



América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica

Panamá: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia



Diciembre de 2006

**Reduciendo la Vulnerabilidad al
VIH/SIDA en Centro América:**

***Panamá Situación del VIH/SIDA y
Respuesta a la Epidemia***

Región de Latino América y el Caribe
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover su discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en www.worldbank.org/AIDS (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202
Correo Electrónico: bortman@worldbank.org

Foto de la cubierta: Panamá Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia
Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *Panamá Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia*

Marcelo Bortman;¹ Luis B. Sáenz;² Isabel Pimenta;³ Claudia Isern;⁴ Antonia Elizabeth Rodríguez;⁵ Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.⁶

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

Palabras claves: HIV/AIDS, Panamá, Banco Mundial, Centro América

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

¹ Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

² Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

³ Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

⁴ Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

⁵ Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁶ Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

Acrónimos y abreviaciones

AED/F	Academia para el Desarrollo Educativo en consorcio con The Futures Group
AHMNP	Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
APLAF	Asociación para el Planeamiento de la Familia
ART	Terapia Antiretroviral (Antiretroviral Treatment)
ARV	Medicamentos Antiretrovirales
BNPP	Bank Netherlands Partnership Programme
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CRP	Cruz Roja Panameña
CSS	Caja del Seguro Social
DDHH	Derechos Humanos
GLBT	Población, gay, bisexual, lésbico, transexual
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA
IDU	Usuarios que se inyectan drogas
IEC	Información, Educación y Comunicación
IIDHESA	Instituto Interamericano de Derechos Humanos en Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LCSHD	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
LCSHH	Sector Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MSM	Mujeres que tienen sexo con Mujeres
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan-American Health Organization
PASCA	Proyecto Acción SIDA para Centro América
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PIB	Producto Interno Bruto
PROBIDSIDA	Fundación Pro Bienestar y Dignidad de personas afectadas por VIH/SIDA
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Tratamiento Antiretroviral
TCS	Trabajadoras Comerciales del Sexo
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WBIHD	Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano

Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	iv
Reconocimientos.....	vi
Resumen Ejecutivo	vii
Panamá: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia.....	1
Grupos vulnerables	3
Información de la población general acerca del VIH/SIDA.....	7
Respuesta Nacional al VIH/SIDA	8
Marco legal y regulador.....	10
Prevención y atención de grupos vulnerables.....	14
Tratamiento e Insumos.....	21
Referencias.....	25
Anexo 1. Hallazgos de la encuesta sobre discriminación en Panamá, 2006.....	26
Anexo 2. Formulario para la Determinación de Intervenciones Exitosas	29
Anexo 3. Formulario para Evaluación de la Discriminación.....	31
Anexo 4. Resumen de Experiencias Exitosas en el VIH/SIDA en Panamá, 2006	32

Tablas

Tabla 1. Financiamiento de la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA. 2004 – 2005	9
Tabla 2. Gastos en VIH/SIDA, por tipo de función, 2004-2005	9
Tabla 3. Resultados del proyecto "Juntos sí Podemos" Panamá, 2004-2005.....	16
Tabla 4. Población beneficiada según año de implementación del Programa.....	17
Tabla 5. Tratamiento ARV según grupo de población	22

Figuras

Figura 1. Distribución de la incidencia de SIDA. Panamá. 2004	3
---------------------------------------------------------------------	---

Gráficos

Gráfico 1. Prevalencia de VIH por grupos de edad y sexo, Panamá 1984-2004.....	1
--------------------------------------------------------------------------------	---

Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.⁷ Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

Panamá:

Mgter Emilio A. Messina G. Jefe del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud.

Dr. Orlando Quintero A. Director de PROBIDSIDA

Licda. Migdalia Salas, Jefa del Departamento de Salud y Bienestar Social de Cruz Roja Panameña.

Lic. Ricardo Eloy Beteta, Presidente de AHMNP

Dr. Ernesto Guerrero Director de ONUSIDA Panamá

Licda. Hilda Martínez investigadora de APLAFA

Dra. Edilma Berrio. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud

⁷ Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

Resumen Ejecutivo ⁸

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y

⁸ El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.⁹ La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países

⁹ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en la tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

Respuestas nacionales

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.¹⁰

Sistemas de Vigilancia. La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

Marco legal y normativo. Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

¹⁰ The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

La prevención. Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

Tratamiento y cuidado a la salud. Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

Capacidad de laboratorio. La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.

Panamá: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia

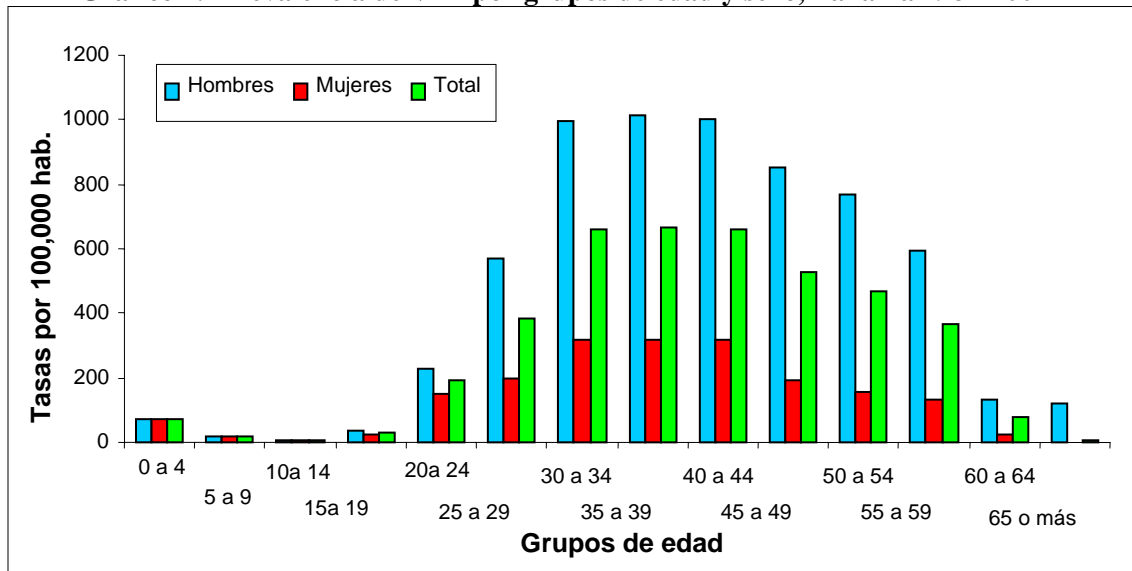
Panamá ha sido clasificado por el PNUD como uno de los cinco países más desiguales del mundo. A pesar de que posee un PIB per capita de US\$4.020 alrededor del 40% de su población vive en situación de pobreza y 16,6% en pobreza extrema. En zonas rurales la población que vive en condiciones de pobreza llega a 63% y a 90% en zonas indígenas.

Situación del VIH y el SIDA

Panamá registró sus primeros casos de SIDA en el año 1984, y al año siguiente comenzó a funcionar el primer centro de examen y asesoramiento en VIH/SIDA. La epidemia a crecido concentrada en grupos identificados como de alta vulnerabilidad y vulnerables: TCS, HSH, personas privadas de libertad, jóvenes e indígenas, principalmente, Kunas (aproximadamente un 10% de la población de Panamá es indígena).

Una de las razones para transmisión del VIH/SIDA en este país, es su ubicación geográfica como puente que une Centroamérica con Sudamérica. Esta condición convierte a Panamá en el punto de tránsito para poblaciones migrantes, las cuales, resultan difíciles de captar ya sea para proveerles información de prevención del VIH/SIDA como para el suministro de condones. El gráfico 1 presenta las tasas de prevalencia de VIH para el período 1984 al 2004 por grupos de edad y sexo.

Gráfico 1. Prevalencia de VIH por grupos de edad y sexo, Panamá 1984-2004



Fuente: Datos del informe “Situación Epidemiológica del Sida en la república de Panamá.1984-2004”. MINSA

En una entrevista la Jefa de la División de Salud Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), consideró que el avance del SIDA en Panamá es alarmante. “Si no se buscan soluciones pronto, se convertirá en un serio problema tanto

social como económico. Además, las estadísticas no se ajustan a la realidad, porque hay muchas clínicas privadas que no reportan los casos”. Asimismo, afirmó que en este país la enfermedad ha tomado cuerpo y pronto entrará en una etapa crítica de dificultades económicas para las que el país no se ha preparado.¹¹

La prevalencia de VIH a nivel nacional es de 0,92% en adultos para las edades entre los 15 y los 49 años, lo cual refleja un aumento de 0.2% desde 2002. Sin embargo ONUSIDA/Banco Mundial estiman que la prevalencia es de 1,5%.¹² La prevalencia es considerablemente más alta en las poblaciones de alta vulnerabilidad: 2% en TCS y supera el 10% en HSH.

Hasta septiembre de 2005 se habían identificado un total de 7.111 casos de VIH/SIDA en todo el país. De éstos, el 67% fueron producto de transmisión sexual, 27% de forma desconocida, 4% fueron madre a hijo y 2% por transfusiones sanguíneas (Droga intravenosa, hemofílicos y transfusiones sanguíneas). En el año 2004, el 73% de las transmisiones por vía sexual eran de tipo heterosexual, el 20% tipo homosexuales y 7% bisexuales. Los usuarios de drogas intravenosas no representan un número significativo dentro del total de casos de VIH positivos. Sin embargo, se ha asociado la transmisión sexual al consumo de drogas.

En ese mismo año, se reportaron 74 mujeres embarazadas portadoras del VIH/SIDA, (prevalencia de un 0,7%). Sin embargo, sólo un 30% de ellas recibieron TAR para evitar que sus hijos se infecten. Con frecuencias las embarazadas rechazan realizar prueba de VIH. (Solo un 21% aceptó la prueba en 2004) ya sea porque no la consideran necesaria puesto que sólo tienen una pareja sexual, o simplemente por temor al estigma o rechazo social. En 2005, las regiones que más casos de transmisión perinatal fueron, Metropolitana (31%), San Miguelito (27%), Colón (17%), Panamá Oeste (11%) y Coclé, Chiriquí, Veraguas y Darién (14%).¹³

Al analizar la incidencia según edad, la epidemia se concentra en edades sexual y económicamente activas (25-44), siendo los individuos con edades entre 30-34 años los que registran mayor porcentaje de casos (19%), seguidos por el grupo de 35-39 años (16.5%), y luego por quienes tienen edades entre 40-44 y 25-29 con un 13% cada uno.

