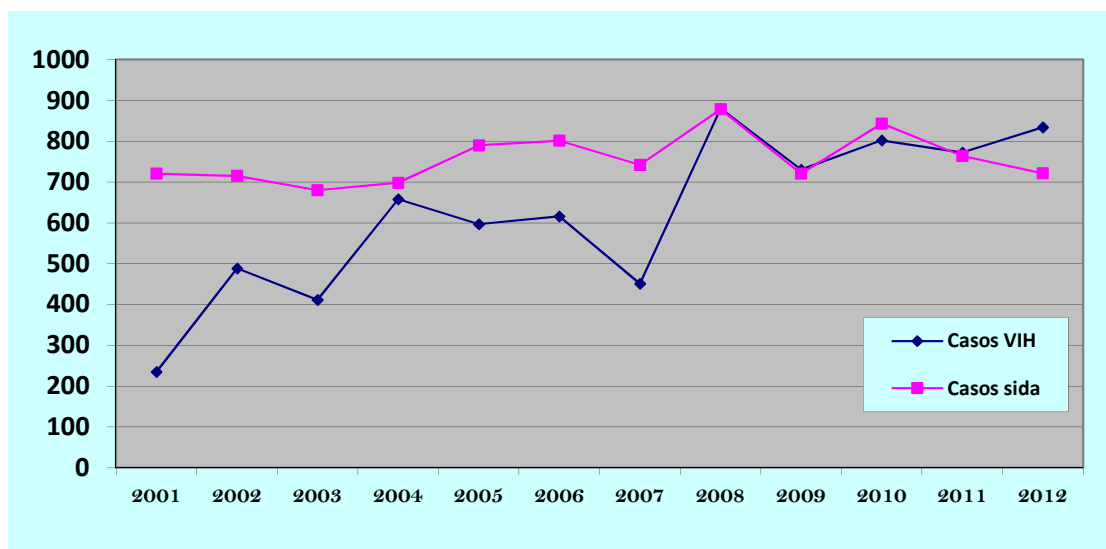
Fuente: Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología
(*) Hasta Diciembre de 2012. Información Preliminar

Durante el año 2012, se captaron **834 personas nuevas** en estado de infección asintomática, siendo el segundo año con más casos (en el 2008 se diagnosticaron 880) reportados desde el 2001. Para el 2012, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo el sida representa la novena causa de muerte en Panamá, con una tasa de **12.6** por cada 100,000 habitantes (18.8 para hombres y 6.4 para mujeres). La Gráfica No.1 muestra una mejora en el diagnóstico

oportuno del VIH, que puede deberse a los esfuerzos por aumentar las coberturas de pruebas de detección del VIH en embarazadas, una mejora en el acceso a pruebas rápidas, voluntarias y con consejería entre poblaciones claves y esfuerzos por mejorar la promoción de las pruebas de detección entre la población general.

Grafica n° 1

Comparación de nuevos casos diagnosticados en Fase VIH y Fase Sida, en el período de 2001-2012, Panamá (1).



(1) Diciembre 2012. Fuente Departamento de Epidemiología del MINSA.

c) Respuesta política y programática

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

En la actualidad, se cuenta con **15** clínicas especializadas de TARV a lo largo y ancho del territorio nacional, 8 de ellas funcionan en Hospitales del MINSA (incluyendo aquí dos hospitales patronatos), 2 en hospitales de la CSS, 4 clínicas funcionan en espacios especialmente habilitados en las direcciones regionales de salud (Chiriquí, Ngabe Buglé, Bocas del Toro y Colón) y una clínica que funciona en el Albergue María de Colón. Según datos actualizados al 2012, son unas **6,411 personas** que están recibiendo tratamiento antirretroviral (260 son niños menores de 15 años y 6,151 son adultos de 15 años y más)

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 dietética, además de trabajo social. Las más recientes acciones de

monitoreo y evaluación, a nivel nacional, apuntan que los tres últimos servicios son los más débiles, fundamentalmente como consecuencia de la escasez de recurso humano.

El más reciente ejercicio de estimaciones, desarrollado con información del 2012, muestra que para el 2013, unas **9,966 personas² (9,707 adultos de 15 años y más y 259 niños)** necesitaron TARV. De éstas unas **6,411** están teniendo acceso a medicamentos antirretrovíricos - asegurados y no asegurados- que fueron captados por el sistema. El Departamento de Epidemiología, basados en los registros de personas vivas (en fase VIH o Sida elegibles para TARV) y el estimado de personas que están teniendo acceso a la TARV, hay una cobertura de **64.3% (6,411/9,966)**, se sabe que son muchas las personas que se infectan y que no reciben terapia antirretroviral gratuita por parte del Estado. El ejercicio de estimaciones realizado este año, estima en unas **15,547 personas³**, entre adultos y niños, que viven con VIH, con diagnóstico o sin él.

Sin descuidar el arduo trabajo y los ingentes esfuerzos por lograr el Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) para las mujeres y los niños y la prevención de la transmisión materno-infantil, a partir del 2011 se concreta la ***Iniciativa de Colaboración entre las poblaciones expuestas a mayor riesgo (PEMAR) y el sector público, a través del fortalecimiento comunitario, para ampliar la respuesta nacional al VIH de Panamá***, dirigida específicamente a población estimada en mayor riesgo de VIH (PEMAR), con el apoyo financiero del Fondo Global. Este Proyecto se yergue con grandes expectativas en lograr la desaceleración de la epidemia entre estas poblaciones, a través de estrategias integrales de prevención, atención y cuidado, sobre la base de los derechos humanos.

En el renglón de **apoyo y compromiso político**, la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH), creada mediante Decreto Presidencial N° 7, del 22 de enero de 2008 actúa como la máxima autoridad responsable de la ejecución del Plan Estratégico Nacional Multisectorial (vigente 2009-2014) y por dicho Decreto, está constituida por una amplia representación de los sectores involucrados en la respuesta a la epidemia. Mientras que se menciona a CONAVIH jugando un rol activo en la crisis de desabastecimiento de antirretrovirales hace 2 años, en contraposición, un estudio reciente de percepción entre actores claves para medir el ambiente político asociado al VIH, define la necesidad de que CONAVIH tenga un mayor liderazgo político en el compromiso y la respuesta nacional, basado en las evidencias de los frecuentes períodos de inactividad de la comisión⁴.

Como parte del liderazgo del Programa Nacional de VIH y sida del MINSA, recientemente los asociados y actores claves de la respuesta nacional al VIH y sida, desarrollaron el proceso de actualización de la planificación estratégica para el período 2014-2019, misma que ha permitido el fortalecimiento de las líneas de trabajo en materia de prevención, atención y cuidado y respuesta multisectorial, con un enfoque transversal en el tema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.

² Tomado en cuenta la estimación inferior 2.50%, realizada con el Programa Spectrum. En el Taller de consenso y validación del Informe e Indicadores, realizado el día 15/04/14, los/as actores claves en consenso tomaron la decisión de utilizar la estimación inferior específicamente para este indicador de cobertura. Para el resto de las estimaciones, se utilizó la estimación media.

³ Tomando en cuenta la estimación media 50%, realizada con el Programa Spectrum

⁴ Panamá: Índice para la medición del esfuerzo de programa de VIH y sida. AIDS Program Index, API 2013. USAID/PASCA

En el tema de normatividad, el país ha logrado avances importantes que han permitido el desarrollo de una serie de directrices y planes estratégicos todos ellos orientados al establecimiento de estándares de atención que redunden en el mejoramiento continuo de la calidad. Aquí enumeramos importantes Normas y directrices desarrolladas:

- ✚ Normas y directrices para la prueba y asesoría del VIH en Panamá. Mayo, 2013
- ✚ Guía para la Asesoría y apoyo psicológico en VIH y sida. Mayo, 2013
- ✚ Plan Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión materno-infantil del VIH y Sífilis en Panamá 2009-2014
- ✚ Normas para el Manejo Terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. Julio, 2011

En monitoreo y evaluación, se ha avanzado con importantes procesos que han permitido primeramente tener un diagnóstico claro de los sistemas de información del país, el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y por otro lado tener una ruta crítica que permita avanzar en la disminución de brechas aún existentes en esta materia. Algunas agencias de cooperación como USAID PASCA, ONUSIDA y UNFPA, han avanzado su agenda para contribuir en el desarrollo de acciones de monitoreo y evaluación a nivel de las regiones de salud del país, permitiendo que el PNS desarrolle los esfuerzos para el seguimiento de indicadores de VIH y sida que aportan importante información a la notificación, a la vez que forman parte de la vigilancia y monitoreo rutinario para verificar el cumplimiento de la planificación estratégica multisectorial.

En septiembre de 2012 se avanzó con la evaluación de medio término del Plan Estratégico⁵ Multisectorial, por medio de la cual se identificaron los objetivos y líneas estratégicas que mostraron avances en la ejecución y se plantearon retos en base a las brechas y rezagos todavía existentes en algunas áreas programáticas de la respuesta nacional.

De esta evaluación surgieron las siguientes recomendaciones:

- Mayor divulgación de las acciones, programas, y decisiones relevantes a la situación del VIH Sida
- Establecimiento de sistemas de comunicación e información efectivos
- Inclusión como política de estado, del componente de educación sexual dentro del currículo educativo
- Considerar los resultados de la evaluación a nivel regional como base para establecer mejores acciones de coordinación interinstitucional y establecimiento mejores planes de monitoreo sectorial – regional.
- Fortalecer los recursos humanos, los abastecimientos anticipados de insumos como: condones, lubricantes a base de agua, medicamentos
- Revisar e incrementar el presupuesto para dar una adecuada respuesta a la situación del VIH Sida en el país y motivar a las instituciones que realicen sus correspondientes aportaciones
- Realizar capacitaciones en temas de abogacía y otros temas relacionados con el PEM

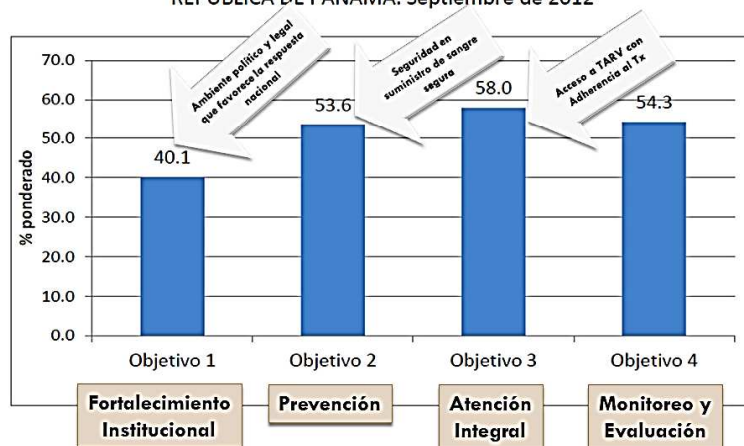
⁵ Informe de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores: Año, 2012. MINSa, PNS, USAID-PASCA. Septiembre de 2013.

