

# **INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS 2010 PANAMÁ**

(Período de cobertura: enero de 2008 a diciembre de 2009)

Fecha de presentación: 31 de marzo de 2010

Consultores Asociados: Hilda Martínez / Carlos Solórzano

## I. INDICE

## II. SITUACIÓN ACTUAL

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

Llegar a un consenso en donde se integren y consoliden los aportes del gobierno nacional, la empresa privada, sociedad civil organizada, las personas que viven con el VIH y los agentes cooperantes demanda tiempo, esfuerzo y compromiso. Fue por ello que la elaboración del Informe UNGASS requirió de una fase inicial de sensibilización multisectorial. Progresivamente, se inició la captura, la validación y la socialización de los datos, previos al ingreso de los mismos al sistema de reporte en línea, tal como lo planteaban las directrices de ONUSIDA.

La Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Pública en VIH/Sida, entidad con personería jurídica que engloba a quince organizaciones civiles que trabajan sobre la temática del VIH/Sida en Panamá, tuvo participación activa en cada una de las fases del proceso consultivo. De hecho, la redacción del informe se llevó a cabo entre dos consultores asociados, uno de los cuales tuvo bajo su responsabilidad dar fe y garantía de dicha representatividad. Se finalizó con un foro de socialización, a tan solo dos días de la remisión final de la data a la sede de la ONUSIDA, en Ginebra. Allí hicieron acto de presencia los actores multisectoriales, quedando así oficializado el Informe Borrador para UNGASS 2010. El siguiente paso fue el ingreso de los datos a la herramienta de reporte en línea, Global Response Database.

Es importante aclarar que la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) estuvo representada a través de miembros de la red interinstitucional de sitios de trabajo, quienes participaron puntualmente en algunas reuniones.

### 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 2009, se han contabilizado 10 381 casos acumulados, de los cuales 7 005 personas, entre niños y adultos, ya han fallecido. El grupo etáreo más afectado es el de 25-44 años de edad, donde se ubica el segmento de la población que se encuentra en edad reproductiva y que es económicamente activa. Los datos señalan que el 69,1% de los pacientes adquirió el VIH a través de la vía sexual, si bien este dato podría ser superior, ya que el 26,3% se reportó como “no especificado o en proceso de investigación”. Se conoce que, de ese 69,1%, el 52,6 % se autoidentificó como heterosexual. Por cada 3 hombres, hay 1 mujer infectada. La transmisión materno-infantil, en base al total de casos reportados, es del 3,2%.

Panamá se caracteriza por tener una epidemia concentrada en los grandes conglomerados urbanos, pero se le observa una dinámica expansiva hacia las áreas rurales. Aún así, se considera que la misma posee una baja incidencia en la población general (0,09%). La epidemia se perfiló en rápido crecimiento desde 1994 y, actualmente, se concentra en Panamá Centro, Colón, San Miguelito, Panamá Oeste, además de las comarcas de Kuna Yala y Ngobe Buglé. La afectación de la población es fundamentalmente urbana,. Para el año 2009, se estimó una prevalencia del 0,9%, en tanto que la letalidad acumulada fue del 67,5%.

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 de forma casual; es decir, cuando las personas acuden a los establecimientos sanitarios solicitando servicios (controles clínicos de gabinete y hospitalizaciones, cirugías, partos, donación de sangre, etc.). De hecho, no hay certeza acerca de la integridad de los reportes procedentes de clínicas, hospitales y laboratorios privados.

Durante el año 2008, se captaron 972 nuevas personas seropositivas al VIH, más casos reportados que durante los años anteriores. En la actualidad, el VIH/sida representa la novena causa de muerte en Panamá; antes estuvo en séptima u octava posición.

