



# Informe de País: Panamá

## Análisis de la Preparación para la Transición

**Aceso Global**

1400 16<sup>th</sup> Street NW, Suite 430, Washington DC 20036

[www.acesoglobal.org](http://www.acesoglobal.org) | [abonfert@acesoglobal.org](mailto:abonfert@acesoglobal.org)

**3 de julio, 2017**

Informe final

Este informe ha sido elaborado en colaboración con APMG Health.



APMG Health Inc.

5618 Kansas Avenue NW  
Washington DC 20011  
[www.apmghealth.com](http://www.apmghealth.com)

## Agradecimientos

Este Informe de País ha sido preparado por Maureen Lewis, Anna Bonfert, Danielle Parsons y Carlos García de León. Abid Shah y Dave Burrows brindaron su asesoramiento y apoyo de principio a fin y Kiran Correa proporcionó una excelente ayuda de investigación. Agradecemos a Michael Borowitz, Noemie Restrepo, Carmen Gonzalez y Paul Bonilla por su orientación, comentarios y apoyo en la elaboración de este Informe de País.

También agradecemos a nuestros homólogos panameños por sus inestimables conocimientos y facilitación durante la visita al país y el proceso de recopilación de datos. Sus aportaciones durante las entrevistas realizadas en profundidad con diferentes departamentos del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Desarrollo Social han sido muy valiosas para este análisis. Estamos muy agradecidos a la Dra. Itza Barahona de Mosca, al Dr. Aurélio Núñez, al Dr. Edwin Aizpurúa y sus respectivos colegas por el apoyo recibido. Sinceramente apreciamos el tiempo y la atención que han dedicado a este proyecto. También queremos mostrar nuestro agradecimiento por el acompañamiento de PAHO y ONUSIDA en este proceso. Sus aportaciones enriquecieron las discusiones. Finalmente, agradecemos a todos los representantes de la sociedad civil y de los asociados de la cooperación internacional con los que nos reunimos por compartir sus experiencias y preocupaciones con nosotros. En el Apéndice 1 se incluye una lista de todas las partes interesadas que hemos consultado.

Este Informe de País se basa en la Guía que Aceso Global y APMG Health desarrollaron para orientar los Análisis de Preparación para la Transición en países de América Latina, entre otros. Para una descripción detallada de la metodología del informe, por favor, consulte la Guía, disponible en [nuestra página web](#).

Esta Guía se basa en el trabajo de diversas organizaciones, poniendo de manifiesto el enorme valor de la colaboración interinstitucional. En particular, hemos tomado como referencia el Marco de Evaluación de la Preparación para la Transición de Curatio, la Evaluación de la Preparación para Poblaciones Clave del Proyecto de Política de Salud HPP/PEPFAR, la Lista de Verificación para la Planificación de la Transición del Banco Mundial, la Herramienta de Preparación para la Transición de la Red Eurasiática de Reducción de Daños (Eurasian Harm Reduction Network), y el Índice de sostenibilidad y Tablero de mando de PEPFAR.

# Índice

<b>LISTA DE FIGURAS, TABLAS Y CUADROS</b>	<b>VIII</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUMEN DEL APOYO DEL FONDO MUNDIAL</b>	<b>4</b>
2.1 EL APOYO FINANCIERO Y NO FINANCIERO DEL FONDO MUNDIAL	4
2.2 HISTORIAL DE ABSORCIÓN Y COMPROMISOS DE COFINANCIAMIENTO	6
<b>3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>7</b>
3.1 VIH	7
3.2 TUBERCULOSIS	14
3.3 CO-INFECCIÓN TB/VIH	16
<b>4. ENTORNO FAVORABLE, DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO</b>	<b>18</b>
4.1 ENTORNO FAVORABLE	18
4.2 DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO	19
<b>5. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>21</b>
5.1 EL SISTEMA DE SALUD PANAMEÑO	21
5.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL PARA LAS RESPUESTAS DEL VIH Y LA TB	23
5.3 PROGRAMAS NACIONALES DE LUCHA CONTRA EL VIH Y LA TB	24
<b>6. TRANSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD</b>	<b>28</b>
6.1 PANORAMA MACROECONÓMICO Y FISCAL	28
6.2 EL GASTO EN SALUD Y LA GESTIÓN FINANCIERA PÚBLICA	29
6.3 EL FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA AL VIH Y TB	34
6.4 EL FINANCIAMIENTO FUTURO DEL SECTOR SALUD	39
<b>7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ADQUISICIONES, RECURSOS HUMANOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>41</b>
7.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	41
7.2 ADQUISICIONES Y GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO	44
7.3 RECURSOS HUMANOS	46
7.4 MONITOREO, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN	47
<b>8. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL</b>	<b>50</b>
8.1 ESTADO ACTUAL DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL	50
8.2 SOSTENIBILIDAD Y RESILIENCIA DE LA SOCIEDAD CIVIL MÁS ALLÁ DE LA TRANSICIÓN	52
<b>9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>59</b>
<b>11. APÉNDICE</b>	<b>64</b>

<b>APÉNDICE 1. LISTA DE ORGANIZACIONES Y ENTIDADES CONSULTADAS</b>	<b>64</b>
<b>APÉNDICE 2: SUBVENCIÓN EN CURSO PARA TB/VIH</b>	<b>65</b>
<b>APÉNDICE 3: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS ADICIONALES</b>	<b>68</b>
<b>APÉNDICE 4: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA (PEFA) PANAMÁ 2013</b>	<b>70</b>
<b>APÉNDICE 5: ANÁLISIS DE OPCIONES DE FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LA SOCIEDAD CIVIL</b>	<b>71</b>

## Lista de abreviaciones

<b>ALC</b>	América Latina y el Caribe
<b>ARV</b>	Terapia antirretroviral
<b>CLAM</b>	Clínicas Amigables
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
<b>CONAVIH</b>	Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH
<b>CONEP</b>	Consejo Nacional de la Empresa Privada
<b>CPV</b>	Consejería y prueba de VIH
<b>CSS</b>	Caja de Seguridad Social
<b>CV</b>	Carga viral
<b>FBR</b>	Financiamiento basado en los resultados
<b>FM</b>	El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
<b>GFP</b>	Gestión Financiera Pública
<b>GoP</b>	Gobierno de Panamá
<b>HSB</b>	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censo
<b>ITS</b>	Infecciones transmitidas sexualmente
<b>LCG</b>	Laboratorio Central Gorgas
<b>MCP</b>	Mecanismo de Coordinación de País
<b>MDR-TB</b>	Tuberculosis Multirresistente
<b>MdT</b>	Modos de Transmisión
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y evaluación
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MEGAS</b>	La Medición del Gasto en VIH/SIDA
<b>MINGOB</b>	Ministerio de Gobierno
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organizaciones no gubernamentales
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad Civil
<b>PC</b>	Poblaciones clave

<b>PCIP</b>	Pruebas y consejería iniciadas por el proveedor
<b>PID</b>	Personas que se inyectan drogas
<b>PNCTB</b>	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PPL</b>	Personas privadas de libertad
<b>PrEP</b>	Profilaxis Pre-Exposición
<b>PSPV</b>	Programa Protección en Salud para las Poblaciones Vulnerables
<b>PVVIH</b>	Personas que viven con el VIH
<b>RP</b>	Receptor principal
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>RR-TB</b>	Tuberculosis resistente a la Rifampicina
<b>SC</b>	Sociedad Civil
<b>SID</b>	Índice de sostenibilidad y Tablero de mando de PEPFAR
<b>SISVIG</b>	Sistema de Vigilancia de Salud
<b>SR</b>	Sub-receptor
<b>TAES</b>	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TG</b>	Transgénero
<b>TMH</b>	Transmisión de madre a hijo
<b>TS</b>	Trabajadoras sexuales
<b>TSC</b>	Trabajador de salud comunitario
<b>UBA</b>	Unidades básicas de atención
<b>VIH/TB</b>	VIH/Tuberculosis

## Lista de figuras, tablas y cuadros

### Figuras

- Figura 1: La incidencia y prevalencia del VIH en Panamá y ALC, 1990-2015
- Figura 2: Aumento en las pruebas de detección del VIH en mujeres embarazadas, 2003-2014
- Figura 3: Prevalencia estimada del VIH, por tipo de población
- Figura 4: Distribución porcentual de nuevos casos de VIH por grupo de transmisión, 2013
- Figura 5: Cascada de tratamiento del VIH, 2013 y 2015
- Figura 6: Brechas para alcanzar los objetivos 90-90-90, 2015
- Figura 7: Tasa de Incidencia de TB, 2000-2015
- Figura 8: Pruebas de TB RR/MDR en casos de tuberculosis nuevos y previamente tratados, 2010-2015
- Figura 9: Tasa estimada de mortalidad por TB (entre personas VIH-negativas), 2000-2015
- Figura 10: El sistema de salud de Panamá
- Figura 11: Distribución de cobertura entre MINSAs y CSS
- Figura 12: Gastos de salud del gobierno (% Total de gastos en salud), 2005-2014
- Figura 13: Desglose público y privado - Gasto total en salud, 2014
- Figura 14: Presupuestos anuales aprobados de MINSAs y CSS, 2010-2017
- Figura 15: Tasas de ejecución presupuestaria MINSAs y CSS, 2010
- Figura 16: Crecimiento en el gasto en VIH por fuente de financiamiento, 2008-2014
- Figura 17: Financiamiento para áreas de programas, por fuente de financiamiento, 2014
- Figura 18: Gasto en VIH, por tipo de población, 2014

### Tablas

- Tabla 1: Indicadores clave para Panamá, 2003 y 2014/15
- Tabla 2: Lista de subvenciones del Fondo Mundial para Panamá en TB y VIH
- Tabla 3: Estimaciones del tamaño de las poblaciones claves
- Tabla 4: Hallazgos destacados de PEFA 2013 para Panamá
- Tabla 5: Fuentes anticipadas de financiamiento de TB para el año fiscal 2016
- Tabla 6: Presupuesto para el programa de TB para el año fiscal 2016
- Tabla 7: Fuentes detalladas de gasto en VIH/SIDA, 2014
- Tabla 8: Lista de las OSC que atienden a poblaciones clave

### Cuadros

- Cuadro 1: Definición de sostenibilidad del Fondo Mundial
- Cuadro 2: Definición de transición del Fondo Mundial
- Cuadro 3: Participación de proveedores no gubernamentales en la prestación de servicios - La experiencia de Panamá con el Programa PSPV

## 1. Introducción

Este informe resume los resultados del Análisis de la Preparación para la Transición en Panamá. Se basa en una Guía elaborada por Aceso Global y APMG Health, con el apoyo financiero y técnico del Fondo Mundial (FM), con el objeto de ayudar a los países a realizar su análisis y planificación para la transición.

La República de Panamá es un país de ingreso medio-alto con una población de aproximadamente 3,9 millones. Siendo el país centroamericano más meridional, Panamá tiende un puente entre América del Norte y América del Sur, y conecta el Océano Pacífico con el Mar Caribe a través del Canal de Panamá, que divide el país. Administrativamente, el país está dividido en diez provincias y tres territorios indígenas, o comarcas. La población incluye una minoría indígena estimada en 12% de la población total; la mayoría de las personas viven en zonas urbanas y se concentran en la región del canal, mientras que el tercio oriental del país está escasamente poblado.

La tabla 1 resume los indicadores clave para Panamá, en la que se comparan los datos de 2003, cuando se otorgó la primera subvención del Fondo Mundial, con los datos más recientes. Impulsado por una fuerte economía de servicios, Panamá ha experimentado uno de los crecimientos económicos más rápidos de la región de América Latina y el Caribe (ALC), que se ha traducido en un elevado gasto en salud per cápita—de US\$298 en 2000 a US\$959 en 2014—muy por encima del promedio regional de US\$714. A pesar de las tendencias positivas en el gasto social, el crecimiento no ha sido igual en toda la población. Las principales disparidades entre las zonas rurales y urbanas persisten, y las mejoras en las comarcas indígenas son particularmente lentas: mientras que la pobreza extrema es inferior al 4% en las zonas urbanas, se eleva al 27% en todas las poblaciones rurales y supera el 40% en las comarcas. Las barreras geográficas y financieras, combinadas con una infraestructura y recursos limitados, impiden el acceso a la salud y a otros servicios sociales en las regiones rurales. Los centros urbanos también enfrentan desafíos, tales como la afluencia de inmigrantes que afectan la infraestructura y los recursos sociales existentes.

Tabla 1: Indicadores clave para Panamá, 2003 y 2014/15

Indicador	2003 (Año de la primera subvención de FM)	Último año disponible
Índice de Desarrollo Humano de la ONU	59 (de 175)	60 de 188 [2015]
Población	3.202.511	3.929.141 [2015]
Población urbana	2.020.240	2.616.494 [2015]
Índice de recuento de la pobreza en las líneas de pobreza nacional (% de población)	*	23% [2015]
Índice GINI	56,4	50,7 [2014]
PIB per cápita (US\$ actual)	\$4.276,01	\$13.268,11 [2015]
Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas mayores de 15 años)	94,1% [2010]	95,0% [2015]

Fuentes: Banco de Datos del Banco Mundial (2017) y el Informe sobre Desarrollo Humano de la ONU (2003/2015)

\*2015 es el único año con índice de recuento de la pobreza disponible.

El sector público desempeña un papel importante en el sistema de salud de Panamá. El Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguridad Social (CSS) son los dos mayores proveedores de salud pública, con la CSS cubriendo aproximadamente el 75% de la población en 2015 (aunque la superposición entre las dos instituciones es considerable). El gasto privado en salud es inferior al promedio regional y predominan los pagos directos, con una cobertura limitada del seguro médico privado. Al igual que muchos países en su nivel de ingresos, Panamá está experimentando una transición en la carga de morbilidad, con enfermedades crónicas y no transmisibles—especialmente enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y diabetes—entre las principales causas de muerte. Los accidentes de tránsito y la violencia también contribuyen significativamente a la mortalidad prematura. No obstante, el VIH sigue entre las diez principales causas de muerte y es especialmente prevalente en las poblaciones clave, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las trabajadoras sexuales (TS) y la población transgénero (TG). La epidemia de tuberculosis (TB) también persiste en poblaciones clave y la tasa de mortalidad por tuberculosis, de 6,1 por cada 100.000 personas, sigue siendo superior al promedio de América Central, de 2,8 por cada 100.000 personas.

El Fondo Mundial ha trabajado con Panamá desde 2003 proporcionando considerable asistencia técnica y financiera a las respuestas a las dos enfermedades. El componente de TB de Panamá pasó a la transición en 2015, cuando Panamá entró en la clasificación de país de ingreso medio-alto, y la carga de la enfermedad de TB de Panamá dejó de ser "elevada" en la lista de la elegibilidad de 2014 para clasificar como "moderada" en la misma lista del 2015. El componente de TB de Panamá será elegible para una asignación final de financiamiento de transición para apoyar el cambio hacia el pleno financiamiento nacional de las intervenciones claves para la respuesta financiadas actualmente por el Fondo Mundial. El componente de VIH de Panamá continúa siendo elegible para el financiamiento del Fondo Mundial. Sin embargo, las proyecciones de ingresos disponibles indican que Panamá pasará a ser un país de ingresos altos para la siguiente asignación, con lo cual el componente de VIH de Panamá no sería elegible ni para fondos regulares ni para fondos de transición. Por lo tanto, la actual asignación de VIH podría ser la última que se otorga al país. En este contexto, en diciembre de 2016, el Fondo Mundial comunicó a Panamá la asignación para 2017-2019, que suma US\$2,7 millones, aproximadamente un tercio del presupuesto actual. La carta también incluía la recomendación de presentar una solicitud conjunta de financiamiento para la transición de VIH/TB.

La última y reducida asignación podría presentar algunos desafíos, pero el proceso de transición no tiene que ser doloroso. Por el contrario, es una valiosa oportunidad para analizar críticamente las estrategias de Panamá para el VIH y la TB y realizar ajustes, si fueran necesarios.

El objetivo de este documento es ayudar a Panamá a identificar: a) las deficiencias financieras, programáticas y de gobernanza, cuellos de botella y riesgos que deben abordarse para promover una transición sin problemas; y b) las prioridades y opciones de solución que podrían incorporarse en una estrategia/plan de transición y aplicarse con el apoyo de las subvenciones de transición. En los cuadros 1 y 2 se describen las definiciones del Fondo Mundial sobre sostenibilidad y transición.

**Cuadro 1: Definición de sostenibilidad del FM**

*La capacidad de un programa de salud o de un país para mantener y ampliar la cobertura de los servicios en cierto nivel, en consonancia con el contexto epidemiológico, que apoyará los esfuerzos para eliminar las tres enfermedades, incluso después del cese del financiamiento por parte del FM y otros donantes.*

**Cuadro 2: Definición de transición del FM**

*El proceso mediante el cual un país, o un componente de enfermedad de un país, avanza hacia el financiamiento total y la implementación de su propio programa de salud, independiente del apoyo del FM, al tiempo que continúa sosteniendo los logros y ampliándolos a escala, según sea el caso.*

*El FM considera que una transición es exitosa cuando los programas nacionales de salud son capaces de mantener o mejorar la cobertura equitativa y la adopción de servicios a través de sistemas resilientes y sostenibles para la salud después de que cese el apoyo del FM.*

Para lograr estos objetivos, el informe se estructura de la siguiente manera:

La sección 2 resume el apoyo financiero y no financiero del Fondo Mundial al país. La sección 3 describe la situación epidemiológica en Panamá y la sección 4 proporciona antecedentes sobre el entorno favorable, de derechos humanos y de género. La sección 5 ofrece una visión general del sistema de salud panameño. Siguiendo la parte descriptiva, el resto de este informe está dedicado a un análisis profundo de las cuestiones de transición. En la sección 6 se analizan los aspectos del financiamiento de la salud y el espacio fiscal; en la sección 7 se examinan los facilitadores del sistema de prestación de servicios y las barreras a la transición, incluyendo la cadena de suministro, los sistemas de información y el personal de salud, y la sección 8 evalúa el papel y el futuro de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Las recomendaciones sobre el camino a seguir se resumen en la sección 9. Aceso Global es responsable de las secciones 2, 3, 5, 6, 7 y 9 de este informe, y APMG Health es responsable de las secciones 4 y 8.

## 2. Resumen del apoyo del Fondo Mundial

### 2.1 El apoyo financiero y no financiero del Fondo Mundial

Panamá ha recibido tres subvenciones del Fondo Mundial hasta la fecha (ver tabla 2). La primera, por valor de US\$553.817 e iniciada en 2003, intentó ampliar la respuesta nacional contra la TB para llegar mejor a las personas en situaciones de pobreza, pobreza extrema y comunidades indígenas. En 2012, Panamá recibió una subvención de US\$5,7 millones para el VIH/ que se centraba en las poblaciones de más alto riesgo. La subvención final y actualmente en curso es para las actividades de TB y VIH por un monto firmado de US\$6,9 millones.

Tabla 2: Lista de las subvenciones del Fondo Mundial para Panamá en TB y VIH

Componente	Ronda	Subvención	Fecha de inicio de la subvención	Fecha de fin	Monto total firmado (US\$)	Presupuesto total aprobado (US\$)	Última calificación del FM	Estado
TB	1	PAN-102-G01-T-00	1-Abr-03	31-Mar-05	553.817	553.817	B1	Cerrada administrativamente
VIH	10	PAN-H-CAI	1-Ene-12	31-Dic-14	3.934.878	5.729.517	B1	Cerrada financieramente
TB/VIH	13	PAN-C-UNDP	1-Ene-16	31-Dic-18	6.867.722	7.174.723	No disponible	Activa

Fuente: El Fondo Mundial (2017)

Los dos Receptores Principales (RP) de las subvenciones son el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)-Panamá y Ciatelli Associates, Inc, organizaciones internacionales y no gubernamentales en el país. PNUD-Panamá es el RP de la subvención de TB/VIH en curso.

Las subvenciones del Fondo Mundial han contribuido a mejorar considerablemente el alcance y la calidad de las respuestas nacionales a las enfermedades. Los recursos del Fondo Mundial han contribuido a la adquisición de productos como preservativos y lubricantes, pruebas de VIH y suministros y equipos de laboratorio de TB para modernizar técnicas de diagnóstico, así como suministros no médicos (alimentos, vehículos, materiales de construcción).

De igual importancia han sido la asistencia técnica y las capacitaciones que recibieron el apoyo del Fondo Mundial, ya que promovieron la adopción de buenas prácticas y la expansión de los servicios. La formación de los trabajadores de salud se ha concentrado en temas como la administración adecuada del TAES, prácticas actualizadas sobre el tratamiento de la MDR-TB, mejoras en las pruebas y el asesoramiento pre y post prueba del VIH, el aumento de la adherencia al tratamiento y la sensibilización a las necesidades de las poblaciones clave y vulnerables. También se ha impartido formación a promotores comunitarios para contribuir en la búsqueda activa de casos de VIH y TB con el fin de aumentar las tasas de detección. Por ejemplo, antes de la intervención inicial del Fondo Mundial en TB, la cobertura de TAES en las comarcas

indígenas era básicamente inexistente, alcanzando sólo el 3%. Sin embargo, con el apoyo del Fondo Mundial, la cobertura se ha ampliado casi al 100% en estas regiones (pese a los continuos desafíos relacionados con la cobertura, el seguimiento y el abandono). Otros esfuerzos se han concentrado en el fortalecimiento programático, tales como gestión de recursos humanos y mantenimiento del equipo.

En términos de apoyo no financiero, uno de los papeles más importantes del Fondo Mundial ha sido fortalecer la participación de la sociedad civil y las poblaciones clave en el diálogo nacional y las respuestas de la enfermedad. Además del espacio y el papel otorgado a la sociedad civil en el MCP, las tres subvenciones incluyeron objetivos relacionados con el aumento y fortalecimiento del papel de las OSC: la primera subvención para TB estuvo destinada en parte a aumentar el número de OSC activas en la respuesta a esta enfermedad, las primeras subvenciones para el VIH/SIDA aumentaron considerablemente la capacidad operacional de las OSC sub-receptoras, y la subvención actual incluye entre sus objetivos el fortalecimiento de la sociedad civil. Además, de conformidad con las prioridades del Fondo Mundial y la asignación de fondos, las cuestiones de derechos humanos, particularmente en lo que se refiere a eliminar el estigma y la discriminación contra las poblaciones clave y vulnerables) han adquirido importancia en la agenda nacional. Este empoderamiento se refleja en el hecho de que las OSC y los grupos que representan a las PC han estado involucrados en el desarrollo de los más recientes planes estratégicos nacionales de TB y VIH. El gobierno de Panamá también ha comenzado a apoyar específicamente las pruebas y el tratamiento de las poblaciones clave mediante la apertura de las nuevas Clínicas Amigables (CLAM) para VIH/SIDA.

La subvención actual apoya varias intervenciones programáticas relacionadas con el VIH y la TB, así como actividades conjuntas VIH/TB, las cuales incluyen prevención, tratamiento y atención médica, adquisiciones y gestión de la cadena de suministro, monitoreo y evaluación, la eliminación de las barreras legales para el acceso, el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, y la gestión de programas (ver Tabla A2.1 en el Apéndice 2). La prevención entre HSH y la población TG comprende el componente individual más importante de la subvención (27% de los fondos totales de la subvención, o aproximadamente US\$1,9 millones). Las actividades relacionadas con la atención médica y la prevención de la TB constituyen el segundo componente más importante (22,8%, o aproximadamente US\$1,6 millones). Otro 9,4%, o US\$677.044, del presupuesto total de la subvención del Fondo Mundial para el período 2016-2018 está destinado a la prevención entre las trabajadoras sexuales y sus clientes. En cuanto a los grupos de costos, los recursos humanos y los gastos relacionados con los viajes son las dos fuentes de gasto más importantes, constituyendo un 54,8% de los costos totales de las donaciones (ver Apéndice 2, Tabla A2.2).

Dado que estas inversiones complementan los esfuerzos del gobierno, existe el riesgo de que pueda haber un déficit de financiamiento en ciertas áreas a la salida del Fondo Mundial. El riesgo más acuciante parece ser el del financiamiento de actividades de prevención. Anualmente, el Fondo Mundial apoyará a Panamá con aproximadamente US\$650,000 prevención para HSH y TG, y aproximadamente US\$220.000 en prevención para TS durante el período 2016-2018. Con el fin de mantener los logros alcanzados en los últimos años y los que se espera que resulten a partir de las inversiones bajo la actual subvención, los esfuerzos de prevención no deben disminuir. Según el último informe MEGAS, las contribuciones de fuentes públicas e internacionales para prevención alcanzaron un nivel similar (1,5 y 1,2 millones de

dólares respectivamente) (ver la sección 6.3), lo cual sugiere que existe margen para una mayor absorción por parte del gobierno de Panamá.

Otra área principal de riesgo está relacionada con las inversiones del Fondo Mundial en TB. La subvención actual asigna alrededor de US\$550.000 anuales a la prevención y atención de la TB. Retirar este apoyo podría implicar que se amplíe la brecha de financiamiento, estimada en US\$361.777 para el año fiscal 2016 (ver sección 6.3), a menos que el gobierno decida cubrirla con recursos domésticos.

En resumen, el apoyo financiero y programático del Fondo Mundial, incluida la asistencia técnica y el empoderamiento de las OSC y las PC, ha contribuido al fortalecimiento de las respuestas nacionales contra la TB y el VIH. Mediante la promoción de las buenas prácticas mundiales en materia de prevención y tratamiento, el fomento del monitoreo y la evaluación basados en la recopilación de datos e indicadores, una mejor vigilancia y un elevado papel de las poblaciones clave y las OSC, el Fondo Mundial ha permitido que Panamá fortalezca sus respuestas a las dos enfermedades.

## ***2.2 Historial de absorción y compromisos de cofinanciamiento***

La respuesta a la TB está financiada en mayor parte por recursos internos. La nota conceptual de Panamá (tabla de brechas de financiamiento) estimó que el Plan Estratégico de TB requeriría por lo menos US\$2,3 millones en 2014 y alrededor de US\$2,6 millones anuales para el período 2015-2017. En 2014, los recursos domésticos eran de aproximadamente US\$1 millón (aproximadamente US\$700.000 y CSS aproximadamente US\$350.000), insuficientes para financiar las necesidades totales estimadas. Como parte de la nota conceptual, Panamá incluyó sus planes de aumentar su financiamiento para la TB a un total de US\$7,7 millones para el periodo 2015-2017, US\$3,4 millones por encima del financiamiento total para el período 2012-2014. Con la nueva subvención del Fondo Mundial iniciada en 2016, el MINSa acordó cubrir el costo de adquisición de reactivos para el diagnóstico de TB y la fármacorresistencia, así como continuar financiando programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB. Adicionalmente, el MINSa acordó movilizar US\$180.000 bajo la modalidad de “voluntad de pago” con el fin de contratar personal adicional para la respuesta al TB durante el curso de la subvención.

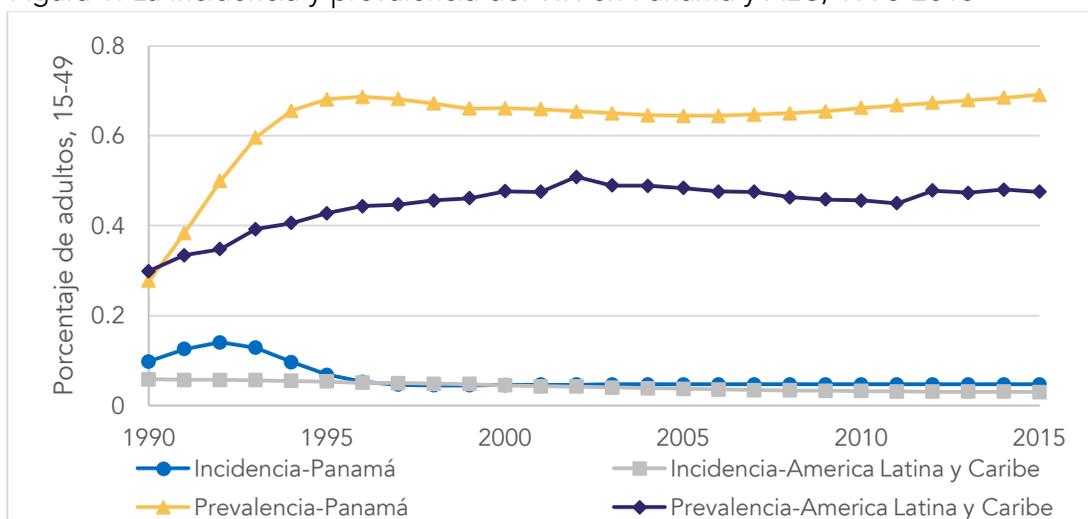
Para la subvención actual, el país también se comprometió a aumentar significativamente su papel en el financiamiento de las actividades de prevención y tratamiento del VIH, en particular para las poblaciones de más alto riesgo. El país demostró su intención de aumentar los recursos públicos nacionales para la respuesta al VIH de US\$65 a 86 millones. Como parte de este compromiso, el gobierno también concordó en apoyar la prueba rápida y gratuita del VIH en las instalaciones del MINSa para las poblaciones de más alto riesgo (aproximadamente US\$357.000), financiar la apertura de dos nuevas CLAM, incluyendo costos operativos y creación de capacidad (aproximadamente US\$522.000); y financiar además pruebas ARV y VL/CD4 para las poblaciones clave diagnosticadas con VIH (aproximadamente US\$1,248 millones). Por lo tanto, el compromiso de “voluntad de pago” para el VIH durante los tres años de la subvención actual a aproximadamente US\$2,1 millones.