- Mejorar el sistema de monitoreo y evaluación y un mejor establecimiento de políticas tendientes a fortalecer los sistemas de comunicación e información de manera integral.

Principales Conclusiones del Proceso de Evaluación de Medio Término del PEM (Septiembre, 2012)

Niveles de Percepción de Cumplimiento por Eje

Gráfica 14. PORCENTAJE PONDERADO PROMEDIO, RESPECTO A LA PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PEM 2009-2014, REPÚBLICA DE PANAMÁ. Septiembre de 2012



Fuente: Informe de Evaluación de Medio Término del PEM 2009-2014. MINSA, PNS, USAID-PASCA. Mendoza, E.

- Fortalecer los sistemas de información estadística, con el fin de contar con datos estadísticos confiables, pertinentes y oportunos para así monitorear objetivamente la situación del VIH Sida ITS en el país.

En mayo de 2013, ONUSIDA coordinó el proceso de evaluación de medio término de la Declaración Política sobre el VIH, que integró a todos los sectores activos de la respuesta nacional en el país y facilitó una amplia discusión en mesas de trabajo para identificar logros, brechas y acciones concretas que es necesario avanzar para el cumplimiento de los 10 objetivos planteados a 2015. Los resultados de este proceso de consulta nacional son abordados con más detalles en la sección 5.a y 5.b de este informe.

d) Datos de los Indicadores del Informe Nacional sobre los Progresos realizados

En el actual proceso de notificación el país deberá reportar un total de **54 indicadores**. La unión de los indicadores GARPR con los indicadores de acceso universal fue el principal desafío a enfrentar, debido a que todavía persisten brechas en la notificación de algunos importantes indicadores, principalmente aquellos que están enfocados en los programas de atención rutinaria locales que se desarrollan en las instalaciones de salud. La falta de sistematización de ciertos datos en estos niveles, provoca la ausencia de información que alimenta los indicadores de la notificación. No obstante, como una respuesta efectiva para ir disminuyendo las brechas en la notificación, el Programa Nacional de VIH y sida del MINSA, a través de la Unidad Técnica de MyE, ha venido incorporando años tras años, los nuevos

indicadores básicos de la Declaración y de OPS/OMS, a los informes de monitoreo y evaluación que realiza anualmente y a la supervisión capacitante de las unidades de enlace de MyE de cada región, brindando asistencia técnica para que desde las regiones de salud, se identifiquen las necesidades de los sub-sistemas de información para que éstos puedan responder de forma eficiente a las desagregaciones requeridas en las plataformas de notificación de los indicadores.

Se determinó que el grupo de indicadores **2.1 al 2.7**, relacionados con usuarios de drogas inyectables no son aplicables para el país, en tanto que, para los indicadores **10.1 y 10.2**, que dan cuenta de la situación de niños y huérfanos afectados por VIH que asisten a la escuela y que han recibido apoyo económico, no existe actualmente información sistematizada. El resumen de la notificación se presenta en el recuadro anexo, donde se define expresamente, la cantidad de indicadores para los cuales el país aportó datos de forma total o parcial, los indicadores que, aunque prioritarios, no se dispone de información y aquellos que por el comportamiento de la epidemia, no aplican para la notificación.

Es conveniente señalar que el nuevo ejercicio de las estimaciones epidemiológicas (febrero 2014) movió el tablero de notificación de algunos indicadores, cuyos denominadores están basados precisamente en estas estimaciones. En las consultas realizadas con los actores claves de la lucha contra el VIH y sida en el país, se resaltó la inquietud de poder utilizar en los denominadores cifras reales resultado de los registros de los programas; no obstante, se llegó al acuerdo y aceptación de la necesidad de utilizar los denominadores estimados precisamente para lograr la homologación y la comparabilidad de los datos con otros países y regiones.

Este año se integraron a la notificación en línea los indicadores de OPS/OMS, y en este sentido, es importante señalar que se agregaron nuevos indicadores a la notificación. Indicadores como **1.16.1** (Desabastecimiento de pruebas rápidas en instalaciones de salud); **3.5** (Embarazadas cuyo compañero se hizo la prueba de VIH); **4.7b** (Personas en TARV que se hacen prueba y se determina carga viral indetectable); **5.2** (Personas VIH+ incorporadas por primera vez en la atención, que se le detectó Tb activa); **5.3** (Adultos y niños incorporados por primera vez en la atención por VIH, que inician profilaxis con izoniazida); **5.4** (Adultos y niños cuyo estado con respecto a la Tb se determinó en la consulta más reciente), no pudieron ser notificados en esta ronda.

Cuadro No.1
Tabla General de los Indicadores Básicos para la elaboración del Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el sida

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
OBJETIVO 1. REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE TRANSMISIONES SEXUALES DE VIH PARA EL 2015.		
POBLACIÓN GENERAL		
1.1. Jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	% que contestó correctamente las 5 preguntas: 13.6% Varones: 12.4%; Mujeres: 14.8%
1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	Total: 16.9% Varones: 22.6%; Mujeres: 10.9%
1.3. Múltiples parejas sexuales: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	Total: 45.1% Varones: 50.4%; Mujeres: 39.7%
1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual: Porcentaje de mujeres y varones 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	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	Total: 19% Varones: 56.4%; Mujeres: 12.2%
1.5. Prueba del VIH en la población general: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	Total: 14.0% Varones: 10.8%; Mujeres: 15.3%
1.6. Prevalencia del VIH entre los jóvenes: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	Fuente: Registros de Vigilancia Epidemiológica. Año 2010	Total: 0.3% Edad 15-19: 0.2% Edad 20-24: 0.3%
OBJETIVO 1. REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE TRANSMISIONES SEXUALES DE VIH PARA EL 2015.		
PROFESIONALES DEL SEXO		
1.7. Profesionales del sexo. Programas de Prevención: Porcentaje de profesionales del		Relevante para el país, pero no hay información disponible

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
sexo al que le han llegado programas de prevención		
1.8. Profesionales del sexo. Uso del preservativo: Porcentaje de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente	Fuente: Datos para TSF corresponden al Estudio TRaC de VIH/SIDA (Panamá 2012). USAID-PASMO-PSI-IPPF-CAI, con una muestra de 648 TSF. Datos de TSM corresponden al Estudio TRaC de VIH/SIDA (Panamá 2012). USAID-PASMO-PSI-IPPF-CAI, con una muestra de 201 TSM.	Profesionales del Sexo Muestra Total: 938 TSF: 90.6% TSM: 85.6% Trans: 88.8%
1.9. Pruebas del VIH en los profesionales del sexo: Porcentaje de profesionales del sexo que se ha realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados	Datos de población transgénero corresponden al Estudio TRaC de VIH/SIDA (Panamá 2012). USAID-PASMO-PSI-IPPF-CAI, con una muestra de 89 trans.	Profesionales del Sexo Muestra Total: 1,289 TSF: 86.3% TSM: 13.4% Trans: 6.7%
1.10. Prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo: Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH	Fuente: Datos de la Vigilancia Centinela en las Clínicas Amigables (CLAM) de Santa Ana, San Miguelito, Colón y Chiriquí. Año 2013	Muestra Total: 179 Todos/as: 5.03% Hombres (HSH): 20% Mujeres (TSF): 1.9% Trans: 31.6% <25 años: 6.4% 25+: 4.5%
OBJETIVO 1. REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE TRANSMISIONES SEXUALES DE VIH PARA EL 2015.		
HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES		
1.11. Programas de Prevención: Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	Fuente: Datos de Vigilancia de Comportamiento en las 4 Clínicas Amigables de Santa Ana, San Miguelito, Colón y Chiriquí. Año 2013	HSH Muestra: 112 % de HSH que respondieron Sí a ambas preguntas: 77.7% <25 años: 75.5% 25 años y +: 79.7% % de HSH que respondieron Sí a Preg.1 (Sabe adónde ir si desea hacerse prueba de VIH?): 82.1% <25 años: 77.4% 25 años y +: 86.4% % de HSH que respondieron Sí a Preg.2 (Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses?): 81.3% <25 años: 77.4% 25 años y +: 84.7%
1.12. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Fuente: Estudio TRaC de VIH/Sida en HSH en Ciudad de Panamá y Colón. Panamá, 2012. 1era Ronda Nacional. USAID/Proyecto Prevención Combinada, PASMO, PSI, IPPF, CAI, Milk and Cookies.	HSH Muestra: 596 78%
1.13. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los	Fuente: Panamá (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Ciudad de Panamá y Colón. Panamá. 1era Ronda Nacional. USAID, PASMO, PSI, IPPF,	HSH Muestra: 596 (la muestra excluye HSH que son TSM y trans) Total: 8.1% <i>Desagregación por edad: No</i>

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
resultados	CAI, Milk & Cookies	disponible
1.14. Prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que viven con el VIH	Fuente: Datos de Vigilancia de Comportamiento en las 4 Clínicas Amigables de Santa Ana, San Miguelito, Colón y Chiriquí.	HSH Muestra: 111 Total: 19.8% HSH <25: 17.6% HSH 25+: 21.7%
C. PRUEBAS Y ORIENTACIÓN		
1.16. Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres de 15 años de edad y más (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	C) Número de embarazadas de 15 años y + (del número total anterior-A) a las que se les realizó la prueba y se le brindó orientación en los últimos 12 meses, que recibieron el resultado: 68,822 Mujeres de 15-19: 14,683 Mujeres de 20-24: 18,908 Mujeres de 25+: 35,231
1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (AU) nuevo!		Relevante para el país, pero no hay información disponible
1.17 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
1.17.1. Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se le realizó la prueba de detección de sífilis (AU)	Nota: La información para estos indicadores se obtiene de la Base de Datos del Sistema de Información Perinatal (SIP), el cual está siendo implementado a nivel nacional. Actualmente se trabaja en la depuración de la base de datos para disminuir el sub-registro de las atenciones, así como la CSS y MINSA suman esfuerzos para la consolidación de la base de datos del SIP en una sola, que pueda generar información de indicadores claves para medir el acceso y la calidad de atención.	Porcentaje de embarazadas a las que se hizo prueba de sífilis en la primera consulta prenatal: NO DISPONIBLE Porcentaje de embarazadas a las que se hizo prueba de sífilis en cualquier consulta prenatal: NO DISPONIBLE
1.17.2. Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para la sífilis (AU)		INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
1.17.3. Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para sífilis que recibieron tratamiento (AU)		INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
1.17.4. Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa (AU)	Fuente: Vigilancia Centinela de las Clínicas Amigables para TSF. Año 2013 Adicionalmente se incluyó nota de referencia del Estudio de Prevalencia del VIH y otras ITS en TSF y HSH de las Provincias de Panamá, Chiriquí y Colón. ICGES, MINSA, 2011	TSF: 6.6% (9/136) Nota Adicional: Muestra de TSF: 999 (ICGES) Prevalencia de sífilis: 3.8% (6.6% en TSF no registradas y 2.1% en TSF registradas)
1.17.5. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con	Fuente: Datos de Vigilancia de Comportamiento en las 4 Clínicas	Porcentaje: 29.2% (35/120)