Desde el punto de vista epidemiológico, otro de los puntos de interés está centrado en la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Se definen como zonas geográficas prioritarias para el abordaje: las comarcas (Kuna Yala, Emberá y Ngobe Buglé), además de la provincia de Colón. Esta última presenta la prevalencia más elevada (1,5% en el año 2007), a nivel nacional. Le siguen Panamá Metro, Veraguas y Panamá Oeste, cuyas prevalencias son, en su orden: 0,4 , 0, 4 y 0,3%. El primer caso de transmisión perinatal se reportó en Panamá en el año 1991.

#### c) Respuesta política y programática

Como producto de la abogacía ejercida por la sociedad civil, el gobierno nacional creó su primera clínica de terapia antirretroviral en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, instalación de tercer nivel de atención que es administrada por la Caja de Seguro Social. Tres años más tarde, en el 2002, inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral del Ministerio de Salud, la cual se ubicó en los predios del Hospital Santo Tomás. Hoy día (según datos actualizados al 31 de diciembre de 2009), éstos dos representan los sitios de tratamiento con mayor número de pacientes: la primera con 2108 y la segunda con 1134.

En la actualidad, se cuenta con catorce clínicas especializadas a lo largo y ancho del territorio nacional, doce de ellas son administradas por el Ministerio de Salud y dos por la Caja de Seguro Social. El escenario es muy diverso: diez de ellas han sido instaladas en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, otras están situadas en edificios de tres Direcciones Regionales de Salud, una funciona en un albergue pediátrico y la otra en las edificaciones del Sistema Penitenciario. Se prevé que en el año 2010 inicien operaciones dos nuevas clínicas, con lo cual se debe aumentar la cobertura y así facilitar el acceso a la atención integral que describen las normas nacionales. 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.

Al 31 de diciembre de 2009, 4498 personas -entre niños y adultos; asegurados y no asegurados- habían sido captados por el sistema y tenido acceso a medicamentos antirretrovíricos. Sin embargo, se sabe que son muchas más las personas que se infectan que las que reciben terapia antirretroviral gratuita por parte del Estado. Se estima que, para el año 2010, habrá un promedio de 20 000 infectados por el VIH, con diagnóstico o sin él. Con este escenario a la vista, surgió, a principios del 2009, la primera entrada de medicamentos antirretrovirales genéricos, a través de un agente de compras internacional (OPS/OMS), lo cual representó para el Estado un ahorro por el orden de \$ 1,8 millones. Dicha gestión se facilitó gracias a la asistencia técnica de la Fundación Clinton.

Las acciones globales de Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) están focalizadas hacia las mujeres y los niños, por ser éstas consideradas las subpoblaciones mayormente vulnerables. En este sentido, una de las metas presidenciales ha abordado con especial interés la reducción de la transmisión materno-infantil al VIH. Se ha promovido la aplicación de pruebas (diagnósticas) rápidas a mujeres embarazadas, la administración de terapia antirretroviral oportuna (a la madre y al bebé) cuando así se amerita, como también el suministro de sucedáneos de leche materna para los bebés, de 0 a 6 meses de edad, nacidos de mujeres seropositivas. En este último sentido, el Ministerio de Salud invirtió, en el año 2009, un monto de \$ 20 272,37 para la compra de estas formulaciones maternizadas, con las cuales se espera ofrecer cobertura hasta finales del 2011.

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

El país todavía se encuentra en el proceso de fortalecer el Plan Nacional Multisectorial de Monitoreo y Evaluación, cuyo lanzamiento oficial se dio el 28 de octubre de 2009. Este implica, a mediano o largo plazo, la creación de un sistema único de información en salud.

#### d) Datos de los Indicadores UNGASS

Los datos requeridos para el cálculo de los indicadores UNGASS nacieron a lo largo de un proceso consultivo multisectorial que se inició el 1 de diciembre de 2009, con las fases de sensibilización de los actores claves, la priorización de indicadores reportables. Finalmente, Panamá presenta 19 de los 25 indicadores que forman parte del repertorio de UNGASS.

