



GACETA OFICIAL

DIGITAL

Año CXXII

Panamá, R. de Panamá viernes 19 de mayo de 2023

N° 29785-B

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 289
(De lunes 08 de mayo de 2023)

POR LA CUAL SE APRUEBA LA NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.

Resolución N° 326
(De martes 16 de mayo de 2023)

QUE APRUEBA EL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN PANAMÁ 2023-2027.





MINISTERIO
DE SALUD

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 289
De 8 de MAYO de 2023

Por la cual se aprueba la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las Personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá, establece como 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.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, es la instancia técnico-administrativa que le corresponde las funciones nacionales de salud pública de carácter normativo y regulador.

Que el Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969, por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, señala, como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que mediante la Ley 40 del 14 de agosto de 2018, se establece el marco jurídico para el abordaje integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), declarando la situación de las ITS y/o VIH como un problema de Estado, de salud pública y de interés nacional.

Que corresponde por mandato exclusivo e indelegable al Ministerio de Salud, asumir el ejercicio de la función rectora de las políticas de salud pública, con base en las dimensiones de regulación, conducción y las funciones esenciales de salud pública.

Que la Estrategia Mundial contra el sida 2021-2026, presentada por ONUSIDA, promueve encaminar acciones que acaben con el sida como amenaza para la salud pública hacia el 2030 y que dentro del marco de esta estrategia se establecen metas para el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la supresión viral.

Que las Normas para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá, consolida recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia científica, disponible para garantizar la atención integral de las personas que viven con VIH, los lineamientos para su manejo terapéutico y sus complicaciones enfocados en un modelo centrado en la persona y considerando las particularidades de diferentes grupos de edad como niños, adolescentes, embarazadas y adultos.





Resolución No. 289 de 8 de MAYO de 2023

Que, en virtud de lo señalado, y en función de brindar una atención integral, estandarizada y de calidad, enfocada en el logro de las metas para acabar con el sida como amenaza a la salud pública en Panamá.

RESUELVE:

Artículo Primero: Aprobar la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá, contenida en el Anexo 1 y que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo Segundo: Señalar que la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es de estricto cumplimiento en todas las instalaciones públicas y privadas de salud, a nivel nacional.

Artículo Tercero: Facilitar la capacitación y formación a todos los miembros de los equipos de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud, que permitan atender las necesidades de salud de las personas que viven con VIH, garantizando estándares de calidad elevados, respeto y dignidad.

Artículo Cuarto: Corresponde a la Dirección General de Salud Pública, por medio de la Sección de ITS, VIH y SIDA del Departamento de Salud Integral a la Población del Ministerio de Salud, la responsabilidad de divulgar, monitorear y evaluar el cumplimiento de esta norma a partir de su promulgación.

Artículo Quinto: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

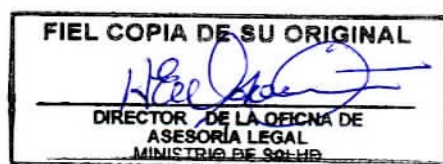
FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República; Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969; Decreto 75 de 27 de febrero de 1969 y Ley 40 de 14 agosto de 2018.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud



LFSM/MLCP/GMHC/CECHS





MINISTERIO
DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ
Dirección General de Salud Pública
Sub-Dirección General de Salud de la Población
Departamento de Salud y Atención Integral a la Población
Sección de ITS/VIH/SIDA



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Panamá, enero 2023



MINISTERIO
DE SALUD



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH





AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

Dra. Ivette Odalys Berrio
Viceministra de Salud

Dr. José B. Baruco Villarreal
Secretario General de Salud

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar González
Subdirector General de Salud de la Población

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Dra. Geni M. Hooker C.
Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

COMITÉ TÉCNICO LA SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA

Dr. Carlos E. Chávez S.
Jefe de sección

Dra. Jazmín G. Higuero B.
Encargada de clínicas de terapia antirretroviral

Lcda. Astevia I. Ávila J.
Encargada de clínicas amigables

Lcda. Rosa P. Lowe A.
Encargada de unidad de monitoreo y evaluación

Lcda. Yariela E. Ortega
Encargada de las redes de sitios de trabajo

COMITÉ TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dra. Ana Belén Araúz
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital Santo Tomás