La prevalencia de VIH ha crecido en ambos sexos, pero la diferencia entre sexos ha disminuido, aún cuando sigue el predominio en varones (75% de los casos notificados en 2005). En los jóvenes el VIH se ha notificado con igual frecuencia en ambos sexos.¹⁴

Las regiones con mayores tasas de prevalencia en Panamá son los centros urbanos: Colón, la región metropolitana, el distrito de San Miguelito y Panamá Oeste. Sin embargo, se han reportado casos de VIH/SIDA en todas las regiones del país. Además,

¹¹ Boletín Informativo de la AHMNP. Vol. 8, # 7 –Febrero 2006.

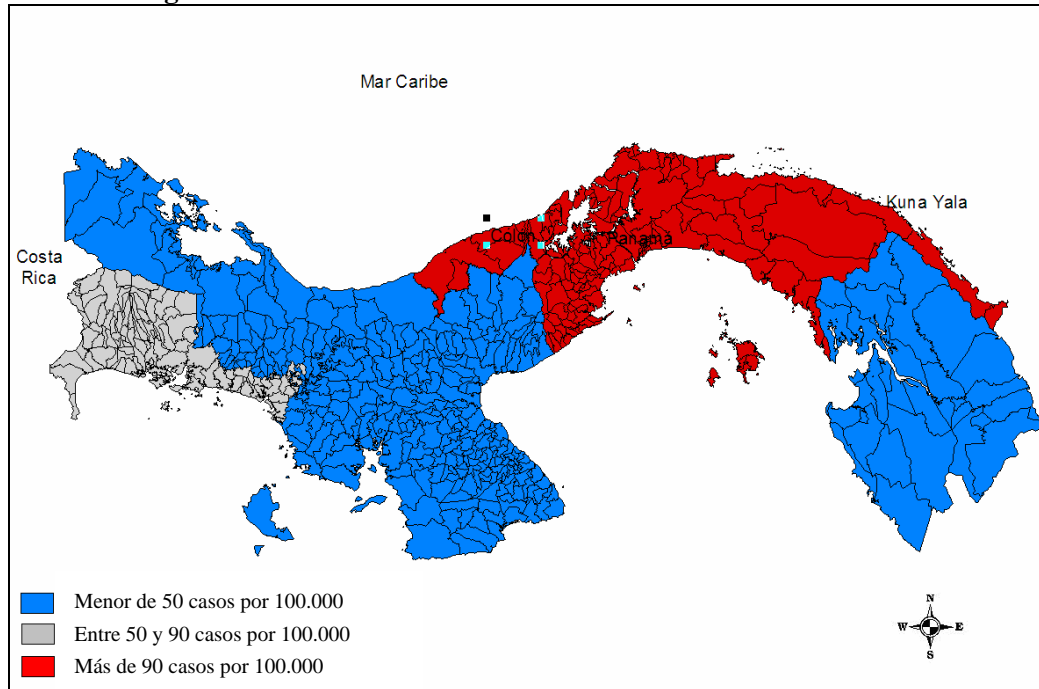
¹² ONUSIDA- World Bank Group, Country at a glance,;

¹³ Situación Epidemiológica del Sida en la República de Panamá.1984-2004

¹⁴ Diagnóstico Rápido: Reporte de Hallazgos y Resultados Preliminares del Estudio Análisis de la Situación de Huérfanos y Niños Vulnerables afectados por el VIH/SIDA en Panamá.2005

las zonas fronterizas como lo son Chirriquí y Kuna Yala representan un segundo grupo de zonas con mayor prevalencia, lo cual deja en evidencia que el SIDA en Panamá es una epidemia que se ha extendido a toda la nación aunque está concentrada en ciertas poblaciones y áreas.

Figura 1. Distribución de la incidencia de SIDA. Panamá. 2004



Fuente: Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la atención y tratamiento de la infección del VIH/SIDA. 2004 y datos geográficos del Centro Centroamericano de Población

La prevalencia del VIH/SIDA ha crecido año tras año. En el período 2002-2004, presentó una disminución que se comprobó no fue tal con la recepción de notificaciones tardías. Además, según datos que maneja la AHMNP, en el país hay subregistros de casos debido a la renuencia de los HSH de asistir a servicios de salud, por miedo o temor a hacerse la prueba, así como al rechazo y discriminación social.

A pesar de esto, la letalidad ha disminuido en los últimos años, probablemente como resultado del TAR en casos elegibles. En el año 2002, la tasa fue de 16,6 muertes por cada 100.000 mil habitantes y se redujo a 12,9 en el 2004.¹⁵ Desde 1999 la Caja del Seguro Social a provisto con ARV a los asegurados, mientras que el Ministerio de Salud comenzó esta actividad en 2002.

Grupos vulnerables

En este apartado se describe la situación de la epidemia en trabajadores comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, privados de libertad, jóvenes vulnerables,

¹⁵ Informe sobre los progresos realizados en la respuesta de país a la epidemia de VIH/SIDA. MINSA 2005

grupos migratorios, uniformados e indígenas Kunas. Para algunos grupos la información disponible es poca, ya que los estudios hechos en ellos son de línea basal o exploratorios.

Trabajadoras/es Comerciales del Sexo. En el año 2000, existían en el país entre 5.445 y 7.000 mujeres TCS. La prevalencia del VIH/SIDA en las TCS en general era de 2%: 3,5% en las que trabajan en las calles y 1,5% en aquellas que cuentan con sitios fijos para trabajar. Estas diferencias porcentuales pueden deberse al ambiente de trabajo en el cual se desenvuelven uno y otro grupo. Para las trabajadoras ambulantes las condiciones de trabajo son más difíciles, y ceden más ante las exigencias de sus clientes. Por su parte, las TCS que trabajan en establecimientos fijos, reciben atención cada semana en los centros de salud del país, gracias al Programa de Higiene Social, y así cuentan con más información acerca de métodos de prevención. Ambos grupos de TCS usan menos el condón con clientes regulares o con sus parejas fijas incrementando su vulnerabilidad.

En febrero de 2004, se realizó un estudio multinacional en trabajadoras/es del sexo y HSH sobre conocimientos, aptitudes y prácticas sobre el VIH, el uso del condón y otros temas de salud sexual.¹⁶ Los principales resultados obtenidos para la población de TCS fueron: 63% tenían entre los 20 y 29 años de edad, 60% tenía ingresos de US\$400 o más mensuales, 99% identifica el condón como una forma de prevención del VIH, 86% se consideró en riesgo porque no siempre practicaba sexo seguro y 89% se había realizado la prueba de VIH durante el último año.

Hombres que tienen sexo con hombres. Otro de los grupos altamente vulnerables es el de los HSH. Se estima que la prevalencia en VIH para este grupo es 11%.¹⁷ Aún cuando esta prevalencia es tan alta, se sabe que existe un subregistro de casos de HSH que no van a los servicios de salud por temor a hacerse la prueba y al rechazo y discriminación social. El 27% de los casos de SIDA notificados no dan a conocer el modo de transmisión, probablemente, debido al mismo temor de ser víctima de discriminación. Esto obliga a reconsiderar la validez de los datos sobre transmisión homo/bisexual de VIH. Este grupo también es afectado por otras ITS, con una prevalencia de sífilis de 4,7%. Finalmente la vulnerabilidad de este grupo se señala en el hecho que el gobierno no destinó suficientes recursos a la prevención y atención para HSH hasta el año 2000.¹⁸

En febrero de 2004, el estudio multinacional sobre conocimientos, aptitudes y prácticas sobre el VIH, el uso del condón y otros temas de salud sexual en trabajadoras/es del sexo y HSH encontró en la población de HSH que: 52% tenían edades entre 20 a 29 años; 42% tenían ingresos mensuales de US\$400 o más; 93% identifica como métodos para prevenir el VIH, al condón, la reducción del número de parejas y la fidelidad mutua. Las dos razones principales por las que no se utiliza el preservativo eran por mantener relaciones sexuales de forma oral (53%) o tener relaciones con su pareja habitual (42%). Finalmente el 92% considera que los condones son eficaces para prevenir el contagio, sin embargo, algunos creían que los lubricantes reducían la capacidad de prevención y solo 70% manifestó que su efectividad se mantenía.

¹⁶ Ministerio de Salud, PASCA/USAID. Estudio Multicéntrico. Panamá, agosto 2003

¹⁷ Estudio de Vigilancia de Comportamiento 2001-2002,

¹⁸ AHMNP. Situación de la comunidad GLBT en la Republica de Panamá. 2000.

Privados de libertad. La prevalencia de VIH/SIDA en este grupo varía entre 5% y 13%.¹⁹ Del total de 11.584 privados de libertad en el país, se han notificado 55 casos. Sin embargo, debido a la escasez de recursos económicos, solo se efectúan pruebas en casos que comienzan a mostrar signos de enfermedad, de modo que aquellos portadores que aún no manifiestan sintomatologías no se notifican como infectados de VIH. La mayoría de los seropositivos ya eran portadores antes de ser detenidos.

Una situación alarmante es que en los centros de detención no se distribuyen condones porque hacerlo ha generado violencia e incluso de muerte dentro del penal. Esto puede tener origen en la identificación sexual de los privados de libertad, los cuales en su mayoría no se consideran homosexuales y la conducta dentro del penal la justifican de manera circunstancial.