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
hombres con sífilis activa (AU)	Amigables de Santa Ana, San Miguelito, Colón y Chiriquí. Año, 2013 Incluye, además 6 unidades del Laboratorio de PROBISIDA (2013)	
1.17.6. Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	Número notificado de adultos con sífilis durante el período de notificación: 1,334 Mujeres: 652 Hombres: 682
1.17.7. Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos o mortinatos) en los últimos 12 meses (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	Numerador: Número: 113 Denominador: 75,484 nacidos vivos
1.17.8. Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	Total de Hombres: 731
1.17.9. Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	No Disponible
1.17.10. Número notificado de hombres con úlcera genital en los últimos 12 meses (AU)	Fuente: Datos del Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012	Total: 363 Hombres: 110 Mujeres: 253
1.18. Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para la sífilis (AU)		Relevante para el país, pero no hay información disponible
OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES PARA EL 2015		
2.1. UDI's: Programas de Prevención		No aplica para el país.
2.2. UDI's: Uso del preservativo		
2.3. UDI's: Prácticas de inyección seguras		
2.4. Pruebas de VIH en usuarios de drogas inyectables		
2.5. Prevalencia del VIH en usuarios de drogas inyectables		
2.6.a. Número estimado de consumidores de opiáceos (inyectables y no inyectables)		
2.6.b. Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos		
2.7.a. Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas		
2.7.b. Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos		
OBJETIVO 3. ELIMINAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH PARA EL 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA		
3.1. Prevención de la TMI: Porcentaje de embarazadas sero-positivas que recibe medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	Fuentes: Numerador: Análisis y revisión documental de Registros Estadísticos de las CTARV. Denominador 2010, 2011 y 2012: Estimaciones Spectrum.	2010 144/177= 70.6% 2011 180/200= 90.0% 2012 159/200= 79.5%
3.1.a. Prevención de la TMI durante el período de lactancia: Porcentaje de mujeres seropositivas que recibe profilaxis antirretrovírica para su salud o la de sus bebés durante el	NO APLICA PARA PANAMA	

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
periodo de lactancia		
3.2. Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas que recibieron una prueba virológica del VIH en sus dos primeros meses de vida	<p>Fuente del Numerador: Registros médicos del Hospital del Niño; Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS, Hospital de Chiriquí, Albergue de María (CTARV Pediátrica de Colón) y CTARV de Coclé, Veraguas, Ngabe Buglé, Bocas del Toro y Kuna Yala: Año 2011, 2012 y 2013</p> <p>Fuente del Denominador: Número real de embarazadas con VIH que dieron a luz en 2013, según datos de Vigilancia Epidemiológica.</p>	<p>2011 123/204 = 60.3%</p> <p>2012 65/184 = 35.3%</p> <p>2013 121/160 = 75.6%</p>
3.3. Transmisión infantil del VIH [modelada] Porcentaje estimado de infecciones por el VIH en hijos de madres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.	<p>Fuente 2011 y 2012: Registros médicos del Hospital del Niño; Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS y Hospital de Chiriquí, Albergue de María (CTARV Pediátrica de Colón) y CTARV de Coclé, Veraguas, Ngabe Buglé, Bocas del Toro y Kuna Yala. Año 2013</p> <p>Fuente 2013 para Numerador: No. estimado de nuevos casos de niños seropositivos (Spectrum). Estimación baja (<25%)</p> <p>Para Denominador 2013: No. estimado de mujeres VIH+ que dieron a luz en los 12 meses previos (Spectrum, estimación media 50%)</p>	<p>2011 1/204 = 0.5%</p> <p>2012 5/200 = 2.5%</p> <p>2013 8/200 = 4%</p>
3.4. Porcentaje de embarazadas a las que se le realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron resultados, ya sea durante el embarazo, el parto o post parto (≤ 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente.	Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA. Año 2012.	68,822/74,722=92.6%
3.5. Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas en control pre-natal cuya pareja masculina se hizo una prueba de VIH en los últimos 12 meses		Relevante para el país, pero no hay información disponible
3.6. Porcentaje de embarazadas VIH+ a las que se le realizó un aprueba de CD4	<p>Fuente del Numerador: Registros de Atención de las Clínicas TARV a nivel del país.</p> <p>Fuente del Denominador: Estimación de embarazadas seropositivas para VIH obtenido con Spectrum.</p>	<p>2011 144/204= 70.6%</p> <p>2012 180/200= 90.0%</p> <p>2013 159/200= 79.5%</p>

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
3.7. Porcentaje de infantes nacidos de madres VIH+ que están recibiendo profilaxis ARV para prevenir la TMI en las primeras seis semanas de vida	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2013 Fuente del Denominador: Estimación de Spectrum	2011 123/204= 60.3% 2012 192/200= 96.0% 2013 160/200= 80.0%
3.9. Porcentaje de infantes nacidos de madres VIH+ que inician terapia con cotrimoxazole en los dos primeros meses de su nacimiento	Fuente del Numerador: Informe Nacional de M&E. PNS del MINSA, Año 2013 Fuente del Denominador: Estimación de Spectrum	2011 143/204= 70.3% 2012 168/200= 84.0% 2013 147/200= 73.5%
3.10. Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, sustitutos de leche materna o combinación/otros) de niños nacidos de madres VIH+		Año 2010 = 139 Año 2011 = 198 Año 2012 = 160
3.11. Número de mujeres embarazadas atendidas en servicios de atención pre-natal al menos una vez durante el período de notificación	Esta información corresponde exclusivamente de los datos registrados en las instalaciones de salud del MINSA, no incluye las mujeres embarazadas atendidas en las instalaciones de salud de la CSS. Años 2010, 2011 y 2012. Fuente: Anuario Estadístico 2010, 2011 y 2012 del MINSA.	Año 2010 = 31,622 Año 2011 = 31,178 Año 2012 = 34,311
3.12. INDICADORES ESPECÍFICOS PARA LA OPS (AU)	3.12.1 No. de niños nacidos de madres VIH+ (“recién nacidos expuestos al VIH”) en el 2012	Año 2012: 173
	3.12.2 No. de niños nacidos de madres VIH+, clasificadas como con estado serológico indeterminado (es decir, mujeres cuyo seguimiento no fue posible, que fallecieron antes del Dx definitivo o con resultados de laboratorio indeterminado)	Año 2012: 13
	3.12.3 No. de niños nacidos de madres VIH+ (“recién nacidos expuestos al VIH”) que recibieron un Dx positivo del VIH, en el 2012	8
	3.12.4 No. de niños nacidos de madres VIH+ (“recién nacidos expuestos al VIH”) que recibieron un Dx negativo del VIH, en el 2012	152
OBJETIVO 4. FACILITAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO CAPAZ DE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA 2015		
4.1. Porcentaje de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento ARV de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	Numerador: Análisis y revisión documental de Registros Estadísticos de las CTARV. Denominador 2012: Estimaciones del Depto. de Vigilancia Epidemiológica del MINSA. Ejercicio Preliminar 2014.	2010 5,156/8,210 = 62.8% 2011 5,924/8,000 = 74.1% 2012 6,411/9,966 = 64.3%

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
	Programa Spectrum. Estimación baja (<2.5%)	
4.2a Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo	Este indicador se reporta con 402 personas que permanecían en tratamiento 12 meses después de iniciarlo. Se toma de la muestra de las 13 CTARV que reportaron datos. Sin embargo, estas 13 CTARV representan el 30.7% (1969) del total de personas en TARV, ya que las dos clínicas que atienden miles de pacientes les fue imposible aportar el dato.	
4.2b Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo 4.2c Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo		Relevante para el país, pero no hay información disponible
4.3.a Instalaciones de salud que ofrecen TARV	Fuente del Numerador: Informe Nacional de M&yE. PNS del MINSA, Año 2012	15
4.3.b Instalaciones de salud que ofrecen TARV pediátrico	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2012	9
4.4. Porcentaje de establecimientos que dispensan ARV que han experimentado desabastecimientos de por lo menos 1 medicamento en los últimos 12 meses	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2012	2010: 12/15 = 80% 2011: 11/15 = 73.3% 2012: 14/15 = 93.3%
4.5. PAHO: Porcentaje de personas VIH+ con un primer recuento de células CD4 de <200 células/ul		Relevante para el país, pero no hay información disponible
4.6.a Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2012	6,411
4.6.b Número de adultos y niños incorporados por 1ª vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2012	1,501
4.7.a Porcentaje de personas en TAR a las que se le realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión viral	Fuente del Numerador: Informe Nacional de MyE. PNS del MINSA, Año 2012. Cálculo mediante muestra de 12 Clínicas TARV	2012: 1,266/2,911=43.5%
4.7.b Porcentaje de personas en TAR a las que se le realizó la prueba de la carga viral y que registraron ≤1.000 copias tras 12 meses de tratamiento		Relevante para el país, pero no hay información disponible
OBJETIVO 5. REDUCIR AL 50% EL NÚMERO DE MUERTES POR TB ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL 2015		
5.1. Porcentaje estimado de los casos de incidencia de persona seropositivas que padecen TB, que reciben tratamiento tanto para la tuberculosis y el VIH	Numerador: Informe Nacional de M&E. PNS del MINSA, Año 2010 Denominador: Estimaciones de OPS/OMS disponibles en http://www.who.int/tb/country/en	2012: 224/230=97.4%
5.2. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se		Relevante para el país, pero no hay información disponible