Dr. Boris Castillo
Especialista en enfermedades infecciosas, CHM Dr. Arnulfo Arias Madrid

Dr. Félix Díaz
Médico general especialista en VIH, Hospital Santo Tomás

Dra. Dora Estripeaut
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Dra. Kathia Luciani
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital de Especialidades Pediátricas

Dr. Rigoberto Samaniego
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital Santo Tomás



Comité Asesor

- Dirección de Farmacia y Drogas - Departamento de farmacoterapia
- Departamento de Genómica y Proteómica del Instituto Conmemorativo Gorgas
- Departamento de Salud Nutricional
- Departamento de Salud Bucal
- Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico
- Sección de Control de la Tuberculosis
- Sección de Salud Sexual y Reproductiva
- Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
- Sección de Salud Mental
- Sección de Salud Penitenciaria
- Sección de Cuidados Paliativos



Asociaciones y Organismos de Cooperación

- Organización Panamericana para la Salud
- Universidad del Valle de Guatemala
- USAID/FANCAP
- USAID/PLAN International/ Proyecto de Sostenibilidad y Derechos Humanos en VIH para Centroamérica
- USAID e IntraHealth/Proyecto de Cuidado y Tratamiento en VIH
- ICAP Global Health

NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA POBLACIONES CLAVES





Ministerio de Salud. (2022). Norma para la atención integral y manejo terapéutico de las personas que viven con VIH. Sección de ITS/VIH/SIDA
<https://www.minsa.gob.pa/programa/programa-nacional-de-itsvih-y-hepatitis-virales>

Esta publicación ha sido posible por el generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID)/Plan International/Proyecto Regional de Sostenibilidad y Derechos Humanos en VIH para Centroamérica. El contenido no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del gobierno de los Estados Unidos.



PRÓLOGO



Mucho antes de que surgiesen las primeras terapias para VIH, las acciones de prevención se enfocaban fundamentalmente a la donación de sangre, a los cuidados médicos y de enfermería relativos a los procedimientos quirúrgicos y obstétricos. La introducción del tratamiento antirretroviral significó un descenso marcado en las muertes asociadas al VIH y hoy en día es una forma de prevención dado que el control de la infección interrumpe las nuevas infecciones.

La evidencia científica indica que es posible cambiar el curso de la epidemia del VIH. Con el propósito de acelerar la respuesta al VIH, el país ha adoptado las metas 95-95-95 las cuales consisten en que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su diagnóstico, un 95% de personas que conocen su diagnóstico, reciban tratamiento antirretroviral, y que 95% de las personas en tratamiento antirretroviral presenten una carga viral suprimida.

La norma de manejo terapéutico es un instrumento para promover la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH. Es una herramienta para ser utilizada por el personal médico especializado y/o capacitado en VIH en los diferentes niveles de atención de salud.

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



GLOSARIO DE SIGLAS



1. ADN	Ácido desoxirribonucleico
2. ARN	Acido ribonucleico
3. AIA	Asesoría intensificada en adherencia
4. ARV	Antirretroviral
5. CSS	Caja del Seguro Social
6. CTARV	Clínica de tratamiento antirretroviral
7. CV	Carga viral
8. HSH	Hombre que tiene sexo con hombre
9. ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
10. IGRA	Interferón gama
11. INH	Isoniacida
12. IO	Infecciones oportunistas
13. ITS	Infecciones de transmisión sexual
14. LCR	Líquido Cefalorraquídeo
15. MDR-TB	Tuberculosis Multidrogoresistente
16. MINSA	Ministerio de Salud
17. NAC	Notificación asistida de contactos
18. NAC1	Neumonía adquirida de la comunidad
19. OPS	Organización Panamericana de la Salud/
20. OMS	Organización Mundial de la Salud
21. PCR	Rección en cadena de la polimerasa
22. PPD	Derivado de proteína purificada
23. RME	Registro médico electrónico
24. SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
25. TARV	Tratamiento antirretroviral
26. TB	Tuberculosis
27. TMP/SMX	Trimetropin/Sulfametoxazol
28. TPT	Terapia preventiva para tuberculosis
29. VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
30. VHA	Virus de la hepatitis A
31. VHB	Virus de la hepatitis B
32. VHC	Virus de la hepatitis C
33. VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
34. VPH	Virus del papiloma humano
35. VPH-AR	Virus de papiloma humano alto riesgo



CONTENIDO



Introducción.....