Mujeres. Del total de infectados en el país, 25% son mujeres. Desde el registro del primer caso, en el año 1984, las mujeres de 30 a 34 años, 35 a 39 y 40 a 44 años han sido las más afectadas. La brecha de tres varones por cada mujer se redujo desde 1985 cuando la razón era 16:1. Este aumento en el número de casos femeninos puede ser por motivos culturales, biológicos, socioeconómicos y de educación. Una cultura machista donde la mujer tiene un papel pasivo en su vida sexual reduce su poder de negociación en el uso del condón. Además, situaciones como un bajo nivel educativo y la dependencia económica hacia su pareja aumentan su vulnerabilidad. El tema de sexualidad no se aborda en los hogares, salvo en casos de embarazos no deseados y la enseñanza del tema en escuelas se limita a un nivel muy fisiológico.²⁰

Jóvenes Vulnerables. En el 2003, MINSA llevó a cabo una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a las ITS-VIH-SIDA. Se estudiaron adolescentes de ambos sexos, de I y IV año de colegios oficiales, docentes, padres y comunicadores sociales ubicados en las 14 regiones de salud del país. La meta del estudio fue crear conciencia acerca de los beneficios que se obtienen al brindar información, educación y facilitar medios de comunicación, encaminados a lograr cambios de comportamientos y/o actitudes. Entre las conclusiones del estudio, está que los adolescentes identifican a las relaciones sexuales sin protección como uno de los principales medios para contraer el VIH-SIDA. Además, reconocen que el preservativo es uno de los principales métodos para prevenir las ITS-VIH-SIDA y los embarazos. Por otra parte padres, docentes y comunicadores sociales dieron apoyo a la propuesta de informar sobre sexualidad y uso del condón.

Huérfanos. Según estimaciones no oficiales del Ministerio de Salud, el número de huérfanos debido al VIH/SIDA en 2001 era cercano a 8.100 (21% del total). Se estima que para el año 2010 alrededor de 13.000 niños habrán perdido uno o dos padres por esta causa, lo que elevará a 60% la proporción de huérfanos debida al VIH/SIDA. Se estima también que unos 1000 niños menores de 15 años son portadores del virus.

¹⁹ Ministerio de Salud. Informe sobre los progresos realizados en respuesta de país a la epidemia de VIH/SIDA. 2005

²⁰ Mujer y el VIH-SIDA. <http://www.probidsida.org/mujer.htm>.

En mayo de 2005, se realizó un estudio con el objetivo de recabar información sobre la magnitud, efectos y consecuencias de la epidemia del VIH/Sida en niños y sus familiares.²¹ El estudio mostró que las personas encargadas de cuidar a los huérfanos y niños vulnerables (menores cuyos hermanos eran VIH positivos), no poseían espacios ni grupos de apoyo para compartir experiencias con personas que viven su misma situación. Además, estas personas no tienen conocimientos acerca de cómo manejar el tema del VIH/SIDA con los niños y sienten temor de que sus familiares, vecinos o amigos se enteren de su relación con estos niños por temor al rechazo social. Entre las recomendaciones que se extraen de dicho estudio, se encuentran: el desarrollo de campañas a nivel nacional dirigidas a la prevención de la infección del VIH/SIDA y la transmisión materno-infantil, la universalización del acceso de las mujeres embarazadas a servicios de control prenatal, a las pruebas de detección del VIH, así como al asesoramiento previo y posterior a la prueba. También se sugiere la necesidad de prestar apoyo, cuidado y atención tanto a los niños afectados por el VIH/SIDA como a sus familiares.

Grupos Indígenas, Kunas. Según estimaciones del sistema de vigilancia epidemiológica, este grupo tiene una prevalencia de VIH/SIDA que duplica la de la población general. En el año 2005 se realizó un estudio exploratorio en la comarca Kuna y poblados periféricos metropolitanos²² que informa que los Kunas en general carecen de información sobre ITS/VIH/SIDA, la mayoría de las mujeres nunca han utilizado condón y muchos no saben que es.

La actividad sexual en las mujeres se inicia entre los 11 y 15 años, en los varones un poco más tarde y son iniciados por los omegit (grupo trans-género que son percibidos como mujeres). Existe una gran estigmatización con respecto al VIH/SIDA ya que al existir altos niveles de desconocimiento acerca de la enfermedad, no saben como relacionarse con personas portadoras. Sin embargo, tanto los Sahilas (autoridades comunitarias) como los médicos tradicionales se muestran muy receptivos a tener más información referente al VIH/SIDA.

Entre las principales recomendaciones del estudio son: los Kunas demuestran colaboración para brindar información, aunque prefieren que las actividades estén avaladas por los Sahilas. Prefieren que la entrevista sea en su idioma (dulegaya) y en pares. En lo referente al entrevistador hay mayor colaboración si éste es de su misma edad y sexo. La mejor forma de transmitirles la información es utilizando lenguaje oral o audio-visual.

Uniformados. Se está realizando un estudio que servirá como línea base sobre conocimientos actitudes y practicas dirigidas a reclutas y cadetes (de 18 a 25 años) de la

²¹ Programa Nacional de Sida, UNICEF y APLAFA, Mayo 2005

²² Exploración etno-antropológica de la población de la comarca Kuna y de poblados periféricos metropolitanos. Silvestre Eva. Núñez Aurelio Sep.2005

Policía Nacional, Servicio Marítimo y Servicio Aéreo Nacional.²³ Entre los principales objetivos del estudio es determinar cuáles son las ITS más frecuentes en esta población, conocer las conductas de riesgo y condiciones de vulnerabilidad. El estudio también busca establecer cuales son los conocimientos acerca de los derechos humanos de las PVVS, la legislación acerca de este tema y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en general. El estudio ya concluyó su primera fase, que consistió en la aplicación de un cuestionario a una muestra seleccionada de la población en estudio y actualmente se encuentra en la fase de procesamiento de la información recabada.

Información de la población general acerca del VIH/SIDA

En 2003 se realizó una encuesta de opinión para medir la percepción sobre el SIDA entre la población adulta de la región centroamericana.²⁴ En el caso de Panamá, algunos de los hallazgos más importantes fueron:

- (1) Del total de entrevistados, un 73% afirmó haber escuchado mucho sobre el VIH/SIDA mientras que 3% manifestó no haber escuchado nada.
- (2) 51% opinaba que las prostitutas con VIH/SIDA se lo buscaban por su mal comportamiento.
- (3) 40% afirmaba que las personas con VIH/SIDA no deberían tener acceso a lugares públicos.
- (4) El 64% estuvo de acuerdo con que el dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba de VIH como requisito para empleo.
- (5) El 99% estuvo de acuerdo en que se ofreciera información sobre el VIH/SIDA en los colegios.

²³ Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de reclutas y cadetes de la policía nacional, servicio marítimo y servicio aéreo nacional, en relación con las ITS/VIH/SIDA desde una perspectiva de derechos humanos y género.

²⁴ PASCA, el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica de la AED/Futures y bajo el patrocinio de USAID/G-CAP La muestra fue de 7.272 hombres y mujeres de los 6 países centroamericanos (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá).

Respuesta Nacional al VIH/SIDA

Panamá comenzó a actuar poco tiempo después de detectarse los primeros casos en el país. En 1985, con el apoyo del programa de la Iniciativa de la Salud de Centroamérica y Fronteras Solidarias, del gobierno de Panamá, la OPS y otras entidades donantes, se pone en funcionamiento el primer centro de examen y asesoramiento de VIH/SIDA.

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social son las entidades principales responsables de dar respuesta a la epidemia y por Ley deben dar cuidados integrales a las PVVS, incluyendo el acceso a TAR cuando esté indicado.

Panamá ha elaborado leyes destinadas a regir todos los aspectos de esta epidemia. En el año 2000 se crea la Ley N° 3 General sobre las ITS y VIH/SIDA. Un año después, se promulgó el decreto Ejecutivo N° 119, el cual reglamenta esta Ley.

La sociedad civil, principalmente grupos de PVVS, ONGs y organismos internacionales, también respondieron a la epidemia. Es así como surgen instituciones como la Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP), PROBIDSIDA, grupo Génesis, APLAFA y otros a los que se suman organizaciones como la Cruz Roja Panameña (CRP), Defensoría del Pueblo y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos en Salud (IIDHESA). Muchas de las acciones de estas organizaciones están orientadas al apoyo social y psicológico, pero de un modo no sistematizado, con escasos recursos y focalizados en los grupos más vulnerables.

El Programa de Sangre Segura, que comenzó en el año 2000, redujo las infecciones debida a transfusiones. El Gobierno de Panamá definió como prioridad, además de los grupos vulnerables, a las embarazadas. Ellas, a través del Programa materno-infantil tienen acceso gratis a pruebas de VIH. Además el costo de las pruebas de VIH para la población general se ha reducido. En 2005, el Gobierno comenzó una campaña de promoción destinada a que las embarazadas realicen la prueba de HIV para alcanzar “Cero Transmisión Vertical”. En paralelo, varios organismos internacionales (ONUSIDA, OPS, UNICEF entre otros), y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA han apoyado estudios para conocer más en detalle la situación de la epidemia en el país. Uno de los estudios más importantes realizados en Panamá y en toda Centroamérica es la Encuesta de Opinión Pública en Centroamérica acerca de la Percepción sobre el SIDA en Centroamérica, la cual se llevó acabo en el año 2003, gracias a fondos donados por la agencia internacional USAIDS y ejecutado por PASMO.

Panamá está clasificado como país de ingreso medio alto, condición que lo limita para recibir donaciones y es el único país centroamericano que no ha recibido apoyo del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. A pesar de esto Panamá tiene altos índices de pobreza y extrema pobreza, sobre todo en las zonas rurales y áreas indígenas.

En el año 2002, el gobierno destinó un 12,5% de su presupuesto a la asistencia sanitaria, incluyendo un 2% para el VIH/SIDA. Dado que un 90% de este monto se utilizó en la

compra de ARV, los recursos fueron insuficientes para actividades de prevención, capacitación y desarrollo de nuevos estudios de prevalencia en grupos vulnerables. En el 2004 y el 2005 el gobierno aumentó su asignación como parte de su compromiso de proveer tratamiento y apoyo integral a todas las PVVS. La tabla 1 muestra el financiamiento para la respuesta a la epidemia para los años 2004 y 2005, según fuente.

El sector privado e internacional apoyaron las intervenciones de prevención y comunicación. Estos recursos también apoyaron el fortalecimiento del Programa Nacional de VIH/SIDA. Estas intervenciones condujeron el desarrollo de la Estrategia Multisectorial del Plan para VIH/SIDA/ITS, las Normas para la Atención del Paciente con VIH/SIDA y un número de estudios para mejorar las estrategias ya iniciadas.