### 3. Situación Epidemiológica

#### 3.1 VIH

La tasa de prevalencia del VIH se ha mantenido relativamente estable durante los últimos 20 años, fluctuando entre 0,64 y 0,69%. Desde 2005, la prevalencia ha ido aumentando lentamente, desafiando la tendencia a través de ALC, donde en general las tasas vienen disminuyendo desde 2002, y son considerablemente más bajas en términos absolutos, como muestra la figura 1. La tasa de incidencia de VIH en Panamá se ha mantenido en alrededor del 0,05% en los últimos 20 años, ligeramente por encima de la tasa de ALC de 0,03%. A lo largo de la década de 1990, las muertes relacionadas con el SIDA aumentaron en un factor de diez, de 60 en 1990 a un máximo de 624 en 1999; desde entonces las muertes han disminuido, aunque con considerables oscilaciones. En 2015, se estimaron 456 muertes relacionadas con el SIDA.

Figura 1: La incidencia y prevalencia del VIH en Panamá y ALC, 1990-2015



Fuentes: Base de datos del Fondo Mundial (2016) y Banco de Datos del Banco Mundial (2017)

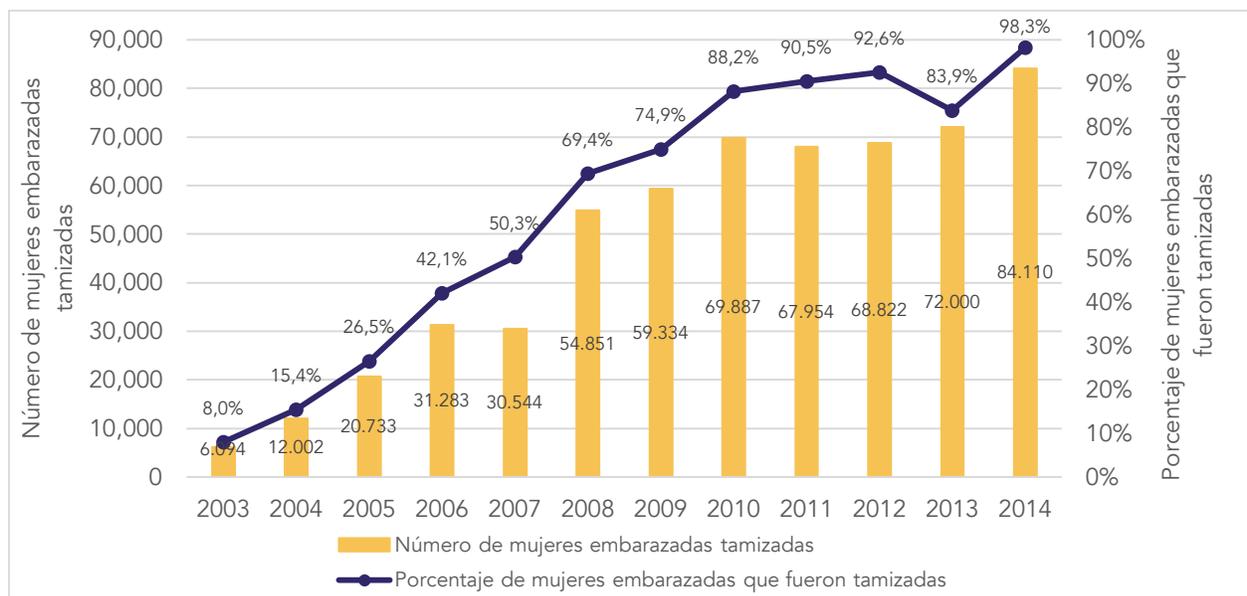
En 2015, se estimó que había 17.101 personas viviendo con el VIH en todo Panamá, y la incidencia de nuevos casos era mayor entre los 25-44 años de edad. Sin embargo, los jóvenes de 15 a 24 años se consideran un grupo de riesgo, constituyendo el 24% de los casos de VIH desde 2001-2013 (Fondo Mundial, 2015c). Probablemente, estas tasas se alimentan en parte por la falta de conciencia del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. El año pasado, el Laboratorio Central de Gorgas (LCG) (ver más información en la sección 7.1) publicó un estudio que demuestra que los jóvenes con edades de entre 14 y 18 años casi no tienen conocimiento sobre el VIH (LCG, 2016). De los 600 estudiantes encuestados en 10 escuelas del distrito de Panamá, el 98% tenía un conocimiento limitado sobre la transmisión y prevención del VIH. La salud sexual y reproductiva es un tema delicado y suele excluirse del currículo nacional. Sólo el 17% de los adolescentes afirmó haber aprendido sobre el VIH en la escuela. Existe una clara necesidad de mejorar la educación de la población sobre riesgo, prevención y tratamiento

para disminuir las crecientes tasas de infección entre los jóvenes en Panamá. Además de la variación entre grupos etarios, existe una importante brecha de género. La proporción de casos de VIH y SIDA en hombres y mujeres fue de 3:1 desde 1984 hasta mediados de 2016 (MINSa, 2016c). Sin embargo, la tasa de VIH entre las mujeres ha aumentado en los últimos 25 años, de 2,4 por cada 100.000 personas en 1993 a 8,0 en 2013. Este aumento es paralelo al aumento de la prevalencia nacional durante el mismo período.

Una explicación a los niveles más bajos de VIH en mujeres es la priorización exitosa del gobierno de Panamá de las pruebas de VIH entre mujeres embarazadas para reducir la transmisión de madre a hijo. La proporción de mujeres embarazadas testadas superó el 98% en 2014, frente al 8% en 2003. De las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH, el 96% estaban en tratamiento antirretroviral, como se muestra en la figura 2. Estas cifras de adhesión a las pruebas y al tratamiento son significativamente más altas que las de la población general, debido en parte a la frecuencia de las interacciones que las mujeres embarazadas tienen con el sistema de salud durante la atención pre y postnatal. En 2014, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas se estimó en 0,2%.

Como resultado de estos esfuerzos concertados, la transmisión vertical ha ido disminuyendo. En 2014, 181 de 182 niños nacidos de madres VIH positivas recibieron ARV para prevenir la transmisión de madre a hijo, y la tasa de transmisión vertical fue de 4,4 %. El Plan Estratégico Nacional para el VIH incluye el objetivo específico de reducir esta tasa al 1,0 % para 2019.

Figura 2: Aumento en las pruebas de detección del VIH en mujeres embarazadas, 2003-2014



Fuente: MINSa (2016e)

En Panamá, las poblaciones clave para el VIH incluyen HSH, TS y TG. La escasez de datos actualizados sobre la dimensión y la prevalencia del VIH entre algunas poblaciones clave, además de los desafíos asociados con la recopilación de esos datos (por ejemplo, las poblaciones de HSH y TG que se auto identifican como

población general para evitar el estigma/discriminación) complican el análisis. Sin embargo, se dispone de alguna información útil. Un estudio estimando los tamaños de población clave para 2014 colocó el número de HSH en 15.842, las mujeres TG en 888 y las TS en 5.217, respectivamente (Miller 2014). En 2015, el Programa Nacional de VIH produjo diferentes estimaciones utilizando la metodología Goals: calculó que la población de HSH era de 31.000, de los cuales 10.392, más de un tercio, vivían con el VIH. También estimó que había 1.464 TS viviendo con el VIH. La Tabla 3 resume las estimaciones del tamaño de estas poblaciones, así como las PPL y las personas indígenas.

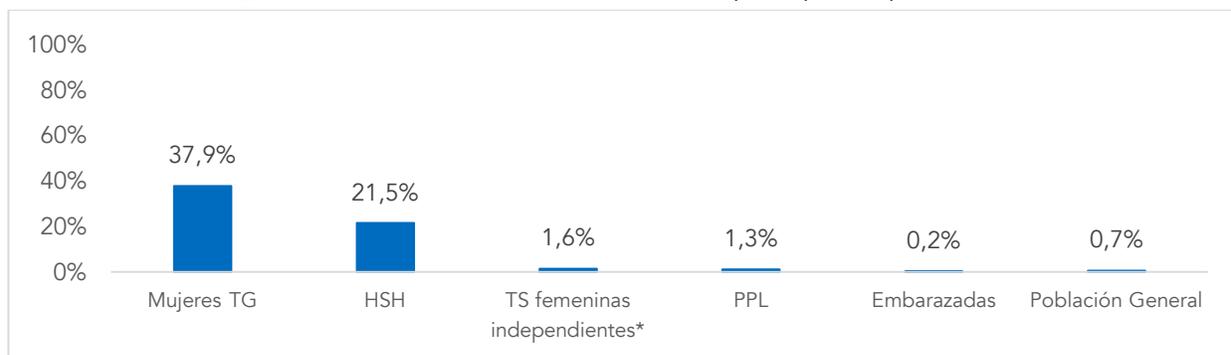
Tabla 3: Estimaciones del tamaño de las poblaciones claves

Población	Año	Tamaño estimado de la población	Fuente
HSH	2014	15,842	Miller (2014)
	2015	31,000	Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales
Mujeres TG	2014	888	Miller (2014)
TS	2014	5,217	Miller (2014)
PPL	2016	17,535	MINSa (2017b)
Población Indígena	2010 (Proyección: 2020)	438,309 (537,652)	INEC (2014)

Por último, si bien los datos existentes sobre la prevalencia del VIH están desactualizados en algunos casos, muestran que el VIH está mucho mejor controlado entre las mujeres que en HSH o mujeres TG, lo cual ofrece un ejemplo de estrategias exitosas de prevención y divulgación<sup>1</sup>. La figura 3 muestra la prevalencia estimada de VIH por tipo de población, destacando las diferencias notables entre estos grupos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Los programas de prevención del MINSa dirigidos a las TS existen desde hace décadas.

<sup>2</sup> Observamos que las cifras difieren al Marco de Desempeño aprobado para la subvención del Fondo Mundial, en el cual se utiliza la notificación de datos VICITS (Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual), mientras que estas cifras son estimaciones.

Figura 3: Prevalencia estimada del VIH, por tipo de población<sup>3</sup>

Fuente: Gorgas, IBBS (2010, 2011); Departamento de Epidemiología, MINSA (2014); MINSA (2015e)

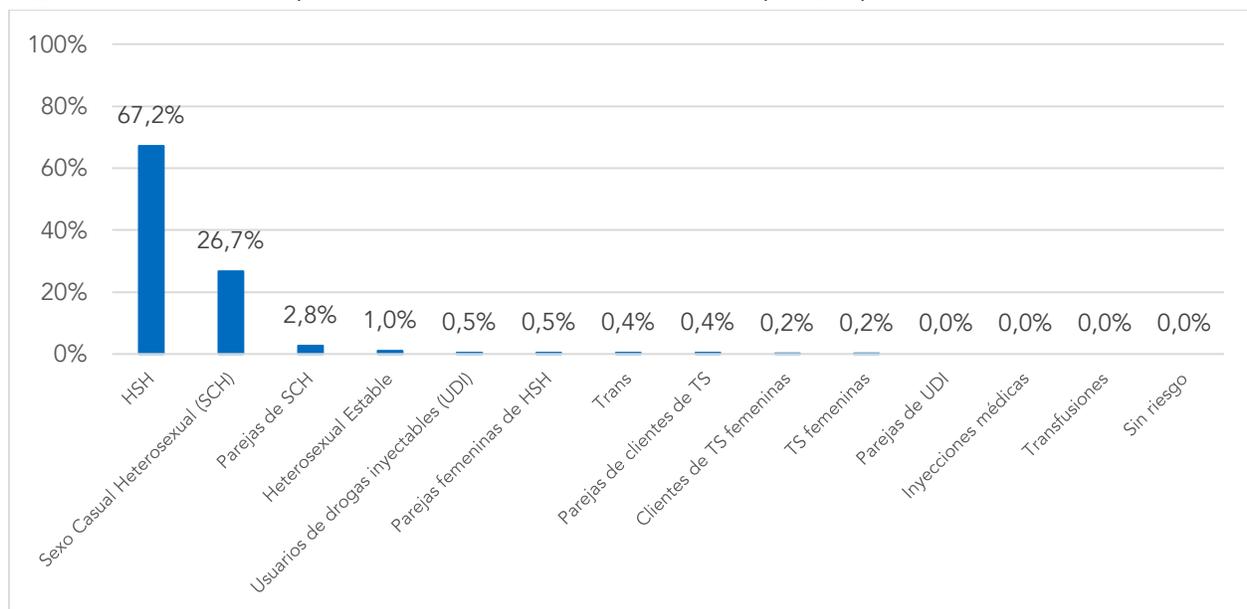
\*El trabajo sexual está regulado en Panamá y las trabajadoras sexuales registradas deben llevar una tarjeta de identificación y, según su lugar de trabajo, someterse a pruebas periódicas de VIH e ITS. Se estima que la prevalencia del VIH entre las TS reguladas sea del 0,2% (El Fondo Mundial, 2015c).

Además de las poblaciones clave mencionadas, las PPL también experimentan tasas elevadas de prevalencia del VIH. En 2015, la prevalencia en las prisiones fue del 1,3% (correspondiente a 209 PVVIH); este es un aumento notable de 0,79% en 2010. La epidemia se concentra en gran medida en las instalaciones penitenciarias de La Joya y La Joyita: en 2015, de 9.734 PPL, había 169 viviendo con VIH entre ambas instalaciones. La limitada disponibilidad de preservativos en los centros penitenciarios podría estar contribuyendo a elevar la prevalencia entre esta población.

No hay a disposición un desglose específico de nuevos casos por tipo de población para 2015. Los datos de 2013 mostrados en la figura 4 revelan que los HSH representaron más de dos tercios, quienes practicaban relaciones sexuales heterosexuales ocasionales representaban el 27%, y las parejas de quienes practicaban relaciones sexuales heterosexuales ocasionales representaban el 3% de los nuevos casos (ver Figura 4). Como se señaló anteriormente, el problema de la auto identificación de los tipos de población tiene el potencial de sesgar estos datos y por lo tanto deben ser interpretados con cuidado. Sin embargo, sugieren que los HSH constituyen una proporción considerable de nuevas infecciones, lo que indica la necesidad de realizar mayores esfuerzos de prevención dirigidos a esta población.

<sup>3</sup> Dada la poca frecuencia de los estudios de prevalencia del VIH entre las PC, los datos son del último año disponible, como sigue: mujeres TG, 2011; MSM, 2011; TS independientes, 2010; PPL, 2015; Mujeres embarazadas, 2014; Población general, 2016.

Figura 4: Distribución porcentual de nuevos casos de VIH por grupo de transmisión, 2013

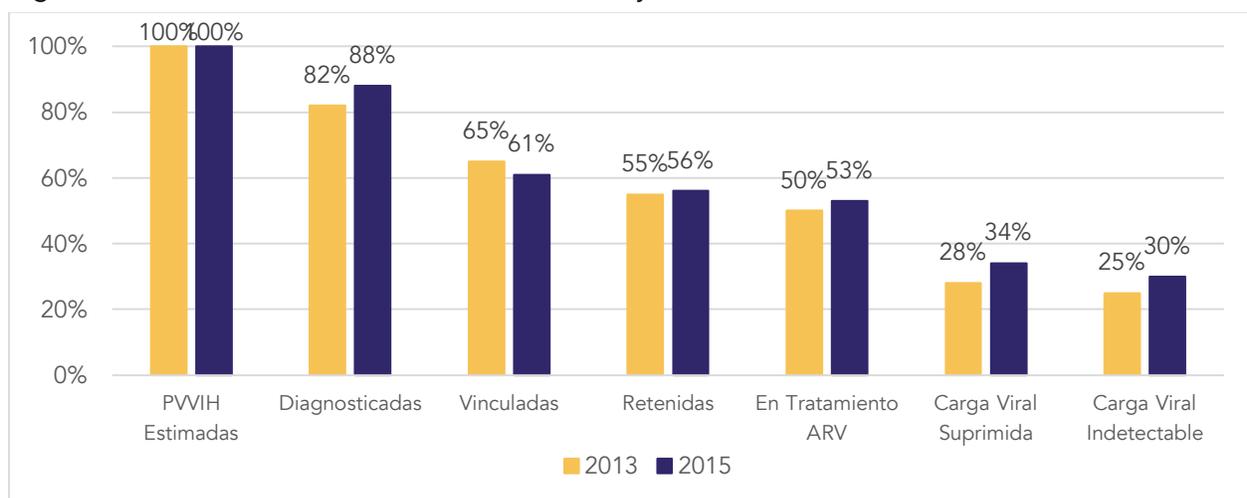


Fuente: MINSA (2015c)

Metropolitana, Colón y San Miguelito registraron el porcentaje más elevado de casos de VIH entre 2001 y 2012 (ver la tabla A3.1 del apéndice). Durante este período, en el 12,3% de los casos nuevos no hay información sobre dónde está ubicada la infección, lo cual indica lagunas en la recopilación de datos que pueden obstaculizar el análisis y la planificación. También se conocen puntos críticos regionales de transmisión, como la Isla de Colón, donde el trabajo sexual y el consumo de drogas están muy extendidos.

Panamá comenzó a compilar datos sobre la cascada de tratamiento del VIH en 2013. La figura 5 compara los resultados de 2013 y 2015. Si bien el porcentaje de PVVIH diagnosticadas vinculadas a la atención médica disminuyó en un 2%, hubo algunas mejoras menores en los demás pilares.

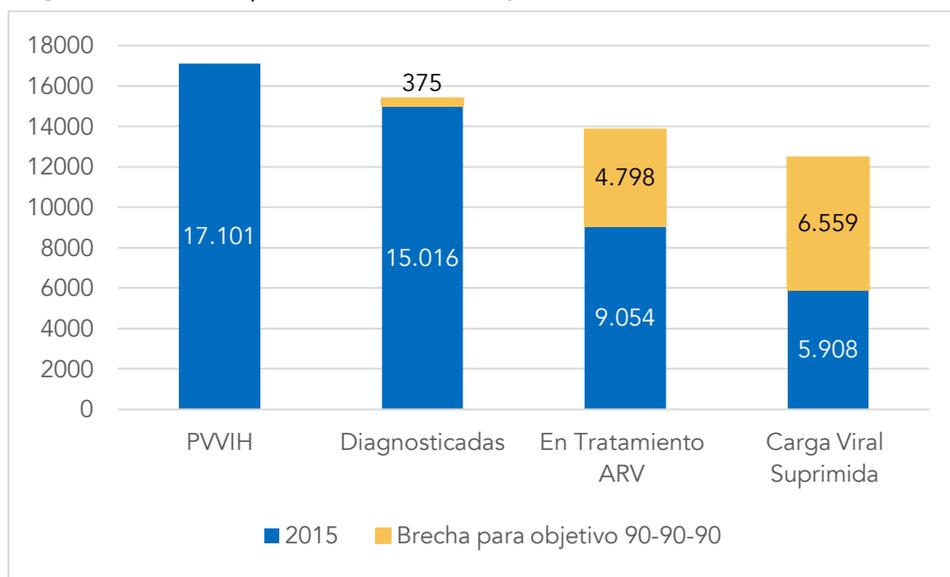
Figura 5: Cascada de tratamiento del VIH, 2013 y 2015



Fuente: MINSA (2016d)

Panamá está a punto de alcanzar el primero de los objetivos de 90-90-90, con el diagnóstico del 87.8% de las PVVIH estimadas (15.016 de 17.101), haciendo que la brecha hacia el primer objetivo sea sólo el 2,4%. Sin embargo, las brechas en el segundo y tercer objetivo son considerablemente más altas, con un 34,6% y un 52,6%, respectivamente. La Figura 6 ilustra las brechas numéricamente. Es importante indicar que estas cifras nacionales encubren algunas de las variaciones regionales en los datos, así como algunas áreas que todavía requieren mejoras importantes<sup>4</sup>. Por ejemplo, los resultados del tratamiento varían significativamente en todo el país. En 2015, el porcentaje de PVVIH en el tratamiento antirretroviral con supresión de la carga viral varió entre el 24% y el 80%, dependiendo de la clínica de ARV a la que se asista (MINSa 2016d). Además, aunque las tasas de diagnóstico son remarcables, el 46% de las personas diagnosticadas reciben un diagnóstico tardío, lo que indica que aún queda mucho trabajo por hacer en la expansión del diagnóstico precoz. Si bien una cascada de tratamiento no se encuentra disponible todavía para 2016, la unidad técnica de monitoreo y evaluación del programa de VIH observa que, a fecha de junio de 2016, 10.887 PVVIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (MINSa, 2017i).

Figura 6: Brechas para alcanzar los objetivos 90-90-90, 2015



Fuente: Adaptado del MINSa (2016d)

Las mejoras en la cascada pueden atribuirse en parte al aumento en el número de clínicas que ofrecen ARV, la provisión de pruebas y ARV gratuitos, los proyectos para mejorar la exactitud de la estimación de suministros de medicamentos con el fin de reducir los desabastecimientos, la adopción de pruebas rápidas como norma y la colaboración con organizaciones internacionales, incluido el Fondo Mundial, para aumentar las pruebas entre las poblaciones clave.

Sin embargo, aún existen desafíos, como lo demuestran las brechas para alcanzar los objetivos 90-90-90. Un desafío continuo que afecta los resultados de salud fuera del VIH es el acceso limitado a los servicios

<sup>4</sup> Se puede encontrar más información detallada sobre las variaciones regionales en "Informe nacional de cascada del continuo de la atención en VIH y medición del indicador de supervivencia en Panamá, año 2015".

de salud en algunas regiones, particularmente en comarcas indígenas. Los trabajadores de salud de atención médica primaria muchas veces no ofrecen ni promueven la prueba del VIH durante las consultas regulares, limitando la cobertura de pruebas. El estigma y la discriminación continúan siendo obstáculos para vincular y retener con éxito a los pacientes en tratamiento. Por ejemplo, no todas las personas dan su número de teléfono correcto a las clínicas y se informa que algunas no desean hacer seguimiento con una prueba de confirmación debido a la turbación o negación causado por el diagnóstico positivo. Las horas inflexibles de la clínica también pueden impedir que las poblaciones clave busquen atención de seguimiento. Desde el punto de vista programático, el suministro insuficiente de medicamentos es un desafío importante y persistente. En 2014, el 100% de las instalaciones que proveen ARV experimentaron al menos una interrupción en su suministro de fármacos, y el 51% de los pacientes bajo ARV recibieron tratamiento interrumpido, modificado o incompleto durante los 12 meses anteriores debido a la falta de disponibilidad de fármacos (MINSa, 2015c).

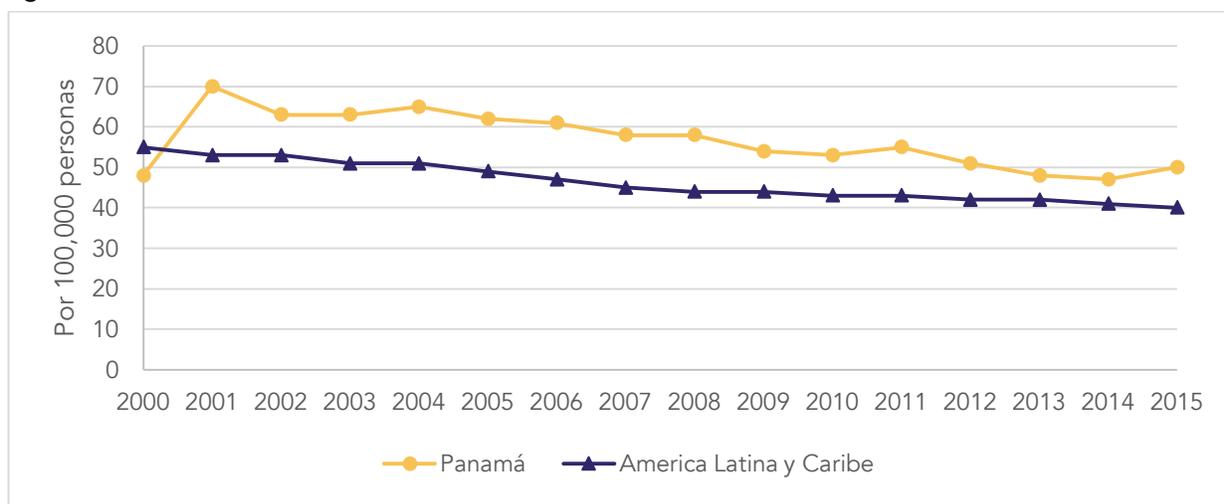
Por último, también existen problemas con la calidad de los datos en cascada. Los sistemas de información no están estandarizados a través de las clínicas y, en algunas de ellas, las bases de datos de farmacia, laboratorio y atención médica no están sistematizadas ni integradas. Además, algunos pacientes se trasladan de una clínica a otra durante el proceso de tratamiento; otros utilizan los servicios de laboratorio de la CSS, pero reciben medicamentos del MINSa; otros reciben atención médica del sector privado, pero utilizan los servicios de laboratorio del MINSa para medir su carga viral – y ninguno de estos servicios fuera de las clínicas quedan registrados para el paciente, ya que los registros son clínicos y no por paciente. Algunos de estos pacientes que buscan atención médica entre diferentes sistemas y proveedores podrían no estar registrados en las bases de datos nacionales (MINSa, 2016d).

Si bien Panamá no ha implementado Optima para evaluar la eficiencia de la asignación en la respuesta al VIH, sí emplea Spectrum (incluyendo Goals) y el Paquete de Estimaciones y Proyecciones (EPP, por sus siglas en inglés), las herramientas respaldadas por ONUSIDA y utilizadas por los países para generar estimaciones nacionales del VIH e indicadores relacionados. Se espera que las estimaciones Goals actualizadas estén disponibles en junio 2017. Panamá también ha utilizado el Modelo Modo de Transmisión (MdT) para determinar los patrones de transmisión, especialmente entre los grupos vulnerables, y proporcionar datos para la toma de decisiones. El análisis del Modo de Transmisión realizado en 2014 reveló que los nuevos casos de VIH se concentran principalmente en HSH y, en menor medida, en personas que practican relaciones sexuales heterosexuales casuales y sus parejas y las poblaciones TG, mientras que las TS y sus clientes contribuyeron menos a la incidencia del VIH que el promedio global.

### 3.2 Tuberculosis

Después de alcanzar un máximo en 2001, las tasas de incidencia de TB disminuyeron en los siguientes 14 años, de 70 casos por 100.000 habitantes a 50 en 2015. La tasa de incidencia para el año 2015 marca un ligero aumento desde 2013 y 2014, con 48 y 47 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. La tasa de incidencia de TB en Panamá supera considerablemente el promedio regional de América Latina y el Caribe, como se muestra en la figura 7. En 2015, la incidencia de TB fue de apenas 40 casos por 100.000 habitantes en toda la región. En los últimos 15 años, Panamá sufrió tasas de TB superiores a la media, pero ha experimentado una tasa de disminución más rápida que la región en conjunto. Sin embargo, sigue encabezando la incidencia de TB en la región, con un total de 1.580 casos diagnosticados en 2016.

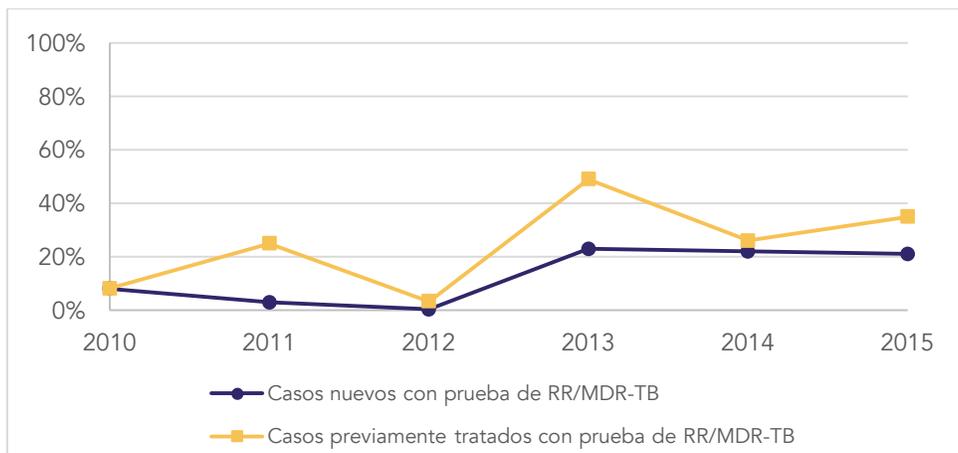
Figura 7: Tasa de incidencia de TB, 2000-2015



Fuente: Banco de Datos del Banco Mundial (2017)

La prueba para la RR/MDR TB sigue siendo baja, como se muestra en la Figura 8, lo cual dificulta medir con precisión el alcance de la carga de la TB fármacorresistente. El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) estima que, en 2015, fueron diagnosticados únicamente el 58% de los casos de MDR-TB (34 de un estimado de 59), lo que significa que aproximadamente el 42% de las personas que viven con la MDR-TB no fue diagnosticada (MINSa, 2017j). Para el mismo año, la OMS estima que hubo 63 casos de RR/MDR TB entre los casos pulmonares notificados y que la tasa de incidencia es de 2,3 por 100.000 habitantes (OMS, 2016b). Se estima que el 3% de los nuevos casos de TB y el 12% de los casos previamente tratados padecen de TB RR/MDR (OMS, 2016b).