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
han incorporado por 1ª vez en la atención a las que se le detectó Tb activa		
5.3. Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que inician profilaxis con isoniazida		Relevante para el país, pero no hay información disponible
5.4. Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH, cuyo estado con respecto a la TB se determinó y consignó en la consulta más reciente		Relevante para el país, pero no hay información disponible
OBJETIVO 6. ALCANZAR UN NIVEL SIGNIFICATIVO DE INVERSIONES POR AÑO A NIVEL MUNDIAL (22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES USD) EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS		
6.1. Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación.	Fuente: Informes MEGAS.	Año 2007: 23,4 millones USD Año 2008: 21,1 millones USD Año 2010: 24,3 millones USD
OBJETIVO 7. ACABAR CON LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO		
7.1. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente: Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). Año 2009. ICGES, CIRH, MINSA, CGR, UNFPA. Datos Finales.	Total de Mujeres: 14.5% Mujeres 15-19años: 12% Mujeres 20-24 años: 11.7% Mujeres 25-49 años: 15.1%
OBJETIVO 8. ACABAR CON EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN		
8.1 Actitudes discriminatorias ejercidas contra personas que viven con el VIH	Estigma y Discriminación en relación con el VIH y sida en Panamá. Encuesta de Opinión Pública, Abril 2012. Empresa CID Gallup para USAID PASCA.	% de entrevistados que responde “no” o “depende” a la pregunta 1 (¿Comprarías verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?): SIN INFORMACIÓN % de entrevistados que responde “no” o “depende” a la pregunta 2 (¿Cree que los niños que viven con VIH deben acudir a la escuela con los niños seronegativos?): SIN INFORMACIÓN RESPUESTA PROXY: Porcentaje de encuestados que contestaron “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo” a la pregunta “¿Cree usted que los niños/as con VIH o sida deberían recibir educación aparte?”: 35.7%
OBJETIVO 10. REFORZAR LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIH		

Indicadores	Instrumento de medición y Fuente del dato	Resultados del Indicador
10.1 Asistencia escolar de los huérfanos	Relevante para el país, pero no se cuenta con información que aporte al Indicador.	<p>PARTE A: Numerador: No. de niños (10-14) que han perdido ambos padres y que asisten a la escuela primaria o secundaria Denominador: No. de niños que han perdido ambos padres</p> <p>PARTE B: Numerador: Niños (10-14) con ambos padres vivos que conviven con al menos uno de los padres y que acuden a la escuela primaria o secundaria Denominador: Niños con ambos padres vivos y que conviven con al menos uno de los padres</p>
10.2 Apoyo económico a los hogares pobres	Relevante para el país, pero no se cuenta con información que aporte al Indicador.	Numerador: No. de los hogares más pobres que recibieron cualquier tipo de ayuda económica externa durante los últimos 3 meses Denominador: Número total de hogares más pobres

2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Para el año 2013, las estimaciones de prevalencia por VIH para población general (15 a 49 años de edad) pautaban un **0,65%**. Así lo indicó el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Sobre prevalencia, cabe mencionar que el Estudio Multicéntrico 2004-2005, releva una prevalencia de 10,6% y 2%, en las subpoblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadoras del sexo femeninas, respectivamente. No se dispone de datos sobre trabajadores del sexo masculino. En este mismo orden, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud desarrolló el Estudio Multicéntrico de Vigilancia del VIH y otras ITS en población de trabajadoras sexuales y HSH de la Ciudad de Panamá, Colón y Chiriquí:

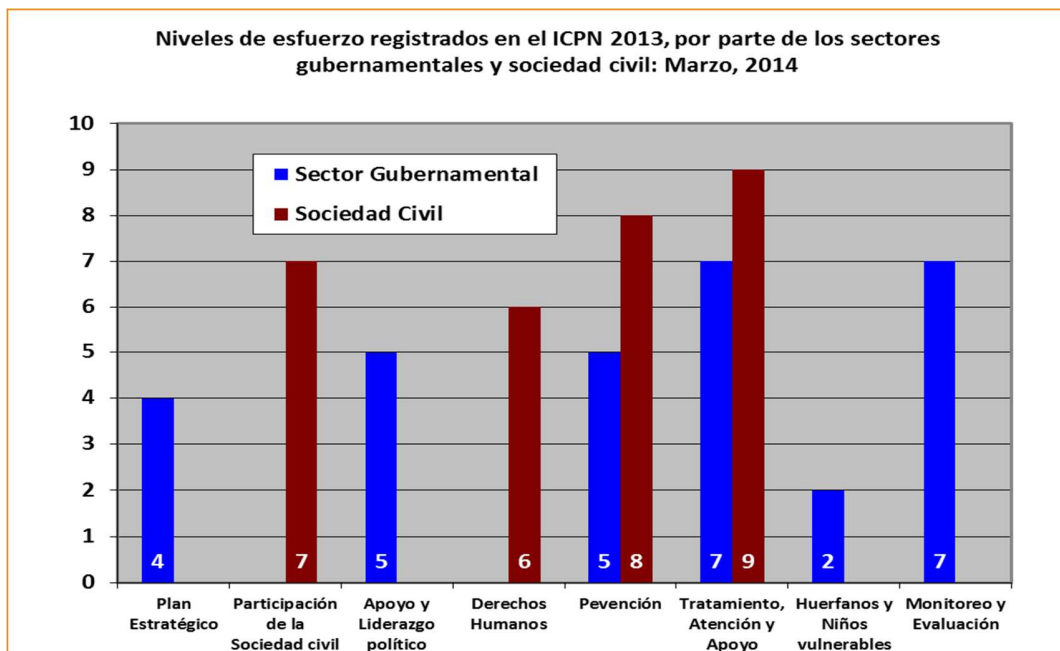
- Una prevalencia global de **0.7% para el VIH entre TS** [1.6% para TS no registradas (n=379) y 0.2% para TS registradas (n=620)]
- Una prevalencia global de **22.88% para VIH entre HSH**

**Algunos datos claves derivados del proceso de estimaciones
con Spectrum: 2013**

Indicadores	Valores Estimados
Adultos y niños con VIH	15,547
Adultos VIH mayores de 15 años	15,278
Mujeres VIH mayores de 15 años	4,563
Prevalencia de VIH en población 15-49 años	0.65%
Prevalencia de VIH en hombres 15-24 años	0.37%
Prevalencia de VIH en mujeres 15-24 años	0.25%
Nuevas infecciones del VIH en adultos	965
Nuevas infecciones del VIH en niños	11
Número de personas que necesitan TARV (adultos)	11,234
Número de personas que necesitan TARV (niños)	266
Número estimado de mujeres embarazadas positivas	200
Número de nuevas infecciones de VIH	976
Número de niños que necesitan cotrimoxazole (0-14)	545
VIH EN SUBPOBLACIONES	
Población HSH con VIH	6,664
Prevalencia de VIH en HSH (15 a 49)	16.11%
Nuevos casos de VIH en HSH	440
Necesidad total de TARV en HSH	4,866
Población TS con VIH	420
Prevalencia de VIH en TS (15 a 49)	1.95%
Nuevos casos de VIH en TS	77
Necesidad total de TARV en TS	314

3. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

El Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) toca los diferentes aspectos en torno a la respuesta del país para reducir el impacto de la epidemia del VIH/sida. A través del abordaje a actores claves del sector gubernamental (Grupo A) y del sector de la sociedad civil (Grupo B) se identificaron los avances y las limitaciones en las áreas de prevención, atención, tratamiento, apoyo, cambio en el conocimiento y comportamiento, así como la mitigación del impacto.



a. Prevención

Los esfuerzos e iniciativas en el área de prevención se han fortalecido en los últimos tres años, específicamente las acciones que se ejecutan a través del Proyecto PEMAR Panamá, financiado por Fondo Mundial, con la ONG Ciatelli Associates Inc. (CAI Global), como receptor principal e importantes ONG's que trabajan con población de TS, HSH y trans en Panamá. En el Boletín 3 de marzo de 2014, CAI resalta algunas coberturas importantes alcanzadas con poblaciones claves. En el PUDR (Progress Update Disbursement Request) o Informes de Avances y Solicitud de Desembolsos, se presentan importantes indicadores

que reflejan el trabajo de los sub-receptores con sus pares en las intervenciones de prevención del VIH en campo. Ver figura 1.



Figura 1.
PUDR – P4
Indicadores de Resultado alcanzados en el Proyecto PEMAR Panamá

En relación con el gasto en VIH y SIDA en Panamá, para el año 2010⁶, se registró en **B/.24,275,360**, cifra que se muestra consistente en los últimos años; de este total, B/.15,702,066 que representa el 65%, corresponde al gasto efectuado por el Sector Público, B/.7,045,659 que representa el 29%, es el gasto que efectuó el Sector Privado y B/.1,527,635 millones de balboas que representa el 6% del gasto correspondiente a los Organismos Internacionales.

Al analizar los indicadores que están directamente relacionados con el impacto de las estrategias de prevención tanto en población general, como en grupos específicos con mayor exposición al VIH; se tiene valoraciones para los Indicadores del 1.1 al 1.14. La Encuesta Nacional de SSR (ENASSER) ejecutada en el 2009 y aplicada a una muestra representativa poblacional de 8,624 personas, registra que un 14% de la población de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad se sometieron a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados. Los porcentajes varían de acuerdo al sexo (10.8% para varones y 15.3% para mujeres).

En poblaciones específicas mayormente expuestas al VIH, como las TS y HSH, la Encuesta de Comportamiento aplicada por PASMO en 2012 define un valor del **86.3%** de TS femeninas (n=648) que declaran que se sometieron a la prueba de VIH y conocen los resultados. Dicho Estudio TRaC de VIH/SIDA en Hombres que tienen sexo con otros Hombres en Ciudad Panamá y Colón (Pasma 2012) registra un porcentaje del **8.1%** en realización de pruebas. Esta última muestra incluye solo los HSH, no así los HSH que hacen trabajo sexual, ni la población trans (13.4% para HSH trabajadores sexuales y 6.8% para trans, respectivamente).

Un dato importante a ser resaltado en relación a las Encuestas de Vigilancia de Comportamiento tomadas como referencia y fuente de información para aportar a los Indicadores de poblaciones más expuestas; es que dichas muestras no son representativas de toda la población de TS y HSH del país y adicionalmente son poblaciones con un fuerte grado de intervención por parte de PASMO. Es por ello, que algunos de los resultados para estas poblaciones sugieren altos niveles de conocimientos en materia de VIH.

En el contexto de la empresa privada, en diciembre de 2011 se lanza el Programa de la **“Cinta Roja Empresarial”**, cuya misión es movilizar el sector empresarial para la inclusión de la prevención del VIH/Sida en sus prácticas de Responsabilidad Social Empresarial, compartiendo experiencias exitosas para el control de este padecimiento en el radio de alcance de las empresas, que cubre: colaboradores y sus familias, la cadena de valor y las comunidades vecinas. Actualmente unas 15 empresas forman parte de esta red, que a su vez cuenta con el apoyo técnico de OPS/OMS, USAID, PROBIDSIDA, MINSA Y CONEP y el apoyo operacional de la Empresa ODEBRECHT y la Cervecería Nacional de Panamá.