Tabla 1. Financiamiento de la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA. 2004 – 2005 (US Dólares)

Sector	2004	2005
Público	11,097,993	12,415,219
Privado	2,085,832	2,202,894
Internacional	405,826	642,880
TOTAL	13,589,261	15,260,993

Fuente: MEGAS 2006

Panamá asignó US\$8,9 millones en 2004 y US\$9,9 millones (66% de los recursos disponibles) para el tratamiento y cuidado de pacientes VIH/SIDA y cerca del 25 % del presupuesto para prevención e investigación. Sin embargo, se requiere implementar un importante número de estrategias y actividades para alcanzar la Meta para el Milenio que establece que para el 2015 se habrá disminuido en avance de la epidemia de VIH/SIDA.

Tabla 2. Gastos en VIH/SIDA, por tipo de función, 2004-2005

	2004		2005	
	US\$	%	US\$	%
Programas de Prevención	3.306.416	24,3	3.662.310	24,0
Componente de Tratamiento y Cuidado	8.921.480	65,6	9.990.660	65,6
Huérfanos y Niños Vulnerables	277.128	2,0	319.540	2,1
Desarrollo de Programa	924.627	6,8	1.059.145	6,9
Incentivos para Reclutar y Retener Recursos	0	0,0	0	0,0
Mitigación Social	0	0,0	0	0,0
Desarrollo de la Comunidad	0	0,0	0	0,0
Investigación relacionada con VIH/SIDA	160.000	1,2	137.450	0,9
Total...	13.589.651	100,0	15.260.997	100,0

Fuente: MEGAS 2006

MARCO LEGAL Y REGULADOR

Esta sección describe el marco legal existente en la República de Panamá, tanto en los capítulos de la Constitución Política que refieren a discriminación y derechos, como a otras leyes orientadas específicamente a la atención de la PVVS. Se presentan también los resultados de una encuesta sobre discriminación basada en el protocolo de discriminación de ONUSIDA.²⁵

La Constitución política de la República de Panamá, expresa un conjunto de ideas que abogan por los derechos de todos los ciudadanos sin distinción, pero algunos grupos vulnerables como los TCS, HSH y otros sufren diferentes grados de discriminación y algunas leyes discriminan a las PVVS. Como puntos clave del marco legal se puede mencionar:

- CAPITULO VI (Salud, Seguridad Social y Asistencia Social) menciona la obligación del Estado de velar por la salud de todos, conservarla y restituirla, lo que implica la obligación del gobierno de dar seguimiento y atención integral a las PVVS para extender y mejorar la calidad de vida de los infectados por esta epidemia. Específicamente dice:
 - *Artículo 105:* Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.
 - *Artículo 106.* En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación: 1) desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados, y 2) capacitar al individuo y a los grupos sociales.
- CAPITULO III - El Trabajo: Artículo 64: El trabajo es un derecho y un deber del individuo, y por lo tanto es una obligación del Estado elaborar políticas económicas encaminadas a promover el pleno empleo y asegurar a todo trabajador las condiciones necesarias a una existencia decorosa. Esto implica que solicitar a un individuo la prueba de VIH/SIDA viola uno de los principales derechos de los ciudadanos ya que aquellos que no puedan conseguir un trabajo dado su condición de portador, no podrán tener una vida digna al no contar con medios económicos.
- El Estado es también responsable de sancionar los actos que pongan en riesgo a otros ciudadanos como es la propagación de enfermedades y epidemias o el exponer al contagio a otros ciudadanos.

²⁵ ONUSIDA, 2000

El Código Penal por su parte establece:

- CAPITULO V: Delitos contra la salud pública. Este capítulo abre la puerta a la persecución de TCS y HSH.
 - *Artículo 252.* El que propague una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas, o infrinja las medidas sanitarias adoptadas por las autoridades competentes para impedir la introducción o propagación de una epidemia, será sancionado con prisión de 1 a 3 años.
 - *Artículo 253.* El que exponga a una persona al peligro de contagio venéreo, por relación sexual o de cualquier otro modo, será sancionado con 6 a 12 meses de prisión y de 20 a 100 días-multa. Así el hecho previsto en el párrafo precedente se comete por culpa, la sanción será de 10 a 50 días-multa.
- *Artículo 20.* Este artículo de la Constitución también promueve discriminación contra la PVVS. En él se establece que todo extranjero que pretenda ingresar a la República de Panamá en calidad de residente permanente o con ánimo de permanecer más de un año deberá presentar al momento de ingresar al territorio nacional un certificado de salud expedido por un hospital público o privado, aprobado por el Ministerio de Salud u organismo encargado de dirigir la política de salud en su país de origen, en que conste que ha sido sometido a la prueba de VIH con resultado negativo. Si el resultado es positivo se le negará la entrada al país. El certificado de salud debe estar autenticado por la misión diplomática o consulado panameño en el extranjero y sólo será válido por dos (2) meses. Esta ley es discriminatoria al impedirle al individuo seropositivo el libre tránsito y movilización.

Puesto que la constitución no contiene suficientes normas acerca de todos los aspectos referentes VIH, en el 2000 se crea la Ley General N° 3 sobre las ITS/VIH/SIDA. Esta Ley fue creada para llenar el vacío que existía a nivel de jurisprudencia en lo referente a la educación y promoción de la salud. Ella también establece las pautas para la investigación, prevención, capacitación, detección, vigilancia epidemiológica y atención integral, sobre las ITS/VIH/SIDA. La Ley establece los derechos y deberes de las PVVS o ITS, al igual que los de las demás personas en todo el territorio nacional. En su artículo 2 dice: “se declaran las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA, problema de Estado y de interés nacional”. Asimismo, se manifiesta la responsabilidad, de toda entidad estatal, autónoma, descentralizada, mixta o municipal, al igual que el Órgano Legislativo, el Órgano Judicial, el Tribunal Electoral y el Ministerio Público, de presentar y ejecutar un plan estratégico de prevención, control y manejo de las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y del SIDA, para todo su personal.

Sin embargo, participantes al taller realizado como parte de este estudio en Panamá en mayo, 2006 mencionaron que no todos los grupos vulnerables conocen la Ley 3 y su regulación y sugirieron que la Ley es muy general en relación a algunos puntos, como por ejemplo no incluye a todos los grupos ahora conocidos como vulnerables.

Entre los artículos más destacados de la Ley General N° 3 se pueden citar:

- En el capítulo de derechos y deberes se manifiesta la prohibición de cualquier discriminación y acto estigmatizador o de segregación, en perjuicio de las personas enfermas o portadoras de ITS/VIH, así como de sus parientes y allegados. Aunque en la práctica este tipo de actos de intolerancia son difíciles de mitigar, por lo menos existe un precedente en la legislación que desapueba todo este tipo de actitudes.
- El artículo 17, establece que los hoteles, moteles, pensiones y casas de alojamiento ocasionales que no cuenten con registro de huéspedes, deberán tener disponibles, en un lugar visible, dos preservativos, mínimo, como parte del servicio básico. De igual forma, el Ministerio de Salud, debe como medida de protección de la salud pública, suministrar preservativos a cada barco al momento de atracar en alguno de los puertos panameños. La cantidad suministrada estará sujeta del número de tripulantes y de su estadía en el puerto. Su costo y el de otras acciones de prevención, se cobrarán en el renglón de sanidad marítima.
- El artículo 21 dice que: “Toda persona diagnosticada con infección de transmisión sexual, con el virus de la inmunodeficiencia humana o con el SIDA, deberá recibir atención oportuna y en igualdad de condiciones, tanto en la entidad pública como en la privada, y deberá respetársele la confidencialidad como paciente...”. Esta norma establece el derecho de las PVVS a recibir atención integral así como el derecho a recibir una atención igualitaria a cualquier otro ciudadano.

En el año 2001, el Ministerio de Salud decretó el Reglamento 119 que regula la Ley N° 3 General en el que se destacan:

- *Artículo 1:* Designa a la Dirección General de Salud Pública como la responsable de la coordinación intra e interinstitucional, del Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA.
- *Artículo 24:* Establece la obligación de notificar al sistema de vigilancia todos los casos de ITS/VIH/SIDA tanto en el sector público como el privado. Desafortunadamente, este artículo no se cumple a plenitud especialmente en el sector privado.
- *Artículo 40:* Designa al Ministerio de Salud, a través del Departamento de Farmacia y Drogas, como ente fiscalizador del cumplimiento de las normas de control de calidad para el registro de los preservativos, las cuales a su vez deben de ajustarse a la normativa internacional vigente.
- *Artículo 60:* Obliga a los directores de todos los centros de salud, sean públicos o privados, a velar por una atención adecuada por parte su personal hacia el paciente ITS/VIH/SIDA, buscando eliminar cualquier forma discriminación que pueda sufrir un portador de VIH/SIDA en estos centros.

Resultados de la encuesta de discriminación de las PVVIHS

Con el apoyo de la Fundación PROBIDSIDA y ICW-PANAMA se realizó un estudio sobre discriminación aplicando el protocolo de ONUSIDA. A continuación y en el anexo 1 se presentan los principales hallazgos. Algunos casos de discriminación pudieron

haberse presentado hace varios años. En algunos casos el Ministerio de Salud ha aportado notas aclaratorias que fueron incluidas en el anexo 1.

Cuidados de salud. Se reporta negación de tratamiento en razón de la condición serológica del individuo, principalmente en adictos, privados de libertad o trabajadores del sexo. Esta situación viola el artículo 21 de la ley general de ITS/VIH/SIDA, la cual declara que cualquier persona diagnosticada ITS/VIH/SIDA, debe recibir atención oportuna y en igualdad de condiciones, tanto en entidades públicas como privadas. También viola el artículo 40 de dicha ley que estipula que los privados de libertad deben recibir “la misma atención integral de salud, así como las medidas preventivas, que el resto de las personas”. Según los entrevistados, también se incumple con el artículo 5 de la Ley General cuando, por razones de negligencia de los trabajadores de los centros de salud, algunos resultados de las pruebas de VIH no se manejan de manera confidencial. Esta situación provoca que individuos que sospechan que están contagiados con VIH no quieran realizarse la prueba.