Figura 8: Pruebas de tuberculosis RR/MDR en casos de tuberculosis nuevos y previamente tratados, 2010-2015



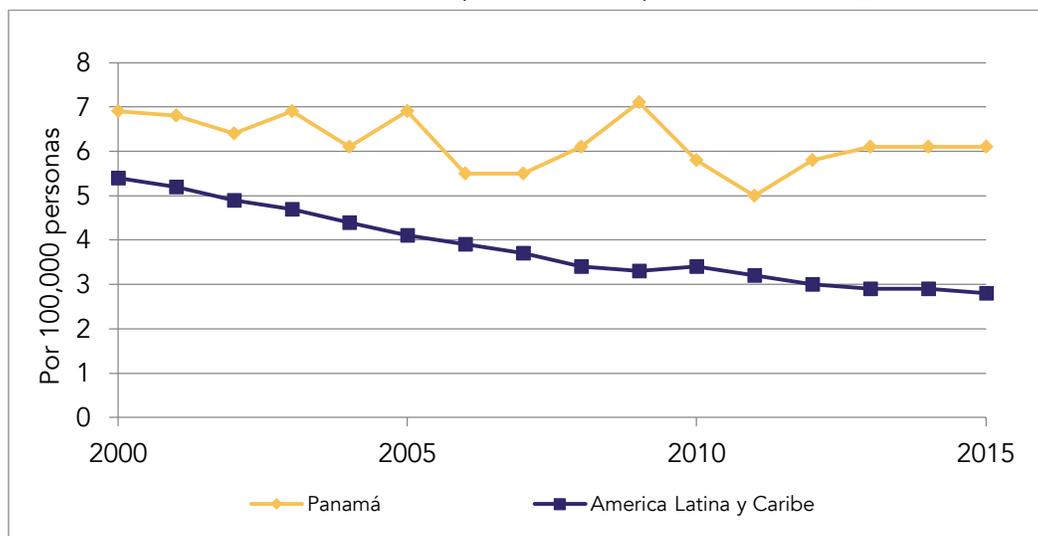
Fuente: OMS 2017

Panamá ha realizado considerables avances en el tratamiento de la TB. Se estima que la cobertura del tratamiento fue de un 80% en 2015. La tasa de éxito del tratamiento mejoró casi 20 puntos porcentuales entre 2000 y 2014, subiendo del 60% al 79%. Esto supera el promedio de ALC de 75% (Banco de datos del Banco Mundial 2017). Sin embargo, todavía queda una brecha considerable para alcanzar el 100% de éxito en el tratamiento, lo cual puede atribuirse en parte a los altos niveles de abandono del mismo. Los resultados del tratamiento varían considerablemente según la región (en 2015, el éxito del tratamiento osciló entre el 66,7% en Los Santos y el 100% en Herrera y Darién) poniendo de manifiesto el acceso o utilización desigual de los servicios de TB en todo el país (MINSa, 2017g). Los resultados del tratamiento para el país en su conjunto y por región para 2015 se pueden encontrar en la figura A3.1 en el apéndice 3.

Las mejoras en el tratamiento de la TB sensible a los fármacos no se han trasladado a otras formas, y el PNCT estima que el éxito del tratamiento de la MDR-TB es de apenas el 50% debido en gran parte a los grandes desafíos relacionados al abandono del tratamiento. Los anticuados protocolos de tratamiento han contribuido al aumento de la resistencia a los medicamentos en el país. Panamá también ha sido uno de los últimos países en la región en actualizar sus estándares de tratamiento.

La tendencia en la tasa de mortalidad por TB es una causa adicional de preocupación. Entre 2000 y 2015, la tasa de mortalidad fue volátil, con una mejora mínima. La tasa de mortalidad disminuyó en apenas 0,8, de 6,9 a 6,1 por 100.000 personas. Las cifras son aún más alarmantes en comparación con la región de ALC. Como se indica en la figura 9, la tasa de mortalidad regional entre personas VIH-negativas ha ido disminuyendo sostenidamente durante los últimos 15 años, siendo de 2,8 en 2015. Sólo Haití, Guyana, la República Dominicana y Perú tienen tasas de mortalidad más elevadas en la región. La tasa de mortalidad por MDR-TB es particularmente preocupante: la nota conceptual de TB y VIH de Panamá para la subvención del Fondo Mundial en curso la sitúa en 29%.

Figura 9: Tasa estimada de mortalidad por TB (entre personas VIH-negativas), 2000-2015



Fuente: Banco de Datos del Banco Mundial (2017)

En base a los datos recopilados por el PNCT, Panamá tuvo un éxito variable en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la TB: si bien el país tuvo éxito en reducir la incidencia de la TB entre 1990 y 2015, no alcanzó los objetivos de reducir a la mitad la prevalencia y la mortalidad de la TB.

La TB no afecta a todas las poblaciones por igual. Concretamente, existe una importante disparidad entre géneros, con una incidencia estimada dos veces más alta en hombres que en mujeres. Además, existen fuertes variaciones geográficas (ver apéndice, tabla A2). Las tasas de TB son el doble o el triple del promedio nacional en las regiones de Guna Yala, Ngäbe Buglé y Bocas del Toro. Estas son regiones rurales, con grandes poblaciones indígenas, altos niveles de pobreza, poblaciones altamente móviles, y mayormente con acceso deficiente a los servicios de salud. Colón y Metropolitana también sufren una incidencia considerablemente elevada; en estos casos la inmigración urbana contribuye a elevar las tasas.

Las PPL constituyen otra población clave para la TB. En 2013, la incidencia de todas las formas de TB en las dos principales prisiones del país—La Joya y La Joyita—fue de 643,7 casos por 100.000 personas, o 17 veces la tasa nacional, debido a las condiciones de hacinamiento y el acceso limitado a los servicios de salud. Sin embargo, se están realizando avances: el número de casos de TB en todos los centros penitenciarios cayó de un máximo de 119 en 2015 a 88 en 2016, aunque esto sigue siendo considerablemente superior a los 22 casos registrados en 2010.

### 3.3 Co-infección TB/VIH

La co-infección TB/VIH es una preocupación en Panamá, tal como se refleja en la presentación de una nota conceptual conjunta de TB y VIH para la subvención más reciente del Fondo Mundial para el país. Los datos sobre el tamaño de esta población son difíciles de determinar dado los bajos niveles de pruebas de TB

entre los pacientes VIH-positivos: según la nota conceptual para la subvención TB/VIH en curso, sólo el 19% de los pacientes de VIH con síntomas respiratorios son examinados para la TB, lo que refleja la tendencia general del bajo nivel de pruebas de TB que existe en el país entre las personas que presentan síntomas respiratorios.

Las pruebas de VIH entre las personas con TB están considerablemente más sistematizadas: la OMS estima que, en 2015, el 89% de los casos nuevos y de recaída de tuberculosis conocían su estado serológico, de los cuales el 14% eran VIH positivos. De los pacientes coinfectados, la OMS estima que el 94% estaba bajo tratamiento ARV. Sin embargo, tras una misión de monitoreo externo del PNCT realizado por la OMS/OPS en enero de 2014, se completó un análisis separado que encontró que se habían realizado pruebas de VIH en 95% de los pacientes de TB, pero sólo el 45% de los diagnosticados con VIH estaban recibiendo ARV. Por último, el PNCT registró 195 casos positivos de TB para el VIH en 2015 de un estimado de 230 casos, lo cual corresponde a una brecha de diagnóstico de alrededor del 15%. Claramente, existen grandes discrepancias en los datos, lo que plantea un problema en la elaboración de estrategias para abordar con éxito la comorbilidad. En cuanto a la adopción de medidas preventivas, en 2012—el año más reciente para el que se disponía de datos—se estima que un 86% de los pacientes con VIH/Tuberculosis recibieron tratamiento preventivo con cotrimoxazol (CPT), subiendo de 42% en 2009 (MINSa, 2017g).

Los datos disponibles indican una deficiencia en la prueba conjunta, el tratamiento y la prevención. El MINSa ha estado promoviendo la coordinación entre los dos programas de enfermedades para incrementar las actividades de colaboración, pero hasta la fecha quedan desafíos.

## 4. Entorno favorable, derechos humanos y género

### 4.1 Entorno favorable

Las áreas urbanas fuera de la Ciudad de Panamá no están adecuadamente cubiertas por servicios de VIH adaptados. La población panameña está altamente concentrada en las áreas urbanas, con el 51% de la población residente en la región Metropolitana. Así, la mayor parte de la respuesta gubernamental y comunitaria al VIH se concentra también en esta área. Sin embargo, los representantes de la comunidad informan que otros centros urbanos como Colón, los centros de desarrollo turístico y los distritos indígenas experimentan altos niveles de trabajo sexual (tanto masculino como femenino) y consumo de drogas, y tienen necesidades únicas relacionadas con la migración de poblaciones. Estas áreas también sufren de un acceso más limitado a la prueba del VIH, lo que eleva significativamente la barrera para adherirse a la atención médica. Estas regiones requieren enfoques más específicos adaptados a sus contextos y, aunque la disponibilidad de datos es limitada, las informaciones anecdóticas indican que los esfuerzos actuales no aseguran una cobertura adecuada de los servicios.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH no están abordados de manera integral, particularmente para las poblaciones clave. No hay ninguna ley antidiscriminación que se aplique a la sociedad en general (para más información sobre la Ley de SIDA, que sólo se aplica dentro de los límites de los servicios del MINSA, ver a continuación). Recientemente, se han realizado esfuerzos encomiables por introducir una nueva ley integral sobre el VIH mediante amplias consultas con la sociedad civil. Sin embargo, existen elementos problemáticos de discriminación en la versión actual del borrador de la ley, incluidas las pruebas premaritales obligatorias. Para que la ley propuesta verdaderamente amplíe la protección contra el estigma y la discriminación deberá estar más alineada con las buenas prácticas y las recomendaciones internacionales, y debería incluir elementos que protejan a las poblaciones clave en riesgo de contraer el VIH, además de presentar protecciones para las PVVIH.

Si bien que la Ley sobre el SIDA asegura que el acceso a la cobertura es universal y protege a las PVVIH contra la discriminación en el ámbito de la salud, el estigma y la discriminación siguen siendo ampliamente documentados en el VIH—mediante el Índice de Estigma (REDLA+, 2014) y según lo informan las OSC. La cuestión más importante relacionada con el acceso a la atención de salud es la confidencialidad, especialmente en los centros de salud más pequeños (por ejemplo, en las afueras de Ciudad de Panamá), donde las personas no pueden acceder a la atención médica de forma anónima. No existen sistemas eficaces que aborden las violaciones de la confidencialidad u otras prácticas estigmatizantes o discriminatorias, y si bien existen informes anecdóticos sobre algunos trabajadores de salud que fueron reasignados a nuevas clínicas, no existen sanciones contra las personas o instalaciones que cometen dichas infracciones. Además, la Ley sobre el SIDA no prevé la protección contra la discriminación basada en otros factores asociados con un mayor riesgo de contraer el VIH, incluida la orientación sexual o la identidad de género. Esto deja a muchos HSH y personas transgénero vulnerables a la discriminación que, aunque no esté estrictamente relacionadas con su estado serológico, puede tener un fuerte impacto en el acceso a la

prevención, pruebas, atención médica y tratamiento del VIH. Lamentablemente, ni el gobierno ni la sociedad civil han realizado esfuerzos sistemáticos para abordar este problema hasta ahora.

En cuanto a la TB, el estigma está estrechamente relacionado con la percepción de que la TB es una enfermedad de la pobreza. Esto puede conducir a evitar la búsqueda de servicios de salud, y también a una baja motivación para abordar la morbilidad y mortalidad de la TB, a pesar de que la tasa de mortalidad está entre las más altas de la región (ver sección 3.2). El problema se extiende incluso a las OSC relacionadas con la salud, que tienen baja motivación para trabajar en la TB: muchos entrevistados indicaron que la baja motivación está asociada al estigma y a la falta de financiamiento para la respuesta a la TB, dos problemas que se refuerzan mutuamente.

#### **4.2 Derechos humanos y género**

Las poblaciones clave experimentan violencia y obstáculos para acceder a los servicios de salud en general, incluidos los servicios relacionados con el VIH. No existe un mecanismo para documentar o resolver sistemáticamente estas violaciones. Los servicios específicos disponibles para que las poblaciones clave hagan frente al VIH son limitados, y la calidad y la cobertura varían según la población.

El trabajo sexual es legal y está regulado en Panamá, lo cual brinda alguna cobertura de protección de derechos (Carrington-Betts y Betts, 2010). Las regulaciones sanitarias, así como los reglamentos municipales y de migración, exigen que las TS que trabajan en locales cerrados (por ejemplo, no en la calle) se sometan a pruebas trimestrales obligatorias para el VIH y la sífilis; los empleadores son responsables del cumplimiento de estas regulaciones, y los detalles de las pruebas quedan registrados en su tarjeta de salud. Los empleadores también son responsables de hacer cumplir las regulaciones de salud a la considerable población de TS no-ciudadana, que está obligada a presentar registros de salud de su país de origen. Cuando una TS con ciudadanía panameña presenta resultados positivos para el VIH, se le retira su Tarjeta de Salud y deja de tener autorización para continuar realizando el trabajo sexual. Según los informantes clave entrevistados, cuando una TS no-ciudadana presenta resultados VIH positivos, se le revoca su permiso de trabajo y queda sujeta a deportación.

Según informantes de la sociedad civil, las trabajadoras sexuales que ejercen su actividad en la calle reciben una Tarjeta de Salud diferente y las pruebas son voluntarias, no obligatorias, pero son las propias personas quienes asumen los costos de estas pruebas y de otros exámenes de salud, los cuales pueden elevarse (Dreser et al, 2010). No existen regulaciones equivalentes para los TS masculinos, ni existe una programación específica dirigida a esta población. Actualmente no hay datos disponibles para describir los desafíos o limitaciones actuales en el acceso a la atención médica.

Las personas transgénero tienen la más elevada incidencia registrada de VIH de todos los subgrupos en Panamá. Las personas transgénero experimentan altos niveles de violencia y discriminación, y no existen leyes o reglamentos para protegerlos de sus efectos negativos. No existe ninguna legislación que aborde los cambios en la identidad de género, dejando a las personas cuyo género diverge de su género biológico vulnerables a la discriminación en cualquier lugar en que se solicite identificación, incluyendo la atención

de la salud, educación, empleo y servicios sociales. Esto lleva a muchas personas a participar en el trabajo sexual por ser una de las únicas opciones viables de empleo; sin embargo, es probable que lo hagan en forma no oficial, fuera de las normas de salud que rigen a otras trabajadoras sexuales, agravando así su vulnerabilidad a la detención ilegal, la violencia física y sexual y la extorsión.

Los hombres homosexuales y otros HSH tienen acceso a una programación relativamente mayor por parte de una sociedad civil movilizadora, con campañas orientadas de divulgación y educación para promover la detección oportuna del VIH, la distribución de productos de prevención (condones, lubricantes) y alguna utilización de las redes sociales y otras aplicaciones digitales para difundir mensajes positivos de salud. La programación de prevención se implementa en muchos lugares donde tienen lugar encuentros sexuales, incluyendo cines, baños y saunas; sin embargo, la disponibilidad de preservativos es limitada y, cuando no son proporcionados por las OSC, su costo es prohibitivo y desalentador (de hasta US\$5 por preservativo, según lo verificado por tres informantes clave separados). Además, a pesar de las campañas de educación y prevención, las prácticas sexuales de riesgo, incluido el sexo anal sin protección (barebacking), siguen siendo frecuentes. Aquí hay una cierta superposición con las poblaciones transgénero, especialmente en términos de la clientela del trabajo sexual y el uso recreativo de drogas, y no existen estrategias que apunten a la prevención o reducción del riesgo para estos escenarios.

La población migrante, incluidos los trabajadores, están bien respaldados por el plan nacional de tratamiento del VIH, ya que todas las personas que viven con el VIH tienen derecho a acceder al tratamiento, independientemente de su ciudadanía. Desde una perspectiva en base a los derechos, este es un desarrollo positivo; sin embargo, las OSC advierten que también conduce a una migración significativa, especialmente de la vecina Venezuela, que está en medio de una crisis de salud, agregando un estrés significativo al sistema panameño de respuesta al VIH. La migración también tiene una importante influencia en la epidemiología. Una breve revisión de las más populares aplicaciones de encuentros gay revela un número considerable de TS y HSH provenientes de Colombia y Venezuela, lo que significa que las respuestas al VIH y los entornos favorables de estos países también tienen un impacto indirecto en la epidemia de Panamá.

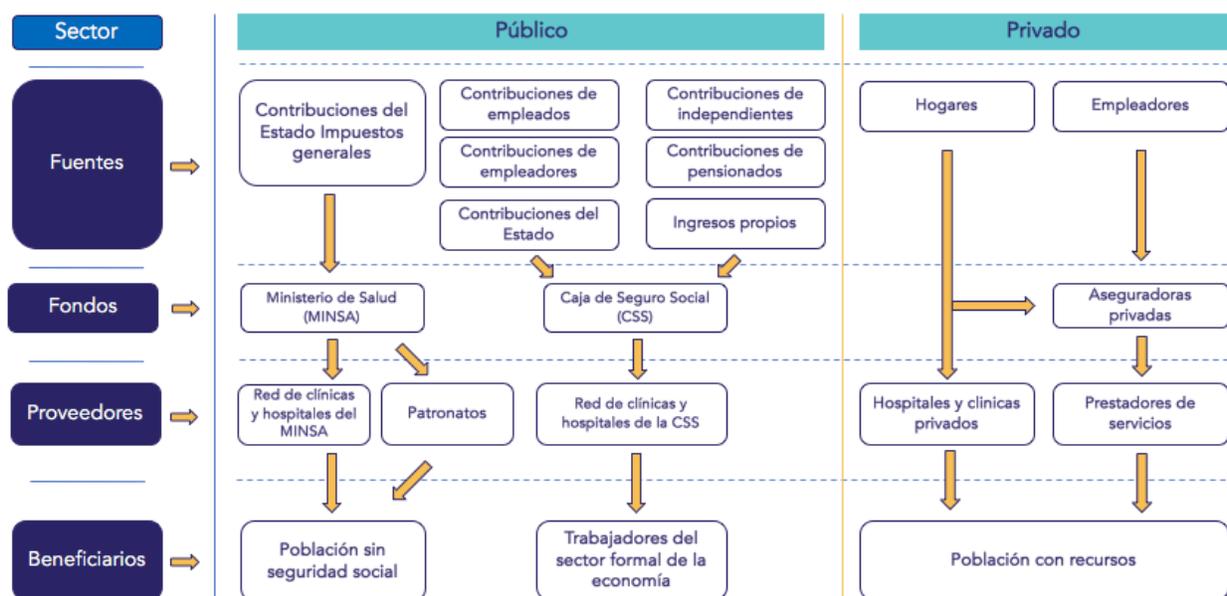
## 5. Descripción general del sistema de salud

### 5.1 El sistema de salud panameño

El sistema de salud pública panameño se caracteriza por su elevado nivel de fragmentación, ya que está dividido en dos sistemas públicos separados, como se muestra en la figura 10. Dependiendo de las tasas de empleo, en los últimos dos años las tasas de cobertura se han situado entre el 73% y el 83%, como se resume en el panel A de la figura 11. En 2015, el 75% de la población estaba inscrito en la Caja de Seguro Social (CSS). La CSS fue creada en 1941 y está financiada mediante las contribuciones de los empleados asalariados y sus empleadores. El alto porcentaje de la población inscrito en la CSS se debe a la elegibilidad que también permite inscribir a los dependientes. Además de los servicios de salud, la CSS administra el sistema obligatorio de pensiones públicas, discapacidad y seguro de trabajo. La CSS es una entidad autónoma y gestiona su propia red de hospitales y clínicas donde presta servicios a sus beneficiarios.

El resto de la población accede a los servicios de salud a través del Ministerio de Salud, o MINSA, que opera una red independiente de hospitales y clínicas. El MINSA se financia a través de los ingresos generales. En teoría, el MINSA sólo cubre el segmento de la población que no se beneficia de la cobertura de la CSS; en la práctica está disponible para todos los panameños ya que el MINSA no puede negar el servicio a ninguna persona que solicite atención médica. El tercer pilar del sector de salud panameño es el sector privado, que atiende a aproximadamente el 6% de la población (Banco Mundial 2015a).

Figura 10: El sistema de salud de Panamá



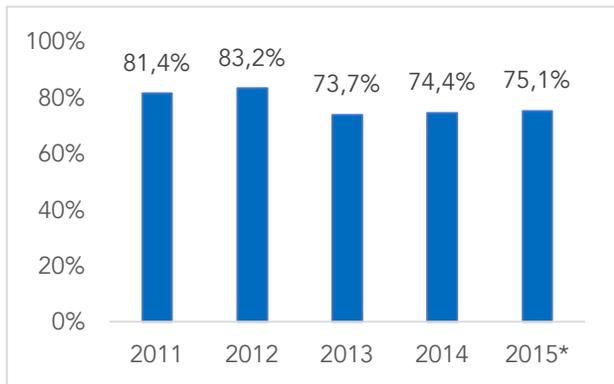
Fuente: Adaptado del Banco Mundial (2015a)

Por lo tanto, la figura 10 sólo proporciona una visión esquemática general, ya que los límites entre los tres grupos beneficiarios se confunden debido a la superposición en la utilización de los servicios de salud. Si bien el Instituto Nacional de Estadística estima que el 75% de la población estaba cubierto por la CSS en 2015, como se muestra en el panel A de la figura 11, la cobertura real es marcadamente diferente. Según las estimaciones del MINSA para 2015, la CSS llegó efectivamente sólo al 51%. Mientras tanto, el MINSA debería cubrir el 16% de la población, pero en realidad proporcionó servicios al 49%. Existen acuerdos de subvención cruzada entre el MINSA y la CSS que permite a los pacientes acceder a las instalaciones de cualquiera de las instituciones, independientemente de la cobertura (Clark 2014).

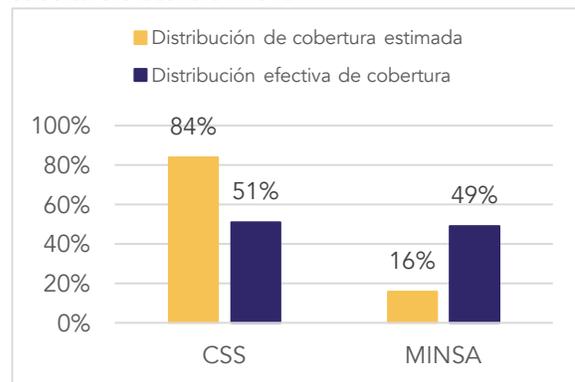
Se calcula que aproximadamente la mitad de los beneficiarios de la CSS utilizan los servicios prestados por el MINSA, incluso para la atención de la TB y el VIH. Los beneficiarios de la CSS optan por acudir a las instalaciones del MINSA para obtener medicamentos a precios más reducidos o para acceder a servicios que de otro modo no estarían disponibles para ellos. Por ejemplo, 15 de las 17 clínicas de ARV en el país son gestionadas por el MINSA, lo cual significa que tiene una cobertura mucho más amplia entre pacientes con VIH. Dado que el tratamiento está disponible sin costo alguno, estos centros atraen a pacientes de toda la población. El porcentaje de personas que acceden a servicios de tratamiento del VIH a través del sector privado es considerablemente más bajo que el porcentaje que busca otros servicios curativos. Por ejemplo, la prueba de la carga viral en un laboratorio privado cuesta unos US\$400, por lo que es más atractivo utilizar este servicio en una instalación del MINSA, donde se puede obtenerla gratuitamente cada cuatro meses.

Figura 11: Distribución de cobertura entre MINSA y CSS

Panel A: Beneficiarios de CSS como % de la población total



Panel B: Estimaciones del MINSA de la distribución de cobertura efectiva en 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) y MINSA (2015b)

\* Las estadísticas para 2015 son preliminares y pueden ser actualizadas por el INEC en el futuro.

Esta organización paralela de prestación y financiamiento de servicios es problemática para un país con una población de tan sólo 3,9 millones, ya que crea importantes ineficiencias en el sistema de salud. Los acuerdos de reparto de costos no parecen reflejar adecuadamente los costos reales incurridos por el respectivo proveedor, ni tampoco introducen incentivos para lograr una mejor coordinación o costos más bajos.

Por ejemplo, para una microscopia realizada para no beneficiarios, la CSS cobra al MINSA US\$5. Este tipo de acuerdo intrainstitucional se observa únicamente para el sistema de salud y no está registrado ni controlado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ni por los auditores internos o externos del MINSA. Existe un precedente para los acuerdos de co-financiamiento: el MINSA y la CSS cooperan en otras áreas, que incluyen diálisis y vacunas. La formalización de los acuerdos de utilización cruzada y subsidios podría ayudar a que ambas instituciones comprendan mejor sus gastos reales y beneficios recíprocos.

Aunque se han emprendido intentos de unificación del sistema de salud y, durante un breve período en los años ochenta, el MINSA y la CSS trabajaron conjuntamente, los esfuerzos recientes aún no se han concluido. Actualmente, la Mesa de Diálogo/Comisión de Diagnóstico tiene la tarea de reducir la duplicación y las ineficiencias en el sistema de salud y elaborar la fusión del MINSA y el segmento de servicios de salud de la CSS. La primera fase de este emprendimiento fue concluida recientemente, y las primeras etapas de su aplicación están previstas para 2019. Se espera que la plena integración de los dos proveedores públicos tarde por lo menos otros diez años. Panamá recibe apoyo técnico de la ONU para esta reforma de salud.

El sistema de salud panameño se divide además en 16 regiones de salud; sin embargo, la administración pública sigue estando altamente centralizada. El control, el poder de decisión y la capacidad de coordinación de los gobiernos provinciales son limitados.

## ***5.2 Contexto institucional para las respuestas del VIH y la TB***

Además de MINSA y CSS, la implementación de las respuestas de VIH y TB también requiere la participación de varias otras entidades. Puesto que invariablemente hay muchos actores involucrados en la respuesta, esta sección sólo destaca las funciones de algunas instituciones centrales.

El Laboratorio Central de Gorgas (LCG) comparte el papel de corresponsabilidad del MINSA en el área de investigación del sector salud. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) asigna el presupuesto anual al MINSA y resuelve las solicitudes de modificaciones presupuestarias o asignaciones extraordinarias, como se explica en la sección 6.2 con más detalle. Las OSC, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de poblaciones clave y las poblaciones afectadas también desempeñan un papel fundamental, como se analiza en la sección 8. Los asociados internacionales, como PEPFAR, OPS, USAID, ONUSIDA y otros, proporcionan asistencia financiera y técnica. El Fondo Mundial es actualmente el único donante que contribuye financieramente a la respuesta de la TB, sin embargo, el programa de VIH recibe financiamiento internacional de múltiples fuentes, como se destaca en la sección 6.3.

Para la respuesta al VIH, la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) es responsable de promover, apoyar y coordinar las acciones necesarias para la implementación de programas, políticas y proyectos multisectoriales nacionales en colaboración con el programa de VIH del

MINSAs. El CONAVIH fue creado en 2008 basado en el Decreto Ejecutivo No. 7<sup>5</sup>. Está presidido por la primera dama de Panamá y tiene su propia línea presupuestaria, que recibió US\$1,6 millones para el año fiscal de 2016. Con los fondos de CONAVIH se cubren actividades dirigidas a poblaciones claves, testeos en CLAM y aperturas de CLAM. Los medicamentos son cubiertos con fondos del MINSAs al igual que las pruebas de seguimiento. No existe un organismo semejante para la respuesta a la TB.

El Mecanismo de Coordinación del País (MCP) es el órgano de toma de decisiones para todos los asuntos relacionados con las subvenciones del Fondo Mundial. Ha desempeñado un papel importante en coordinar la implementación de las subvenciones de Fondo Mundial y, según sus miembros, ha facilitado intercambio interorganizacional. Sirve de espacio para el diálogo y el apoyo técnico y como tal es altamente valorado por sus miembros. Además, el MCP ha desempeñado el papel de un sistema de alerta anticipada si una iniciativa o proyecto no realiza los resultados esperados.

Las discusiones sobre el papel futuro del MCP se encuentran en etapa inicial. Si los miembros deciden mantener a este organismo activo después de la salida del Fondo Mundial, necesitarán identificar opciones de financiamiento y definir sus actividades y funciones específicas para evitar la duplicación con otros foros tales como CONAVIH. Si se disuelve el MCP, una opción sería otorgar fondos adicionales al CONAVIH y añadir puestos para la sociedad civil. Para abordar eventuales competencias entre las OSC, CONAVIH podría adoptar el modelo mexicano en el que los participantes de la sociedad civil rotan periódicamente, asegurando la participación de todas las partes interesadas. Independientemente del futuro mecanismo de gobernanza que se elija, las OSC pueden contribuir a la agenda y, por lo tanto, podrían seguir desempeñando papeles designados en el futuro acuerdo. Al igual que en muchos países, también sería útil preparar más a las OSC para que representen una gama de organizaciones que la integran, y no simplemente sus propios intereses organizativos.