En el Foro Empresarial de VIH realizado en la Ciudad de Panamá, en 19 de noviembre de 2013, Alfredo Burgos – Director Ejecutivo de CONEP presentó la Respuesta Empresarial al

⁶ Informe de Medición de Gasto en Sida de Panamá (MEGAS). Año 2010. MINSA/PNS

VIH con sus avances y perspectivas. En dicha presentación se resalan los siguientes avances:

- 24 empresas integran actualmente el Programa Cinta Roja Empresarial
- En 2013, 6 de 12 empresas tienen políticas de prevención de VIH/sida diseñadas
- Para el 2011, el 30.67% de los colaboradores de todas las empresas participantes del Programa se había realizado prueba de VIH. Un 28% de colaboradores para el 2012 y 27% para el 2013
- En números absolutos, para el año 2011, **5,216** colaboradores (15-49 años) se sometió a la prueba de VIH y conoció sus resultados. Para el 2012 la cifra aumenta a **6,220** y para el 2013 se registraron **8,011 colaboradores**.
- Entre el 2011 y 2013, unos **290 promotores** fueron formados. En este mismo período se ha asignado un monto de B/. 318,800.00 por parte de las empresas para actividades de promoción y prevención en ITS, VIH y sida y **22,984** colaboradores han asistido a jornadas de sensibilización.

La estrategia se enmarca en el desarrollo e implementación de políticas en el lugar de trabajo por parte de las empresas y un importante número de estrategias que van desde la sensibilización, pruebas voluntarias con consejería, hasta la formación de agentes educadores.

b. Apoyo y gestión

En relación al tema, en el ICPN se definen dos secciones que aportan elementos cuali-cuantitativos para identificar los avances en esta área. Mientras que para la sección “Planificación Estratégica” del ICPN el sector gubernamental define un nivel de esfuerzos de **4** en escala de 0 a 10 para la pregunta *¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2013?*; el sector de la sociedad civil asigna una puntuación de **7** ante la calificación de los *esfuerzos destinados a aumentar la participación de este sector en el 2013*.

Este mismo instrumento refleja una puntuación de **5** por parte del sector gubernamental al calificar el *apoyo y liderazgo político al programa de VIH en 2013*.

Para el 2010, según el Informe del Gasto Nacional en SIDA (MEGAS), el gasto fue estimado en USD 24,275,360, mientras que para el 2007 dicho gasto se registró en USD 23,429,708. Por fuentes de financiamiento se registra para el 2008, USD 15.7 millones aportados al gasto desde el sector público, USD 7.0 millones aportados desde el sector privado y USD 1.5 millones desde los organismos internacionales. Al analizar el gasto por grado de participación de los diferentes programas, se observa que Prevención y Atención y Tratamiento fueron los rubros por los cuales se generó mayor gasto en la respuesta para el 2010 (49.9% y 42.7%, respectivamente). No obstante, es importante señalar que el gasto del 2010 en comparación con el 2008 se incrementó en el rubro de prevención en un 20%. El siguiente cuadro muestra los valores definidos para el Gasto en SIDA del 2010.

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

Fuente:MEGAS 2010

c. Atención, tratamiento y apoyo

En este tema, el ICPN revela una calificación en el nivel de esfuerzo por parte del sector gubernamental para la pregunta *¿cómo calificaría los esfuerzos de implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?* de 7, mientras que para la pregunta *¿cómo calificaría los esfuerzos por satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2013?*, dieron una calificación de 2.

En este mismo orden, la sección V (Tratamiento, Atención y Apoyo) del ICPN, evaluada bajo la percepción de la sociedad civil define en 9 (en una escala de 0 a 10-Excelente), la puntuación para los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en el 2013.

La medición del gasto en SIDA para el 2010, registra que el país derivó para atención y tratamiento un total de USD 10,358,532 y fue el sector gubernamental que registró el mayor grado de participación en dicho gasto, con un 98.86% de representatividad en relación con los demás sectores.

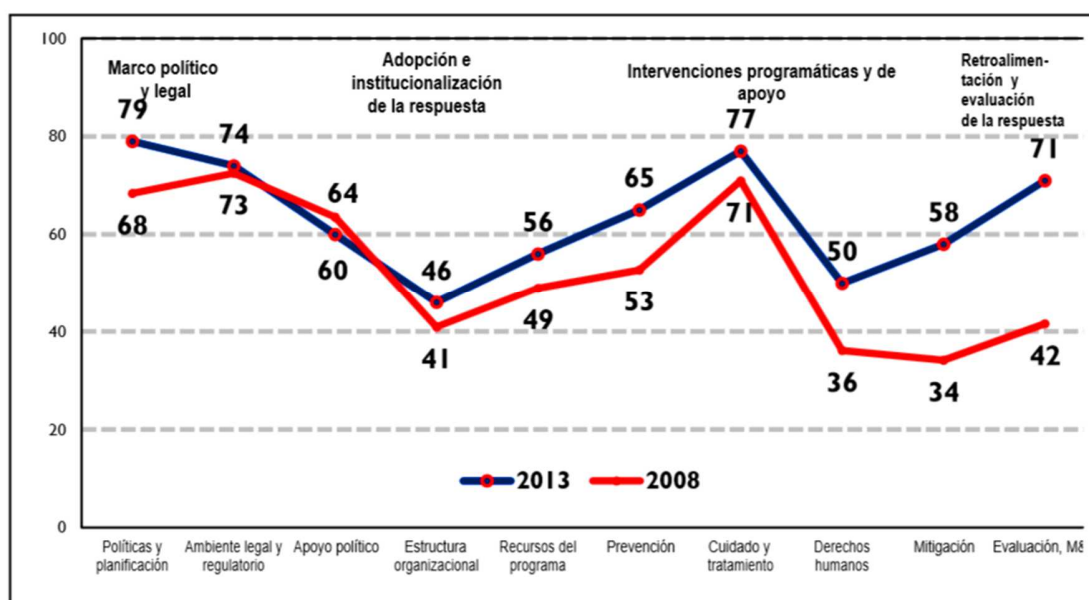
Si abordamos el análisis desde los indicadores relacionados a atención y tratamiento, se registra una cobertura del 62.8% para el 2011 y de **64.3% para 2012**, mientras que las coberturas fueron de 20.1% para el 2008 y 21.4% para el 2009 en acceso a la terapia antirretroviral. Este valor está marcado por las estimaciones con el Programa Spectrum desarrolladas para los denominadores que definen el número de personas que en el país deberían estar recibiendo la TARV (5,917 para el 2009, 8,210 para el 2010, 8,154 para el 2011 y 9,966 para 2012). Los informes de notificación anteriores registran estimaciones entre 7,000 y 8,000 personas, mientras que para este nuevo ejercicio, se estima en 9,966 las personas en fase VIH y Sida (entre la población de 15 a 49 años) que requieren TARV.

El estudio API⁷ (AIDS Program Index, 2013), financiado por USAID-PASCA y cuyo propósito es medir el nivel de esfuerzo de los programas nacionales de respuesta al VIH y sida, por parte de los diferentes actores involucrados (gobierno, organizaciones nacionales e internacionales), revela interesantes percepciones de los actores claves y expertos en tema de VIH y sida en el país. En este sentido, en el tema de Atención y Tratamiento 31 informantes claves de los sectores público, privado, ONG's de la sociedad civil y agencias internacionales promediaron una puntuación para la línea de Atención y Tratamiento de 77% de nivel de esfuerzo, mientras que para el 2008, esta puntuación fue de 71%. La siguiente gráfica muestra las puntuaciones dadas por los actores claves para este índice, por cada una de las áreas que se abordaron en la construcción de este índice.

Las principales conclusiones del informe apuntan hacia los siguientes aspectos:

- Los resultados de API para Panamá muestran que en los esfuerzos del país para responder a la epidemia del VIH han experimentado importantes mejoras en los últimos cinco años.
- En 2013, ocho de los diez componentes del API recibieron calificaciones superiores a los 50 puntos, en tanto que en 2008 solamente cinco superaron este puntaje.
- Los esfuerzos más altos se observan en las áreas que corresponden al marco político y regulatorio – políticas y planificación, y ambiente legal y regulatorio - y en dos de los cuatro componentes del área de intervenciones programáticas de atención y apoyo – prevención, y atención y tratamiento. También es notable el cambio positivo en el área de evaluación y retroalimentación de la respuesta, esencial para los procesos de organización y formulación de políticas y programas adecuados y expresada en el

Medición de ambiente político para VIH y sida por áreas de política y componentes. Panamá, 2008 y 2013.



11

⁷ Panamá: Índice para la Medición del Esfuerzo de Programa de VIH y sida en Panamá. AIDS Program Index (API, 2013). USAID-PASCA. Febrero de 2014.

te de investigación, monitoreo y evaluación.

- En el ámbito de la adopción e institucionalización de la respuesta se percibe la necesidad de mayores esfuerzos, en particular para lograr una adecuada estructura organizacional y recursos para responder a la epidemia, dado que se trata de rasgos que repercuten posteriormente en otros ámbitos de la implementación de los componentes programáticos de la respuesta al VIH.
- También persisten brechas importantes en el componente de derechos humanos, en el cual, si bien se han registrado cambios positivos, también se manifiestan rezagos en relación al marco legal y regulatorio existente al respecto. Los actores de la respuesta nacional podrán utilizar esta información como parte de sus esfuerzos para potenciar sus fortalezas e identificar las áreas que restan por fortalecer

En este mismo sentido, y con el apoyo técnico y financiero de USAID, se ejecuta en Panamá el Proyecto Capacity (USAID/Intrahealth)⁸, cuyos resultados están enfocados en lograr la optimización del desempeño y la calidad en la atención del VIH, con estrategias y metodologías que incluyen la (i) **Atención Integral y Continua en VIH**, a través de un conjunto de servicios dirigidos a las PVV, PEMAR y población en general provistos por una red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que implementan acciones de forma coordinada; (ii) **Optimizar el Desempeño y la Calidad (ODC)**, con metodologías que se utilizan para analizar, dirigir y mejorar el desempeño de los trabajadores de salud, organizaciones y sistemas y (iii) **Aprendizaje para Mejorar el Desempeño**, cuyo diseño instruccional está orientado a la resolución de brechas de desempeño para realizar una tarea específica. Con este proyecto en marcha, ya se han realizado importantes evaluaciones en las instalaciones hospitalarias (2011-2012), cuyos hallazgos demuestran valoraciones positivas en la mejora del desempeño y la calidad de atención. Entre los principales hallazgos se pueden resaltar:

- Mejoras en la orientación de los pacientes pre y post-prueba de VIH.
- Aseguramiento de la confidencialidad y trato humanizado del paciente con VIH.
- Reforzamiento de la atención integral del paciente con sistemas multidisciplinarios de atención y orientación en temas de adherencia y salud integral.
- Establecimiento de 4 redes de **Atención integral y continua en VIH (AICV)** en distintos puntos del país: Colón, Ciudad de Panamá, Chiriquí y Veraguas
- Aplicación de ODC como herramienta para optimizar el desempeño
- Cierre de brechas en temas prioritarios: Asesoría, Estigma y Discriminación, ODC, AMD
- Elaboración de un sistema de referencia y contra-referencia y de la Currícula de Marco legal y Derechos humanos en VIH
- Capacitaciones a proveedores de salud de Clínicas TARV, a docentes universitarios
- Elaboración de currícula de VIH en temas claves (Asesoría, Estigma y Discriminación, Bioseguridad para las facultades de Enfermería de la Universidad de Panamá y Universidad Latina.