Empleo. Según el estudio, se realizan pruebas de VIH sin consentimiento como requisito para contratación o durante el ejercicio del trabajo. De igual forma se presentan caso de despidos y cambios en la situación laboral producto de la condición del individuo como portador del VIH.. Esto viola al artículo 7 de la Ley General de ITS/VIH/SIDA, el cual especifica que: “nadie puede ser sometido a una prueba de VIH sin su debido consentimiento”. Los entrevistados informaron de casos de despidos sin razón en personas que resultaron HIV positivas, lo que viola el capítulo III de la Constitución que define al trabajo como un derecho y un deber del individuo.

Procesos jurídicos. Sólo se indicó que en el año 2000 se presentó un caso referente a la desigualdad ante de la ley de un individuo debido a su estado seropositivo.

Privados de libertad. Según los detenidos entrevistados, hay casos de prisioneros que no reciben atención adecuada ni TAR, a pesar de estar indicado. Esto viola el artículo 40 de Ley General de ITS/VIH/SIDA.

Bienestar Social. No se reportan caso de discriminación en el área de Bienestar Social.

Vivienda. En la legislación panameña establece pruebas obligatorias o certificado de negatividad del VIH como condiciones de acceso a la vivienda. Sin embargo, se informó de casos de personas a los que se le solicitó una prueba de VIH y al ser esta positiva se les han denegado el derecho de poder adquirirla.

Educación. En el año 2005, una directora de escuela se negó a que una niña VIH positiva recibiera clases en su escuela.

Vida familiar y reproductiva. Por ley es obligatoria la prueba de VIH como requisito para casarse así como para toda embarazada. También se informó que al inicio de la epidemia se presentaron casos de abortos y esterilizaciones en embarazadas VIH

positivas. En el año 2004 se conoció una denuncia por modificaciones al ejercicio de la custodia paterna por condición de seropositivo.

Seguros y otros servicios financieros. Según la encuesta, en la práctica se presentan varios tipos de discriminaciones en esta área. Por ejemplo, se ha negado el acceso a adquirir un seguro o tener acceso a créditos si se tiene la condición de VIH positivo. A pesar de que estas situaciones no se contemplan en ninguna ley, parecen ser parte del diario vivir de las personas con VIH/SIDA.

Respuesta la discriminación arbitraria

En la Ley N° 3 “General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA”, también se consignan varios artículos que fueron creados bajo la premisa de evitar la discriminación hacia las PVVS. A pesar de la existencia de esta ley aún continúan ocurriendo casos de discriminación, muchas veces producto del desconocimiento que aún existe en un amplio sector de la población acerca de las formas reales de contagio del VIH/SIDA. Entre los principales artículos de esta ley destinados a frenar la discriminación podemos resaltar:

- *Artículo 5:* Los resultados de las pruebas de VIH deben manejarse de manera confidencial.
- *Artículo 7:* Este artículo establece que nadie puede ser sometido a una prueba de VIH sin su debido consentimiento.
- *Artículo 21:* Toda persona diagnosticada con ITS/VIH/SIDA deberá recibir atención oportuna y en igualdad de condiciones, tanto en entidades públicas como en privadas.
- *Artículo 26:* Ninguna persona infectada con VIH/SIDA, podrá ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o técnicas.
- *Artículo 31:* Prohíbe cualquier discriminación y acto estigmatizador o de segregación en perjuicio de las PVVS, así como de sus parientes y allegados.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

En esta sección, se presenta una descripción de experiencias/proyectos para la lucha contra el VIH/SIDA y de las organizaciones que los ejecutan. Para ser seleccionados estos proyectos debían estar en ejecución durante al menos dos años; dirigido a grupos vulnerables de acuerdo a la clasificación utilizada en el estudio; tener una medición de efectividad.; tener objetivos de prevención efectiva hacia HSH y diseminación de información para el control de la epidemia, disminución de la estigmatización y la discriminación de grupos vulnerables, acceso y cobertura, y o cambio de comportamientos.

Asociación de hombres y mujeres nuevos de Panamá (AHMNP).

La AHMNP es una ONG sin fines de lucro que comenzó sus actividades en 1996. La organización busca promover los derechos e igualdad de hombres gays, lesbianas, bisexuales y población transexual, MSH y mujeres que tienen sexo con mujeres

(MSM) a través de la educación, promoción, legislación y divulgación de información sobre los derechos humanos.

El eje de acción de esta organización, está dirigido a los derechos de las minorías sexuales y a la concientización de la comunidad gay sobre las ITS/VIH/SIDA, así como sobre los riesgos de transmisión. Las actividades se llevan a cabo de acuerdo a un plan operativo y estratégico diseñado cada año. La organización es reconocida dentro de los círculos de salud a nivel nacional, como una ONG que trabaja muy cerca de grupos de alta vulnerabilidad a veces difíciles de alcanzar por otras ONGs.

El programa de mayor éxito de los que desarrollan es el de distribución de condones e información en discotecas y centros nocturnos con concurrencia de asidua presencia de hombres gay y HSH. Además, AHMNP realiza charlas y talleres enfocados en tres áreas: educación, prevención y capacitación. En el campo de la prevención se busca dar opciones para procurar una sexualidad libre de enfermedades, de una forma eficaz y segura.

La organización está compuesta por 75 miembros voluntarios activos y cuenta con un equipo de colaboradores que incluye médicos, psicólogos, abogados y maestros. La máxima autoridad es la Asamblea General, pero lo referente a la administración se rige por los lineamientos de la Junta Directiva que se reúne dos veces por mes y cuenta con cinco unidades de trabajo: Unidad de Defensoría y Derechos Humanos, Unidad de Gestión y Negocios, Unidad de Monitoreo y Evaluación, Unidad de Relaciones Públicas y Comunicaciones, Unidad de Educación y Unidad de Salud. La principal fuente de financiamiento son los recursos propios, no obstante, en ocasiones se cuenta con recursos provenientes de proyectos pequeños con ONUSIDA u otras agencias internacionales. El manejo y administración de los fondos se efectúa bajo la supervisión de un contador público autorizado.

AHMNP planea implementar y fortalecer procesos de investigación y el aumento de los conocimientos vinculados al cuidado personal de la salud sexual. Además, planea ofrecer de forma gratuita, la prueba rápida de VIH. Para esta actividad, se espera despertar el interés de la comunidad sobre todo porque consideran que existe una homofobia en los centros de salud que aleja a estos individuos, lo cual se traduce en la falta de conocimientos acerca del peligro de la ITS y en aumentos de casos de VIH/SIDA.

Cruz Roja Panameña.

Proyecto prevención de ITS/VIH/SIDA en privados de libertad.

La Cruz Roja Panameña es una ONG que se constituyó en 1917. Desde entonces, se ha desempeñado en salud como una institución humanitaria auxiliar de los poderes públicos. Su principal objetivo es aliviar el sufrimiento de las personas vulnerables y está comprometida a reducir la vulnerabilidad de la población panameña al VIH mediante la prevención, atención, apoyo y promoción de las personas afectadas por la epidemia. La organización elaboró su propio plan estratégico nacional de VIH/SIDA 2004-2008, en el

cual se señalan las metodologías de trabajo a desarrollar según sea el grupo prioritario: PVVS, jóvenes, indígenas y privados de libertad.

Para lograr sus objetivos, puso en marcha el programa “Juntos sí podemos”. Este es un programa de educación de pares que comenzó en Jamaica en el año 1993, como resultado de una colaboración entre la Cruz Roja de Jamaica y la Cruz Roja Americana. Debido al éxito obtenido en ese país, muchos países del Caribe lo han adoptado. Actualmente, es reconocido como la metodología de educación de pares estándar de las Cruces Rojas en la región.

La Cruz Roja Panameña ejecutó también un proyecto de prevención de ITS/VIH/SIDA en privados de libertad que es considerado el de mayor éxito en esta organización. Su enfoque fue preventivo y de género. Se inició en el año 2004 y su primera fase finalizó en 2005. El objetivo era escoger un centro penitenciario donde existiera la necesidad de conocimientos en el tema del VIH/SIDA, para formar multiplicadores dentro del mismo centro penitenciario, los cuales se encargarían de transmitir los conocimientos adquiridos a otros detenidos.

Las principales fuentes de financiamientos son el Ministerio de Salud y la Federación Internacional de la Cruz Roja. El proyecto captó el interés de las autoridades de salud y de educación que desean ampliarlo y se ha permitido que se realice un estudio con consultores para que se implemente en todas las cárceles del país.

En el período 2004-2005, 145 personas se beneficiaron del programa. Dado sus resultados (tabla 3), se pretende que “Juntos sí podemos”, se ejecute en la mayoría de los planteles penitenciarios de Panamá.

Tabla 3. Resultados del proyecto “Juntos sí Podemos” Panamá, 2004-2005

Recursos Humanos	2004				2005		
	julio	septiembre	febrero	abril	julio	septiembre	diciembre
Instructores Nacionales	4	4	8	8	8	6	6
Facilitadores	7	7	13	13	13	15	15
Educadores de Pares	0	13	20	20	20	31	31
Beneficiarios	0	0	0	81	92	109	145

Fuente: Cruz Roja Panameña

Además, tanto el programa “Juntos sí podemos” como el proyecto Prevención de ITS/VIH/SIDA en Privados de Libertad están de acuerdo con el plan nacional de MINSA y el de la Cruz Roja Panameña.

Programa Nacional de VIH/Sida

Proyecto: Estrategia educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en escolares.

El programa nacional de ITS/VIH/Sida es el ente encargado de recomendar, establecer, implementar, vigilar y evaluar el cumplimiento de las políticas y estrategias que se

desarrollan en todas las entidades estatales, autónomas, semi-autónomas, mixtas, municipales y privadas relacionadas a las ITS/VIH/SIDA en todo Panamá.