### ***5.3 Programas nacionales de lucha contra el VIH y la TB***

Tanto el programa de TB como el de VIH se agrupan bajo la Sub-Dirección General de Salud de la Población. Sin embargo, el programa de VIH es de facto autónomo ya que opera desde las instalaciones del Laboratorio Central de Gorgas (LCG) pero con su propio presupuesto y personal. Se está explorando la posibilidad de fusionar las ITS, el VIH, la TB y la hepatitis en una sola subdirección para fomentar una mejor colaboración entre estos programas. Las OSC apoyan la iniciativa del MINSAs de integrar el VIH y la TB. La dirección del MINSAs confía en que este proceso seguirá adelante, pero los plazos aún no han sido determinados en este momento, por lo tanto, los beneficios de una colaboración más estrecha de los programas de TB y VIH no se materializarán pronto.

---

<sup>5</sup> Los quince miembros de CONAVIH, según lo estipula el Decreto Ejecutivo No.7 de 2008, son: La primera dama, los respectivos ministros del MINGOB, MINSAs, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social, el MEF, el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral; los respectivos directores de CSS, GCL, dos ONG de PVVIH, dos ONG que forman parte de la Alianza Estratégica y la Incidencia Pública en VIH/SIDA; los presidentes de Los Congresos Generales de los Pueblos Indígenas de Panamá, CONEP, el Consejo Ecueménico de Panamá y la Oficina del Defensor del Pueblo.

## **Tuberculosis**

El PNCT recibe asignaciones limitadas (ver la sección 6.3 a continuación) y recurre principalmente a otras subdirecciones del MINSa para el desempeño de actividades de diagnóstico y tratamiento. A nivel central, hay tres oficiales dedicados a la respuesta a la TB a tiempo completo. Además, cada una de las 16 regiones de salud cuenta con un equipo médico-enfermero que actúa como coordinador regional del PNCT, pero también tienen otras responsabilidades. Dado que sus recursos y personal son limitados, el PNCT no tiene mucha autonomía, sino que se basa en el apoyo organizativo de diferentes unidades del MINSa.

El Plan Estratégico Nacional para la Tuberculosis 2014-2016 contiene los principios transversales de respeto a los derechos humanos (con el objetivo de eliminar la exclusión basada en edad, género, origen cultural o estado de salud), acceso universal y cobertura, equidad y participación social, e incluye también objetivos específicos relacionados con poblaciones clave identificadas. Otros aspectos notables son su inclusión de las actividades de colaboración entre el VIH y la TB y utilización de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones, así como una mejor coordinación entre el MINSa y la CSS. Se incluye una matriz de planificación que detalla actividades específicas, indicadores, metas mensurables y agencias responsables, aunque la información sobre costos no es robusta ni está desglosada por año. El plan estratégico nacional para 2017-2021 está actualmente en desarrollo y se espera que incluya estimaciones de los costos de las actividades.

En el centro del PNCT de Panamá se encuentra la implementación de TAES y la estrategia “Poner fin a la TB”, los cuales son enfoques recomendados internacionalmente. La implementación de la estrategia TAES comenzó en 1999 y se amplió a todos los establecimientos de salud pública en 2005. Actualmente, TAES se administra de forma gratuita en los centros de atención médica primaria a todos los pacientes, independientemente de su cobertura de seguro. La amplia cobertura de TAES es uno de los principales logros del PNCT. El diagnóstico y la atención de la TB son gratuitos.

En los últimos años, el PNCT ha implementado importantes mejoras, incluida la actualización de la obsoleta Norma Nacional de TB (publicada en 1999) que se basa en las directrices de la OMS. También se desarrollaron protocolos adicionales y guías técnicas, con énfasis en la TB MDR y la co-infección VIH/TB. Recientemente, Panamá comenzó a implementar un módulo informatizado de TB dentro del sistema de vigilancia epidemiológica (ver sección 7.4 a continuación) que mejorará la calidad de los datos y facilitará el análisis.

Mientras que los planes establecen el ideal, la implementación se desvía acusadamente de ellos. Algunas deficiencias del programa persisten, tales como los indicadores epidemiológicos por debajo de lo óptimo (como se presenta en la sección 3.2 anterior). Lo más preocupante es el elevado número de casos que no se detectan o se detectan tarde. Según las últimas estimaciones, hay 5.000 casos de TB en el país, de los cuales sólo 1.500 son detectados. El país ha tratado de mejorar la deficiente detección de síntomas respiratorios con la ayuda de promotores; la búsqueda activa de la TB debe amplificarse. En la actualidad hay 15 promotores en pares, sin embargo, están financiados con fondos del Fondo Mundial y no está claro si estas posiciones serán absorbidas a la salida del mismo.

La detección tardía es igualmente prevalente: casi dos tercios de los casos de TB se diagnostican en los hospitales donde los pacientes llegan con la enfermedad ya avanzada. Los centros de atención médica primaria podrían desempeñar un papel mucho más prominente en el diagnóstico.

El diagnóstico se ve obstaculizado aún más por los retrasos en el transporte y la entrega de los resultados de las muestras de laboratorio. Algunos retrasos se producen debido a dificultades geográficas - accesibilidad limitada a las regiones rurales y costeras - sin embargo, un número considerable de muestras no se analizan con prontitud incluso después de haber llegado al laboratorio. En general, las deficiencias de la red nacional de laboratorios parecen limitar el desempeño del programa de TB.

Si bien la lucha contra la comorbilidad por VIH/TB se destaca como una de las principales áreas de intervención en el plan estratégico nacional, los esfuerzos en la prevención y coordinación del VIH/TB están muy rezagados. La TB todavía no se percibe como comorbilidad crítica del VIH. La falta de monitoreo integrado del VIH y la TB significa que sólo el 19% de los pacientes de VIH con síntomas respiratorios son examinados para la TB. Mientras que las pruebas de VIH entre los pacientes notificados de TB son casi universales (95%), ni siquiera la mitad de los pacientes coinfectados recibe tratamiento ARV.

La TB continúa teniendo un bajo perfil político, y no hay suficiente abogacía por parte de la sociedad civil y la supervisión del desempeño por parte del MINSa y la CSS es inadecuada. Si bien el personal del MINSa está comprometido con las acciones de control de la TB, se encuentran limitados por problemas sistémicos del sistema de salud que complican un esfuerzo que ya es difícil.

## **VIH**

El Plan Estratégico Multisectorial Nacional para el VIH 2014-2019 se desarrolló en consulta con diversas partes interesadas de agencias gubernamentales pertinentes, organizaciones internacionales, OSC y el sector privado. Las tres áreas de enfoque principales del Plan son: i) Fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH (mejorar el entorno propicio, mejorar los conocimientos sobre el VIH, aplicar un plan de investigación y reforzar la vigilancia); ii) Prevención (con un enfoque en la transmisión de madre a hijo y poblaciones clave); y iii) Mejorar la calidad, el acceso y la cobertura de la atención (reducir las tasas de coinfección por VIH-TB, mejorar el diagnóstico y la adherencia al tratamiento y asegurar la disponibilidad de suministros estratégicos). Los derechos humanos, el género y la inclusión son temas transversales, al igual que el monitoreo y la evaluación. El plan promueve una mejor coordinación entre las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales involucradas en la respuesta, y un mayor papel para el sector privado. El plan incluye indicación de costos y listas de indicadores de seguimiento específicos.

Actualmente, la prueba y el tratamiento del VIH son gratuitos para los adolescentes y los miembros de las poblaciones clave en todos los centros públicos de atención a la salud. A partir de 2018, toda la población tendrá el mismo acceso a los servicios públicos de salud según lo estipulado en el Decreto Ejecutivo No. 214 de mayo 2016. Desde 2013, Panamá ha implementado la Estrategia de Tratamiento 2.0 promovida

por la OMS/OPS y ONUSIDA con un fuerte enfoque en la prevención, incluyendo el tratamiento como prevención para las poblaciones clave. En 2014, Panamá fue el primer país centroamericano en adoptar el tratamiento como prevención y se ha comprometido a alcanzar los objetivos 90-90-90, habiendo adoptado los Objetivos “Fast Track” en 2015.

Los desafíos administrativos en la compra de suministros para el VIH resultaron en desabastecimientos recurrentes durante los últimos dos años, lo que pone en peligro el acceso seguro al tratamiento (ver sección 7.2).

## 6. Transición del financiamiento de la salud

### 6.1 Panorama macroeconómico y fiscal

Panamá tiene una de las economías más abiertas de la región y está bien integrada en la economía mundial. El Canal de Panamá es una de las principales rutas de comercio mundial, y el país se ha beneficiado enormemente del crecimiento del comercio internacional. Los ingresos del Canal representan alrededor del 10% de los ingresos totales del gobierno. También se ha posicionado estratégicamente como centro financiero y centro comercial, atrayendo cada año miles de millones de inversiones extranjeras directas y privadas y convirtiéndola en la economía más competitiva de Centroamérica (Banco Mundial 2015b).

El desempeño económico promedio de Panamá superó los resultados regionales en la última década y ha sido una de las economías de más rápido crecimiento en todo el mundo. Durante el período 2010-2015, la tasa de crecimiento de Panamá del 7,5% fue superior al doble que la de la región ALC, de 2,8%. El crecimiento ha estado acompañado de cambios distributivos progresivos que condujeron a una disminución de la desigualdad. Según el Banco Mundial, los pobres, las mujeres y los no calificados se han beneficiado desproporcionadamente del crecimiento. Sin embargo, persisten los focos de pobreza extrema y los territorios indígenas están particularmente rezagados (Banco Mundial 2015b).

La tasa de desempleo promedio fue ligeramente inferior para Panamá, con un 6,1%, que la de ALC en general, con un 6,9%. La inflación, al 3,9%, estuvo por debajo del promedio regional de 4,7%. Considerando que el nivel de ingresos, gastos y deuda pública de Panamá es comparable al de sus pares—con una carga de deuda considerablemente inferior a la media de ALC—se encuentra en una posición fiscal relativamente estable para la región. La plena dolarización, una política fiscal prudente y un sector bancario saludable contribuyen a la estabilidad macroeconómica de Panamá. Según la Economist Intelligence Unit (EIU), Panamá continuará creciendo a una tasa más elevada entre los países de ALC en los próximos cuatro años, a pesar de la prevista desaceleración económica para este período. Su desempeño será impulsado por los ingresos de peaje de la expansión del Canal de Panamá y la inversión en infraestructura (EIU 2016).

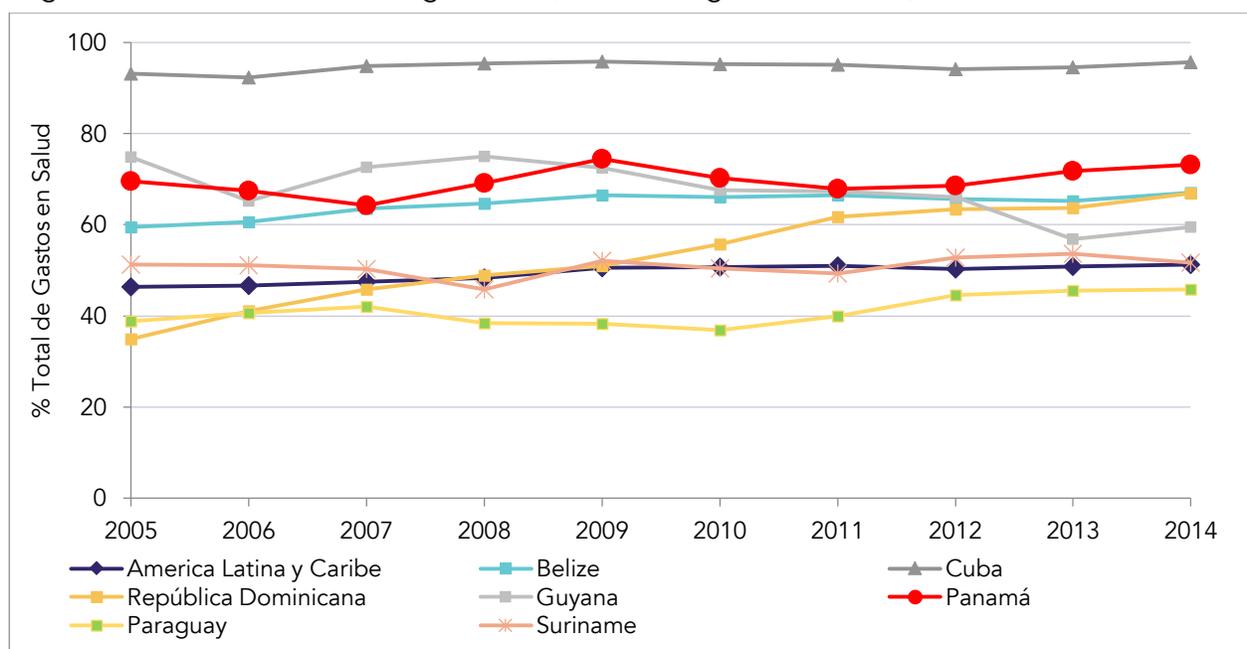
Una ley de responsabilidad social y fiscal de 2002 establece límites máximos del déficit fiscal para ayudar a mantener la prudencia fiscal con posibles implicaciones para el gasto social. Sin embargo, la ley no se aplica rigurosamente; es improbable que el actual gobierno alcance su objetivo de equilibrar el presupuesto al final de su mandato debido al gasto en obras públicas y programas sociales (por ejemplo, aumento de becas escolares, mejoras en la provisión de pensiones para personas no aseguradas). Aun así, para el año 2020 se espera que el déficit caiga por debajo del 1%, lo cual sería por debajo del límite del 1,5% establecido por la ley de responsabilidad fiscal del país (EIU 2016).

## 6.2 El gasto en salud y la gestión financiera pública

En esta sección se examinan los patrones de gasto en salud en los sectores público y privado, para después examinar la eficacia de la ejecución presupuestaria y la gestión financiera.

Panamá gasta considerablemente en salud tanto en el sector público como en el privado. El gasto público representa una gran proporción de los gastos generales de salud en Panamá, alcanzando casi las tres cuartas partes del total, una proporción significativa en comparación con otros países de la región, como se muestra en la figura 12. A nivel regional, Panamá también tiene los más elevados PIB y gasto en salud per cápita (Banco Mundial). Estos indicadores han ido en constante aumento durante la última década. Como porcentaje del gasto público, Panamá gastó 14,6% en 2014, más que otros países de la región y superado sólo por Cuba (Banco Mundial 2016).

Figura 12: Gastos de salud del gobierno (% Total de gastos en salud), 2005-2014

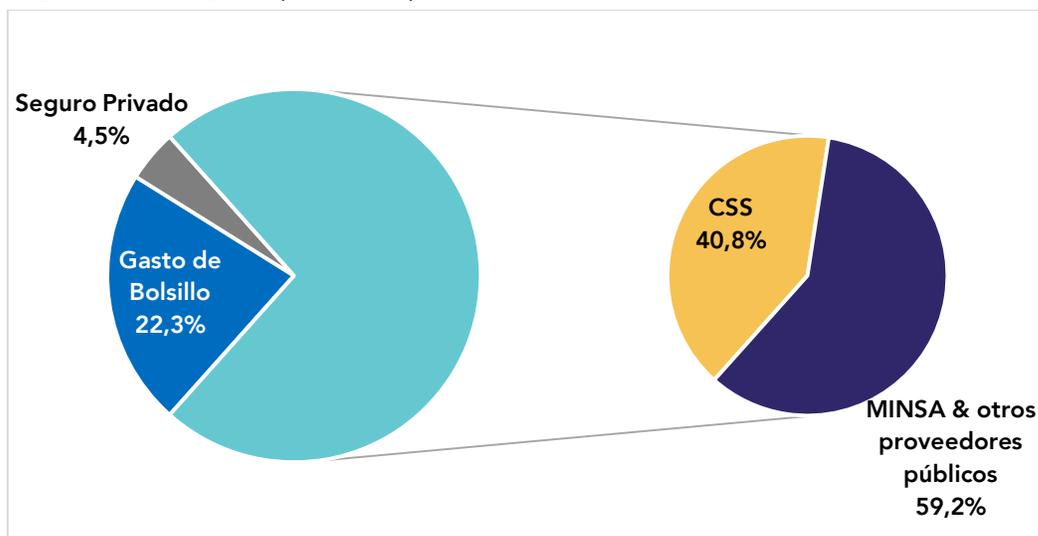


Fuente: Banco de Datos del Banco Mundial (2017)

Las Cuentas Nacionales de Salud proporcionan una visión general del panorama del financiamiento de la salud en Panamá y permiten comparar los gastos de diferentes grupos<sup>6</sup>. La figura 13 muestra el desglose de las cuotas de gasto público y privado, y luego proporciona un desglose similar para el gasto del sector público. Los gastos del MINSa son cerca del 60% del gasto del sector público, mientras que el resto es financiado por la CSS. El sector privado está dominado por los gastos del bolsillo, que constituyen el 22,3% del Gasto Total en Salud (seguro privado cubre solamente un pequeño segmento del gasto y la población).

<sup>6</sup> Si bien son datos valiosos sobre tendencia, deben tomarse con cautela ya que gran parte de ellos están generados por algoritmos, y no datos reales obtenidos mediante encuestas.

Figura 13: Desglose público y privado - Gasto total en salud, 2014

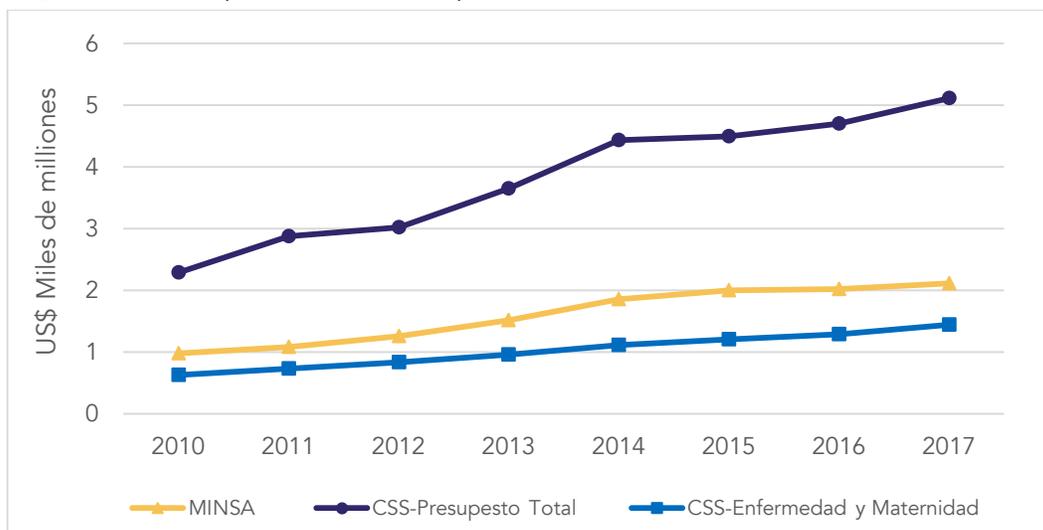


Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de la OMS (2017)

Las tendencias en los presupuestos para el MINSA y CSS se presentan en la figura 14, y la figura 15 muestra las tendencias en la ejecución presupuestaria, es decir, el grado en que las asignaciones presupuestarias se gastan realmente. El presupuesto del MINSA se ha duplicado con creces desde 2008. Los mayores aumentos han sido en recursos humanos, principalmente para mantener el ritmo de los crecientes niveles de inflación, pero las leyes salariales y los acuerdos sindicales también han desempeñado un papel. Asimismo, se crearon nuevos puestos técnicos y administrativos para contratar personal en las nuevas instalaciones de salud que abrieron en los últimos dos años. La inflación también ha hecho que el gasto en medicamentos y suministros quirúrgicos aumente considerablemente. La tasa de ejecución presupuestaria de MINSA es alta en comparación con otras entidades gubernamentales, lo que significa que están gastando su presupuesto operativo. La tasa de ejecución presupuestaria de las inversiones del MINSA se encuentra supuestamente por debajo del 50% debido a la rigidez del entorno operativo y a los inevitables retrasos en las obras de construcción.

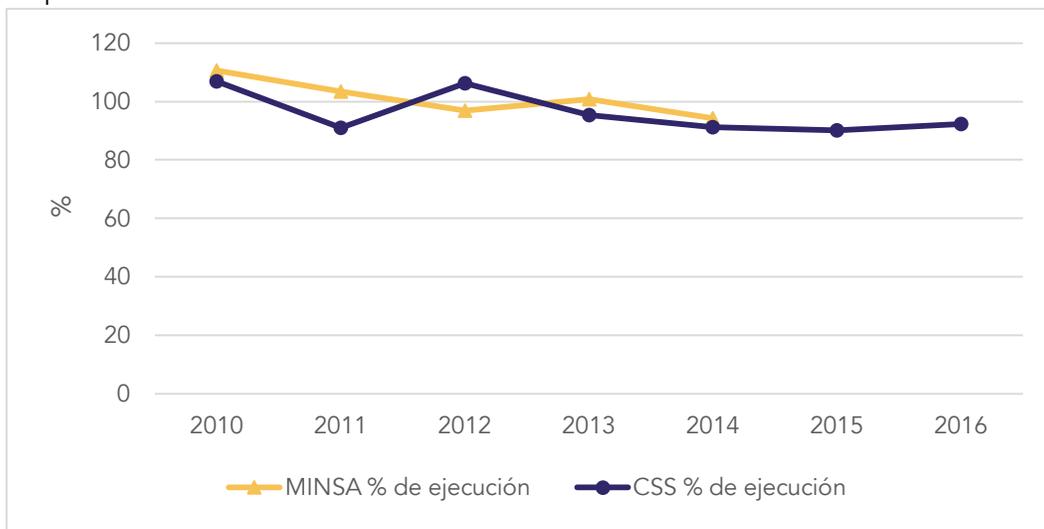
La CSS es la institución con el mayor presupuesto dentro del Estado panameño, ya que incluye pensiones y atención médica para los trabajadores empleados y sus dependientes. La figura 14 muestra el desglose entre las pensiones y la salud, esta última casi duplica el presupuesto de salud. La CSS es el mayor empleador de médicos, enfermeras, técnicos de salud y personal administrativo en el país (CSS 2014). Los gastos operativos de la CSS están dominados por los gastos de personal (por ejemplo, sueldos fijos, salarios del personal temporal, horas extraordinarias, bonificaciones, etc.) y compras de materiales y suministros. El presupuesto del personal casi se ejecutó en su totalidad, pero hubo brechas entre el presupuesto modificado y las tasas de ejecución de las otras partes del presupuesto operativo.

Figura 14: Presupuestos anuales aprobados de MINSA y CSS <sup>7</sup>, 2010-2017



Fuente: MEF (2017)

Figura 15: Tasas de ejecución presupuestaria MINSA y CSS <sup>8</sup>, 2010 al año más reciente disponible



Fuente: Información financiera y presupuestaria MINSA (2015a) y CSS (2017)

Al evaluar el compromiso con la salud, los países y los donantes se enfocan inevitablemente en el nivel de asignación presupuestaria para este sector. Si bien es importante, la asignación presupuestaria para la salud es sólo una parte de la moneda y a menudo puede ser eclipsada en importancia por cómo se gastan esos fondos. La “Evaluación del gasto público y la gestión financiera” (PEFA, por sus siglas en inglés) del

<sup>7</sup> Nota: Las cifras presupuestarias para MINSA y CSS incluyen presupuestos recurrentes e inversiones. El presupuesto total de la CSS incluye: inversiones financieras e infraestructura; planes de jubilación anticipada; costes administrativos; enfermedad y maternidad; discapacidad, vejez y muerte; lesiones en el trabajo; y otros.

<sup>8</sup> Nota: Las cifras presupuestarias para MINSA y CSS incluyen presupuestos recurrentes e inversiones. Las tasas de ejecución se calcularon utilizando los presupuestos aprobados iniciales, tal como figuran en las leyes presupuestarias anuales, en contraposición con los presupuestos revisados.

Banco Mundial permite comparar la eficacia y la eficiencia presupuestaria de los países, es decir, cuán bien ejecutan sus presupuestos. Si bien el gasto público y la gestión financiera se miden a nivel nacional en todos los sectores, reflejan los problemas arraigados que afectan directamente al sector de la salud pública. Algunos de estos factores de gestión financiera pública pueden ser mitigados a nivel sectorial, mientras que otros no pueden, reflejando la rigidez y el desigual desempeño presupuestario que limitan la eficiencia en la gestión presupuestaria y en el desempeño general del sector.

La última evaluación del gasto público y la gestión financiera para Panamá (2013) identificó varios retos en la gestión financiera pública, incluyendo déficits en la planificación y la ejecución del presupuesto, la baja confiabilidad presupuestaria, reglas y procedimientos de adquisiciones, la transparencia de los registros públicos, y la falta de un marco para las transferencias a los gobiernos sub-nacionales. La tabla 4 presenta una lista con las categorías relevantes del gasto público y la gestión financiera y sus puntuaciones (en una escala de A a D).

Tabla 4: Hallazgos destacados de PEFA 2013 para Panamá

A. Credibilidad del presupuesto	Clasificación PEFA
Composición de las desviaciones del gasto presupuestario en comparación con el presupuesto original aprobado	B+
Desviaciones de los ingresos totales en comparación con el presupuesto original aprobado	D
B. Características clave de todas las etapas: alcance y transparencia	
Magnitud de las operaciones gubernamentales no incluidas en informes presupuestales	D
Supervisión del riesgo fiscal agregado provocado por otras entidades del sector público	C
C. Ciclo presupuestario	
Carácter ordenado y participación en el proceso presupuestario anual	C+
Perspectiva plurianual en materia de planificación fiscal, política del gasto y presupuestación	C
Eficacia de los controles de la nómina	C+
Competencia, precio razonable y controles en materia de adquisiciones	D+
Eficacia de los controles internos del gasto no salarial	C+
Eficacia de la auditoría interna	D+
Disponibilidad de información sobre los recursos recibidos por las unidades de prestación de servicios	A
Calidad y puntualidad de los informes presupuestarios del ejercicio en curso	D+
Alcance, naturaleza y seguimiento de la auditoría externa	D

Fuente: Banco Mundial (2013)

El proceso de formulación y ejecución del presupuesto en Panamá carece de reglas claras, creando inconsistencias y debilitando los objetivos del proceso presupuestario. Concretamente, el número de modificaciones presupuestarias tiende a ser elevado, lo que impide una estimación precisa de la disponibilidad de recursos para los sectores. Los retrasos administrativos socavan aún más la aplicación oportuna, lo que da lugar a grandes disparidades entre los presupuestos aprobados y ejecutados. La falta de políticas de costeo sectorial impide vincular el presupuesto plurianual con proyecciones de gastos

sectoriales o institucionales. Sin conocimiento de los costos, es imposible introducir medidas de eficiencia. Dichas limitaciones hacen que se dependa de los presupuestos "históricos" (o del año pasado) para definir el financiamiento futuro, fijando así a los ministerios sectoriales en los mismos niveles presupuestarios relativos a lo largo del tiempo y evitando que haya cambios en el financiamiento para responder a oportunidades nuevas, importantes e innovadoras en diversos sectores.

La imprevisibilidad del presupuesto dificulta la definición realista de las actividades que se llevarán a cabo durante el ejercicio presupuestario. Por ejemplo, si no se concede el financiamiento previsto para los planes de acción, necesariamente su ejecución quedará estancada temporalmente o será abandonada completamente. Las reducciones en las transferencias obligan a los organismos de ejecución a improvisar un nuevo programa redefiniendo las actividades para adaptarse a los fondos reducidos. Un presupuesto ejecutado de esta manera deja de ser un instrumento estratégico de administración y planificación para el sector público, convirtiéndose en una simple herramienta para registrar compromisos y transferencias. Se están introduciendo ejercicios de planificación presupuestaria utilizando algunas herramientas básicas para proyectar las necesidades, pero estos aún no tienen una indicación de costo asociado, y aún no está vinculado a los procesos de formulación del presupuesto.

La falta de transparencia en la contratación pública se debe a procesos que no se basan en planes de adquisiciones ni siempre se registran y se publican en el sistema de adquisiciones electrónicas PANAMACOMPRAS, como lo exige el marco regulatorio del país.

Los informes fiscales no proporcionan información completa sobre los ingresos y los gastos del gobierno y, por lo tanto, impiden un seguimiento eficaz de la ejecución presupuestaria a nivel nacional y sectorial. Las transferencias a los gobiernos subnacionales carecen de reglas claras y transparentes. Los montos a transferir por el gobierno a cada municipio son impredecibles, haciendo que la preparación del presupuesto municipal sea algo incierto o meramente indicativo. Sin embargo, para la mayoría de los municipios estas transferencias representan su principal y, probablemente, única fuente de ingresos.

Una buena gestión financiera pública es requisito esencial para la prestación eficiente del servicio público, y las debilidades en su desempeño tienen influencias negativas sobre el desempeño y los resultados en todos los sectores, incluyendo la salud. Si bien no sólo es una responsabilidad del sector de la salud, se necesita una presupuestación basada en el desempeño, que incluya la modernización de la planificación financiera (algo que ya está siendo implementado), la gestión de la deuda y los riesgos fiscales de desastres imprevistos. La simple mejora de la gestión fiscal podría liberar recursos para áreas prioritarias o desatendidas, como el VIH y la TB. El Banco Mundial (2015b) señala que actualmente existe una incompatibilidad entre la creciente sofisticación de la economía panameña y la efectividad de sus instituciones financieras y presupuestarias públicas. Los desafíos son más marcados en la transparencia, eficiencia y adecuación del marco regulatorio.