Una importante iniciativa liderada por OPS/OMS y ONUSIDA es la de **Tratamiento 2.0**, que impulsa la expansión y sostenibilidad de la atención al VIH. Esta iniciativa que se ejecuta en

⁸ Resultados para la Optimización del Desempeño y la Calidad en la atención del VIH. Foro de Monitoreo y Evaluación 2013. Programa Nacional VIH, SIDA e ITS. USAID|Proyecto Capacity Centroamérica. Dr. Joel Méndez Representante de país.

Panamá tiene como pilares fundamentales de funcionamiento: 1. tratamiento antirretroviral actualizado y mejorado; 2. Acceso al diagnóstico y monitoreo en el punto de atención; 3. Uso racional y eficiente de los recursos financieros; 4. Servicios adaptados y accesibles y 5. Participación plena de la comunidad en el desarrollo de la Iniciativa.

El informe de misión y de la reunión regional realizada en Buenos Aires Argentina del 16-18 de octubre de 2012, incluye las siguientes conclusiones y recomendaciones⁹:

- América Latina representa, entre el grupo de países de ingreso medio o bajo, la región con mayor cobertura de tratamiento, estimándose para 2011 en un 70% de las personas que lo necesitan, con un umbral de inicio de tratamiento de 350 CD4/mm³. Sin embargo, la expansión de tratamiento en la Región de las Américas se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con 40.000 a 50.000 nuevos individuos en TARV al año.
- Para llegar a una cobertura mayor del 80% para el 2015 es urgente duplicar el número de individuos que inician tratamiento por año. Sin embargo, en los países aún persisten brechas importantes en el acceso a los servicios y en la continuidad de la atención, lo que resulta en diagnóstico tardío una mortalidad aún elevada en algunos países de la región.

d. Cambio en el conocimiento y comportamiento

Los indicadores relacionados con conocimientos y comportamientos para el reporte de los Indicadores del Informe de Avances 2014, permiten tener una mirada mucho más amplia del estado de la población general en cuanto al tema, debido al reporte de indicadores relacionados con el conocimiento y comportamiento de la población general en materia de VIH/Sida.

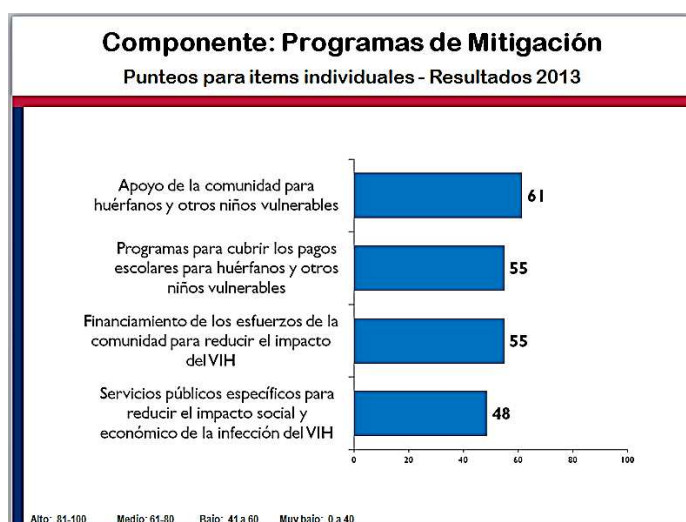
A través de ENASSER son valorados los indicadores en los que se registra un 14% de la población general que se ha sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados; un 13.6% de la población que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y descarta las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus; un 16.9% de la población joven (15-24 años) que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años; 45.1% de la población declara haber tenido más de una pareja sexual en el último año y de ésta, tan solo el 19% utilizó condón en su última relación sexual.

La Encuesta ENASSER es un claro reflejo del estatus de la población en el tema de conocimientos y comportamientos y permite afirmar que todavía existe en el país una baja percepción de riesgo en cuanto al VIH y evidencias de que la población tiene prácticas sexuales de riesgo a expensas de una transmisión del VIH.

⁹ **Tratamiento 2.0.** Expansión y Sostenibilidad de la Atención al VIH. Dr. Víctor Mejía Padilla. Consultor OPS/OMS/PAN. III Foro Nacional de Monitoreo y Evaluación: Divulgación y uso de Información Estratégica y I Foro de Cadena de Suministros y I Simposio de Actualización en VIH/Sida. Abril, 2013. Hotel Sheraton Bijao.

e. Mitigación del impacto

Los resultados del país en relación a la mitigación de impacto han sido evaluados en varios estudios. Los efectos de la mitigación son mirados a través de la situación de huérfanos y niños vulnerables al VIH, así como la incorporación efectiva de una respuesta programática y social que aporte a la mitigación del impacto de la epidemia.



Haciendo referencia nuevamente al estudio de expertos API (AIDS Program Index, 2013), los actores claves entrevistados en esta ocasión definen un índice de esfuerzo de 58% para los programas de mitigación.

Por otro parte, la creación en 2012 de las primeras Clínicas Amigables para poblaciones claves de trabajadoras sexuales, HSH y población trans, vienen a representar un contribución de salud pública efectiva para mejorar el acceso a la atención de estas poblaciones, que

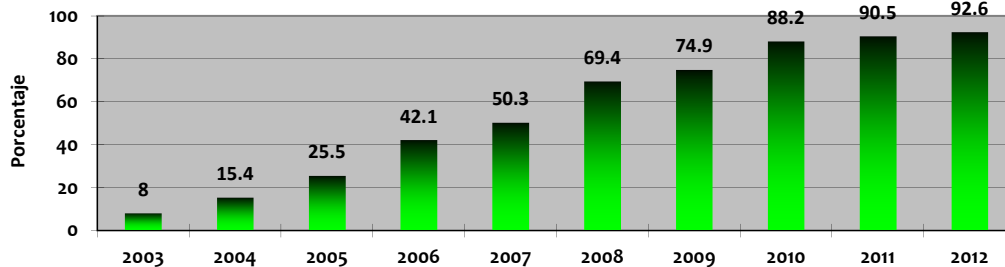
tradicionalmente han sido estigmatizadas y discriminadas socialmente.

4. MEJORES PRÁCTICAS

- El diseño del Plan Estratégico Multisectorial₂₀₀₉₋₂₀₁₄ y el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación₂₀₀₉₋₂₀₁₄ resultó de un proceso de construcción participativo entre los diferentes actores claves que participan en la respuesta nacional. Así mismo, dichos planes se construyeron sobre una completa Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias. Dicha iniciativa contó con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA, CONAVIH, PNS, MINSA y ASAP. Actualmente se desarrolla en el país la actualización de la planificación estratégica para el período 2014-2019.
- La apertura de espacios de debate, consulta y discusión con actores claves en la lucha contra el VIH y sida, que han sido promocionados por las agencias de cooperación internacional, han permitido contextualizar la situación y respuesta del VIH y sida en el país. Además, han facilitado la definición de metas consensuadas de cara a los compromisos al 2015 y focalizar los esfuerzos en las áreas donde el país muestra mayores rezagos en el cumplimiento de los objetivos. La participación activa de la sociedad civil es un elemento crucial en estos espacios de discusión y consenso.

- Cada año que pasa, se amplia la cobertura de pruebas de VIH para mujeres embarazadas. El Departamento de Vigilancia Epidemiológica registra para el 2012 una cobertura de 92.6% en pruebas de VIH para embarazadas; mientras que para el 2010 esta cobertura alcanzó el 88.2% (69,887 embarazadas tamizadas). Los esfuerzos que se

Cobertura de tamizaje por VIH en mujeres embarazadas: Años 2003-2012









han desarrollado para incrementar las coberturas de pruebas en todas las instalaciones de salud están dando resultados positivos y efectivos en la prevención de la TMI.

- La participación de la sociedad civil en los procesos de selección, validación, consulta y socialización tanto de los indicadores, como de los informes de avances hacia el reporte de país, fue de suma importancia y permitió fortalecer el equipo coordinador responsable de la emisión del informe. La perspectiva desde las organizaciones no gubernamentales generaron un balance en el Informe de Resultados.
- Con la ejecución desde 2012 del Proyecto PEMAR Panamá, financiado por Fondo Global, el Proyecto de Prevención Combinada en VIH y sida para PEMAR y la apertura de 5 Clínicas Amigables para la atención en salud de las trabajadoras del sexo, HSH y población trans, se ha incrementado en los últimos 3 años, las estrategias de prevención, educación de pares, promoción de pruebas de VIH con consejería, entrega informada de preservativos y promoción de auto-cuidado dirigido a estas poblaciones claves.
- En este mismo sentido, las organizaciones de la sociedad civil, que en otrora tiempo mantenían debilidades en su capacidad técnica, administrativa y programática para el desarrollo de iniciativas de proyectos, han evidenciado avances en las capacidades de su personal en lo que al manejo y gestión administrativa de proyectos se refiere, aunque todavía persisten algunos retos en este campo.