Se determinó que los indicadores 10, 20, 21 y 22 (relacionados con niños huérfanos y/o vulnerables, usuarios de drogas intravenosas y epidemias generalizadas) no son relevantes para el país, en tanto que no se dispone de información para los indicadores 11 y 12 (relativos a la educación sobre el VIH en las escuelas basada en aptitudes para la vida y la asistencia a la escuela de niños huérfanos y no huérfanos).

Es conveniente señalar que, a diferencia de los años anteriores, en los cuales se ubicaba a las personas con mayor actividad sexual en el grupo etáreo 15-49 años de edad, esta vez se amplió el rango (15 y más años de edad). Por tal razón, era de esperarse que las estimaciones epidemiológicas se vieran afectadas y, asimismo, los valores calculados de los indicadores. De acuerdo con datos de la Contraloría General de la República, en el año 2009, el país contaba con 2,443,022 personas cuyas edades eran superiores a los 15 años.

....introducir tabla general!!!!....

### III. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Para el año 2009, las estimaciones de prevalencia por VIH para población general (15 a 49 años de edad) y mujeres embarazadas pautaban un 0,9% y un 0,3%, respectivamente. Así lo indicó el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Usualmente, en Panamá no se desarrollan estudios de vigilancia centinela en materia de VIH/sida.

Sobre prevalencia, es posible mencionar al Estudio Multicéntrico 2004-2005, el más reciente, y el cual refiere 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 masculinos.

El Estudio Multicéntrico 2009-2010, actualmente en avance, aborda a dos grupos de elevada exposición al VIH, sobre los cuales se ha tenido escasa información hasta el momento: la/os trabajadora/es del sexo y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Mucho/as de ello/as operan en la clandestinidad, lo cual dificulta la aplicación de encuestas de conocimiento y comportamiento, así como también las acciones de vigilancia epidemiológica. Hasta el momento de redactar este informe, dicha investigación no dispone de datos preliminares, por cuanto se imposibilita abonar más en este sentido.

### IV. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

### V. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

....incompleto!!!!...en edición...

- En el año 2008, incursionó en el escenario uno de los actores internacionales más influyentes en la cadena de suministros: la Fundación Clinton. Un Memorando de Entendimiento, firmado en agosto de ese año, abrió las puertas para que esta organización le facilitara al Ministerio de Salud su asistencia técnica para el fortalecimiento de la cadena de provisión de medicamentos antirretrovirales e insumos de laboratorio relacionados con el VIH. Por primera vez (en mayo de 2009), el Ministerio de Salud logró adquirir medicamentos antirretrovirales, por conducto de un agente internacional de compras. OPS/OMS asumió este rol y, tras la adquisición de cuatro productos genéricos provenientes de la India, el Estado ahorró cerca de \$ 1,8 millones.

- La captación temprana de pacientes expuestos o seropositivos al VIH y el consecuente inicio de la terapia antirretroviral es una de las principales fortalezas detectadas. En Panamá, la supervivencia de los pacientes pediátricos alcanza el 94%.