Estos factores influirán en la transición y en la capacidad del MINSa y CSS para responder a las demandas de VIH y TB. Esto es más una advertencia que un problema significativo, pero no se puede ignorar en la planificación para el futuro de estos programas.

### 6.3 El financiamiento de la respuesta al VIH y TB

#### Tuberculosis

No existen otras fuentes externas de financiamiento para la tuberculosis a parte del Fondo Mundial. Las fuentes nacionales, que consisten en el seguro social de salud y los ingresos del gobierno, financian la respuesta. Para 2016, se prevé que el financiamiento gubernamental para la TB sea de US\$1.846.949. El 30% restante del presupuesto total para la TB ese año es proporcionado por el Fondo Mundial.

Tabla 5: Fuentes anticipadas de financiamiento de TB para el año fiscal 2016<sup>9</sup>

Fuente de Financiamiento	Financiación Prevista (US\$)
Gobierno (incluyendo préstamos)	1.846.949
Fondo Mundial	768.500
USAID	
Otros	
<b>Total</b>	<b>2.615.449</b>

Fuente: MINSA (2017g)

En la actualidad, el PNCT está financiado a un nivel insuficiente para alcanzar la totalidad de sus objetivos, tal como se describe en el Plan Estratégico Nacional. La Tabla 6 a continuación resume las brechas identificadas por el PNCT para el año fiscal 2016. La brecha es mayor para los costos de los programas de TB resistente a los fármacos y la investigación operativa y encuestas. Del presupuesto total previsto de US\$2.615.449, el gobierno otorga US\$1.846.949 y el Fondo Mundial US\$768.500. El requisito de cofinanciamiento del Fondo Mundial para el período 2016-2018 estipuló recursos nacionales adicionales para contratar más personal para el programa de TB. Hasta ahora, este requisito no se ha cumplido. Dado el alto costo de los medicamentos actualmente incurrido por el programa, hay una oportunidad de ahorro comprando medicamentos más baratos, como se analiza en la sección 7.2.

Tabla 6: Presupuesto para el programa de tuberculosis para el año fiscal 2016

Componente	Presupuesto necesario (US\$)	Financiación prevista (US\$)	Brecha (US\$)
Infraestructura, equipo y suministros de Laboratorio	383.500	260.784	122.716
Personal del Programa Nacional de Tuberculosis (unidad central y coordinadores regionales y subregionales)	683.400	639.600	43.800
TB Sensible a Medicamentos: Medicamentos	1.017.258	1.017.258	0
TB Resistente a Medicamentos: Medicamentos	78.430	78.430	0
TB sensible a los Medicamentos: Costos de Programa	124.630	505.794	-381.156
TB Resistente a Medicamentos: Costos de Programa	270.000	26.360	243.640
Actividades Colaboración TB-VIH	125.000	86.223	38.777
Apoyo del Paciente	20.000	1.000	19.000

<sup>9</sup> La información contenida en la tabla 5 no coincide con la matriz de brechas financieras adjuntada a la nota conceptual enviada al Fondo Mundial porque al momento de preparar la nota se usaron proyecciones. No obstante, estos datos al final se acercaron bastante a la realidad.

Investigación Operativa y Encuestas	190.000	0	190.000
Otras Partidas Presupuestarias	85.000	0	85.000
<b>Total</b>	<b>2.977.226</b>	<b>2.615.449</b>	<b>361.777</b>

Fuente: MINSAs (2017g)

## VIH

El MINSAs y el MEF son las únicas agencias gubernamentales que tienen presupuestos asignados para el VIH. La CSS y las demás agencias gubernamentales, otorgan fondos para la respuesta al VIH, pero no tienen una línea presupuestaria separada.

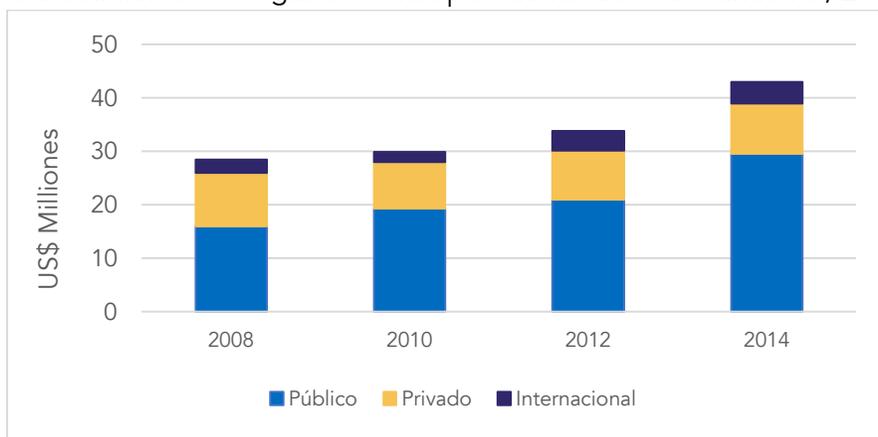
Desde 2006 se han completado informes de Medición de Gasto en VIH/SIDA (MEGAS) bianualmente en Panamá, a continuación de un informe inicial que cubrió los años 2004 y 2005 conjuntamente. Estos informes ofrecen información sobre el estado del financiamiento del VIH, específicamente, incluyendo todas las fuentes de financiamiento y gastos por área programática y tipo de población. El siguiente análisis de ONUSIDA/PASCA se basa en los datos MEGAS de 2014.

De 2008 a 2014, el sector público aumentó continuamente el gasto en VIH/SIDA, de aproximadamente US\$15,9 millones a US\$29,5 millones. Además, para 2014 el sector público asumió una proporción significativamente mayor del gasto total en VIH en comparación con el sector privado y las organizaciones internacionales: 69% de la respuesta total, frente al 56% en 2008; la participación del sector privado cayó de 35% a 22% durante el mismo período, mientras que las organizaciones internacionales aportaron el 9% tanto en 2008 como en 2014, aunque su participación fue fluctuante durante este período.

En 2014, se gastó US\$42.918.587<sup>10</sup> en la respuesta nacional al VIH. La mayor parte de la respuesta al VIH (69%) fue financiada a través de recursos públicos nacionales, y la asignación pública casi se duplicó entre 2008 y 2014, demostrando un sólido compromiso gubernamental para absorber los costos programáticos y ampliar la respuesta. Si bien las contribuciones internacionales han aumentado en términos absolutos, representaron el 9% del gasto total en VIH tanto en 2008 como en 2014, contribuyendo al financiamiento total. Mientras tanto, la participación del sector privado ha disminuido de manera constante, pasando del 35% en 2008 al 22% en 2014 (ver Figura 16).

<sup>10</sup> La razón por la cual esta cifra difiere de la información contenida en la matriz de brechas financieras es que el informe MEGAS 2014 fue finalizado posterior a la entrega de los documentos para la nota conceptual, para la cual se usaron estimaciones.

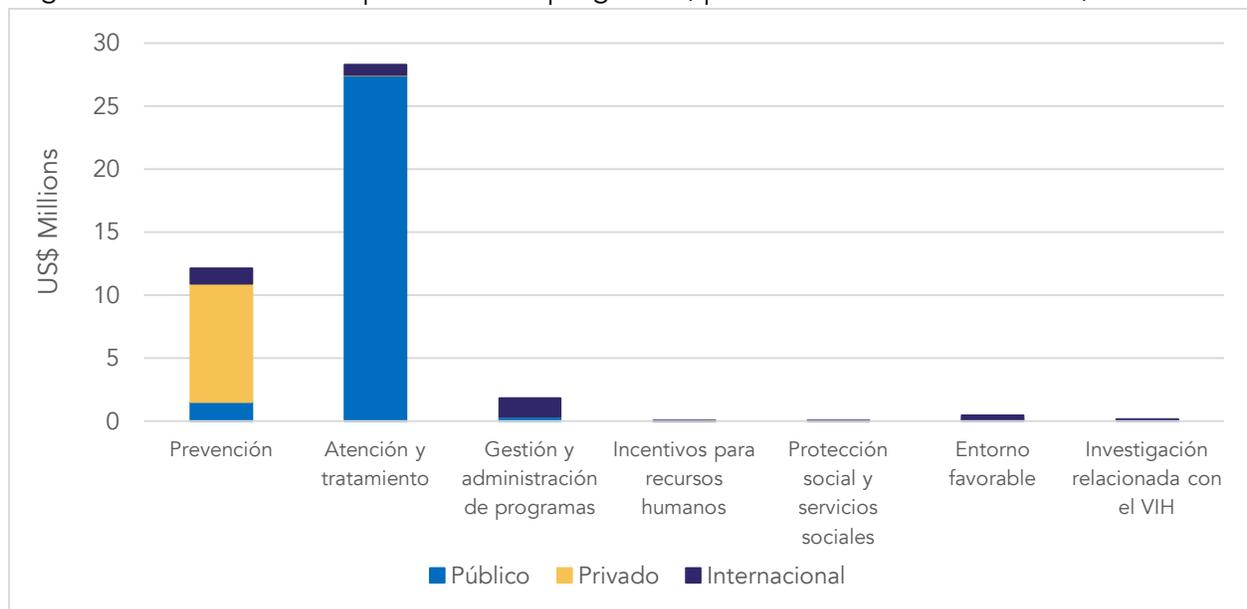
Figura 16: Crecimiento en el gasto en VIH por fuente de financiamiento, 2008-2014<sup>11</sup>



Fuente: MINSA (2016e)

En 2014, el gasto estuvo dominado por la atención y el tratamiento con US\$28.261.543 y, en menor medida, la prevención con US\$12.136.646 (ver Figura 17). Los recursos públicos nacionales financiaron el 97% de las actividades de atención y tratamiento. La prevención se financió principalmente con recursos privados nacionales, reflejando el gasto privado en preservativos. En comparación, el gasto en otras áreas—la gestión y la administración de programas, los incentivos de recursos humanos, la protección social y los servicios, el entorno favorable y la investigación relacionada con el VIH—fue mínimo y en gran medida financiado por recursos internacionales.

Figura 17: Financiamiento para áreas de programas, por fuente de financiamiento, 2014



Fuente: MINSA (2016e)

<sup>11</sup>Nota: Las cifras de 2008, 2010 y 2012 fueron infladas a términos reales de 2014.

Como se muestra en la Tabla 7, el gasto en VIH en Panamá es predominantemente impulsado por fuentes públicas. El financiamiento privado para el VIH está dominado por el gasto de los hogares. Las contribuciones internacionales a la respuesta al VIH representan sólo el 9% del total. Su enfoque se centra casi exclusivamente en las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH y con un monto similar al gasto público en prevención (1.5 millones de gasto público frente a 1.2 millones de fuentes internacionales). Basado en el análisis del gasto de 2014, el informe MEGAS más reciente recomienda aumentar la inversión pública en prevención.

El Fondo Mundial es responsable del 22,8% del financiamiento internacional y del 2,13% del gasto nacional total en la respuesta al VIH. Las agencias de Estados Unidos, con casi la mitad del apoyo internacional a la respuesta al VIH, están también en proceso de modificar el enfoque de su apoyo. Dado que esto ocurre paralelamente con la transición de GF, sería importante para Panamá planear y administrar cuidadosamente ambos procesos y explotar cualquier posible sinergia.

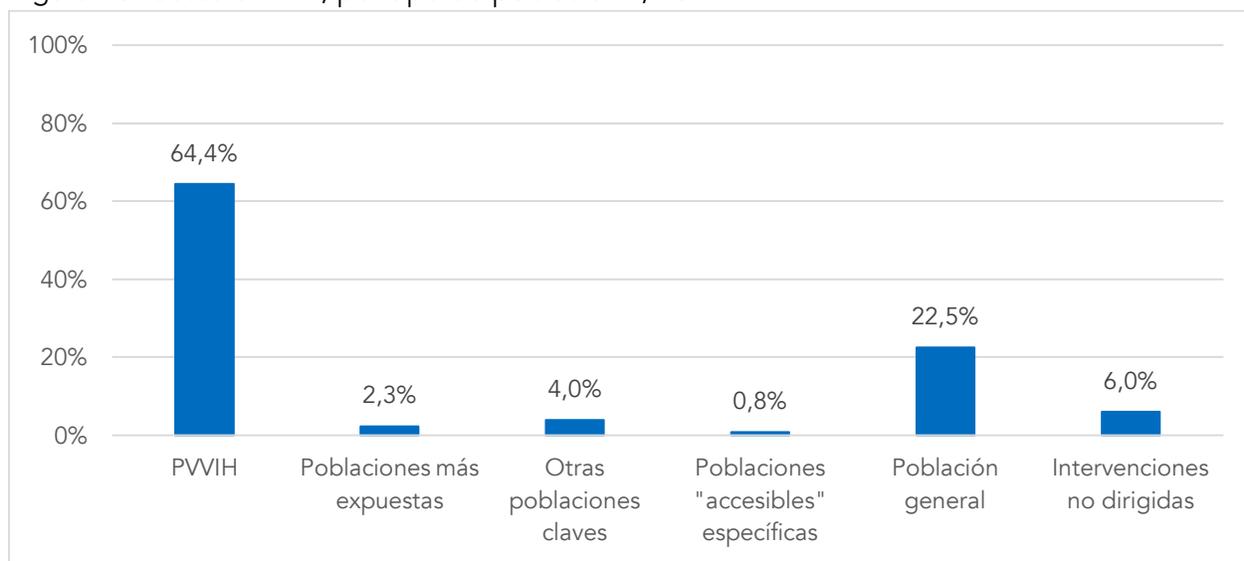
Tabla 7: Fuentes detalladas de gasto en VIH/SIDA, 2014

Fuentes de Financiamiento—General	Detalle de las Fuentes de Financiamiento	Total (US\$)	%
Públicas	Total, Públicas	29.476.743	69%
	Gasto del gobierno central	17.320.544	58,8%
	Gasto del gobierno local/municipal	20.000	0,1%
	Aportaciones patronales obligatorias a la seguridad social	5.476.004	18,5%
	Aportaciones obligatorias de los empleados a la seguridad social	4.259.114	14,4%
	Transferencias gubernamentales a la seguridad social	2.385.642	8,1%
	Otros fondos públicos	15.439	0,1%
Privadas	Total, Privadas	9.429.251	22%
	Instituciones sin fines de lucros (distintas del seguro social)	683.683	7,3%
	Fondos de hogares	8.618.875	91,4%
	Fuentes privadas de financiación	80.281	0,9%
	Instituciones y corporaciones con fines de lucro	46.412	0,5%
Internacionales	Total, Internacionales	4.012.594	9%
	Secretaría del ONUSIDA	117.241	2,9%
	Fondo Mundial	915.399	22,8%
	Otras organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	921.580	23,0%
	Gobierno de los Estados Unidos de América (principalmente a través de PEPFAR)	1.912.909	47,7%
	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	80.384	2,0%
	OPS/OMS	65.082	1,6%
<b>Total</b>		<b>42.918.587</b>	<b>100%</b>

Fuente: MINSA (2016e)

La figura 18 muestra el desglose por tipo de población. En 2014, más del 64% del gasto en VIH se destinó a las PVVIH, lo que refleja un alto gasto en atención y tratamiento. Las poblaciones de más alto riesgo (que incluyen las TS y sus clientes, las poblaciones trans y los HSH) y otras poblaciones clave (poblaciones indígenas, personas privadas de libertad, conductores de camiones, receptores de sangre y bebés nacidos de madres con VIH) recibieron 2,3% y 4,0% de los fondos para el VIH, respectivamente.

Figura 18: Gasto en VIH, por tipo de población<sup>12</sup>, 2014



Fuente: MINSa (2016e)

Los informes de MEGAS han sido valiosos en el pasado, ayudando a los responsables políticos a optimizar el gasto en los bancos de sangre, así como en la prevención de la transmisión de madre a hijo. Sin embargo, a pesar de su utilidad para la programación de la enfermedad, la producción de estos informes todavía no se ha institucionalizado en el Programa Nacional de VIH ni en las actividades del MINSa/CSS. Como resultado, su elaboración depende de apoyo externo de organismos como ONUSIDA y USAID. El MEGAS 2014 señala este riesgo, como también las dificultades para obtener datos fiables, debido a que las prácticas contables existentes en el MINSa y CSS no permiten separar el gasto de VIH de otros gastos de salud. La falta de datos exhaustivos de la cobertura es otra limitación dado que algunos proveedores no responden a las solicitudes de información necesaria para el estudio MEGAS.

<sup>12</sup> Nota: Las poblaciones de más alto riesgo: TS y sus clientes, las poblaciones trans y los HSH; Otras poblaciones clave: poblaciones indígenas, personas privadas de libertad, conductores de camiones, receptores de sangre Y bebés nacidos de madres con VIH; Poblaciones accesibles: Personas que trabajan en dispensarios, estudiantes de secundaria, policía y otros miembros uniformados del servicio (no militares) y trabajadores de fábricas.

## 6.4 El financiamiento futuro del sector salud

A pesar de los crecientes niveles de financiamiento en los programas de salud pública del MINSA y CSS, el desempeño general, y más específicamente en TB, no ha sido notable. El ritmo del cambio institucional se ha quedado a la zaga del rápido crecimiento del ingreso nacional. Las instituciones cambian más lentamente que los cambios financieros en general, dejando al MINSA y CSS en circunstancias difíciles. Parte de la dificultad está relacionada con los problemas identificados anteriormente en la gestión presupuestaria y financiera, adquisiciones, el seguimiento y la rendición de cuentas. La falta de flexibilidad en los procesos presupuestarios y en la ejecución retrasa la mejora de los resultados y dificulta el cambio. Dada la multitud de desafíos que se describen aquí, la clave para mejorar la eficiencia, el rendimiento y los resultados a nivel MINSA y CSS será una mayor flexibilidad para adaptar y modernizar la forma en que se financian y prestan los servicios. Todos ellos están vinculados a los problemas con el financiamiento. Los fondos son esenciales, pero deben estar bien gestionados y se debe gastar donde los retornos son más altos tanto a nivel de gobierno como en los organismos de salud pública. Éste es el desafío fundamental que enfrenta Panamá y su sector de salud pública.

Bajo el escenario actual, es probable que el MINSA pueda obtener financiamiento adecuado del MEF para su agenda. Dadas las prioridades nacionales y las proyecciones de ingresos, es probable que los presupuestos del MINSA sigan el ritmo de la inflación y se beneficien de los aumentos continuos del ingreso nacional. El MEF y el Ministerio de Planificación comprenden la importancia de la gestión de las enfermedades transmisibles y la necesidad de financiar adecuadamente esos programas. Por lo tanto, tanto el MINSA como los programas del VIH y la TB siguen siendo prioritarios en la agenda nacional.

Si los ahorros obtenidos eventualmente mediante las reformas de adquisiciones en el MINSA son utilizados para mejorar el desempeño de la prestación de servicios y la calidad de formación del RRHH en salud, muchos de los desafíos enfrentados por programas de VIH y TB serían abordados, especialmente los relativos a alcanzar las poblaciones clave, mejorando la capacidad de los trabajadores de salud y el seguimiento de los resultados. Esto no está garantizado pero, nuevamente, es parte de una agenda de modernización institucional. De manera similar, si se pueden generar y aprovechar mejores datos e investigaciones (ver sección 7.4), las mejoras en la eficiencia se traducirán efectivamente en recursos adicionales. Esto supone tener mayor autonomía y garantizar de alguna manera la rendición de cuentas en el desempeño del sector público. Parte de esta agenda puede realizarse dentro del MINSA, pero requeriría una iniciativa específica y liderazgo institucional. Merece la atención del MINSA, ya que no sólo generaría ahorros, sino también fortalecería la capacidad para modernizar los procesos dentro del ministerio.

Para alcanzar a las PC mejor, el MINSA está considerando contratar servicios de prevención del VIH de las OSC. MINSA ha trabajado estrechamente con PROBIDSIDA desde 2008, pero esta ONG es actualmente el único receptor directo de fondos gubernamentales. MINSA también ha trabajado estrechamente con proveedores de servicios no gubernamentales en virtud de acuerdos de préstamos internacionales. Por ejemplo, el programa de financiamiento basado en resultados *Protección en Salud para las Poblaciones Vulnerables* del Banco Mundial ha recurrido a 48 organizaciones externas para ofrecer un paquete básico

de servicios de salud a las poblaciones rurales no indígenas. El programa se describe en el cuadro 3. Estas experiencias proporcionan valiosas lecciones aprendidas y como se discute en la sección 8.2 formalizarlas en un sistema de financiamiento público de la sociedad civil podría ser un mecanismo innovador de financiamiento y prestación.

**Cuadro 3: Participación de proveedores no gubernamentales en la prestación de servicios - La experiencia de Panamá con el Programa PSPV**

*En 2008, el Gobierno de Panamá lanzó el programa de financiamiento basado en los resultados “Protección en Salud para las Poblaciones Vulnerables (PSPV)”, financiado por el Banco Mundial. El programa se diseñó para mejorar los servicios de salud para los pobres rurales no indígenas e incluyó los servicios de TB. Se entregaron paquetes de servicios de salud definidos a las zonas rurales, utilizando unidades básicas de atención (UBA) como intermediarios. UBAs podrían ser proveedores gubernamentales o no gubernamentales.*

*Un componente importante de PSPV era la verificación de los resultados. Una parte del pago efectuado a las UBA cada cuatro meses dependía del logro de diez indicadores de prestación de servicios, incentivando el buen desempeño. La UBA tenía la responsabilidad de inscribir a las personas en el programa y llegar a poblaciones rurales definidas. Se utilizaba a una tercera parte para verificar que los beneficiarios estaban debidamente registrados y que la cobertura y la prestación de los servicios eran adecuadas. También se penalizaba financieramente a las UBA por incumplimiento de protocolos, retrasos en la prestación de los servicios y otras cuestiones (Perazzo et al, 2015).*

*Los procesos y arreglos institucionales de este programa constituyen un punto de partida útil para la elaboración de un mecanismo de financiamiento público de la sociedad civil (ver la sección 8).*

El lento proceso de la fusión MINS/CSS podría acelerarse si se comprenden mejor los beneficios netos y los subsidios cruzados implícitos y explícitos entre el MINS/CSS para las enfermedades infecciosas. Esa información serviría de base para la revisión de los acuerdos de pago entre MINS/CSS. En la actualidad, el MINS/CSS está asumiendo la mayor parte de las respuestas nacionales contra la tuberculosis y el VIH, pero no está claro de qué manera el valor de los servicios prestados por MINS/CSS se relaciona con las transferencias que CSS hace al MINS/CSS.

## 7. Prestación de servicios, adquisiciones, recursos humanos y sistemas de información

### 7.1 Prestación de servicios

La calidad y el desempeño de la prestación de servicios determinarán la manera en que el VIH y la TB serán abordados a corto y a largo plazo. Si bien tienen programas separados, ya dependen en gran medida del sistema de prestación de salud existente tanto en el MINSa como en la CSS.

Aunque no hay mucha información disponible sobre la prestación de servicios, es evidente que los hospitales desempeñan un papel muy grande en el sector de salud panameño. Panamá, al igual que en muchos otros países, tiene atiborradas las salas de emergencia de los hospitales y una subutilización de la atención médica primaria. Existen 18 hospitales del MINSa y 15 de la CSS en el país. Cuatro de los hospitales funcionan como patronatos, es decir, son establecimientos públicos, pero con autonomía en la gestión interna. Están mejor administrados y tienen una reputación de mayor calidad. El principal hospital de referencia de Panamá, Santo Tomás, en la ciudad de Panamá, tiene estatuto de patronato y también tiene ingresos propios generados que permiten una mayor independencia.

Las dificultades en el sistema de salud persisten tanto en las referencias como en la continuidad de la atención médica después del alta. La coordinación de la atención médica entre hospitales y centros de salud es deficiente en general. Por ejemplo, es preocupante que un gran número de pacientes de TB ingresen al sistema de salud en el nivel terciario y reciban diagnósticos tardíos cuando se presentan ya mostrando síntomas severos. Actualmente, no existen incentivos para usar el nivel adecuado de atención médica. Algunos países fomentan la utilización de niveles más bajos de atención mediante un sistema de referencia que recompensa a los pacientes por usar primero a los proveedores de atención médica primaria. Los ejemplos incluyen dar a los pacientes el acceso a servicios secundarios o terciarios sin hacer cola, imponer multas a los pacientes que no requieren atención de emergencia de los hospitales, o dispensar a los pacientes de otros requisitos al ingresar al hospital. La separación burocrática de los hospitales y la atención médica primaria socava los esfuerzos para fomentar el uso de instalaciones de nivel inferior. Los hospitales pueden proporcionar liderazgo en la vinculación de los servicios a través de los niveles de atención. Dada la falta de incentivos para los pacientes, los hospitales tendrán que asumir el tema de la referencia si un sistema de referencia escalonado va a funcionar.

Los servicios de VIH están descentralizados a 17 clínicas especializadas (2 de las cuales son gestionadas por la CSS) que ofrecen ARV, así como pruebas CD4, de carga viral y PCR de ADN a todas las PVVS. Además, hay 6 Clínicas Amigables dirigidas a poblaciones clave, a saber, HSH, mujeres TG, trabajadoras sexuales, proporcionando un ambiente sin estigma para el asesoramiento, las pruebas y el tratamiento. Las Clínicas Amigables son una innovación en la prestación de servicios introducida en 2012 como parte importante de la estrategia del VIH. Funcionan fuera de los centros de atención médica primaria y suelen estar abiertas una vez a la semana para atención ambulatoria sin cita durante y fuera de las horas normales de la clínica

para satisfacer las necesidades de las poblaciones clave, ofreciendo prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH entre esta población. El gobierno paga por estas clínicas en su totalidad, pero recibe apoyo de los donantes para el uso de promotores de pares. El funcionamiento de estas clínicas cuesta alrededor de US\$700 por día. Algunas funcionan por debajo de su capacidad, otras sobrepasándola. Investigadores de la Universidad del Valle en Guatemala están analizando la efectividad de estas clínicas bajo un estudio financiado por PEPFAR, que podría proporcionar la justificación financiera para continuar ofreciendo este servicio especializado.

Sigue habiendo lagunas en la consecución de UHC y persisten grandes desigualdades. En general, las poblaciones rurales e indígenas tienen menos acceso a servicios de salud debido a encontrarse en lugares remotos. También existen barreras lingüísticas y culturales, especialmente en las comarcas. La escasez o inexistencia de infraestructura y capacidad de recursos humanos en entornos rurales también plantean un desafío importante. Además, los flujos migratorios hacia los centros urbanos limitan su infraestructura y sus recursos. La red de laboratorios y el programa penitenciario constituyen también cuellos de botella importantes para la prestación eficaz de los servicios (ver más abajo).

### ***Red de laboratorios***

El diagnóstico oportuno de los resultados de las pruebas es un requisito previo para una respuesta exitosa tanto a la TB como para el VIH, y el sistema de laboratorio de un país desempeña un papel fundamental para asegurar resultados rápidos y la vinculación con la atención médica. El Laboratorio Central de Panamá, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (LCG), coordina con el MINSA, pero está bajo una dirección independiente. Ha sido autónomo desde 2003 y actúa como laboratorio de referencia del Banco Mundial-OPS para el VIH en la región centroamericana. Si bien el laboratorio es reconocido internacionalmente por su investigación de vanguardia, es menos eficaz en la supervisión de la red de laboratorios del país. Panamá tiene 60 laboratorios a nivel nacional, incluyendo los 31 laboratorios en hospitales y un laboratorio en la prisión de La Joyita. Hay 43 laboratorios de primer nivel y 14 de segundo nivel y 3 privados. LCG es el único laboratorio de tercer nivel.

Todos los laboratorios, excepto uno (en Guna Yala), no logran los resultados esperados debido a múltiples dificultades operativas y administrativas. Los problemas incluyen la llegada tardía de diagnósticos debido a un mecanismo ineficiente de transporte de muestras, mientras que en el laboratorio a veces las muestras se pierden o no son analizadas debido a daños. Panamá tiene actualmente 14 máquinas GeneXpert públicas, cinco de las cuales fueron adquiridas mediante la subvención del Fondo Mundial. Los datos de uso indican que las máquinas no se utilizan actualmente a capacidad, poniendo en cuestión la sostenibilidad de las mismas<sup>13</sup>. Tras su última visita a Panamá, el Comité de Luz Verde expresó su preocupación por la gestión de los laboratorios, el control de calidad y la seguridad de la biotecnología. El comité también señaló que no había recursos humanos suficientes en toda la red de laboratorios.

---

<sup>13</sup> En el precio de compra está incluido el mantenimiento del equipo durante dos años, y el gobierno se ha comprometido a hacerse cargo del mantenimiento a partir del tercer año.

Actualmente, no existe un plan estratégico nacional de laboratorio para abordar estos problemas, que son en parte resultado de problemas de personal, ya que los técnicos de laboratorio generalmente prefieren trabajar para la CSS. Si bien CSS y MINSA tienen la misma escala salarial, compensan las horas extras de manera diferente, sesgando la oferta de recursos humanos hacia CSS. Parece haber una escasez de laboratorios que realizan BK en la región Metropolitana, donde existen 17 centros de salud, pero que está servida por un único laboratorio. La colaboración con el sector privado es limitada, exacerbando este cuello de botella.