5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

- a) **Progresos realizados hacia los retos claves notificados durante el examen de mitad de período de la Declaración Política**




En mayo de 2013, el país desarrolló el proceso de evaluación de medio término de la Declaración Política sobre el VIH, misma que define 10 metas claras a seguir de cara al año 2015. En este ejercicio, liderizado por ONUSIDA y con la participación de todos los actores claves de los diferentes sectores de la respuesta nacional, se llegaron a importantes conclusiones y se dio evidencia de progresos de país en los diferentes componentes de la respuesta nacional, de cara a ir **cerrando brechas**¹⁰:






Meta de la Declaración	Avance Logrado
 <p>1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se implementó, en su primer año, el Proyecto financiado por el Fondo dirigido a poblaciones de mayor riesgo (HSH, trabajadoras sexuales, personas transgénero). 2. Se completó la iniciativa de prevención y empoderamiento, dirigido a jóvenes viviendo en localidades urbanas 3. Se implementó de la iniciativa de prevención dirigida a trabajadores migrantes de la comunidad indígena Ngäbe-Buglé, en la región fronteriza entre Panamá y Costa Rica.
 <p>3. Erradicar las nuevas infecciones de VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento del Plan Nacional para la eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita. 2. Se ha logrado un aumento progresivo en el acceso a la atención prenatal y las pruebas del VIH a las mujeres embarazadas 3. Mayor acceso a la profilaxis antirretroviral a mujeres embarazadas VIH+.
 <p>4. Aumentar el acceso a la TARV para que 15 millones de personas sigan un Tx que pueda salvarles la vida para 2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se han fortalecido los servicios de salud que proveen servicios de TARV, incluyendo la gratuidad en la TAVR. 2. Se completó el análisis de la situación y el plan para el fortalecimiento del sistema de información relacionado con Medicamentos ARV (Financiado por SCMS). 3. Un grupo de trabajo, incluyendo el Observatorio Ciudadano en materia de derechos humanos y el VIH, fue establecido para prevenir, controlar y documentar los episodios de desabastecimientos de medicamentos ARV, y definir los mecanismos para agilizar los trámites legales para la compra e importación de medicamentos antirretrovirales, pruebas de monitoreo y reactivos de laboratorio. 4. Se está logrando un aumento progresivo en el acceso a la terapia antirretroviral a todas las personas que lo necesitan 5. Se han establecido Clínicas de Salud Amigables para poblaciones de mayor riesgo en dos ciudades (Panamá y Colón)
 <p>5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la TB entre las personas que viven con VIH para 2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizó un análisis de la situación sobre la Co-infección VIH /TB en la región Guna Yala (una región del país, donde viven las comunidades indígenas Gunas, con una alta incidencia de la tuberculosis y la infección por VIH). 2. Se incrementó el acceso a pruebas rápidas de VIH para pacientes con TB 3. Se brinda el tratamiento antifímico gratuito y estrictamente supervisado a todos los pacientes de VIH que lo requieran.
 <p>6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo para 2015 y recaudar a nivel mundial la cifra deseada de 22 a 24 mil millones de dólares por año con el fin de ser invertidos en los países de ingresos bajos y medios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un total de US \$ 24.275.360 se invirtieron ese año, según MEGAS. El 65% del gasto corresponde al sector público, 29% al sector privado, y el 6% a la cooperación internacional. En 2011, 45% de los fondos fueron asignados a la terapia ARV, el 52% a la prevención, con una proyección y crecimiento en comparación con 2008 del 40%. 2. Reactivación del CONAVIH con presupuesto asignado para su funcionamiento 3. Se cuenta con 15 Clínicas de TARV y 3 Clínicas amigables con recursos asignados (desde infraestructura, hasta recursos humanos y equipo).
 <p>7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una política nacional sobre igualdad de género (Igualdad de Oportunidades para las Mujeres) fue aplicada por el Gobierno Nacional en el año 2012. 2. Se integró una comisión nacional para la definición de indicadores nacionales en materia de género y el VIH.

¹⁰ Tomado del Informe Final del Examen de Mitad de Período de la Declaración del VIH, 2011: Cerrando la Brecha. Panamá, 31 de Mayo de 2013. MINSA, PNS, ONUSIDA. Martínez, H., Lowe, R., García Bernal, R.

Meta de la Declaración	Avance Logrado
género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas de protegerse a sí mismas frente al VIH	<ol style="list-style-type: none"> Un estudio sobre los determinantes de la vulnerabilidad y las barreras que enfrentan las mujeres que viven con el VIH se realizó con la red local de mujeres que viven con el VIH en la Provincia de Colón.
 <p>8. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Un grupo de trabajo para la revisión y actualización de la legislación existente sobre el VIH se integró en el 2012, liderado inicialmente por la Defensoría del Pueblo y actualmente bajo la responsabilidad del PNVS. Se llevó a cabo el Diálogo Nacional sobre Legislación y el VIH. Elaboración de Políticas de VIH en los sitios de trabajo, como respuesta del sector empresarial privado al VIH.
 <p>10. Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial</p>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de las ONG's que trabajan en VIH en gestión, coordinación, MyE de programas, con énfasis en la ejecución de acciones de prevención con las PEMAR Fortalecimiento de la Red Nacional de Prevención y Control del VIH y sida en Sitios de Trabajo (con organizaciones gubernamentales). Involucramiento de la empresa privada en acciones de prevención, reducción de estigma y discriminación en el sitio de trabajo.

b) Obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación (2012-2013) que retrasaron la respuesta nacional, en general, y el progreso hacia el logro de los objetivos, en particular

Meta de la Declaración	Obstáculos identificados
 <p>1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> La ejecución del proyecto financiado por FM se limita a la ciudad de Panamá durante los dos primeros años de aplicación, y la expansión a otras regiones sólo se prevé para 2014. La falta de una política pública sobre la educación sexual en las escuelas y la falta de apoyo político de alto nivel y el compromiso en lo que se refiere a las políticas de educación sexual, es el principal desafío persistente para la respuesta nacional. Este problema ha sido descuidado por los dos últimos gobiernos nacionales. Se ha observado un aumento del número y porcentaje de embarazos en la adolescencia y un aumento progresivo en el número de nuevas infecciones por el VIH notificadas en los grupos de edad de 15-19 años y de 20 a 24 años en los últimos cinco años. Esto puede estar asociado directamente con la falta de educación sexual en las escuelas.
 <p>3. Erradicar las nuevas infecciones de VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida</p>	<ol style="list-style-type: none"> Aunque la cobertura de la prueba del VIH para las mujeres embarazadas ha aumentado en todo el país, todavía se requiere mejorar esta cobertura entre las comunidades indígenas y fortalecer el monitoreo de pruebas entre el sector de salud privado. Procesos burocráticos y trámites administrativos lentos para hacer más expedito el abastecimiento de medicamentos e insumos en las instalaciones de salud MINSA/CSS (ARV, reactivos para pruebas, fórmulas para infantes) Falta una coordinación y articulación oportuna entre los programas de VIH, TB, SSR, materno-infantil para una respuesta efectiva contra el avance de la epidemia en el país.
 <p>4. Aumentar el acceso a la TARV para que 15</p>	<ol style="list-style-type: none"> Se ha informado de desabastecimiento periódicos de medicamentos ARV en los últimos dos años. En 2012, hubo dos periodos en los que los esquemas de ARV fueron interrumpidos en al menos tres ciudades. El acceso al monitoreo de conteo de células

Meta de la Declaración	Obstáculos identificados
<p>millones de personas sigan un Tx que pueda salvarles la vida para 2015</p>	<p>CD4 y carga viral también se vio afectada por el desabastecimiento de reactivos de laboratorio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Panamá sigue comprando ARV a precios más altos que la mayoría de los países de América Latina. La Entidad de Seguros de Salud (Caja del Seguro Social) compra a precios más altos que el Ministerio de Salud. Hay que unificar los sistemas de compra entre MINSa y CSS. 3. La adopción de todos los pilares de la estrategia global 2.0 Tratamiento por parte de las autoridades nacionales de salud sigue siendo un desafío.
 <p>5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la TB entre las personas que viven con VIH para 2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja proporción de frotis por esputo, bajo número de casos curados, la falta de adherencia al tratamiento de la tuberculosis, y estimaciones inadecuadas para las necesidades de medicamentos, fueron las principales conclusiones del análisis de situación realizado en la Comarca Guna Yala donde la prevalencia de la tuberculosis es 7 veces mayor que en el resto del país. 2. Falta de campañas permanentes de prevención de la TB en personas con VIH 3. Tratamiento profiláctico con cotrimoxazol de manera parcial a los pacientes VIH que lo requieren.
 <p>6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo para 2015 y recaudar a nivel mundial la cifra deseada de 22 a 24 mil millones de dólares por año con el fin de ser invertidos en los países de ingresos bajos y medios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque el Plan Estratégico Multisectorial en VIH actual, fue diseñado siguiendo la metodología ASAP, y que el mismo prevé un aumento del presupuesto para las poblaciones altamente vulnerables, los fondos asignados a la prevención dirigida a poblaciones de mayor riesgo en los últimos dos años, sólo son los procedentes del proyecto financiado FM y la cooperación internacional. 2. Las iniciativas desarrolladas en materia de VIH y sida han quedado más como iniciativas de gobierno que de Estado. 3. A pesar de existir un Plan Estratégico Multisectorial, las instituciones están trabajando por separado, no hay un plan único de trabajo para CONAVIH
 <p>7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas de protegerse a sí mismas frente al VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El estudio sobre los determinantes de la vulnerabilidad y las barreras que enfrentan las mujeres que viven con el VIH en la ciudad de Colón, demuestra que la mayoría de ellas viven en condiciones de pobreza extrema. El 60% de ellas son madres solteras y cabezas de familia. 2. La pobreza extrema sigue siendo uno de los principales obstáculos para mejorar la calidad de vida de las familias directamente afectadas por el VIH y el SIDA, especialmente entre los afro-descendientes de la provincia de Colón y de los grupos indígenas Kunas y Ngäbe-Buglé. 3. Según la Encuesta Nacional de SSR presentada en 2010, el 14% de las mujeres informaron haber sufrido violencia de género de sus parejas sexuales
 <p>8. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está pendiente la preparación de un nuevo proyecto de ley que se presentará a la Asamblea Nacional. 2. Generar el empoderamiento necesario por parte de los grupos de la sociedad civil, en especial las personas que viven con el VIH para desarrollar incidencia política en beneficio de las personas afectadas por el VIH. 3. Fortalecer los procesos de denuncias y resolución de las mismas en materia de derechos humanos, estigma y discriminación contra las personas que viven con el VIH.
 <p>10. Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hace falta recursos humanos calificados que trabajen en la salud pública en la coordinación y oficinas nacional, regional y local y de las instalaciones de salud. 2. Evaluar el nivel y grado de fortalecimiento de las ONGs que han fortalecido sus capacidades técnicas. 3. Falta de coordinación de esfuerzos entre las organizaciones y actores claves para el desarrollo de acciones de prevención, promoción y abogacía 4. Falta de un ente coordinador de las acciones de capacitación a las OG's y ONG's, desde el PNS

6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

a. Apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo

Aunque todavía con limitantes en la alineación que debe haber en el desarrollo de las estrategias que responden al Plan Estratégico Multisectorial, tanto por parte del sector gubernamental, como de la sociedad civil, es importante resaltar que ha habido una participación activa de la sociedad civil en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional y un compromiso por parte del sector coordinador de la respuesta al VIH desde el sector gubernamental (PNS), de integrar a todos los sectores en dicha respuesta.

Las ONG's que trabajan con poblaciones en mayor riesgo por VIH, han integrado y fortalecido sus esfuerzos para implementar estrategias de prevención que ayuden a reducir el impacto de la transmisión del VIH entre trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y población trans.