Su misión radica en propiciar y promover, en forma coordinada con todos los sectores de la sociedad, estilos de vida saludables que contribuyan a la disminución del riesgo y vulnerabilidad a las ITS y el VIH. El objetivo general del programa es disminuir la morbilidad asociada a las ITS/VIH/SIDA, mediante un compromiso nacional que incluya a todos los actores sociales. Entre los objetivos específicos se encuentran: el determinar las características epidemiológicas de las ITS/VIH/SIDA en el país; disminuir el impacto socioeconómico de las ITS/VIH/SIDA en la sociedad panameña; incrementar la cobertura y acceso oportuno a las terapias disponibles; promover estilos de vida saludables dirigidos a mejorar la salud integral con especial énfasis en los grupos vulnerables a las ITS/VIH/SIDA; desarrollar investigaciones que permitan un mejor conocimiento de la situación de las ITS/VIH/SIDA y los factores de riesgo; y garantizar los recursos humanos, físicos y financieros para el adecuado funcionamiento del programa.

El Programa nacional ITS/VIH/SIDA posee seis componentes para abordar estos programas en forma integral: gestión; prevención y promoción; atención integral; laboratorio y banco de sangre; vigilancia epidemiológica; e investigación.

El proyecto más exitoso con el que cuenta el Programa Nacional de Sida es llamado “Estrategia educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en escolares de 4to, 5to y 6to grado”. Este proyecto tiene una estrecha relación con el Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/SIDA, principalmente con el primer objetivo de dicho plan que se propone reducir la incidencia de las ITS/VIH/Sida a través de la implementación de un Plan de información, Educación y comunicación para poblaciones vulnerables como lo son los jóvenes en edad escolar.

Este programa es una estrategia educativa-preventiva focalizada en niños y niñas de 10 a 14 años que cursan 4°, 5° y 6° grados en las escuelas primarias en los que promueve estilos de vida saludable y comportamientos sexuales sin riesgos. Este programa incluye también a docentes, padres, proveedores de salud y a la comunidad, y ejecuta actividades tales como: teatro popular y otras metodologías lúdicas, trabajo con padres y uso de guías didácticas, enseñanza de conocimientos prácticos para la vida, talleres para docentes, proveedores de salud y para la comunidad (tabla 4).

Tabla 4. Población beneficiada según año de implementación del Programa

Población	2004	2005	Total
Escolares	5554	3381	8935
Docentes	577	276	853
Padres	300	300	600
Personal de salud	69	69	138
Total	6500	4026	10526

Fuente: Ministerio de Salud de Panamá.

Los principales resultados obtenidos durante el año 2004 fueron: la elaboración de un diagnóstico de necesidades educativas, identificadas al aplicar una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas; formación de diez clubes de niños(as) contra el SIDA en las escuelas pilotos; capacitación al personal de salud y a 70 docentes como facilitadores y multiplicadores en los temas de salud sexual y reproductiva (SSR) con énfasis en la prevención del VIH/SIDA. Además, se elaboraron guías didácticas, cuadernillos de trabajo y un video educativo producto de las obras de teatro.

La Encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas, se aplicó a 762 niños/as, 93 padres, 133 docentes y 41 funcionarios de salud. Los principales resultados que se desprenden de ella se puntualizan a continuación. El 26% de los niños mencionó tener novia/o, un 10% habían tenido relaciones sexuales; 32% de ellos mencionó la curiosidad como principal razón para tener relaciones sexuales. La televisión fue señalada como la principal fuente de información sobre sexualidad.

Solo la mitad de los padres mencionó sentirse preparado para hablar de sexualidad con sus hijos, no obstante, el 49% está de acuerdo con que se hable de sexualidad a niños entre 9 y 12 años. El 86% de los progenitores ha recibido información sobre VIH/SIDA y el 83% identificó correctamente lo que significa el SIDA entre un grupo de opciones. El 68% de los docentes no se siente preparado para impartir enseñanza sobre SSR y señalaron que necesitan entrenamiento en ITS, abuso sexual y VIH/SIDA (60%, 55% y 48% respectivamente). Cerca del 59% del personal de salud ha recibido capacitación en SSR y consideran que necesitan reforzar los temas de abuso sexual (75%), ITS/VIH/SIDA (68%) y pubertad (56%).

El programa se inició como un proyecto piloto, y se pretende implementar en dos nuevas regiones sanitarias del país (Colón y Kuna Yala) en el año 2006. El Instituto Conmemorativo Gorgas y el Ministerio de Educación han programado realizar un estudio de costo/efectividad que permita evaluar la eficacia de las intervenciones a edades tempranas. Dado los resultados positivos que el programa ha logrado en los últimos dos años, se ha planeado: implementación del proyecto en 12 nuevas escuelas por año; formar niños como educadores de pares; poner en funcionamiento el programa “Escuela para Padres” en otras escuelas pilotos; formar clubes de teatro contra el SIDA en todas las escuelas participantes; crear incentivos para los participantes del proyecto y realizar una evaluación de las intervenciones.

Fundación Pro Bienestar y Dignidad de personas afectadas por VIH/SIDA (PROBIDSIDA)

Proyecto: Prevención, control y seguimiento del VIH/SIDA en Panamá

PROBIDSIDA es una Organización no Gubernamental sin fines de lucro, integrada por PVVS, profesionales y voluntarios de la comunidad. Su objetivo primordial es velar por el bienestar, el respeto, el derecho a la vida y la dignidad de las personas que viven con VIH/SIDA, de acuerdo a la Constitución, la ley, los reglamentos y convenios internacionales. Nace en octubre del año 1997, cuando a través de Internet lanza un pedido de apoyo internacional para demandar jurídicamente a la Caja de Seguro Social

(CSS) de Panamá con el fin de lograr acceso al tratamiento antirretroviral para las PVVS. No fue hasta mayo de 1999, luego de 20 meses de promoción y defensa pública, que se aprueba la incorporación de la terapia antirretroviral en la CSS para todos los asegurados. Esto marcó un paso importante ya que la triple terapia restablecía la capacidad física de la persona afectada, permitiéndole reintegrarse a la actividad laboral y desarrollar una vida activa y productiva.

Al momento de la creación de PROBIDSIDA, ya existían en el país nueve ONG trabajando en el tema del VIH/SIDA. Sólo dos estaban enfocadas exclusivamente en la prevención del virus. El tema principal de las otras siete era HIV/SIDA, pero ninguna estaba dirigida por PVVS.

A medida que aumentó la participación en los problemas que enfrentaban las personas con VIH, se amplió el enfoque de la organización hacia la defensa de los derechos humanos, así como hacia la puesta en práctica de una labor de divulgación, información, prevención y sensibilización dirigida tanto hacia la sociedad como al sector gubernamental, a través de denuncias en los medios de comunicación. Estas acciones dieron como resultado el reconocimiento de la organización en el ámbito nacional e internacional, colocándola como una de las ONG líderes en el tema en Panamá. Debido a la gran estigmatización que hay en la sociedad relacionada al VIH-SIDA, la organización decidió ampliar sus horizontes en el campo de la prevención, dirigiendo gran parte de sus acciones a la educación y prevención de las ITS/VIH/SIDA en la población general y en grupos vulnerables. Actualmente, la organización cuenta con 18 personas, mayormente PVVS, que actúan desde el nivel administrativo, educativo y de atención primaria.

Su proyecto más exitoso fue “Prevención, control y seguimiento del VIH/SIDA en Panamá”, con un enfoque de tipo preventivo, y que se implementó durante un período de tres años (2001 a 2003). El objetivo principal de este proyecto fue apoyar los esfuerzos del Ministerio de Salud y ONGs para conseguir la disminución de los efectos de la infección por VIH/SIDA en la población panameña. Las poblaciones beneficiadas con este proyecto fueron las TCS, los grupos indígenas y afrodescendientes, HSH, jóvenes vulnerables y la población general.

El proyecto se enmarcó en el Objetivo Estratégico #1 del Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/SIDA, el cual busca “reducir la incidencia de ITS/VIH/SIDA”. De manera específica, el Proyecto implementó un plan de IEC sobre ITS/VIH/SIDA para las poblaciones más vulnerables. El proyecto incidió indirectamente sobre la implementación de servicios de asesoría y pruebas voluntarias de VIH, correspondientes a la línea estratégica 2. Además, el proyecto se relacionó con el objetivo estratégico #4 el cual promueve el incremento de actividades de defensa de los derechos humanos de las PVVS.

La Agencia Española de Cooperación Internacional inicia el Proyecto en el año 2001 y solicita a la Fundación la organización de talleres de prevención dirigidos a personal de salud, PVVS, y personas de la comunidad de las diferentes regiones del país. La Fundación recibió de la Agencia 53.000 euros para la ejecución del proyecto en 2002.

Fase I: Formación para capacitadores en Prevención de las ITS/VIH/SIDA. El objetivo general de la primera fase fue la capacitación de 75 personas, como promotores de salud, en 5 talleres de 3 días de duración, a lo largo de la República de Panamá, durante un período de 1 año. El proyecto se extendió y se realizó un total de 7 talleres con la participación de 112 personas. Las pruebas de pre-evaluación de conocimientos y post-evaluación revelaron que los participantes tenían conocimientos básicos acerca de las ITS/VIH/SIDA. El porcentaje de conocimiento previo fue 86% y el posterior de 94%. Los capacitados fueron miembros de ONG, personal de salud, personal voluntario que trabaje en VIH/SIDA, TCS, colectivo homosexual y PVVS. En entrenamiento logró una mejor relación entre las PVVS y el personal de salud, y logró disminuir la discriminación y el rechazo en algunos sectores.

Fase II: Formación para personal sanitario en derechos humanos, soporte emocional, normas de bioseguridad, adherencia al tratamiento, orientación y consejería de las PVVS. En esta fase se realizaron un total de 4 talleres con la participación de 49 personas. Las provincias participantes fueron Panamá Metropolitana y Colón, Azuero (Los Santos y Herrera), Chiriquí y Veraguas. La prueba de evaluación de conocimientos previos y la prueba de conocimientos posteriores revelaron que en ambos los participantes tenían un conocimiento básico acerca de las normas de bioseguridad (86% y 96% respectivamente), ya que en sus centros de salud/hospitalarios les había enseñado al respecto. El personal capacitado a nivel de las provincias, continúa actualizándose a través de la página web de PROBIDSIDA. Ellos también continúan asistiendo a talleres y sigue replicando el material aprendido en sus respectivas regiones y áreas de trabajo. La metodología interactiva utilizada, permitía a los asistentes evaluar las situaciones en sus respectivas áreas y luego aplicar los conocimientos según las necesidades.