### ***Programa de centros penitenciarios***

El programa para las personas privadas de libertad (PPL) se enfrenta a varias dificultades. El MINSA y el Ministerio de Gobierno (MINGOB) comparten la responsabilidad de proporcionar servicios relacionados con la TB y el VIH a las PPL. MINSA proporciona recursos humanos y todos los insumos médicos, mientras que el MINGOB proporciona seguridad y logística asociada con las visitas de las PPL a los centros de salud. La comunicación entre los dos ministerios ha sido un problema en el pasado, tanto a nivel administrativo como logístico. Por ejemplo, debido a las lagunas de coordinación, a veces los hospitales no son notificados a tiempo sobre las PPL siendo transferidas para tratamiento. Los pacientes con TB sólo pueden ser aislados en La Nueva Joya, lo que da por resultado el hacinamiento y la falta de voluntad por parte de la administración penitenciaria para recibir más individuos. Esta es una preocupación ya que la TAES sólo puede realizarse de forma aislada y, una vez que PPL vuelve a un contexto de grupo, ya no es posible realizar las observaciones directas.

El acceso a la atención médica y la coordinación de la misma es deficiente. Las instalaciones penitenciarias carecen de personal médico asignado 24 horas. La atención es proporcionada por una enfermera-practicante por las mañanas, y se combina con visitas quincenales de los médicos. El personal médico no tiene ningún incentivo para trabajar en los centros penitenciarios: no hay ningún pago adicional para compensar las condiciones de trabajo difíciles; por el contrario, implica costos personales adicionales, ya que los médicos viajan a las instalaciones con sus propios recursos. Los diagnósticos suelen demorar porque se debe coordinar el transporte entre los dos ministerios. Los hospitales se quejan de que tratar a las PPL interrumpe sus operaciones, ya que requiere seguridad y logística especiales. Además, las PPL que han sido liberadas son difíciles de rastrear para continuar con el tratamiento. Las enfermeras penitenciarias intentan dar seguimiento a sus pacientes que, una vez liberados, suelen perder las citas médicas y suspenden la atención médica.

Del total de la población penitenciaria—17.535 personas privadas de libertad—aproximadamente 1.000 son originarios de Colombia, lo cual pone presión adicional sobre el programa. El programa penitenciario trabaja en estrecha colaboración con la embajada colombiana para asegurar el acceso a tratamiento para estas personas. Sin embargo, el acceso a la atención médica parece depender del compromiso personal de los familiares que llevan medicamentos a las instalaciones.

## **7.2 Adquisiciones y gestión de la cadena de suministro**

La compra y distribución de medicamentos plantea un desafío significativo en Panamá. El desabastecimiento, los altos precios, la gestión ineficaz de la cadena de suministro, y la deficiencia en las compras agrupadas son las causas fundamentales, pero se derivan de una combinación de requisitos burocráticos internos complejos y dificultades de planificación. MINSA entiende bien las circunstancias y está tomando medidas para abordarlas, pero los problemas son amplios y significativos y son difíciles de resolver a corto plazo.

En primer lugar, según el Programa Nacional sobre el VIH, parece que la demanda plantea retos para la estimación de suministros y ARV necesarios a mediano plazo. Este se debe a que MINSA debe cubrir las necesidades de CSS, pero encuentra dificultades en estimarlas. Otros desafíos son la inmigración de personas con VIH y la aparición de resistencia a las terapias disponibles. Una mayor dependencia en modelos de demanda puede resultar útil para complementar los medios existentes de estimar futuras necesidades de medicamentos, que en la actualidad son prioritariamente basadas en el uso pasado. Cabe señalar que los actuales modelos de cuantificación son sólidos y ciertamente podrían abordar los desafíos identificados en la cuantificación. Por consiguiente, tanto los programas sobre el VIH como la TB podrían tomar en consideración solicitar alguna asistencia técnica en la materia. El MINSA ya está colaborando con el Centro de Excelencia en VIH/SIDA en Vancouver, Canadá, para mejorar su capacidad de planificación de adquisiciones.

En segundo lugar, los procesos de adquisiciones son onerosos y requieren mucho tiempo. La desalineación de los procedimientos internos de compra con el calendario administrativo del Ministerio parece ser una causa importante de retrasos. Una Misión de Vigilancia de la OMS/OPS (2014) encontró que el proceso de adquisición y entrega de medicamentos para la TB comprendía aproximadamente 28 pasos. Varios departamentos del MINSA participan en el proceso de adquisiciones. La adquisición del MINSA está centralizada, es decir, las solicitudes de las 16 regiones de salud están consolidadas y las adquisiciones se realizan conjuntamente. La Dirección de Provisión de Servicios de Salud recibe las solicitudes de los diferentes programas de ejecución, luego las pasa al Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios que establece las prioridades de los productos y luego pasa la lista al Departamento de Compras. Ha habido discusiones para unificar el proceso de adquisiciones y fortalecer la capacidad a nivel central. Se presentó al Ministro de Salud una propuesta para simplificar el sistema público de adquisiciones existente y está pendiente de aprobación.

Otro impedimento para la rápida adquisición de medicamentos esenciales es la Ley 1<sup>14</sup> que estipula los procedimientos de aprobación de medicamentos. Actualmente, todos los medicamentos comprados para el mercado de Panamá deben ser aprobados por la Dirección de Farmacia y Drogas, incluso si han sido sometidos a un procedimiento de aprobación riguroso en otro país con mecanismos de aprobación avanzados y creíbles. Actualmente, 8 de los 23 fármacos utilizados por el PNCT no pueden ser adquiridos a través del Fondo Estratégico de la OPS porque no cumplen los estrictos requisitos impuestos por la Ley

---

<sup>14</sup> Ley Nacional de Adquisición de Medicamentos

1. La ley se está revisando actualmente y se están actualizando los procesos de aprobación, como la aceptación de todos los medicamentos aprobados por Estados Unidos, la Unión Europea, Brasil y otros países con regulaciones confiables, lo cual permitiría al MINSA y la CSS adquirir medicamentos más rápidamente.

En tercer lugar, los elevados precios de los medicamentos son un problema grave y son fundamentales para la sostenibilidad de las respuestas del VIH y la TB. Debido a su clasificación de país de ingresos altos, Panamá compra ARV a precios más altos que la mayoría de los países latinoamericanos. Está participando en un mercado muy concentrado que cuenta con pocos proveedores responsables. Además, el MINSA y la CSS compran medicamentos por separado, lo cual reduce el volumen de compras y aumenta los costos. ONUSIDA (2014) indica que la CSS paga más por ARV que el MINSA. Se ha discutido la posibilidad de combinar las compras de medicamentos y suministros de CSS y MINSA para aprovechar las economías de escala, sin embargo, estas discusiones actualmente están estancadas. MINSA carece de jurisdicción sobre CSS y por lo tanto no puede obligar a CSS a participar en un mecanismo de adquisición conjunta. Para avanzar podrá ser necesario el estímulo y la intervención desde un nivel superior.

En cuarto lugar, la gestión de la cadena de suministro retrasa aún más la distribución de medicamentos a los usuarios, con problemas de almacenamiento y retrasos de llegar a los puntos de servicio. A pesar de que Panamá ha estado utilizando un nuevo sistema de información desde el 2010 para el control de inventarios, que alerta a los funcionarios sobre dificultades de aprovisionamiento, desabastecimientos siguen ocurriendo (Avila, 2017; Morán, 2017). También persisten los problemas para el almacenamiento de medicamentos relacionados con la temperatura y la humedad. El Almacén Nacional de Insumos Sanitarios, la farmacia nacional que administra el almacenamiento central de medicamentos, puede mejorar la distribución y el uso racional. El ahorro en las compras de medicamentos es sólo una parte del desafío en adquisiciones, garantizar que los insumos sean entregados a los proveedores a tiempo es igualmente importante. El fortalecimiento de las cadenas de suministro reforzaría tanto la eficacia de los programas de TB y VIH como del sistema de salud en general.

En la preparación para la transición, son necesarias mejoras tanto en los procesos de adquisición como en la gestión de la cadena de suministro. Panamá ya ha iniciado importantes pasos como la revisión de su legislación y el rediseño de su prolongado proceso de adquisición interna. Hacer más eficiente el sistema administrativo y de pago es un buen primer paso. Además de esto, aprovechar de mayor grado la contratación combinada podría ser aconsejable. Las compras conjuntas a través de COMISCA, la OPS y el UNFPA permitirían al país acceder a los medicamentos y suministros a costos de fabricación. Panamá también podría participar en la plataforma de intercambio de medicamentos de COMISCA, que permite a los países que se encuentran con escasez de ciertos medicamentos solicitarlos a otros que los tienen en stock.

El PNCT tiene un contrato de tres años con proveedores internacionales que se extenderá hasta el final de 2017. Esto presenta una oportunidad para considerar mecanismos de adquisiciones combinadas que ayuden a bajar los precios de los medicamentos. Se estima que los métodos de compra alternativos podrían reducir significativamente los costos de los medicamentos contra la TB. Del mismo modo, de

acuerdo con el Programa Nacional contra el VIH, podrían obtenerse importantes reducciones de costos para los medicamentos contra el VIH a través del Fondo Estratégico de la OPS. Se ha presentado un análisis de las cifras estimadas al MINSA, que se encuentra bajo revisión.

Para los próximos años, el programa de VIH ha indicado que planea comprar de la OPS, complementado con compras de compañías farmacéuticas locales. La razón para dividir la compra entre diferentes proveedores es reducir los costos generales para el gobierno y mitigar el riesgo de retrasos. La OPS puede reducir los costos de los medicamentos de manera significativa y la asistencia técnica que los acompaña ofrece apoyo adicional a los gobiernos y fortalece el valor de la adquisición a través de la OPS. Sin embargo, los largos tiempos de procesamiento, de hasta nueve meses, reducen la capacidad de depender exclusivamente de ellos. Por lo tanto, el Programa de VIH considera necesario mantener el acceso a otros proveedores comerciales para llenar brechas imprevisibles, ya que las empresas privadas tienden a proporcionar medicamentos rápidamente. Dispersar el riesgo entre diferentes proveedores puede ayudar a asegurar un inventario adecuado de medicamentos, incluso en casos en que las necesidades de fármacos anticipadas no correspondan a las necesidades reales.

### **7.3 Recursos humanos**

Los oficiales de los programas de VIH y TB subrayaron que la insuficiencia de personal en los centros de salud y los laboratorios, especialmente en las regiones inaccesibles, constituye un obstáculo para realizar actividades de prevención y tratamiento con éxito. Para hacer frente a esta escasez, se ha aumentado el número del personal de salud en todas las áreas durante los últimos años. Los niveles salariales para el personal de MINSA y CSS han aumentado para mantenerse al día con la inflación. Sin embargo, continúa habiendo escasez de personal.

Dado que el presupuesto dedicado a recursos humanos ya constituye la mayor parte del presupuesto del MINSA, sería difícil justificar mayores aumentos presupuestarios para recursos humanos ante el MEF. En cambio, se pueden considerar maneras de utilizar al personal existente más eficazmente. La falta de recursos humanos percibida se debe en gran medida a la inadecuada distribución geográfica y técnica del personal actual. La distribución geográfica del personal de salud está muy concentrada en áreas urbanas debido a dificultades para contratar personal para las zonas rurales. Los incentivos financieros para atraer a trabajadores del sector público a trabajar en áreas rurales podrían ayudar a mitigar la escasez.

Además, una mejor gestión de recursos humanos podría ayudar a aliviar el desajuste entre las habilidades necesarias y las personas ocupando los puestos de trabajo. Las prioridades de contratación se definen a nivel local y se comunican al nivel central, entonces el departamento de recursos humanos del MINSA toma decisiones sobre la implementación del personal. Actualmente, se hace rotar al personal en función de criterios no técnicos, como la antigüedad. La actualización de las directrices existentes estableciendo nuevos registros para llenar puestos de trabajo basados en calificación podría mejorar el desempeño de la fuerza de trabajo de salud. En relación a esto, el MINSA actualmente carece de un sistema de bonificación—no tiene manera de penalizar o recompensar el rendimiento financieramente.

Dada su estructura de recursos humanos escalonada, el MINSA tiene cierta flexibilidad para contratación y despido. Los puestos de trabajo permanentes pueden quedarse vacantes por meses, pero es posible contratar más rápidamente—en el plazo de un mes—al personal temporal, con contratos limitados a 12 meses en el plazo de un mes. El MINSA también utiliza contratos a corto plazo para servicios profesionales hasta por dos meses. Contractualmente, es muy difícil despedir al personal permanente; en cambio, el personal con contratos a corto plazo puede sustituirse fácilmente, lo cual facilita abordar las necesidades fluctuantes de recursos humanos.

El MINSA compite con la CSS por los mismos recursos humanos. Si bien ambas instituciones ofrecen una remuneración basada en la misma escala salarial, las condiciones de trabajo y los pagos puntuales por horas extraordinarias suelen ser la razón por la que el personal de salud prefiere trabajar con la CSS que con el MINSA.

En la preparación para la transición, el programa de VIH subrayó la necesidad de financiar y crear un puesto de supervisión de todos los procesos del monitoreo y evaluación a nivel nacional. Esta contratación ayudaría a supervisar el proceso de recolección de datos y asegurar que la información se armonice entre las fuentes.

En el caso de VIH, los promotores pares contratados por el FM, han sido para el fortalecimiento de adherencia mediante las visitas domiciliarias. Actualmente hay 15 promotores de pares; sin embargo, no está claro si estos puestos se absorberán cuando este se retire. Para seguir ayudando con la transición, se puede contratar a estos promotores de pares financiados por el Fondo Mundial con contratos de corto plazo bajo las reglas de contratación existentes. Hasta el momento el MINSA no cuenta con reglas para la contratación de promotores pares, si no para promotores de salud. Existen requisitos mínimos para la contratación de los promotores de salud, que son iguales para todas las regiones, lo cual incluye formación académica y técnica. Las contrataciones son solicitadas separadamente debido a que cada región de salud puede disponer de su presupuesto mínimo de funcionamiento, según sus necesidades. Debido a que las diferentes regiones de salud solicitan a los promotores independientemente, la continuación de estos puestos depende de la voluntad política local.

#### ***7.4 Monitoreo, evaluación e investigación***

Como se destaca en el Índice de sostenibilidad y Tablero de mando de PEPFAR 2016 (SID), Panamá avanzó hacia una mejor recopilación de información estratégica, tanto en lo que respecta a la evaluación del desempeño como a los datos epidemiológicos. Existe un Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación y vínculos con los sectores gubernamentales de salud, incluyendo aquellos involucrados en respuestas específicas de enfermedades, como la TB y el VIH/SIDA, y existe un plan nacional de monitoreo y evaluación. Sin embargo, los desafíos siguen siendo evidentes, como evidenciar por ejemplo las brechas de información sobre la cascada de tratamiento destacada en la sección 3.1.

El sistema de información para la vigilancia epidemiológica en Panamá se llama Sistema de Vigilancia de

Salud (SISVIG). El MINSA desarrolló esta plataforma web para el registro automatizado de datos de vigilancia en colaboración con el CDC y comenzó a implementarse en 2010. La plataforma busca combinar los datos generados por el Ministerio de Salud, el Fondo de Seguridad Social y el sector privado. Esto constituye una mejora importante en comparación con años anteriores, en los que la recopilación de datos estaba dispersa entre los proveedores. SISVIG contiene actualizaciones semanales sobre los elementos de notificación obligatoria según el código de salud del país, como la mortalidad en hospitales y morgues, y también tiene módulos separados de VIH y TB.

Los indicadores de VIH se rastrean en los indicadores SISVIG-MONITARV, y los de TB en SISVIG-TB. Estos módulos permiten el registro del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y alta de los pacientes TB y VIH, desglosados por áreas geográficas y poblaciones específicas. Lamentablemente, SISVIG no recopila información sobre la identidad TG ni para TB ni para VIH; sin embargo, sí incluye a todos los diferentes grupos indígenas. Las actividades delineadas en el Plan Nacional de Tuberculosis están vinculadas a indicadores específicos captados en el sistema SISVIG.

Continúa habiendo algunos problemas clave de implementación, en particular problemas de conectividad y subutilización del sistema de registros. En zonas remotas del país, sólo el 50% utiliza el sistema, mientras que los demás recurren a informes sobre papel. No es de sorprender que los resultados en papel creen retrasos significativos en la generación y utilización de información. Puesto que la cobertura del teléfono celular es mucho más extensa que la conectividad del Internet, una manera innovadora de superar este desafío sería transmitir la información recolectada en papel a través de teléfonos celulares y luego integrar la información electrónicamente en SISVIG a nivel central.

También es problemático que la información sobre TB y VIH se recoja por separado. Si bien la SISVIG-TB tiene un módulo sobre actividades relacionadas con la TB-VIH, la información recopilada no se fusiona sistemáticamente con la información recogida por el programa de VIH. La falta de integración entre los programas de VIH y TB en la recopilación de datos exacerba la programación en conjunto. La integración de la TB y el VIH también debería reflejarse en el monitoreo. Además, tampoco existe integración de la información entre el sector privado y las OSC.

A pesar de los esfuerzos por modernizar la recopilación de datos, existen incoherencias en la información entre el PNCTB, SISVIG y el Laboratorio Central (OMS/OPS, 2016). Los laboratorios no tienen acceso a SISVIG, sino que utilizan sistemas separados de monitoreo de datos, y la red de laboratorio carece de un sistema informático efectivo en línea, todo lo cual contribuye a los retrasos en el diagnóstico e inicio del tratamiento. Es necesario integrar estos sistemas de datos para garantizar la oportuna información e intervención, y para evitar la incoherencia de información que actualmente afecta al sistema.

Con datos inadecuados e inciertos que inhiben el monitoreo eficaz, la evaluación es casi inexistente, en detrimento de los programas de VIH y TB. La evidencia de lo que ha funcionado es importante para las estrategias futuras. Como ejemplo, sería particularmente valiosa tener información adicional en áreas de alto riesgo para comprender las deficiencias en los esfuerzos actuales, así como la evaluación del papel y la eficacia de los promotores de pares en alcanzar a individuos de alto riesgo.

La situación es similar en lo que concierne a investigación. Este informe adolece de buenos estudios de los elementos clave del sistema de salud y su eficacia, y de cómo se han cumplido los objetivos del VIH y la TB a través del sistema global de prestación. Parte de esto se debe al hecho de que los fondos de investigación son limitados, como se muestra en la sección 6.3.

Se podría reforzar el monitoreo y la evaluación tanto por parte del gobierno como por la sociedad civil. No evalúan sistemáticamente su impacto o utilidad, ni entienden bien los costos que incurren al implementar sus programas. Los indicadores actuales se refieren predominantemente a los insumos o procesos en vez de resultados. Además, existe una falta de coordinación con el monitoreo y evaluación de los programas de prevención financiados por los donantes. Para fortalecer las respuestas a la enfermedad, es mejor centrar el enfoque en los resultados y los impactos. Además, el deficiente análisis de los esfuerzos existentes hace imposible tomar decisiones en base a los datos y, por lo tanto, las decisiones tienden a basarse en suposiciones y anécdotas.

## 8. Organizaciones de la sociedad civil

### 8.1 Estado actual del fortalecimiento de la sociedad civil

La sociedad civil es activa en la respuesta al VIH, pero está muy fracturada. Si bien las organizaciones comunitarias están comprometidas con la respuesta al VIH en todas las poblaciones clave, no existen redes nacionales funcionales de organizaciones, ya sea para las PVVIH o para la respuesta al VIH en su conjunto. Se ha documentado una fuerte competencia y lucha interna entre las organizaciones que prestan servicios a las mismas poblaciones, lo cual es inducido tanto por las personalidades como por la limitada disponibilidad de fondos. Si bien esto no es exclusivo del contexto panameño, está limitando la capacidad de la sociedad civil para llevar a cabo una abogacía eficaz, para ser representada adecuadamente en los procesos de toma de decisiones y para colaborar en la implementación o monitoreo efectivo del programa. Sin un cambio significativo en esta dinámica inter-organizacional, es poco probable que la sociedad civil relacionada con el VIH de Panamá pueda sobrevivir a la salida del Fondo Mundial o lograr una mayor participación como socio pleno en la planificación, implementación y monitoreo de la respuesta nacional al VIH.

Tabla 8: Lista de las OSC que atienden a poblaciones clave

OSC	PG	Embarazadas	HSH	TSF	TG	Indígenas	PVVIH	Niños	Usuarios de Drogas
PROBIDSIDA	X	X					X		
Asociación Viviendo Positivamente							X		
Grupo Génesis Panamá Positive	X	X	X			X	X		
Equipo Multidisciplinario para Educación en SSR	X	X		X			X		
Asociación Panameña de Personas Trans					X				
Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá			X						
Mujeres con Dignidad y Derechos de Panamá				X					
Mujeres Luchando por una Nueva Vida				X					
Asociación Nuevos Horizontes			X		X				
Cruz Roja	X								
Hogares Crea									X
PASMO	X		X	X					
Observ. Ciudadano							X		
AID FOR AIDS						X		X	
APLAFA	X	X	X	X			X		
CHEBS	X						X		

Fuente: MINSa (2015c)

Actualmente, la sociedad civil está empoderada para interactuar con la planificación de la respuesta al VIH, pero no como verdaderos responsables en la toma de decisiones. Las OSC están activamente involucradas dentro de CONAVIH, a través del cual pueden compartir perspectivas y recomendaciones. Sin embargo, tal como se define en el decreto que crea la Comisión, las OSC están incluidas en la CONAVIH por invitación de la persona que preside la Comisión que, según el decreto, es la Primera Dama del país. Como resultado, no está dispuesto que se incluya a todas las poblaciones afectadas.

Además, la falta de cooperación entre las OSC descrita anteriormente dificulta la articulación para asegurar que se representen los principales intereses de todas las personas de su población clave. El aspecto más problemático de la disposición actual es la falta de una autoridad en la toma de decisiones: las OSC pueden asesorar a CONAVIH, pero no tienen voto sobre ninguna decisión. A medida que Panamá toma una decisión sobre el futuro del MCP y su interacción a largo plazo con CONAVIH o con cualquier otro órgano integrado de toma de decisiones sobre el VIH/TB, la cuestión de la elección transparente de las OSC y el empoderamiento de estos miembros a voto debería ser una preocupación importante.

Todavía existe una gran necesidad de abordar el fortalecimiento de los sistemas comunitarios antes de la salida del Fondo Mundial. El Fondo Mundial y USAID/PEPFAR realizaron inversiones en la capacidad técnica de estas organizaciones para implementar modelos de abordaje comunitario y proporcionar otros servicios. Se han logrado mejoras significativas, pero sigue siendo necesario reforzar aún más su capacidad organizativa. Las OSC señalan que enfrentan dificultades en la gestión de proyectos, algunos de ellos relacionadas con los modelos de gestión del Fondo Mundial. Sin embargo, se reconoce que, si las OSC van a pasar a implementar proyectos con financiamiento público, seguirá habiendo una necesidad significativa de creación de capacidad para asegurar que las organizaciones puedan solicitar fondos efectivamente, y planificar, implementar y monitorear su trabajo de manera profesional bajo cualquier nuevo mecanismo. Este fortalecimiento de la capacidad deberá realizarse a la par con otros esfuerzos para inculcar un sentido de unidad y cooperación entre las organizaciones, potenciándolas con habilidades de resolución de conflictos y de facilitar la abogacía e iniciativas conjuntas. Este esfuerzo podrá verse beneficiado si se vincula a los asociados panameños a las redes regionales y se fomenta el intercambio regional - fuera de los países vecinos de Colombia y Costa Rica, que tienen circunstancias muy diferentes.

La respuesta de la TB ha tenido una participación limitada de la sociedad civil y los modelos actuales no parecen sostenibles tras la salida del Fondo Mundial. Si bien la contratación de ex-pacientes de TB como promotores se considera un modelo eficaz, particularmente en las áreas indígenas, este modelo tiene algunas limitaciones considerables desde una perspectiva de sostenibilidad. Los promotores se contratan individualmente y en relativo aislamiento entre sí, lo cual no permite ni la difusión cruzada de experiencias e ideas ni la promoción de dedicarse al asunto a largo plazo. Además, estos promotores están actualmente totalmente financiados por el Fondo Mundial, y no ha habido ningún intento de institucionalizar este modelo. Puede haber oportunidades para una mayor organización y desarrollo de estos cuadros de promotores a través de la integración con organizaciones de servicios para el VIH.

## **8.2 Sostenibilidad y resiliencia de la sociedad civil más allá de la transición**

Para alcanzar mejor a las poblaciones clave, el MINSa está considerando el financiamiento público de los servicios de prevención del VIH de las OSC. El MINSa ha trabajado estrechamente con PROBIDSIDA desde 2008, pero esta OSC es actualmente la única receptora directa de fondos del gobierno, y proporciona una gama completa de servicios médicos; este modelo difiere considerablemente de algunas de las intervenciones de alcance comunitario necesarias que podrían perder apoyo al cese del financiamiento del Fondo Mundial.

MINSa también ha trabajado estrechamente con proveedores de servicios no gubernamentales de otros sectores bajo acuerdos de préstamos internacionales. Por ejemplo, el programa de financiamiento basado en resultados *Protección en Salud para las Poblaciones Vulnerables* del Banco Mundial ha recurrido a 48 organizaciones externas para ofrecer un paquete básico de servicios de salud a las poblaciones rurales no indígenas (Perazzo 2015). Estas experiencias proporcionan valiosas lecciones aprendidas y formalizarlas en un sistema de financiamiento público de la sociedad civil podría ser un mecanismo innovador de financiamiento y prestación de servicios.

Como tal, es posible y necesario desarrollar un sistema de financiamiento público de la sociedad civil ampliado para la prestación de servicios de VIH, incluyendo prevención, para las poblaciones clave. No existen barreras legislativas para impedirlo. Además, con el programa nacional de lucha contra el VIH, existe ahora voluntad política de crear un sistema de este tipo para asegurar la sostenibilidad de la respuesta de la sociedad civil al VIH (y potencialmente para construirla en respuesta a la TB). Sin embargo, es necesario superar algunas dudas dentro de otros sectores del gobierno, incluso dentro del MINSa, para asegurar la sostenibilidad a largo plazo. La implementación de un sistema de financiamiento público de la sociedad civil a escala exigirá asistencia técnica y el intercambio con los países de la región que cuentan con experiencia de implementación exitosa de modelos semejantes. En el apéndice 5 se proporciona un análisis más detallado de las circunstancias relacionadas con el financiamiento público de la sociedad civil.

Además de abordar el financiamiento público de la sociedad civil, las OSC necesitan urgentemente asistencia en la planificación de la sostenibilidad. Si bien la sostenibilidad necesariamente debe incluir el financiamiento público de la sociedad civil, no es realista esperar que todas las OSC podrán o desearán depender únicamente de los recursos gubernamentales; de hecho, varias OSC entrevistadas manifestaron preocupación por este nivel de dependencia. Esto está en línea con las normas internacionales, ya que las OSC tienden a evitar la dependencia total de los recursos gubernamentales porque limita su capacidad incidir por cambios que requieren la acción del gobierno, y también las hace vulnerables a cambios dramáticos en los presupuestos y prioridades estatales. En la actualidad, Panamá no tiene modelos efectivos de empresa social o planificación de negocios en su respuesta a la sociedad civil del VIH; sin embargo, como destino turístico y centro fiscal para la región, hay enormes oportunidades para colaboraciones con el sector privado que podría ayudar a diversificar el financiamiento de las OSC.

## 9. Conclusiones y Recomendaciones

Se espera que la reciente asignación del Fondo Mundial a Panamá para el VIH/TB, equivalente a US\$2,7 millones, sea la última. Este análisis de la preparación para la transición identifica elementos positivos, así como áreas de riesgo en el nivel de preparación de Panamá para hacer frente a esta transición. También incluye sugerencias sobre las intervenciones que se recomienda sean incluidas en el plan de trabajo de transición a ser desarrollado como base para la solicitud de financiamiento para la subvención de transición.

**1. El financiamiento nacional para el VIH y la TB está relativamente garantizado; el desafío es asegurar que los ahorros del MINSa se puedan reprogramar dentro del sector.** El apoyo de alto nivel para los bienes públicos, tanto por parte del MEF como del Ministerio de Planificación, brinda un cimiento importante para ambos programas. El gobierno también tiene el derecho legal de contratar servicios a entidades privadas, lo cual hace que el apoyo a las OSC para las poblaciones clave sea una alternativa factible. El gobierno ya se sometió a un proceso de transición cuando pasó a financiar programas de inmunización, ya financia el 69% del programa de VIH, y el sistema de prestación de servicios del MINSa actualmente administra la mayoría de los aspectos del programa. Garantizar la efectividad de los programas de VIH y TB sigue siendo un desafío. En este sentido, se plantean una serie de asuntos a abordar a continuación. Una importante preocupación deriva del sistema presupuestario nacional debido a su rigidez incorporada que brinda pocos incentivos para realizar ahorros o fomentar la eficiencia. Permitir al MINSa reprogramar ahorros será clave para alentar opciones de menor costo y adoptar otras mejoras en la prestación de servicios.