## VI. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

- Existe un débil sistema de información, a nivel nacional. Rutinariamente, los registros clínicos se hacen en forma manual y utilizando diferentes archivos. Algunos datos no están disponibles, en tanto que otros se encuentran dispersos en fuentes separadas o, simplemente, no desagregados (por sexo y/o por grupo etáreo). Sin embargo, el país está tomando acciones específicas con programas informáticos que ayudarán a unificar la información disponible desde los diferentes sitios de atención, con el propósito de unificar criterios de abordaje y atención ya previstas en las normas nacionales.
- La mayoría de los miembros del equipo interdisciplinario de las clínicas de terapia antirretroviral cumple con otras funciones dentro de sus respectivos sitios de trabajo. En algunos momentos, esto limita su disponibilidad para la atención de los usuarios y la facilitación de datos de monitoreo y evaluación, en tiempo oportuno. A pesar de ello, para facilitar la recopilación de datos, se les está capacitando como parte de los procesos de la respuesta al VIH. Sin embargo, se tiene plena conciencia de la sobrecarga laboral.
- La selección de medicamentos, adjudicación de proveedores, compras (locales e internacionales), adquisición, recepción, almacenamiento y distribución son procesos cuyo manejo en nada se diferencia de los que regularmente son aplicados a otros insumos misceláneos. Los enfoques técnicos y políticos no necesariamente avanzan de manera paralela ni con la misma velocidad. Si a esto le añadimos la captación de nuevos casos de personas seropositivas al VIH y los cambios de esquemas de tratamiento, que cada vez son más frecuentes, la planificación de las compras de medicamentos antirretrovirales e insumos de laboratorio se convierte en un desafío para que el país pueda dar una adecuada respuesta. Las clínicas de terapia antirretroviral con mayor censo de pacientes continuarán siendo las más vulnerables.
- Al menos 72 profesionales sanitarios, entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social (médico/as, enfermera/os, farmacéutico/as, nutricionistas, odontólogos, psicólogo/as, trabajadoras sociales, epidemiólogos, etc.) se encuentran involucrados con la red de clínicas de atención integral. Sin embargo, se reconoce la necesidad de optimización de los recursos humanos, ya que la carga de funciones administrativas y de monitoreo-evaluación descansa, primordialmente, sobre los servicios de enfermería y farmacia. En la mayoría de los casos, los médicos se limitan a sus labores atencionales. Tras bastidores, un número indeterminado de funcionarios administrativos dan soporte a la cadena de abastecimiento de insumos farmacéuticos y de laboratorio, desde la adjudicación de oferentes hasta la distribución de los mismos en el sitio. Múltiples pasos hacen que el proceso sea lento, lo cual, aunado al escaso monitoreo de procesos, ocasiona eventuales desabastecimientos de los insumos.

- Entre otros retos que se involucran en los procesos que dan respuesta a la epidemia encontramos la necesidad de fortalecer las capacidades técnico-estratégicas de los diferentes individuos involucrados. No se trata de la falta de voluntad política, sino más bien de la implementación de estrategias que conduzcan hacia resultados medibles.
- Las pruebas de carga viral se centralizan, a nivel nacional, en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, en la ciudad capital. Esta instancia realiza también las pruebas de CD4 que corresponden al área metropolitana y Colón, fundamentalmente. Con miras a darle respuesta a las clínicas de terapia antirretroviral establecidas en provincias, se ha descentralizado la realización de las pruebas de CD4, instalando un citómetro de flujo en el Hospital Luis Chicho Fábrega, en Santiago de Veraguas. Esta inversión alcanzó un monto de \$ 45 mil y, en la actualidad, dicho equipo le da soporte a todas las clínicas que se hallan en la zona central y occidental del país, operando a través del correo de muestras.

## VII. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

### VIII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

**ojo....en proceso ....!!!**

El Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación (PNME) constituye uno de los cuatro ejes del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2009-2014, y surge como respuesta de país frente a la epidemia causada por el VIH. Para Panamá, que dio sus primeros pasos en este proceso de reporte, sistematización de los datos y flujos de información, en el año 2007, éste es todavía un proceso en construcción.

Su meta es crear -e institucionalizar- una cultura de reporte de datos de calidad, desde las clínicas de terapia antirretroviral, hacia el Programa Nacional ITS/VIH/Sida. Un solo sistema de información (software), a nivel nacional, sustentado con un presupuesto permanente, adaptable y de ejecución expedita deberá darle sostenibilidad a este ambicioso proyecto.

El PNME se perfila a través de 12 componentes y se nutre con 39 indicadores -entre cualitativos y cuantitativos-, de los cuales 17 provienen del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS). Otros indicadores han sido tomados de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM), Acceso Universal (AU) y Fondo Global (FG). Los derechos humanos corren, como eje transversal, en todos los abordajes de M&E.