Con investigaciones específicas desarrolladas en torno a en esta última población, se está aclarando el estado situacional que permita enfocar estrategias diferenciadas para obtener resultados costo-efectivos. El **Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para la población de mujeres trans de Panamá**, financiado por USAID, PEPFAR y AIDSTAR-One y ejecutado por AVP y ANH y cuya muestra abarcó unas **234 mujeres trans**, resalta importantes recomendaciones orientadas a mejorar el acceso a atención, programas de prevención y disminución del estigma y discriminación:

- Adaptar los programas preventivos del VIH a la realidad de la población trans y sus parejas
- Acordar con las autoridades educativas medidas que permitan a la población trans avanzar en sus estudios
- Garantizar oportunidades profesionales para la población trans de acuerdo con sus capacidades
- Educar a las fuerzas de seguridad sobre su obligación de respeto y protección de los derechos de la población trans
- Poner en marcha un Plan Nacional contra la Violencia contra las Minorías Sexuales
- Considerar la sanción de las conductas discriminatorias
- Aumentar la oferta formativa para el personal de salud en cuestiones relacionadas con la población trans
- Inclusión en la cartera básica de servicios del abordaje de los aspectos de salud específicos de la población trans
- Considerar la creación de la figura de la mediadora trans en los centros de salud

b. Medidas que se deben tomar para asegurar el cumplimiento de los objetivos del informe nacional

A continuación se enumeran las recomendaciones derivadas del proceso de evaluación de medio término de la Declaración Política sobre el VIH:

1. Continuar con el apoyo a las organizaciones no gubernamentales que actúan con FM del proyecto sub-beneficiarios y ejecutores. Dar cumplimiento a lo acordado sobre la base del Proyecto PEMAR Panamá, para garantizar su sostenibilidad una vez FM concluya su presencia en Panamá.
2. Involucramiento del sector privado, en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial, para la implementación de programas sistemáticos y sostenibles de promoción y prevención del VIH, incluyendo el tema de estigma y discriminación en el ámbito del trabajo.
3. Abogar con las autoridades de alto nivel de las comunidades indígenas, para la obtención de su compromiso y participación en las actividades de la estrategia nacional de PTMI.
4. Fortalecimiento de los equipos técnicos de los niveles sub nacionales (regiones sanitarias).
5. Mayor participación de la sociedad civil en incidencia pública y política. Desarrollar procesos de auditoría social.
6. Que el gobierno mantenga la estrategia nacional de eliminación como una prioridad de salud pública, a pesar de lograr la meta de 2015 y su compromiso de seguir invirtiendo en prevención, atención primaria y secundaria del VIH, con enfoque de derechos humanos y género
7. Garantizar la sostenibilidad de las campañas de mercadeo social dirigido a la población en general
8. Mantener el funcionamiento del grupo de trabajo interinstitucional establecido para prevenir y controlar el desabastecimiento de ARV y pruebas de monitoreo reactivos de laboratorio.
9. Articulación entre la Dirección de Promoción de la Salud, Programa de TB, Programa de VIH y sida y Vigilancia Epidemiológica
10. Garantizar la asignación de presupuesto para la compra de antifímico y medicamentos profilácticos (Cotrimoxazol e Isoniazida)

Una respuesta solo enfocada en los aspectos biomédicos de la epidemia del sida sin tener en cuenta su situación de vulnerabilidad, es una respuesta insuficiente es necesario profundizar y complementar las recomendaciones de la Estrategia Tratamiento 2.0 con políticas de desarrollo, para generar mejores oportunidades para las personas, fortaleciendo el proceso de construcción de ciudadanía.

11. Diseñar un Plan de trabajo multisectorial integrado, costado y con el compromiso firmado entre las partes involucradas.
12. La socialización y una visibilidad pública de los datos epidemiológicos recientes de VIH entre poblaciones de mayor riesgo, sería de ayuda para la promoción
13. Fortalecer el liderazgo del Comité de MyE en VIH y sida del país para uso efectivo de evidencias, datos e información estratégica para el cumplimiento de su rol como ente técnico-asesor
14. Revisión de las políticas estatales relacionadas al tema de la VBG, VCM, su reglamentación e implementación.
15. Coordinación intersectorial para la transversalización del tema de la VBG, VCM, niñas y niños
16. Incluir en la Planificación Multisectorial en VIH y sida, el tema del estigma y la discriminación como un eje estratégico.
17. Incorporar a las poblaciones más expuestas al VIH en los procesos de planificación y análisis presupuestario de salud, con énfasis en VIH
18. Retomar los ejercicios de definición de Metas al 2012 y 2015 que el país ha avanzado, a través de procesos participativos con actores claves, para incluir estas metas en los planes operativos de los programas respectivos.
19. Reconocer el VIH como un real problema de estado, tal como está consignado en la Ley 3 General del VIH/sida del país y que se vea reflejado en los presupuestos nacionales.

7. ENTORNO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (SyE)

a) Panorama actual del Sistema de Seguimiento y Evaluación

La vigilancia epidemiológica del VIH/Sida se ejecuta desde el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, el cual integra su data con la que es suministrada regularmente por la Caja de Seguro Social. Opera con total independencia del Programa Nacional ITS/VIH/Sida, pero ambas se encuentran bajo el mando de la Dirección General de Salud, lo cual facilita el intercambio permanente de información.

Epi-Info es la herramienta que se utiliza, no sólo para la vigilancia del VIH/Sida, sino también para todas las demás epidemias a nivel nacional. Opera mediante un sistema de notificación pasivo, no automatizado, que promueve el envío de datos desde las catorce regiones sanitarias, la Contraloría General de la República, el Laboratorio Central de Referencia, la Caja de Seguro Social y los hospitales privados.

Como acciones de fortalecimiento institucional, y gracias al apoyo técnico y financiero de las agencias de cooperación internacional (GTZ, USAID/PASCA, ONUSIDA y OPS/OMS, UNICEF y UNFPA, primordialmente), se han venido realizando giras nacionales de monitoreo y evaluación, capacitación del recurso humano que presta servicios en las clínicas de terapia

antirretroviral y otras actividades de sensibilización. De esta forma, es que un número importante de indicadores pudieron ser notificados para esta nueva ronda, debido a que en la planificación de las actividades rutinarias de M&E fueron incluidos como prioritarios.

b) Problemas encontrados en la aplicación de un sistema integral de SyE¹¹

- ✚ 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 (ONGs) 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.

c) Medidas correctoras planificadas para superar los problemas

- ✚ 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 periódicas de supervisión a las Regiones de Salud para verificar el proceso de recolección de datos y brindar recomendaciones pertinentes.

¹¹ II FORO NACIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN EN EL CONTEXTO DE POBLACIÓN PEMAR. Magister Rosa Lowe. Coordinadora de la Unidad Técnica de Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

- ✚ Fortalecer la importancia de la periodicidad de reporte oportuno de las diferentes CTARV y de las entidades responsables según los flujos de información.

ANEXOS

ANEXO 1



Taller de Consulta para la revisión de los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida de 2011
Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el VIH y sida (IMALCS-2014)
Ciudad de Panamá. Centro Regional de Capacitación del Hospital Santo Tomás
Viernes, 07 de marzo de 2014

Agenda

Hora	Tema	Responsable
9.00 – 9.30 am	Inscripción de participantes	
9.30 – 9.45 am	Palabras de Bienvenida	Dr. Aurelio Núñez Jefe del PNVS
9.45 – 10.00 am	Palabras de Bienvenida	Dra. Marjoline Jacobs Regional Strategic Information Adviser ONUSIDA Regional
10.00 – 10.15 am	Objetivos y Metodología del Taller	Lic. Hilda Martínez Consultora
10.15 – 10.35 am	Refrigerio	
10.35 – 11.00 am	Presentación de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011	Lic. Hilda Martínez
11.00 – 1.00 pm	Mesas de Trabajo: Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) de 2014	Lic. Hilda Martínez Lic. Rosa Lowe – Coordinadora de la Unidad Técnica de M&E del PNS
1.00 – 2.00 pm	Almuerzo	
2.00 – 3.00 pm	Conclusiones por Mesas de Trabajo Próximos pasos Cierre de la Sesión	Lic. Hilda Martínez



Taller de Socialización y Validación de los indicadores de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida de 2011
 Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el VIH y sida (IMALCS-2014)
 Ciudad de Panamá. Centro Regional de Capacitación del Hospital Santo Tomás
 Martes, 15 de abril de 2014

Agenda

Hora	Tema	Responsable
10.00 – 10.15 am	Palabras de Bienvenida	Dr. Aurelio Núñez Jefe del PNVS
10.15 – 10.30 am	Objetivos y Metodología del Taller	Lic. Hilda Martínez Consultora
10.30 – 12.00 md	Presentación de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011	Lic. Hilda Martínez
12.00 – 1.00 pm	Almuerzo	
1.00 pm	Clausura	

LISTA DE ACTORES CLAVES

Taller de Consulta para la revisión de los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida de 2011
Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el VIH y sida (IMALCS-2014)
Llenado del ICPN, Viernes, 07 de marzo de 2014

Taller de Consulta para la validación de los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración e Informe Narrativo, 15 de marzo de 2014
Ciudad de Panamá. Centro Regional de Capacitación del Hospital Santo Tomás

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1.	Rigoberto Villarreal	PNS
2.	Kathia Luciani	Hospital de Especialidades Pediátricas de la CSS
3.	Rita Banús	AID for AIDS
4.	Janett de Reyes	Clínica TARV Hospital Santo Tomás
5.	Edilma Berrío	Unidad de VIH del UNFPA
6.	Alberto Chacón	Ministerio de Obras Públicas
7.	Ida Rosa Castillo	MINSA – Promoción de la Salud
8.	Ariel Muñoz	PROBIDSIDA
9.	Rafael Piti	PNS
10.	Fulvia Guerra de Lasso de la V.	CSS/ Programa Materno Infantil
11	Víctor Mejía Padilla	OPS/OMS
15	Edda Marquez	Laboratorio Central ICGES
16	Eliane de Cano	Laboratorio Central ICGES
17	Yariela Ortega	PNS
18	Yamitzel Zaldívar	Instituto Gorgas
19	María Teresa de Iglesias	MINSA Laboratorio
20	María Carmen Mastelari	Epidemiología MINSA
21	Marjolein Jacobs	ONUSIDA Regional
22	Rosa Lowe	PNS – Unidad de MyE
23	Yelkis Gill	MINSA – Dirección de Planificación
24	Miguel Sánchez	Grupo Génesis Panamá Positivo
25	Aurelio Núñez	PNS
26	Hilda Martínez	Consultora ONUSIDA
27	Modesta Haughton	Representante de País. USAID-PASCA
28	Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor	DIGESA/SSyR
29	Joel Méndez	IntraHealth
30	Raquel Gutiérrez de Mock	MINSA
31	Juan Parra	Asociación Nuevos Horizontes