**2. El programa de TB se enfrenta a múltiples desafíos** que incluyen la identificación de pacientes, la obtención de muestras de prueba, la realización de pruebas de laboratorio y diagnóstico de manera oportuna, y asegurar que se concluya un régimen de tratamiento completo para los pacientes, particularmente entre los grupos indígenas y aquellos fuera del ámbito de las clínicas de atención médica primaria. Las áreas de consideración para el fortalecimiento del desempeño del PNCT incluyen: (i) alcanzar a las comunidades de alto riesgo a través de la ampliación del número de trabajadores comunitarios de salud, vinculando sus esfuerzos a los de las clínicas de atención médica primaria y haciendo participar a las OSC para identificar mejor a las personas en riesgo; (ii) mejorar la gestión clínica de las muestras; (iii) mejorar los servicios de laboratorio (ver más adelante); y (iv) el seguimiento de pacientes en tratamiento. Este último podría beneficiarse de un mayor uso de trabajadores comunitarios de salud, OSC y de reclutar líderes locales para apoyar a los pacientes durante el tratamiento. El aprovechamiento de los teléfonos celulares para ofrecer recordatorios a los pacientes puede ser muy beneficioso para quienes tengan este tipo de dispositivos. Sin embargo, esto requiere que las unidades de atención médica primaria también tengan teléfonos celulares.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Identificar y evaluar las buenas prácticas actuales en cualquiera de estas áreas; probar opciones de divulgación; mejorar la formación de los proveedores de atención médica primaria y los trabajadores comunitarios.

**3. El Laboratorio Central de Gorgas es clave para el diagnóstico y rastreo del VIH y la TB, pero ha sido insuficiente para ambas enfermedades.** LCG ha demostrado debilidades como laboratorio de referencia y en la supervisión general del sistema de laboratorios, lo cual es parte de su función reguladora y de supervisión en el sistema de laboratorios de Panamá. Los esfuerzos para fortalecer el liderazgo, la gestión y el desempeño de LCG son fundamentales para el funcionamiento eficaz de los programas de TB y VIH y producirán beneficios fuera de estas enfermedades. Las áreas importantes a considerar son (i) mejorar la gestión interna; (ii) reforzar la interfaz con el resto del sistema a través del alcance y el establecimiento de procesos factibles; (iii) asumir las responsabilidades de un laboratorio de referencia que funcione para apoyar a los laboratorios más pequeños y proporcionarles formación y procesos para hacer funcionar eficazmente un sistema nacional de laboratorios; (iv) la integración de los sistemas de datos, es decir, el uso de SISVIG para reportar diagnósticos; y (v) explorar colaboraciones con laboratorios privados para evitar atrasos de muestras no diagnosticadas.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Proporcionar datos y análisis de debilidades específicas para diagnosticar áreas prioritarias de mejora; alinear los sistemas de información de gestión del programa de TB y del sistema de laboratorio para comunicar de forma transparente; realizar pruebas de incentivos para fortalecer el sistema de laboratorio y su interrelación con los laboratorios de nivel inferior; realizar pruebas de uso de laboratorios privados como respaldo para LCG.

**4. El costo de los medicamentos inhibe la accesibilidad y asequibilidad de la prevención y el tratamiento, y la distribución continúa siendo un desafío.** Los esfuerzos del MINSa para mejorar la flexibilidad de las adquisiciones de medicamentos a través de las revisiones de la Ley 1 están en curso y serán críticos para reducir la velocidad general de las aprobaciones de fármacos y permitir la compra de medicamentos a menor costo. La actual adquisición conjunta de vacunas del MINSa-CSS podría ser ampliada a todas las adquisiciones farmacéuticas de las dos instituciones, las cuales se beneficiarían de mayores volúmenes. También ayudaría en alinear las operaciones de las dos instituciones. El aprovechamiento del Fondo Estratégico de la OPS, que se encuentra en discusión, reducirá específicamente los costos del tratamiento del VIH y TB. Estas iniciativas en curso son alentadoras y se alinean con nuestra evaluación de las reformas prioritarias en la adquisición de medicamentos. Por último, continuar explorando la posibilidad de un acuerdo de adquisición conjunta utilizando COMISCA para proporcionar un suministro de reserva de medicamentos de un fondo regional aseguraría la disponibilidad continua de productos farmacéuticos vitales.

La cadena de suministro de fármacos y reactivos se enfrenta a dificultades con los desabastecimientos frecuentes y las deficiencias en la cobertura. La externalización de estos servicios aliviaría la carga del MINSa y garantizaría la gestión profesional de las cadenas de suministro de medicamentos, reduciendo las cargas burocráticas de los proveedores de primera línea. Sin embargo, la rigidez del sistema presupuestario puede poner en peligro la capacidad de externalizar. No obstante, la externalización ofrece una alternativa a los esfuerzos del sector público que enfrenta dificultades en la distribución, lo cual pone en peligro el tratamiento y potencialmente la prevención de la transmisión del VIH. La incertidumbre de los suministros socava aún más la capacidad de planificar y utilizar los recursos de manera sensata.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Probar los arreglos alternativos de la cadena de suministro y evaluar los impactos para orientar las políticas; probar nuevas formas que permitan que los trabajadores de primera línea realicen los pedidos para medicamentos, tales como el uso de teléfonos celulares cuando la conectividad es un problema; establecer un sistema de seguimiento para garantizar una gestión responsable de la cadena de suministro.

**5. Los datos y la información para políticas y programas son deficientes.** Los sistemas de datos son inadecuados a pesar de los esfuerzos para estandarizar la notificación de VIH y TB, aunque cada uno de estos programas tiene su propio sistema de datos. Las estimaciones de los datos de incidencia, tanto a nivel general como en los grupos de alto riesgo en particular, proporcionan medidas discordantes entre las fuentes, socavando los esfuerzos para informar las políticas y crear programas costo-efectivos. A pesar de los mejores esfuerzos en la modernización de la recolección de datos, existen discordancias en la información entre el PNCT, el SISVIG y el Laboratorio Central (OMS/OPS2016). Los laboratorios no tienen acceso a SISVIG, pero utilizan sistemas separados de monitoreo de datos, y la red de laboratorio carece de un sistema informático efectivo en línea, que en conjunto contribuyen a retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Es necesario integrar estos sistemas de datos para garantizar la oportuna información e intervención, y para evitar datos contradictorios, que actualmente afectan el sistema.

Del mismo modo, la investigación sobre la eficacia y eficiencia de los esfuerzos públicos y de las OSC está básicamente ausente. La eficacia y la asequibilidad serán fundamentales en el futuro, por lo tanto, es necesario garantizar datos e información sólidos para orientar las decisiones políticas y programáticas en el VIH y la TB. Una serie de opciones de datos e investigación podrían reforzar los arreglos actuales: (i) encuestas de incidencia y prevalencia periódicas y estandarizadas entre grupos de riesgo y en la población general; (ii) mejor formación del personal de salud para priorizar la notificación de enfermedades infecciosas; (iii) proporcionar al personal de salud, particularmente en las áreas periféricas con conectividad incierta, opciones alternativas de información oportuna, tales como el envío de fotos de los formularios completados mediante teléfonos celulares; y (iv) investigar los costos y el impacto relativos de las iniciativas alternativas de divulgación pública y de las OSC. El uso de los resultados de los estudios de impacto a través de los programas puede proporcionar evidencia para reforzar los retornos de la inversión pública en la prevención y el tratamiento del VIH/TB.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Los datos y la investigación son posibles áreas de fortalecimiento bajo la subvención de transición del Fondo Mundial, ya que mejores datos ofrecen una agenda útil para la transición, y la investigación en múltiples frentes podría proporcionar mejor información sobre el desempeño y el proceso de transición.

**6. El programa de VIH/TB para personas privadas de libertad no está funcionando eficazmente** y merece atención para lograr un mejor alineamiento de las intenciones, las inversiones del programa y los procesos. Los problemas identificados incluyen la adecuación del espacio, el transporte, la seguridad, los datos y la conformidad del paciente. Dados los altos índices de infección en esta población, el control tanto del VIH como de la TB requiere esfuerzos concentrados. El programa merece ser repensado y renovado.

Actualmente, las contorsiones y los incentivos negativos en el manejo de estas enfermedades entre PPL hacen que la toma de decisiones y la administración del proyecto sean difíciles, si no imposibles. Aplicando una estructura más racional y procesos mejor diseñados se podría agilizar las operaciones, reducir los costos y elevar las condiciones laborales de los trabajadores públicos, incluido el personal médico, la policía y los funcionarios penitenciarios. Un buen ejemplo son los incentivos distorsionados en la notificación de TB. Actualmente, la admisión de una infección de TB da lugar al traslado a una nueva ubicación. Es preferible incentivar la (posible) notificación de infección si se va a contener la enfermedad. Es común que la gestión de la salud de las PPL sea difícil, pero con el VIH y la TB, las implicaciones son graves para otras PPL y la población en general. Un programa mejor diseñado que considere procesos eficientes y seguros y, al mismo tiempo, reduzca los riesgos para todos los interesados, mejoraría los arreglos actuales.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Recopilar información y datos específicos para mapear las deficiencias del sistema actual; a partir de ese mapeo, brindar asesoramiento sobre cómo mejorar el desempeño en puntos claves a lo largo de la cadena de prevención, pruebas, consejería y tratamiento.

**7. La fusión de los sistemas de salud pública del MINSA y la CSS** es un tema que ha resurgido después de muchos años y que ahora se encuentra en la agenda actual. El hospital del niño y las instalaciones que sirven a las poblaciones rurales ya trabajan conjuntamente. La fusión de los dos sistemas reduciría la duplicación y permitiría una única estrategia en TB y VIH, con programas combinados y financiamiento conjunto. Actualmente la dimensión del subsidio no es clara y la responsabilidad es difusa.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Analizar los servicios prestados, los costos estimados y el valor de los beneficios y gastos entre MINSA y CSS; los costos propuestos a la institución que compra servicios de la otra. Esto también proporciona información sobre maneras de fusionar funciones entre las dos instituciones.

**8. La gestión conjunta del VIH y la TB podría generar ahorros y sinergias.** Los programas del VIH y la TB se gestionan por separado, aunque la tasa de co-infección sea alta y existan sinergias naturales. El gobierno tiene planes de fusionar el VIH, la TB y la hepatitis, lo cual podría mejorar la cobertura y generar ahorros a partir de la programación conjunta. La supervisión conjunta también podría estimular mayores esfuerzos en la prevención si se aborda conjuntamente y no como actividades separadas. Alentamos esta fusión planeada.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Apoyar los pasos para estructurar un nuevo acuerdo integrado para la gestión de las comorbilidades.

**9. Identificación de opciones para la continuación de la contribución del MCP a las respuestas nacionales a las enfermedades.** A medida que el apoyo del Fondo Mundial termina gradualmente, el futuro del MCP es incierto. El MCP ha sido eficaz en asegurar que las OSC de prestación de servicios y las personas que representan a las poblaciones clave tengan una voz formal en la toma de decisiones dentro de la respuesta al VIH y la TB. Si las partes interesadas deciden mantener este organismo tras la salida de Fondo Mundial,

será necesario identificar las opciones de financiamiento. Si se disolviera el MCP, una opción sería otorgar los fondos adicionales al CONAVIH y añadir asientos para la sociedad civil. Para abordar la cuestión de la competencia con el propósito de incluirla en este órgano, CONAVIH podría adoptar el modelo mexicano en el cual los participantes de la sociedad civil rotan periódicamente asegurando la participación de todas las partes interesadas.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Evaluar diferentes opciones para el futuro papel del MCP y la identificación de fuentes alternativas de financiamiento.

**10. Fortalecimiento de los esfuerzos de prevención, incluido el papel de la sociedad civil, con el fin de apoyar los esfuerzos nacionales para alcanzar los objetivos mundiales de VIH y TB.** Si bien la gestión conjunta del VIH y la TB puede producir beneficios positivos en términos de reducción de costos programáticos, también será crítico mantener y fortalecer los esfuerzos de prevención. La implementación de las estrategias existentes para la salud, la dignidad y la prevención positiva, así como una mayor articulación de una estrategia de prevención específica que se base en la evidencia a nivel nacional será fundamental para preservar la integridad de la respuesta al VIH. Es muy recomendable que la sociedad civil participe íntimamente en el diseño y la aplicación de esa estrategia desempeñando un mayor papel en la toma de decisiones en los órganos nacionales, así como en la participación en el financiamiento público de la sociedad civil (como se discute más adelante).

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Sugerir el desarrollo de una estrategia nacional de prevención basada en la evidencia como requisito previo para el financiamiento de la transición y apoyar que la sociedad civil participe en su diseño.

**11. Piloto del financiamiento público de la sociedad civil.** Dada la voluntad política existente para ayudar a financiar a actores no estatales en la implementación de intervenciones de salud, es ideal sentar las bases para un programa de financiamiento público de la sociedad civil. Esto implica:

- i. Desarrollar y presupuestar un plan específico de prevención (basado en evidencia) que incluya la prestación de servicios por parte de las OSC;
- ii. Fortalecer los sistemas comunitarios, incluyendo desarrollo de capacidad, formación específica y procesos de resolución de conflictos;
- iii. Fortalecer el mecanismo de financiamiento público de la sociedad civil dentro del MINSA, basado en su experiencia de externalización bajo el proyecto "Protección en salud para las poblaciones vulnerables" de financiamiento basado en resultados del Banco Mundial;
- iv. Fortalecer la capacidad técnica del gobierno para convocar licitaciones, realizar selecciones transparentes, realizar seguimiento y supervisión de los proyectos;
- v. Implementar un piloto del proceso durante 18 meses o más;
- vi. Elaborar guías técnicas nacionales finales de conformidad con las recomendaciones internacionales.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Se recomienda que el MCP y el equipo de país trabajen conjuntamente en explorar la oportunidad de introducir un modelo de financiamiento similar al que se

está explorando en Montenegro, mediante el cual el Fondo Mundial otorga al gobierno fondos de subvenciones adicionales para las OSC para ser específicamente ejecutados a través del mecanismo de financiamiento público de la sociedad civil.

**12. Fortalecimiento continuo de los sistemas comunitarios de la sociedad civil, tanto en términos de capacidad técnica como de capacidad para una mayor coordinación.** Con el fin de apoyar la implementación de una estrategia mejorada de prevención combinada y del mecanismo de financiamiento público de la sociedad civil señalado anteriormente, será necesario ampliar la capacidad de la sociedad civil involucrada en la respuesta al VIH para la cooperación y la ejecución conjunta de programas con el gobierno, así como reforzar su capacidad técnica para la gestión de programas bajo el nuevo paradigma de financiamiento. Para ello será necesario ampliar la orientación y el apoyo por parte de los agentes externos, y también podrá complementarse mediante el fortalecimiento de los vínculos con las redes regionales. Existe la urgente necesidad de planificar la sostenibilidad para las OSC, además de la capacidad de solicitar financiamiento público de la sociedad civil del gobierno panameño para la prestación de servicios. Se recomienda que los socios financieros que están activos en la región, incluyendo USAID/PEPFAR y el Fondo de Redes de la Sociedad Civil Robert Carr, participen en la identificación de oportunidades de financiamiento para apoyar esta labor.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Apoyar la creación de capacidad en áreas críticas para la sostenibilidad de las OSC. Además de la próxima subvención, se podría solicitar apoyo a través de la Iniciativa Especial del Fondo Mundial para la Comunidad, los Derechos y el Género, incluso mediante subvenciones regionales.

**13. Comprometerse con las acciones de lucha contra la discriminación, encabezadas por el gobierno en estrecha coordinación con la sociedad civil, con el fin de mejorar el ambiente para las poblaciones clave y fomentar la utilización de pruebas y servicios.** En última instancia, los esfuerzos para ampliar el alcance a las poblaciones clave más marginalizadas, y para estabilizar y revertir la epidemia del VIH con el propósito de cumplir con el compromiso global de ONUSIDA de poner fin a esta enfermedad para 2030, no se logrará si no se reduce el estigma, la discriminación y la violencia contra las poblaciones clave. Es fundamental que esto se aborde tanto dentro del ámbito de salud, donde el sistema actual no permite el acceso equitativo a la atención médica ni ofrece ninguna reparación por violaciones; y fuera del sistema de salud, donde la discriminación sistemática y la violencia contra las TS, los HSH y las personas TG crean barreras o desalientan el acceso a los servicios. Como parte de este proceso, se debería amplificar y replicar el trabajo realizado por asociados de la sociedad civil (como REDCA+) de documentar y denunciar las violaciones a los derechos humanos tanto para las PVVIH como para las poblaciones clave. El gobierno necesariamente debe respaldar estos esfuerzos y hacer frente las violaciones identificadas.

*Oportunidades para el plan de trabajo de transición:* Apoyar los cambios legislativos apropiados que protejan contra la discriminación; considerar la importancia de empoderar a la sociedad civil para que haga abogacía en este tema desde un frente unido con el fin de lograr un impacto a largo plazo.

## 10. Bibliografía

Ahijado, A., Hadzi-Vaskov, M., Komaromi, A., Yang, F., Cerdeiro, D. and Wezel, T. (2016). "Panama: Selected Issues." Country Report No. 16/338." IMF. Washington, DC.

Avila, LM. (2017) "Quintero se encadena por falta de medicamentos para VIH." *Panamá América*. March 22, 2017. <http://www.panamaamerica.com.pa/nacion/quintero-se-encadena-por-falta-de-medicamentos-para-vih-1063769>

Research for Sex Work 5: Health, HIV and Sex Work - the Influence of Migration and Mobility. Global Network of Sex Work Projects.

CIA World Factbook. "Panama." Last updated January 2017. Accessed April 2017. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pm.html>

Cicatelli Associates, Inc. (2013). "Transgender Bio-Behavioral Surveillance Study Baseline Results: Panama MARPS Project."

Clark, M. (2014). "The Final Frontiers of Healthcare Universalisation in Costa Rica and Panama." *Bulletin of Latin American Research* 33, no. 2: 124-139.

CSS (2014). "Caja de Seguro Socia: Plan Estratégico 2014-2019."

CSS. Financial and Budget Information. Accessed April 2017. <http://www.css.gob.pa/informacionfinanciera/rapresupuestaria.html>

Research for Sex Work 5: Health, HIV and Sex Work - the Influence of Migration and Mobility. Global Network of Sex Work Projects.

Economist Intelligence Unit (2016). "Country Report: Panama." London.

LCG (2016). "Estudio de los Factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en adolescentes de los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón." Instituto Conmemorativo Gorgas. Ciudad de Panamá.

LCG (2017a). "Algoritmo de Cultivos y Pruebas de Susceptibilidad a las Drogas de Primera Línea en Panamá." Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública.

LCG (2017b). "Procesos Actuales de los Diagnósticos de VIH/Sida." Presentation by the Instituto Conmemorativo Gorgas para Estudio de la Salud to the consultants.

LCG (2017c). "Red de Laboratorios de Tuberculosis en Panamá." Presentation by Bravo Q., JE.

LCG (2017d). "Situación Actual de la Red Nacional de Laboratorios para el Diagnóstico de la Tuberculosis en Panamá." Presentation by Bravo Q., JE. Sección de Micobacteriología LCRSP/ICGES.

González, N. (2017). “Nuevo director de CSS espera estar en Panamá a finales de abril para ratificación.” *Telemetro*. April 12, 2017. [http://www.telemetro.com/nacionales/Nuevo-director-CSS-Panama-ratificacion\\_0\\_1016598556.html](http://www.telemetro.com/nacionales/Nuevo-director-CSS-Panama-ratificacion_0_1016598556.html)

IMF (2016). “2016 Article IV Consultation—Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Panama.” Country Report No. 16/337. Washington, DC.

IMF World Economic Outlook Database. Last updated April 2017. Accessed April 2017. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx>

INEC (2014). “Estimaciones y Proyecciones de la población indígena por provincia, comarca, según sexo y edad: 2010-20.”

INEC Statistics. Accessed April 2017. <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>

Leclerc, V. (2011). “Informe del Dialogo Nacional de Panamá sobre el VIH y las Leyes.” Global Commission on HIV and the Law, Red Panameña de Personas con VIH, Panama City.

MEF. Annual National Budget Laws. Accessed April 2017. <http://www.mef.gob.pa/es/direcciones/presupuestoNacion/Paginas/presupuestos.aspx>

Mendoza, E. and Pineda, S. (2012). “Informe de la Evaluación de Medio Término del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS, VIH y SIDA 2009-2014.” USAIDS/PASCA, MINSA. Panamá.

Miller, WM. (2014). “Estimación del Tamaño de las Poblaciones Clave en Panamá: Mujeres Trabajadores Sexuales, Mujeres Trans y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.” MINSA, CCM, UNAIDS, UNDP.

MINSA (2010). “Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos: 2010-2015.”

MINSA (2014). “Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis en Panamá: 2014-2016.”

MINSA (2015a). “Análisis de Situación de Salud, Panamá 2015.”

MINSA (2015b). “Análisis de Situación de Salud, Panamá 2015.” Presentation by Astudillo, N. of the Dirección Nacional de Planificación at the workshop on Alineamiento Estratégico y Plan de Acción para la Transformación del Sistema de Salud hacia el Acceso y la Cobertura Universal de Salud.

MINSA (2015c) “Informe de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores de VIH Año 2014.” Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación, in collaboration with USAID, UNFPA, PEPFAR.

MINSA (2015d). “Logros y Acciones más Trascendentales Alcanzados en el Programa de Tuberculosis.” Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

MINSA (2015e). “Privados de Libertad con VIH/Sida en el Complejo la Joya.” Presentation by Guerra, E. of the Subdirección General de Salud/Programa de Salud Penitenciaria. Annex to the GF Concept Note.

MINSA (2016a). “Alineación del Plan Estratégico Multisectorial en VIH 2014-2019 en el marco del Continuo de la Atención en VIH y la Acción Acelerada.”

MINSA (2016b). “Aspectos a Destacar del Proyecto del Fondo Mundial.” Presentation by the Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales.

MINSA (2016c). “Infección por VIH (Caso Asintomático + Sida), Años: 1984-2016.” Dirección General de Salud Pública, Departamento de Epidemiología.

MINSA (2016d). “Informe Nacional de Cascada del Continuo de la Atención en VIH y Medición del Indicador de Sobrevida en Panamá, Año 2015.” Produced in collaboration with PEPFAR, USAID/PASCA and IntraHealth.

MINSA (2016e). “Medición del Gasto en Sida (MEGAS) 2014, Panamá.” Produced in collaboration with CSS, USAID, UNAIDS and PEPFAR.

MINSA (2016f) “Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos: 2016-2025.”

MINSA (2017a). “Actualización en el Comportamiento de la Tuberculosis en Panamá.” Presentation by Aizpurúa, E. of the Programa Nacional de Tuberculosis to the consultants.

MINSA (2017b). “Avances en el Manejo de Pacientes Privados de Libertad con TB y TB/VIH.” Presentation by Guerra, E. of the Subdirección General de Salud/Programa de Salud Penitenciaria to the consultants.

MINSA (2017c). “Generalidades del VIH: Lo que debes de saber.” Presentation by Chang, L. of the Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales to the consultants.

MINSA (2017d). “Indicadores—Norma de Tuberculosis.” List of TB monitoring indicators provided by the Programa Nacional de Control de Tuberculosis to the consultants.

MINSA (2017e). “Lista de Indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación 2016-2020, VIH/Sida.” List of HIV monitoring indicators provided by the Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales.

MINSA (2017f). “Modelo de Modos de Transmisión para Estimar Incidencia de VIH y Sida.” Presentation with UNAIDS and USAID/PASCA.

MINSA (2017g). “Programa Nacional de Tuberculosis” Presentation by Aizpurúa, E., Castillo, B. and Chong, K. of the Programa Nacional de Tuberculosis to the consultants.

MINSA (2017h). “Resumen de la Situación de la Tuberculosis en Panamá: Año 2015-2016.” Document with preliminary TB epidemiological data provided by López, CL. of the Departamento de Epidemiología.

MINSA (2017i). “Situación Epidemiológica y Informe de los Avances en la Implementación del Plan Nacional de VIH/Sida.” Document provided by the Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales to the consultants.

MINSA (2017j). “Situación TB en Panamá 2015.” Presentation by the Programa Nacional de Control de la Tuberculosis to the consultants.

MINSA. “Descripción Cualitativa de la Epidemia de VIH/Sida en la República de Panamá: Inicio para Elaboración de Modelo Matemático.” Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

Morán, FR. (2017) “CSS sancionará a empresas incumplidas.” *La Estrella de Panamá*. March 21, 2017 <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/sancionara-empresas-incumplidas/23991775>

PEPFAR (2016a). “2016 Sustainability Index and Dashboard (SID) Summary: Panama.”

PEPFAR (2016b). “FY 2016 Regional Operational Plan, Central America Region, Strategic Direction Summary.”

PEPFAR (2016c). “USAID HIV/AIDS Combination Prevention Program for MARPs in Central America and Mexico. Narrative Report FY2016.”

Perazzo, A., C. Carpio and R. Sotomayor (2015). “Verification of performance in results-based financing. The case of Panama’s Health Protection for Vulnerable Populations Program.” The World Bank.

Pérez, LM. (2014). “Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH/Sida 2014-2019.” Presented to USAID/PASCA.

Postigo, D. (2016). “Informe sobre Riesgos y Necesidades de Asistencia Técnica de la Sociedad Civil en el Contexto de la Transición Sostenible en Panamá.”

REDLA+. (2014) “Índice de Estigma y Discriminación en con VIH.” <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Panama%20PLHIV%20Stigma%20Index.pdf>

Rodríguez, ABA. (2014). “Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antiretroviral, Componentes de la Cascada de Atención y Factores Modulares Institucionales que Influyen en la Adherencia a la Terapia Antiretroviral: Panamá 2013.” Produced with MINSA, PEPFAR, USAID, IntraHealth.

The Global Fund (2005). “Grant Scorecard: PAN-102-G01-T-00.”

The Global Fund (2010). “Grant Performance Report: PAN-102-G01-T-00.”

The Global Fund (2014). “Programmatic Gap Analysis.” Accompaniment to the Panama TB and HIV Concept Note.

The Global Fund (2015a) “Análisis Barreras TB.” Excel Sheet provided by the The Global Fund.

The Global Fund (2015b) “Financial Gap Analysis.” Accompaniment to the Panama TB and HIV Concept Note.

The Global Fund (2015c). “Panama TB and HIV Concept Note.”

The Global Fund (2015d). “PAN-C-UNDP Grant Budget Summary.”

The Global Fund (2015e). “PAN-C-UNDP Grant Performance Framework.”

The Global Fund Database. 2016.

The Global Fund. “Costeo Paquete de Servicios VIH.” Excel sheet provided by The Global Fund.

The Global Fund. “Costeo Paquete Servicios TB.” Excel sheet provided by The Global Fund.

UNAIDS (2014). “Panama Report NCPI.”

UNAIDS AidsInfo Online Database. Last Updated November 2016. Accessed April 2017.  
<http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>

UNDP (2015). “UN Human Development Report 2015.”

UNDP (2017). “Avances del Proyecto.” Document provided by UNDP-Panama to the consultants listing the 2016 achievements gained through the ongoing GF grant.

WHO (2014). “Country Cooperation Strategy at a Glance: Panama.”

WHO (2016a). “Implementación de la Estrategia Fin de la TB: Aspectos Esenciales.” Geneva.

WHO (2016b). “Tuberculosis Profile: Panama.”

WHO National Health Accounts. Last updated April 2017. Accessed April 2017.  
[http://apps.who.int/nha/database/Key\\_Indicators\\_by\\_Country/Index/en?COUNTRYKEY=84015](http://apps.who.int/nha/database/Key_Indicators_by_Country/Index/en?COUNTRYKEY=84015)

WHO/PAHO (2014). “Misión de Monitoreo y Asesoría Externa al Programa de Control de Tuberculosis de Panamá: Reporte Final.”

WHO/PAHO (2016). “Informe de la Misión de Apoyo y Asistencia Técnica para el Control de la Tuberculosis y del Componente de la Tuberculosis Drogoresistente del Programa Nacional de la TB en Panamá.” Comité Luz Verde Regional.

WHO/PAHO, UNAIDS, MINSA. “Misión Técnica Conjunta Tratamiento 2.0 para la Expansión y la Sostenibilidad de la Atención al VIH: Hallazgos, Conclusiones y Recomendaciones.” Presentation.

World Bank (2013). “Panamá Informe del Desempeño de la Gestión de las Finanzas Públicas (PEFA).” Washington, DC.

World Bank (2015a). “Central America Social Expenditures and Institutional Review – Panama.” Report No. 102301-PA. Washington D.C.

World Bank (2015b). “Panama – Locking in Success. A Systematic Country Diagnostic.” Washington D.C.