Para su abordaje, estos 39 indicadores han sido clasificados en 4 niveles (operativo, táctico, estratégico, y de validación técnica-social). El primero de ellos involucra la oferta de insumos y servicios, además de conocimiento y prácticas seguras. El segundo abarca la atención integral y la vigilancia epidemiológica. El tercero se refiere al fortalecimiento institucional. El cuarto compromete a los dos entes rectores del proceso; es decir, la Comisión Nacional para la Lucha Contra el VIH (CONAVIH) y el Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (CIME).

Como ya se indicó, Panamá dio inicio a su proceso de monitoreo y evaluación en el año 2007, pero en el 2008 fue necesario detenerse para analizar la data que ya se había obtenido. Fue así como la Matriz de Resultados condujo a la reformulación (basada en evidencias) del PEM 2009-2014. Las acciones se reiniciaron en enero de 2009, pero fue hasta el 28 de octubre del mismo año cuando se hizo el lanzamiento formal del PNME.

Actualmente, el plan se encuentra en ejecución, pero con muchas limitaciones. La escasez y/o movilidad del recurso humano que se dedique (entre otras cosas) a la sistematización de la información, además de la falta de conexión a la internet en las clínicas de terapia antirretroviral constituyen las principales limitantes.

**ANEXO 1**  
**PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE**  
**LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA**  
**PANAMA**

*La elaboración del Informe UNGASS 2010 se enmarcó en apego a las directrices del ONUSIDA y se tuvo el cuidado de que, en cada una de las fases, se contara con la participación de todos los actores claves de la respuesta nacional. Dos consultores asociados, uno de los cuales llevó la representación de la sociedad civil durante el proceso, asumieron la planificación, desarrollo, seguimiento, validación, consenso y socialización de los datos y de las fuentes de información.*

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**ELABORACIÓN DEL INFORME UNGASS 2010**

<i>Fase</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>Tareas</i>	<i>PERÍODO DE CUMPLIMIENTO</i>
1	<i>Planificación del proceso de elaboración del Informe</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Revisión documental de las fuentes primarias</i></li> <li>• <i>Reuniones de coordinación entre los consultores asociados y los representantes oficiales de USAID/PASCA y ONUSIDA, en Panamá</i></li> <li>• <i>Reuniones de sensibilización con la sociedad civil organizada y las personas que viven con el VIH</i></li> <li>• <i>Taller de inducción para actores multisectoriales y selección de indicadores reportables (29 diciembre 2009). Producto: Se seleccionaron 22 de 25 indicadores y se cumplimentaron los cuestionarios del Índice Compuesto de Política Nacional.</i></li> <li>• <i>Elaboración -y socialización con los actores mutisectoriales- del Informe del Taller de Inducción</i></li> <li>• <i>Preparación del plan de abordaje a los proveedores de datos: clínicas de terapia antirretroviral y otros establecimientos que brindan atención a personas seropositivas al VIH, agencias de cooperación internacional, sociedad civil organizada, etc.</i></li> </ul>	<i>1 de diciembre de 2009 al 4 de enero de 2010</i>
2	<i>Recopilación de los datos a nivel nacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Recopilación de datos (incluida la gira de monitoreo, a nivel nacional) y análisis de la información obtenida.</i></li> <li>• <i>Reuniones de coordinación entre los consultores asociados y los</i></li> </ul>	<i>5 al 27 de enero de 2010</i>