PROBIDSIDA ha realizado varios proyectos educativos, con apoyo de organismos nacionales e internacionales. Ha capacitado a facilitadores, estudiantes de los colegios privados y públicos, personal sanitario, trabajadores de la empresa privada, grupos organizados de la sociedad civil y a la comunidad en general. En cuatro años se capacitaron a más de 350 facilitadores en el tema de Prevención en ITS/VIH/SIDA que a su vez replican la información aprendida en sus comunidades y áreas de trabajo. En la entrevista con el Director de PROBIDSIDA, mencionó que el resultado más importante del proyecto correspondía al impacto del testimonio de una PVVS en personas que no viven con la enfermedad. Tales testimonios crean conciencia y refuerzan las actividades que deben desarrollarse para prevenir el VIH/SIDA.

Proyecto de Prevención de ITS/VIH/SIDA en áreas fronterizas y de puertos terminales.
Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Internacional

Este Proyecto tuvo por objeto disminuir la incidencia de ITS/VIH/SIDA en trabajadores migrantes, mejorar la calidad de la atención de los trabajadores con ITS y VIH, y fomentar la utilización de las mejores estrategias de información, educación y comunicación en los trabajadores en las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Colón. Se realizó un estudio para evaluar las necesidades de intervención en las áreas de: conocimiento y prevención de ITS y VIH/SIDA, negociación y uso del condón y temas

afines como lo son autoestima, género y relaciones sexuales seguras. También se logró la formación de 120 facilitadores (40 trabajadores por provincia) en los temas de prevención de ITS/VIH/SIDA, autoestima, sexo seguro, drogas y género. De igual forma, se benefició a 3.000 personas mediante el proceso de educación de pares.

TRATAMIENTO E INSUMOS

Pruebas de laboratorio. Para el año 2004 se contaba con laboratorios para el diagnóstico del VIH en cada uno de los 14 distritos sanitarios del MINSA. Sin embargo, para poder realizarse dicha prueba debe de contarse con previa prescripción médica. La estimación de la cantidad de pruebas que deben de adquirirse anualmente a nivel gubernamental se realiza con base en el número de personas reportadas con VIH/SIDA. El objetivo es adquirir una o dos pruebas por año por cada persona infectada. En los últimos tres años Panamá ha adquirido más pruebas de detección y de confirmación, a pesar que los precios tienden a ir en aumento año tras año. El costo de las pruebas de seguimiento se ha mantenido invariable desde 2003, sin embargo en el último año se adquirió menor cantidad.

La prueba de VIH es obligatoria para las mujeres embarazadas. Sin embargo, en muchas ocasiones no se realiza. La renuencia a efectuarse la prueba voluntaria está motivada, muchas veces, por el desconocimiento de las consecuencias, miedo a la estigmatización y al rechazo social o simplemente porque no se consideran en situación de riesgo para contraer la enfermedad. En 2004 se tenían identificados 74 casos de mujeres en estado de gravidez portadoras del VIH/SIDA, las que representan un nivel de prevalencia de un 0,7%. Sin embargo, únicamente el 30% de ellas recibieron TAR por parte del MINSA. Cuando se detecta la condición de seropositiva en una embarazada y se determina que no ha estado en triple terapia, se le prescribe Zidovudina para evitar la transmisión materno-infantil.

Condomes. El Reglamento 119, de la Ley General de ITS/VIH/Sida, establece que corresponde al Ministerio de Salud la vigilancia para que los centros de salud, sean éstos públicos o privados, dispongan de cantidades suficientes de preservativos para cubrir las necesidades de la población que lo requiere. A nivel estatal se adquieren alrededor de 100.000 unidades al año; sin embargo, como ocurre con las pruebas de detección del VIH, la cantidad adquirida depende del presupuesto aprobado en cada período fiscal. Los preservativos distribuidos gratuitamente o comercializados en el país deben de estar debidamente registrados en el Departamento de Farmacia y Drogas del MINSA. Para dicho registro, se debe cumplir con normas aceptadas internacionalmente y estar elaborados sobre la base de materiales aprobados por la Organización Mundial de la Salud.

Tratamiento ARV. Según cifras del Programa Nacional de SIDA, la cobertura con tratamiento ARV en el año 2004 fue de un 58%. De acuerdo a registros del Hospital Nacional de Niños, 3,4% de ellos fueron niños menores de cinco años. No se cuenta con registros de acceso a TAR según grupo de población y o grupo de edad, ni tampoco sobre domicilios.

Panamá ofrece seis tipos distintos de TAR orientados a cuatro poblaciones distintas: materno infantil, recién nacidos, niños y adultos. Para cada una de estas poblaciones, se tiene definido un tratamiento específico, e incluso para la mayoría de estos grupos se cuenta con uno alternativo.

Tabla 5. Tratamiento ARV según grupo de población

Tipo de esquema	Tratamiento AR
Adultos	Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz
Alternativo para los adultos	Zidovudina + Lamivudina + Indinavir
Recién nacidos	Zidovudina por seis semanas
Niños	Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ritonavir
Alternativo para los niños	Lamivudina + Estavudina + Lopinavir/ritonavir
Prevención transmisión materno-infantil	Zidovudina si la madre no estaba en triple terapia

Fuente: Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la atención y tratamiento de la infección del VIH/SIDA. 2004

Los pacientes a quienes se les prescriben los medicamentos ARV pueden obtenerlo gratuitamente en el Hospital Santo Tomas, el Hospital Nacional de Niños, Caja del Seguro Social o en las clínicas de salud ubicadas en las regiones de Panamá Oeste, Colón, Azuero, Veraguas y Chiriquí.

La única fuente de financiamiento para la compra de ARV es el presupuesto nacional para el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. En el año 2004 el costo promedio del esquema para adultos, en el sistema público, fue de US\$1.251 y de US\$1.371 para el esquema alternativo. La inversión en medicamentos antiretrovirales del Ministerio de Salud fue de US\$2,5 millones en 2003, US\$3 millones en 2004 y US\$42,8 millones en 2005, La CSS invirtió US\$2,9 millones en 2003, US\$3,5 millones en 2004, y US\$3,9 millones en el año 2005.

En los últimos años, las instituciones gubernamentales encargadas del abastecimiento de estos medicamentos han experimentado un aumento progresivo en las cantidades adquiridas año tras año. En el caso del MINSA, en el año 2004 hubo un aumento de un 19% en el número de unidades adquiridas con respecto al 2003, pero disminuyó en un 8,8% al año siguiente. Sin embargo, en CSS la tendencia ha sido al aumento, puesto que se elevó en un 14,7 % en el 2004 y en un 12,9% en el 2005.

Los fondos asignados para la prevención de la transmisión perinatal han crecido en los últimos años. Así, para el 2001 Panamá destinó la suma de US\$51.222 para propósito, cifra que ascendió a US\$191.384 en el año 2003.²⁶

Registro. La Unidad de Farmacias y Drogas del Ministerio de Salud es el ente encargado de la regulación de medicamentos en Panamá. Los medicamentos ARV están incluidos dentro del listado esencial de medicamentos y por ende la autorización para registrar y la autorización de venta de éstos está sujeta a dicha unidad. Los requisitos para poder

²⁶ Informe sobre los progresos realizados en la respuesta de país a la epidemia de VIH/SIDA. MINSA 2005

registrar un medicamento ART son los mismos que se solicitan para cualquier otro medicamento y se especifican en la Ley 1 de Medicamentos de 2001. Entre los principales requisitos están: el certificado de análisis, certificado de buenas practicas de fabricación, certificado de libre venta emitido por autoridad reguladora de su país de origen, estudios clínicos, estudios de estabilidad (para los productos que lo soliciten por primera vez) monografía del producto, fórmula cualitativa, especificaciones del producto terminado, controles previos al registro y refrendo tanto de un farmacéutico idóneo, que puede ser regente como del colegio Nacional de Farmacéuticos. Además, se realizan dos análisis posteriores al registro durante el periodo de vigencia de éste, el cual dura 5 años.

Adquisición. En los últimos años, las instituciones gubernamentales encargadas del abastecimiento de estos medicamentos han experimentado un aumento progresivo en las cantidades adquiridas. En el caso del MINSA, en el año 2004 hubo un aumento de un 19% en el número de unidades adquiridas con respecto al 2003, pero disminuyó en un 9% al año siguiente. Sin embargo, en CSS la tendencia ha sido al aumento, puesto que se elevó en un 14,7 % en el 2004 y en un 12,9% en el 2005. La cantidad se calcula sobre la base de la cantidad de personas a tratar según prescripción médica. El criterio para discriminar entre quienes necesitan o no recibir este tratamiento se basa en exámenes de laboratorio que incluyen el número de linfocitos CD4, la carga vírica y la presencia de infecciones oportunistas. Las compras se realizan una o dos veces al año.

En Panamá no se producen ARV, todos los tratamientos son realizados con medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos no están disponibles porque ninguna empresa farmacéutica que produzca este tipo de medicamentos ha realizado los trámites para lograr el registro sanitario. Para obtener dicho registro, primeramente debe obtenerse el certificado de bio equivalencia el cual debe ser emitido por la Dirección de Farmacia y Drogas del MINSA y luego cumplir con los requisitos para el registro sanitario como cualquier otro medicamento.

El precio de los ARV se negocia mediante licitaciones públicas tanto nacionales como internacionales. La adquisición de los medicamentos se hace de forma centralizada principalmente, aunque en algunos casos se hacen a nivel institucional como el Hospital Santo Tomás. En el año 2003, Panamá se benefició, al igual que el resto de los países centroamericanos, por las negociaciones que en conjunto como subregión mantuvieron con las compañías productoras de medicamentos ARV. Producto de estas negociaciones las instituciones públicas (Ministerio de Salud y CSS), lograron reducciones en los precios de hasta un 50%.