Banco de Datos del Banco Mundial. Last updated April 2017. Accessed April 2017.  
<http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

## 11. Apéndice

### **Apéndice 1. Lista de organizaciones y entidades consultadas**

- Ministerio de Salud (incluyendo Sr. Ministro de Salud)
- Mecanismo Coordinación de Panamá
- Fondo Mundial
- PNUD
- Laboratorio Central de Referencia Programa de Control de la Tuberculosis
- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
- Grupo Jacobs
- Caja de Seguridad Social
- Hospital Santo Tomas
- OPS
- ONUSIDA
- UNFPA
- UNWOMEN
- USAID – PASCA
- USAID - Delivery
- PEPFAR
- Dirección General de Salud
- Dirección de Epidemiología
- Dirección de Planificación de Salud
- Ministerio de Economía y Finanzas (incluyendo Sr Vice-ministro de Economía)
- Ministerio del Gobierno – Programa de Salud Penitenciaria
- Dirección de Finanzas
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de compras y suministros de Salud
- Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá
- Asociación Nuevos Horizontes
- Asociación Panameña de Personas TRANS
- Asociación Viviendo Positivamente
- Activistas Independientes
- Asociación Cambiando Vidas
- Asociación contra Enfermedades Respiratorias Contagiosas prevenibles como la Tuberculosis
- Asociación Nueva Vida
- Centro de Desarrollo Juvenil Comunitario
- Consejo de Mujeres Indígenas de Panamá
- Consorcio Clave 3
- Grupo Génesis Panamá +
- ICW Latina
- Jóvenes Positivos de Panamá
- Consejo Nacional Juventud de Panamá
- Mujeres con Dignidad y Derecho de Panamá
- Mujeres Independientes Luchando por sus Derechos
- Observatorio Ciudadano DDHH y VIH Panamá

## Apéndice 2: Subvención en curso para TB/VIH

Tabla A2.1: Resumen del Presupuesto por Módulo, Subvención en curso para TB/VIH 2016-2018

Módulo	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Prevención: HSH y personas transgénero	\$548.989 [20,9%]	\$641.034 [27,3%]	\$759.214 [34,5%]	\$1.949.237 [27,2%]
Prevención: TS y sus clientes	\$186.979 [7,1%]	\$219.346 [9,4%]	\$270.719 [12,3%]	\$677.044 [9,4%]
Tratamiento, atención y apoyo	\$28.355 [1,1%]	\$28.591 [1,2%]	\$28.880 [1,3%]	\$85.826 [1,2%]
Atención y prevención de TB	\$666.277 [25,3%]	\$513.154 [21,9%]	\$454.192 [20,7%]	\$1.633.622 [22,8%]
TB/VIH	\$86.223 [3,3%]	\$76.979 [3,3%]	\$54.421 [2,5%]	\$217.623 [3,0%]
Paquete para TB-MDR	\$16.000 [0,6%]	\$17.500 [0,7%]	\$10.000 [0,4%]	\$43.500 [0,6%]
Gestión de la cadena de adquisiciones y suministros	\$6.750 [0,3%]	\$4.500 [0,2%]	\$4.500 [0,2%]	\$15.750 [0,2%]
Seguimiento y evaluación	\$397.355 [15,1%]	\$161.000 [6,9%]	\$66.000 [3,0%]	\$624.355 [8,7%]
Eliminación de las barreras legales de acceso	\$168.600 [6,4%]	\$127.600 [5,4%]	\$77.600 [3,5%]	\$373.800 [5,2%]
Fortalecimiento de los sistemas comunitarios	\$103.811 [4,0%]	\$103.900 [4,4%]	\$86.800 [4,0%]	\$294.511 [4,1%]
Gestión de programas	\$419.662 [15,9%]	\$453.560 [19,3%]	\$386.234 [17,6%]	\$1.259.455 [17,6%]
<b>Total</b>	<b>\$2.629.000</b>	<b>\$2.347.164</b>	<b>\$2.198.559</b>	<b>\$7.174.723</b>

Fuente: The Global Fund (2015d)

**Tabla A2.2: Resumen del Presupuesto por Categoría de Costos, Subvención en curso para TB/VIH 2016-2018**

Categoría de Costos	Año 1	Año 2	Año 3	Total
1.0 Recursos Humanos	\$779.436 [29,6%]	\$834.988 [35,5%]	\$915.399 [41,6%]	\$2.529.823 [35,3%]
2.0 Gastos Relacionados con Viajes	\$489.576 [18,6%]	\$465.418 [19,8%]	\$447.299 [20,4%]	\$1.402.293 [19,5%]
3.0 Servicios Profesionales Externos	\$342.505 [13,0%]	\$185.400 [7,9%]	\$97.900 [4,5%]	\$625.805 [9,7%]
4.0 Productos de Salud – Productos Farmacéuticos	\$0 [0%]	\$0 [0%]	\$0 [0%]	\$0 [0%]
5.0 Productos de Salud – Productos No Farmacéuticos	\$136.186 [5,2%]	\$158.475 [6,8%]	\$184.950 [8,4%]	\$479.612 [6,7%]
6.0 Productos de Salud - Equipamiento	\$126.029 [4,8%]	\$62.800 [2,7%]	\$7.900 [0,4%]	\$196.729 [2,7%]
7.0 Costos de gestión de las adquisiciones y de la cadena de suministro	\$52.443 [2,0%]	\$36.667 [1,6%]	\$36.990 [1,7%]	\$126.100 [1,8%]
8.0 Infraestructura	\$0 [0%]	\$0 [0%]	\$0 [0%]	\$0 [0%]
9.0 Equipamiento no relacionado con la salud	\$179.538 [6,8%]	\$9.547 [0,4%]	\$9.760 [0,4%]	\$198.845 [2,8%]
10.0 Material de Comunicación y Publicaciones	\$121.566 [4,6%]	\$99.541 [4,2%]	\$82.214 [3,7%]	\$303.321 [4,2%]
11.0 Gastos Administrativos	\$239.550 [9,1%]	\$343.888 [14,7%]	\$293.147 [13,3%]	\$876.585 [12,2%]
12.0 Apoyo vital al cliente/población clave	\$82.170 [3,1%]	\$100.440 [4,3%]	\$123.000 [5,60%]	\$305.610 [4,3%]
13.0 Financiamiento basado en resultados	\$80.000 [3,0%]	\$50.000 [2,1%]	\$0 [0%]	\$130.000 [1,8%]
<b>Total</b>	<b>\$2.629.000</b>	<b>\$2.347.164</b>	<b>\$2.198.559</b>	<b>\$7.174.723</b>

Fuente: The Global Fund (2015d)

**Tabla A2.3: Detalles financieros de la subvención en curso para TB/VIH 2016-2018, por beneficiario principal y sub-beneficiario**

Beneficiario Principal y Sub-beneficiarios	Monto asignado (US\$)
PR: UNDP	\$4.295.333
MINSA	\$1.645.321
SR1:	\$978.320
SR2:	\$255.750

Fuente: The Global Fund (2015d)

Los fondos del FM asociados a esta subvención no contribuyen a la compra de productos farmacéuticos (fármacos de primera o segunda línea para la TB; ARV o carga viral o prueba de CD4 para el VIH). Sin embargo, sí apoyan análisis de susceptibilidad y los suministros de laboratorio para el diagnóstico de TB y MDR-TB (incluidas las máquinas GeneXpert), así como el fortalecimiento de la gestión de las adquisiciones y la cadena de suministro.

**Tabla A2.4: Financiamiento del FM para los servicios esenciales para el VIH y la TB: Porcentaje de contribución y las proyecciones de financiamiento para los próximos 3 años**

	Número de personas cubiertas	Inversión promedio anual	Contribución porcentual	Proyección del financiamiento en los próximos 3 años
<b>VIH</b>				
Tratamiento ARV	0	\$0	0%	\$0
Carga Viral	0	\$0	0%	\$0
CD4	0	\$0	0%	\$0
<b>TB</b>				
Diagnósticos de TB & MDR-TB	NA	\$73.125	80%	\$219.375
Medicamentos de primera línea	0	0	0%	\$0
Medicamentos de segunda línea	0	0	0%	\$0

Fuente: GF Essential Services Allocation (LAC)

### Apéndice 3: Datos epidemiológicos adicionales

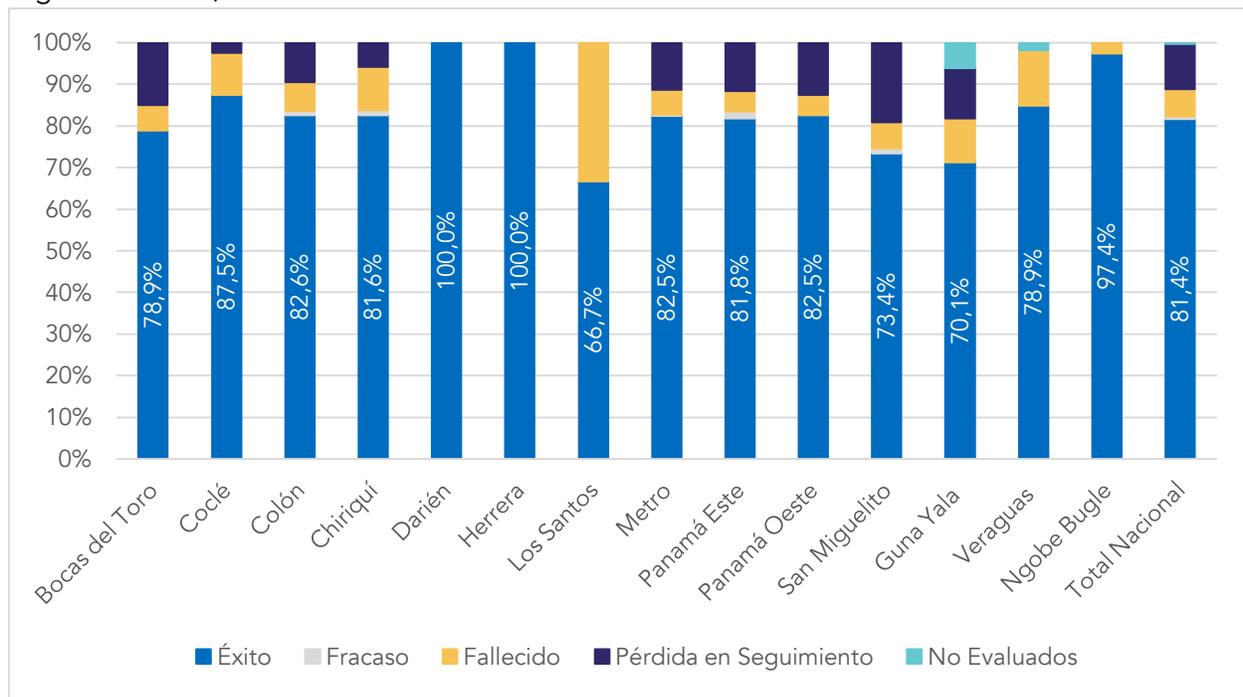
Tabla A3.1: Número de hombres y mujeres infectados por el VIH 2001-2012, por región\*

Región	Masculino	Femenino	% de Total
Nacional	4.439	3.035	100%
Panamá Metro	1.340	912	30,1%
Colón	461	601	14,2%
San Miguelito	572	485	14,1%
Panamá Oeste	518	293	10,9%
Chiriquí	245	122	4,9%
Panamá Este	152	48	2,7%
Coclé	111	77	2,5%
Guna Yala	96	51	1,9%
Veraguas	68	38	1,4%
Herrera	63	36	1,3%
Ngäbe Buglé	59	31	1,2%
Bocas del Toro	37	38	1,0%
Los Santos	51	16	0,9%
Darién	13	17	0,4%
Región no especificada	653	270	12,3%

Fuente: Pérez (2014)

\*Los casos se registran como hombres o mujeres, a pesar de que el género no es binario.

Figura A3.1: Resultados del tratamiento para casos de tuberculosis nuevos y de recaída por región de salud, 2015



Fuente: MINSA (2017g)

**Tabla A3.2: Casos e Incidencia de la TB por Región de Salud, 2015-2016 (Incidencia por 100,000 personas)**

Región	2015		2016*	
	Número de casos	Tasa	Número de casos	Tasa
Nacional	1.679	42,2**	1.408	34,9
Guna Yala	53	125,0	47	108,6
Bocas del Toro	198	126,5	180	111,8
Colón	163	58,9	137	48,7
Panamá Este	139	102,8	95	69,2
Ngäbe Buglé	117	59,1	104	51,2
Metropolitana	391	50,6	332	42,1
Panamá Oeste	168	30,4	156	27,6
San Miguelito	240	39,5	183	29,6
Darién	15	22,7	22	32,8
Chiriquí	91	20,2	98	21,6
Herrera	12	10,2	13	11,0
Veraguas	44	18,0	20	8,2
Coclé	43	16,7	17	6,6
Los Santos	5	5,3	4	4,2

Fuente: Departamento de Epidemiología, SISVIG

\* Los datos para 2016 son preliminares y sujetos a cambios.

\*\* Nota: Los datos de incidencia para el año 2015 no coinciden con los referenciados en el cuerpo principal del informe, que proviene del Banco Mundial.

## Apéndice 4: Resultados de la evaluación del gasto público y de la responsabilidad financiera (PEFA) Panamá 2013

<b>A. Credibilidad del presupuesto</b>		
ID-1	Resultados del gasto total en comparación con el presupuesto original aprobado	A
ID-2	Composición de las desviaciones del gasto presupuestario en comparación con el presupuesto original aprobado	B+
ID-3	Desviaciones de los ingresos totales en comparación con el presupuesto original aprobado	D
ID-4	Saldo y seguimiento de los atrasos de pagos de gastos	NR
<b>B. Características clave de todas las etapas: alcance y transparencia</b>		
ID-5	Clasificación del presupuesto	B
ID-6	Suficiencia de la información incluida en la documentación presupuestaria	B
ID-7	Magnitud de las operaciones gubernamentales no incluidas en informes presupuestales	D
ID-8	Transparencia de las relaciones fiscales intergubernamentales	C
ID-9	Supervisión del riesgo fiscal agregado provocado por otras entidades del sector público	C
ID-10	Acceso del público a información fiscal clave	A
<b>C. Ciclo presupuestario</b>		
ID-11	Carácter ordenado y participación en el proceso presupuestario anual	C+
ID-12	Perspectiva plurianual en materia de planificación fiscal, política del gasto y presupuestación	C
ID-13	Transparencia de las obligaciones y pasivos del contribuyente	C
ID-14	Eficacia de las medidas de registro de contribuyentes y estimación de la base impositiva	D
ID-15	Eficacia en materia de recaudación de impuestos	NR
ID-16	Certeza en la disponibilidad de fondos para comprometer gastos	D+
ID-17	Registro y gestión de los saldos de caja, deuda y garantías	NR
ID-18	Eficacia de los controles de la nómina	C+
ID-19	Competencia, precio razonable y controles en materia de adquisiciones	D+
ID-20	Eficacia de los controles internos del gasto no salarial	C+
ID-21	Eficacia de la auditoría interna	D+
ID-22	Oportunidad y periodicidad de la conciliación de cuentas	C+
ID-23	Disponibilidad de información sobre los recursos recibidos por las unidades de prestación de servicios	A
ID-24	Calidad y puntualidad de los informes presupuestarios del ejercicio en curso	D+
ID-25	Calidad y puntualidad de los estados financieros anuales	D+
ID-26	Alcance, naturaleza y seguimiento de la auditoría externa	D
ID-27	Escrutinio legislativo de la ley de presupuesto anual	C+
ID-28	Escrutinio legislativo de los informes de los auditores externos	D+
<b>D. Prácticas de entidades donantes</b>		
D-1	Previsibilidad del apoyo presupuestario directo	D+
D-2	Información financiera proporcionada por los donantes para la presupuestación y presentación de informes acerca de la ayuda para proyectos y programas	A
D-3	Proporción de la ayuda administrada mediante el uso de procedimientos nacionales	C

## Apéndice 5: Análisis de opciones de financiamiento público de la sociedad civil

No	Preguntas	Análisis/ Recomendaciones
<b>Sección 6. Análisis y priorización</b>		
1	¿Que va por buen camino en términos de la posibilidad de financiamiento con recursos públicos para las OSCs? ¿Cuentan con mecanismos o procesos similares para la contratación de OSCs? ¿Que tan factible es replicar dichos procesos o escalarlos?	<p>Existe un marco legal que teóricamente permite al gobierno el uso de fondos públicos para contratar a OSCs (organizaciones de la sociedad civil). El gobierno cuenta con un proceso de transferencia de recursos a OSCs en otros ministerios (por ejemplo, el de Desarrollo Social) y cuenta con algunas experiencias de contratación de parte del MINSA a OSCs para estrategias de alcance en salud en el medio rural, como parte de una iniciativa del Banco Mundial de financiamiento basado en resultados. MINSA podría basarse en esta experiencia adicionando al VIH y la TB, con base a sus definiciones y necesidades o aprender de los procesos de otros ministerios y emplear la experiencia en el MINSA.</p> <p>Existe voluntad política manifiesta de parte del MINSA; el Programa de VIH está considerando el utilizar pequeños financiamientos para financiar a OSCs para la provisión de ciertos servicios en algunas locaciones concretas. De cualquier forma, existe oposición en algunas otras áreas del gobierno, ya que tienen la expectativa de que el trabajo de las mismas debe ser voluntario; existen agencias con capacidad técnica para apoyar en el proceso de implementación de la contratación de las OSCs.</p> <p>En el nivel local se pueden apoyar OSC o iniciativas de grupos informales de población clave, a través de recursos municipales o mediante las clínicas locales, con base a acuerdos para estrategias de alcance y de grupos de auto-apoyo.</p>
2	¿Cuáles son las barreras específicas identificadas para la implementación plena y/o efectiva de la contratación de OSCs con recursos públicos?	
2a	Por categorías:	
	o Marco Legal	No existen barreras legales para la contratación de OSC con recursos públicos.
	o Estructurales (administrativas, burocráticas, temporalidad inadecuada/inercia)	Existe dilación en los procesos de aprobación del reconocimiento legal (personería jurídica) para organizaciones con trabajo o cuya membresía es de personas Trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, así como hombres gay y otros HSH, reduciendo o retrasando las posibilidades de acceso a mecanismos de contratación. Esto está relacionado con el conservadurismo y la homofobia.

	o Voluntad Política	<p>Existía reducida voluntad política previamente a la discusión de la transición al respecto de los recursos del FG, actualmente existe voluntad política expresa en algunos sectores, para avanzar al respecto de la contratación del sector comunitario con recursos públicos, por lo que es probable que esta barrera pueda ser superada.</p> <p>Sin embargo, existe algún nivel de oposición con base a la visión de que las OSC deben trabajar de manera voluntaria. Para modificar esta forma de pensar, se requieren esfuerzos para demostrar el valor cuantificable de las intervenciones implementadas por el sector comunitario, para poder asegurar la sostenibilidad en el largo plazo de los mecanismos de financiamiento público para los servicios y estrategias que las OSC pueden implementar.</p>
	o Capacidad técnica	<p>Existe capacidad técnica limitada de parte del MINSA para el desarrollo de convocatorias públicas para la provisión de servicios en VIH y TB, así como para el proceso de selección de propuestas, supervisión, asistencia técnica, monitoreo y evaluación de proyectos al respecto. Mientras que existe experiencia limitada en los procesos de transferencia de recursos públicos a instancias externas, coexiste financiamiento a una OSC, PROBIDSIDA, proceso que no es totalmente transparente ni se lleva a cabo como resultado de una convocatoria pública (se realiza a través de la abogacía de la propia OSC), y aunque contaron con el apoyo del Banco Mundial en la experiencia con base a resultados, esta no se tradujo en capacidades al respecto en la respuesta al VIH. Aunque la coexistencia de estas dos realidades podría traducirse en la construcción de aprendizajes, existe una necesidad palpable de construcción de capacidades técnicas.</p> <p>Adicionalmente, para poder desempeñar de manera eficiente tanto las estrategias como el diseño, gerencia, monitoreo y evaluación, así como la rendición de cuentas, los sistemas comunitarios cuentan con importantes debilidades.</p>
	o Recursos (financieros humanos, etc.)	<p>Hasta la fecha no se ha incluido en el presupuesto para VIH recursos para la contratación de OSC es factible un cambio con base a la voluntad política.</p> <p>No se cuenta con personal específico para implementar los procesos de financiación para la provisión de servicios y la implementación de proyectos preventivos por parte de las OSCs así como para los procesos de identificación y definición de las mismas y no se cuenta con presupuesto doméstico definido para este propósito.</p>
2b	¿Existen poblaciones más afectadas que otras por estas barreras?	<p>Todas las poblaciones clave están afectadas por estas barreras, por la dinámica de una epidemia concentrada, la ausencia histórica de servicios preventivos dirigidos para estas poblaciones que sean implementados por el gobierno, así como por el peso de la discriminación dentro y fuera de las respuestas al VIH y la TB. La dilación en el registro de nuevas OSCs, en particular, enfatiza y visibiliza el impacto de la discriminación hacia poblaciones de HSH, Trans y de trabajo sexual.</p>

2c	¿Que sectores están involucrados con las barreras identificadas? ¿Quienes requieren ser alcanzados para lograr el cambio?	<p>Para abordar la discriminación en los procesos de registro de organizaciones, se hace necesario alcanzar al personal encargado de los procesos legales al respecto.</p> <p>Para asegurar que se cuente con recursos suficientes en las partidas adecuadas, es necesario involucrar a tomadores de decisión con influencia en la definición de presupuesto en salud.</p>
2d	¿Que se requiere cambiar para remover esas barreras?	<p>Es necesario que la sociedad civil implementa una estrategia de abogacía (incidencia política) empleando buenas prácticas del uso de financiamiento público para servicios y proyectos que implementan las OSCs para generar el apoyo de la Dirección General de Salud Pública y lograr remover estas barreras. Ello hace necesario el trabajo colaborativo del sector, trabajando en conjunto y con metas comunes para la abogacía, que deberá perseguir alcanzar lo siguiente: -Sensibilización de personal de nivel tanto político como técnico para reducir el estigma y la discriminación que crea barreras legales para la conformación y trabajo de las OSC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Abogar para alcanzar la voluntad política tanto del MINSA como del CONAVIH para apoyar el involucramiento del sector comunitario, en particular para el que está conformado y/o trabaja para poblaciones clave, como parte de la respuesta al VIH y</li> <li>- Implementar una campaña para incidir en la creación y fondeo del mecanismo para la contratación de OSCs con recursos públicos.</li> </ul>
2e	¿Que tipo de asistencia se necesita para realizar dichos cambios? ¿Quienes requieren de dicha asistencia?	<p>Se requiere asistencia técnica, tanto para el programa de TB como para el de VIH, para desarrollar e implementar este mecanismo; de la misma forma se requiere asistencia técnica para el desarrollo de capacidades en la sociedad civil para que puedan tanto aplicar a las convocatorias, implementar proyectos y servicios, así como monitorear dichas estrategias de parte del gobierno. También es necesario que las OSC cuenten con apoyo técnico para tener la posibilidad de trabajo conjunto para asegurar la participación de la sociedad civil en el desarrollo de la contratación y del financiamiento al respecto.</p>
<b>3</b> ¿Que se puede recomendar para mejorar el mecanismo de financiamiento con recursos públicos para las OSCs?		
3a	¿Que cambios concretos se deben realizar?	<p>Alcanzar la voluntad política parece una meta alcanzable para lograr la contratación de OSCs con financiamiento público, bastará con movilizar y pasar a acciones concretas, para ello se sugieren los siguientes pasos.</p> <p>Mientras tanto el gobierno deberá trabajar de manera cercana con los líderes del sector comunitario para atender las causas de base del estigma y la discriminación. En el corto plazo esto puede apoyar las barreras de registro y operación de las OSCs, que son los socios fundamentales para la contratación con recursos públicos. En el largo plazo la reducción del estigma y la discriminación deberá alcanzar la entrega de servicios para trabajadoras y trabajadores sexuales, personas Trans y HSH, así como a las personas con VIH.</p>

<p>3b</p>	<p>¿Cuáles podrían ser las motivaciones para el sector gubernamental para realizar dichos cambios?*</p>	<p>El gobierno de Panamá está comprometido en alcanzar las metas nacionales e internacionales, que incluyen las Metas de Desarrollo Sostenible, las metas 90,90,90, entre otras. Está definido que este compromiso se realizará considerando la participación social, a través de la implementación de estrategias y servicios costo-efectivos. El gobierno puede alcanzar estos compromisos ya que tiene una epidemia concentrada y que cuenta con las ventajas comparativas de las OSCs tanto para el alcance de poblaciones clave, educación entre pares, implementación de estrategias de prevención combinada, así como de salud, dignidad y prevención positivas.</p> <p>En el corto pazo Panamá puede erradicar la transmisión materno-infantil, en el mediano plazo puede asegura que el sida ya no es un problema de salud pública y asegurar el acceso universal a la prevención y atención del VIH y la TB. La participación del sector comunitario en las respuestas puede facilitar el alcance de dichas metas, tanto a través de la implementación de estrategias para reducir el estigma y la discriminación, la implementación de proyectos de prevención para evitar nuevas infecciones, así como a través de facilitar la adherencia a tratamientos. Con los beneficios de mejorar la salud de las PVVS, reducir la posibilidad de la transmisión del VIH, mejorar el acceso a tratamientos para la TB, de manera costo-efectiva como resultado del involucramiento de la sociedad civil.</p>
<p>3c</p>	<p>¿Cuáles podrían ser las motivaciones para el sector comunitario para realizar dichos cambios?*</p>	<p>La sociedad civil puede responder a su razón de ser, contribuyendo a la respuesta nacional al VIH y la TB a través de su participación significativa, la abogacía, la vigilancia social y el trabajo con las comunidades. Trabajando a través de recursos gubernamentales puede, no solamente hacer más sostenibles sus servicios, sino que puede facilitar el alcanzar la reducción del estigma y la discriminación, promover el involucramiento de poblaciones en situación de vulnerabilidad a través de la promoción, defensa y ejercicio de sus derechos humanos.</p>
<p>4</p>	<p>¿Que actividades se requieren para implementar los cambios recomendados? ¿Como deben priorizarse dichas actividades? ¿Como se podría monitorear y evaluar el avance al respecto?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer los sistemas comunitarios (incluyendo desarrollo de habilidades, capacitación en temas específicos y procesos de resolución de conflictos).</li> <li>2. Desarrollar y presupuestar un plan de prevención (estrategias basadas en evidencia) que incluya la provisión de servicios por parte de las OSCs para que en el corto plazo atiendan las necesidades emergentes y pilotear los mecanismos de contratación social y para que dicho plan se integre, en el mediano plazo al Plan Estratégico Nacional.</li> <li>3. Desarrollar el mecanismo para la contratación social dentro del MINSA, con base a las experiencias de otros ministerios de Panamá y de otras experiencias en la región.</li> <li>4. Desarrollar capacidades técnicas en el gobierno para desarrollar convocatorias públicas, conducir procesos de selección transparentes, monitoreo, supervisión y evaluación de proyectos.</li> <li>5. Piloteo de los procesos y realización de los ajustes necesarios.</li> <li>6. Desarrollar guías técnicas en concordancia con recomendaciones internacionales, tales como La Guía Nacional de Prevención, Guía de estrategias para la TCV, Guía para la atención de ITS, entre otras.</li> </ol>

4a	¿Que actividades deben priorizarse durante el siguiente año?	El 1. deberá iniciarse en el primer año y extenderse durante los tres primeros.; el paso 2. se divide, su meta de corto plazo debe alcanzarse en el primer año; los pasos 3. y 4. deben dar inicio en el primer año.
4b	¿Que actividades deben realizarse durante del primero al tercer año?	Con el objetivo de desarrollar mecanismos de financiamiento público a OSC como parte de la respuesta en vista de la sostenibilidad, los pasos 1,2,3 y 4 deberán continuarse, el paso 4 y el piloteo (paso 5) posiblemente deban extenderse durante el siguiente año. Una vez completada, la evaluación del piloteo debe llevarse a cabo. Se deben realizar los ajustes para contar con una guía al respecto con todas las regulaciones necesarias. Procesos de fortalecimiento continuo serán necesarios tanto para oficiales del gobierno responsables de los procesos, como para las OSC responsables de la implementación. Este proceso debe abarcar el amplio contexto de las OSCs, así como la conciliación de los procesos competitivos entre el sector comunitario.
4c	¿Que actividades deben realizarse durante del tercer al sexto año?	<p>Para que los procesos de contratación sean efectivos, es necesario mantener distintos esfuerzos, tales como: Procesos continuos de construcción de capacidades para fortalecer los sistemas comunitarios, lo que precisa de inversión de recursos internos y externos durante el desarrollo.</p> <p>Una evaluación de medio término del plan nacional de prevención debe conducirse en el marco de trabajo de este proceso, del que surjan recomendaciones para su ajuste y fortalecimiento, donde se incluyan los mecanismos de contratación social con financiamiento público.</p> <p>Otras prioridades pueden ser revisadas para ser incluidas, tales como la inclusión de nuevas tecnologías de prevención, cobertura amplia para la detección oportuna del VIH inicio de tratamiento temprano, prevención y tratamiento de la TB, uso de la PrEP (profilaxis pre-exposición) en poblaciones en mayor riesgo, adherencia y tratamiento para alcanzar supresión viral en el mayor número de personas posible; prevención y tratamiento de otras ITS.</p>
4d	¿Que actividades requieren un periodo más prolongado (más de 6 años)?	El combate del estigma y la discriminación, la inclusión de poblaciones en vulnerabilidad, abogacía para fortalecer el marco legislativo) (leyes contra la discriminación, la protección de la diversidad sexual, la identidad de género, entre otras.), alcance de poblaciones de muy difícil acceso, y el diálogo nacional del sector comunitario, que debe ser un proceso continuo ya que requiere de compromisos y esfuerzos sostenidos en el largo plazo, para asegurar que los procesos de contratación responden efectivamente a las respuestas nacionales.