		<i>representantes oficiales de USAID/ PASCA y ONUSIDA, en Panamá</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Elaboración del Informe de Progreso</i></li> </ul>	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<i>Fase</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>TAREAS</i>	<i>PERÍODO DE CUMPLIMIENTO</i>
3	<i>Validación multisectorial de la data</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Seguimiento de la recopilación, sistematización y análisis de los datos</i></b></li> <li>• <b><i>Preparación y ejecución del Taller de Análisis, Validación y Consenso Multisectorial (22 de marzo de 2010) de los datos contenidos en el Informe de Progreso</i></b></li> <li>• <i>Reuniones de coordinación entre los consultores asociados y los representantes oficiales de USAID/PASCA y ONUSIDA, en Panamá</i></li> <li>• <b><i>Socialización multisectorial de los datos previamente validados (29 de marzo de 2010). Finalmente, Panamá reportará 19 de los 25 indicadores propuestos por el ONUSIDA.</i></b></li> </ul>	<b><i>28 de enero al 29 de marzo de 2010</i></b>
4	<i>Ingreso de la data al sistema de reporte en línea (GRD)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Digitalización de la data y del informe narrativo en el sistema de reporte en línea, Global Response Database (GRD)</i></li> <li>• <i>Revisión y edición del Informe</i></li> </ul>	<i>15 al 30 de marzo de 2010</i>
5	<i>Presentación del Informe Final, en línea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Consolidación del Informe Final de la Consultoría</i></li> <li>• <i>Oficialización y envío, en línea, del Informe Final a Ginebra</i></li> </ul>	<i>29 al 31 de marzo de 2010</i>

Durante las actividades de consulta multisectorial estuvieron presentes: funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social (incluidas las Clínicas de Terapia Antirretroviral), representantes del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación, la sociedad civil organizada, las personas que viven con el VIH y la Red de Sitios de Trabajo.

En el acto de socialización de los datos, celebrado el 29 de marzo de 2010, se presentó:

- Los 19 indicadores reportables por Panamá en esta cuarta ronda de UNGASS, señalando el resultado obtenido y las fuentes de información.
- Los 6 indicadores que no son reportables (indicadores 10, 11, 12, 20, 21 y 22), adjuntando la justificación para cada uno de ellos.
- Las fortalezas y debilidades detectadas a lo largo del proceso investigativo.

Una vez más, la audiencia tuvo la oportunidad de formular sus aportes y recomendaciones, las cuales fueron evaluadas en base a las directrices del UNGASS e incorporadas posteriormente, según el caso, en el sistema de reporte en línea y/o el Informe Narrativo. Los participantes al evento, se retiraron satisfechos en cuanto a que, en su mayoría, los valores reportados reflejaban la realidad del país.

No obstante, se formularon cuestionamientos en torno a:

- Los indicadores de conocimiento y comportamiento, debido a la representatividad de la muestra. Se aclaró que, según ONUSIDA, “pocos países (quizás ninguno) llevan a cabo encuestas nacionales en poblaciones más expuestas, por cuanto estos datos deberán ser tomados de las encuestas más recientes y rigurosas que se hayan realizado, usualmente en la ciudad capital u otras ciudades principales”. Tomando esto en consideración, los datos reportados son aceptables, pero, de cualquier forma, se harían los comentarios pertinentes.
- El indicador 25, sobre la reducción de la transmisión materno-infantil, por considerar que el resultado obtenido (35,9%) era incongruente con la realidad. Se manifestó que daba la impresión de que Panamá ha estado haciendo muy poco sobre este particular. Dicho indicador fue calculado (numerador y denominador) en función de estimaciones epidemiológicas, por cuanto se recomendó revisarlas antes de oficializar el dato.
- El énfasis que hace MEGAS (Indicador 1) en renglones que obedecen a epidemias generalizadas, más que a epidemias concentradas. Se refleja muy poco esfuerzo en las actividades de promoción y prevención. Por otro lado, hace énfasis en la marcada reducción del gasto en el sector gubernamental. MEGAS 2008 presenta una disminución de casi tres millones de dólares con respecto al MEGAS 2007.

Es preciso señalar que, durante las fases 2 y 3 (seguimiento de la captación y validación de la data) se contó con el soporte del Equipo de Técnicos del Programa Nacional ITS/VIH/Sida.