No se encontró información del impacto potencial del Tratado de Libre Comercio (TLC) en el precio de los ARV, sin embargo se espera que las casas farmacéuticas norteamericanas participen en las licitaciones públicas. para la adquisición de medicamentos. Además, se prevé que la entrada en vigencia del TLC con EEUU, generará cambios en las leyes que regulan las adquisiciones de medicamentos. Cabe mencionar también que el TLC entre EEUU y Panamá difiere del negociado con los demás países de Centroamérica.

Referencias

Asociación de hombres y mujeres nuevos de Panamá. Boletín informativo Vol. 8, # 7. Febrero, 2006.

Banco Mundial (The World Bank). HIV/AIDS in Central America: Epidemic and Priorities for STD Prevention) *VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención*. Región de Latino América y el Caribe, Programa Global VIH/SIDA, Septiembre 2003.

CDC, Programa Global de SIDA para Centro América, Perfil del Programa, 2004

Cruz Roja Panameña. Plan Estratégico de VIH/SIDA, 2004 – 2008.

Documento sobre Discriminación Arbitraria adaptado del Protocolo de ONUSIDA. (www.unaids.org)

Jáuregui Rommel. (A Quick Diagnosis: An Analysis of the Situation of Orphans and Vulnerable Children Affected by HIV/AIDS in Panama) *Diagnóstico Rápido: Análisis de la Situación de Huérfanos y Niños Vulnerables afectados por el HIV/AIDS en Panamá*. Diciembre 2005.

Ministerio de Salud, Panamá, Dirección General de Salud, Departamento de Vigilancia de la Salud, “Epidemiological Situation of AIDS in Panama”, *Situación epidemiológica del sida en la república de Panamá, 1984-2004*

Núñez, Silvestre E. Ethnic and anthropological exploration of the Kuna region and peripheral metropolitan Kuna communities. 2005

PASMO/USAID y otros. Hidden Risks in Central America, *A multi-national study 2003-2004, knowledge, attitudes and practices regarding HIV, use of the condom and other health topics*, Panamá. Diciembre 2004.

PASCA, USAID, CID Gallup. *Perception about AIDS in Central America, Public Opinion Survey in Central America*. 2003

PAHO/WHO. Fact Sheets Regarding Care and Treatment for HIV/AIDS Infections, 2004.

Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Organization and Operations Manual, *Manual de organización y funcionamiento*. Panamá 2002.

Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud. Reporte del progreso de la respuesta del país a la epidemia de VIH/SIDA, Panamá. 2005

UNAIDS. Protocol for Identifying Discrimination against People who Live with HIV/AIDS, Best Practices Collection, UNAIDS, Geneva, 2000

ANEXO 1. HALLAZGOS DE LA ENCUESTA SOBRE DISCRIMINACIÓN EN PANAMÁ, 2006

Área	Hallazgo	Evidencia
Asistencia Sanitaria		
Denegación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	No esta contemplado en la ley, sin embargo a las personas que han consumido drogas o que consumen, a los carcelarios o ex, trabajadoras comerciales del sexo no le dan las terapias. MS informa: El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social suministran la terapia a todo paciente que cumpla con los requisitos para recibirla y demuestre adhesión a la misma.
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Ocurre en la práctica	Se da en las empresas privadas, especialmente en los casinos. Muchas veces cuando ya la persona esta nombrada, hacen pruebas para ver como esta la salud de las personas y de esta manera le hace este examen.
Negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas del VIH.	Ocurre en la práctica	Se da en los centros de salud y también en empresas privadas donde sencillamente despiden a la persona y no le dan su resultado. MS informa: Toda prueba realizada en las instalaciones del MINSa se hace con asesoramiento previo y posterior a la prueba. Por lo tanto, no existe negativa para entregar los resultados de la misma. Lo que ocurre en las empresas privadas se da por desconocimiento de la Ley.
Notificación obligatoria del estado serológico respecto al VIH/SIDA a la(s) pareja(s) sexual(es) y/o familiares.	Estipulado por ley y en el reglamento o procedimientos internos	Si una persona es +, y tiene pareja sexual le dan un plazo de un mes para notificarlo, pero en la practica, no lo hacen.
Falta de confidencialidad: informar a otros de los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales.	Ocurre en la práctica	Se dan muchos de estos casos en los Centros de Salud.
Empleo		
Pruebas obligatorias antes de la contratación.	Ocurre en la práctica	Sí, existen pruebas, ya que han llegado muchos casos a la fundación PROBIDSIDA.
Pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo	Ocurre en la práctica	Se han reportado muchos casos a la fundación PROBIDSIDA
Preguntas relacionadas con el estado serológico respecto al VIH/SIDA y/o el "modo de vida" en los formularios o durante la entrevista de reclutamiento	Ocurre en la práctica	Se presenta en médicos, que le han preguntado a las personas +, cual ha sido su comportamiento sexual.
Falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Ocurre mucho con el personal de las diferentes instituciones de salud

Despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Han tenido denuncias de casos de cambios de lugares de trabajo y despido por ser vih +.
Restricciones por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por Ej., ascensos, ubicación del trabajo, formación y/o prestaciones laborales).	Ocurre en la práctica	Aunque pocas han existido denuncias
Denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA	Ocurre en la práctica	Se han presentado casos.
Justicia/procesos jurídicos		
Desigualdad ante la ley para las personas que viven con el VIH/SIDA o que se relacionan con grupos considerados de alto riesgo (por ej., negativa a iniciar una causa cuando la víctima es una PVVS, o denegación o limitación de las protecciones procesales debidas, como el derecho de revisión y apelación o los derechos de representación, notificación e intimidad).	Ocurre en la práctica	En el año 2000 el Dr. Orlando Quintero director de PROBIDSIDA manejó un caso de éstos.
Administración		
Restricciones en el acceso a la asistencia y tratamiento.	Ocurre en la práctica	Hay privados de libertad en situaciones delicadas de salud y no le dan la debida atención y mucho menos los tratamientos
Vivienda		
Pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de negatividad del VIH como condiciones de acceso a la vivienda o derecho de permanencia.	Ocurre en la práctica	Han existido denuncias de personas +, que han solicitado un vivienda y le han solicitado la prueba y si es VIH +, no le dan la posibilidad de tenerla.
Educación		
Denegación del acceso a la educación por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	En el año 2005, ocurrió un caso en una escuela, la directora no deseaba que una niña que es VIH +, tomara clases en la escuela.
Vida familiar y reproductiva		
Pruebas prematrimoniales obligatorias	Estipulado por ley y ocurren la practica	Por ley es obligación hacer la prueba, antes de contraer matrimonio
Pruebas prenatales obligatorias.		Cuando la mujer está embarazada por ley es obligación hacerse la prueba y que el médico se la indique.
Aborto/esterilización obligatorios de las mujeres con el VIH/SIDA	Ocurre en la práctica	Se han dado casos al principio de la epidemia y es posible que esto ocurra. Si la mujer no cuenta con la información y la educación lo más posible es que el médico la esterilice.
Retirada o modificación de las condiciones de ejercicio de la custodia paterna, apoyo y derechos sucesorios por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	En el 2004, se conoció una denuncia del mismo, pero por razones de personal, no se dio seguimiento.

Seguros y otros servicios financieros		
Denegación o restricciones en la concesión de seguridad social, o seguro nacional, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Si se desea adquirir el beneficio del Seguro Social, y se tiene una enfermedad crónica, no se podrá adquirir el mismo. MS informa: Se ha demostrado en forma aislada que hay personas que pretenden cotizar en forma fraudulenta en el seguro social posterior a conocer su estado serológico, acción que es penalizada por la ley
Denegación o restricciones en la contratación de seguros (por ej., seguros de vida) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ocurre en la práctica	No esta estipulado en la ley, pero las aseguradoras no lo permiten.
Denegación o restricciones en el acceso a créditos (por ej., hipotecas bancarias) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ocurre en la práctica	Sí, han existido denuncias al respecto.

Fuente: PROBIDSIDA - Panamá, con notas aclaratorias del MINSA

ANEXO 2. FORMULARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE INTERVENCIONES EXITOSAS

Nombre de la institución:	
Participación por:	
<input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
País:	Tipo de abordaje:
Región:	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA	
1. Tipo de organización:	2. Año de constitución: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	3. Descripción de la organización: Reseña histórica Objetivos Personal
B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA	
Nombre del proyecto:	
1. Tipo de abordaje:	2. Año de inicio: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	3. Año final: <input type="text"/>
	4. Descripción del proyecto: Reseña histórica Objetivos Personal

5. Población beneficiada:	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
6. Fuentes de financiamientos:	
7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto • Cobertura • Acceso • Características particulares, innovación, permanencia, metodología. <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
8. Perspectivas del proyecto para el futuro:	
9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA	
10. Fuente (s) de financiamiento.	
11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?	
Contacto: Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:	

ANEXO 3. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

Personas Entrevistadas Sobre Discriminación

- Fernando Cano, PASCA, Guatemala
- Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras
- Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador
- Karla Aburto, Consejera de VIH/SIDA, Nicaragua
- Eda Quirós, Directora de Salud de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Maite Cisneros, Ombudsman, Panamá

ANEXO 4. RESUMEN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN EL VIH/SIDA EN PANAMÁ, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fundación PROBIDSIDA	Prevención, control y seguimiento del VIH/Sida en Panamá Fase I y Fase II	2001	Prevención	Trabajadoras del sexo, grupos indígenas y afro descendientes, HSH, jóvenes vulnerables y población general.	Urbana y rural
Asociación de hombres y mujeres nuevos de Panamá (AHMNP)	Programa de Distribución de condones en forma gratuita	2002	Prevención	HSH y "Gays"	Urbanas
Programa Nacional de VIH/Sida	Estrategia educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en escolares de 4to, 5to y 6to grado	2004	Prevención y Promoción	Escolares de 4to, 5to y 6to grado	Urbana y rural
Cruz Roja Panameña	Proyecto prevención de ITS/VIH/SIDA en privados de libertad	2004	Prevención	Privados de libertad	Centros de detención



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial
1818 H St. NW,
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

mbortman@worldbank.org