Objetivo general.....

Objetivos específicos.....

Base Legal.....

Disposiciones Generales.....

Ámbito de Aplicación.....

SECCIÓN I: Prestación del servicio en las clínicas de tratamiento antirretroviral (CTARV).....

1.1. Componentes de la atención integral.....

1.2. Atención diferenciada de los servicios de salud en VIH.....

1.3. Atención de adultos y adolescentes.....

1.4. Atención de la mujer en edad reproductiva y/o embarazada.....

1.5. Atención del adolescente y su transición a clínica de adulto.....

Atención del neonato y niños.....

Servicios especiales.....

SECCIÓN II: GENERALIDADES DEL VIH.....

2.1. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos.....

2.2. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en niños.....

2.3. Diagnóstico de VIH y laboratorios para seguimiento clínico.....

2.3.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH.....

2.4. Exámenes de seguimiento clínico en la infección por VIH.....

2.5. Terapia antirretroviral.....

2.6. Reacciones adversas, efectos secundarios e interacciones de los antirretrovirales.....

2.7. Resistencia a fármacos antirretrovirales.....

SECCIÓN III: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.....

3.1. Tratamientos de primera línea.....

3.2. Tratamiento de segunda línea.....

3.3. Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico.....

SECCION IV: INFECCIONES OPORTUNISTAS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON VIH.....

4.1. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios en adolescentes y adultos con VIH.....

4.1.1. Neumonía Adquirida en la Comunidad.....

4.1.2. Tuberculosis.....

4.1.3. Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (PCP).....

4.1.4 Histoplasmosis Diseminada.....

4.2. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas neurológicos.....

4.3 Otras infecciones oportunistas en los adolescentes y adultos con VIH.....

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



SECCIÓN V: MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH Y EL RECIÉN NACIDO
EXPUESTO.....93

5.1. Principios de la transmisión vertical del VIH.....93

5.2. Tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH.....95

SECCIÓN VI: NORMAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS <15 AÑOS CON VIH
.....101

6.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños.....102

6.2. Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en niños.....106

6.3. Normas para iniciar el tratamiento antirretroviral en niños con VIH.....111

6.4. Infecciones oportunistas en niños con VIH.....117

Anexos.....127

Glosario de términos.....132

Referencias bibliográficas.....134



ÍNDICE DE FIGURAS



Figura	Título	Página
1	Metas de ONUSIDA para poner fin a la epidemia de VIH	12
2	Conformación del sistema de salud y acceso a servicios de CTARV según provincia	18
3	Conformación del equipo multidisciplinario de las CTARV	21
4	Perfil general del equipo multidisciplinario	22
5	Clasificación e intervenciones de atención diferenciada según tipo de usuario	23
6	Esquema básico de Asesoría Intensificada en Adherencia (AIA)	24
7	Recomendaciones en la dispensación del TARV en usuarios clínicamente estables	24
8	Medidas para lograr la transición de clínica pediátrica a clínica de adulto	32
9	Criterios de referencia a nutrición en adultos y adolescentes	41
10	Criterios de referencia para atención nutricional en niños	42
11	Ciclo vital del VIH y sitios de acción de los ARV	55
12	Diagnóstico diferencial en infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios según el valor del CD4	74
13	Clínica respiratoria más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial	76
14	Escenarios para iniciar terapia preventiva con isoniacida	79
15	Clínica neurológica más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial	85
16	Ruta clínica de la embarazada	94
17	Vía de terminación del parto en función de la carga viral de la embarazada con VIH	97
18	Tratamiento de elección en mujer embarazada con VIH con tratamiento antirretroviral previo y cesárea programada en labor de parto	98
19	Tratamiento de elección en embarazada con VIH sin TARV previo y en labor de partos	99
20	Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños menores de 24 meses de edad	104
21	Diagnóstico de laboratorio de VIH para niños mayores de 24 meses de edad	105
22	Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños que recibieron lactancia materna de mujer con VIH	105
23	Flujograma de atención de recién nacido de madre con VIH	110

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



ÍNDICE DE TABLAS



Tabla	Título	Página
1	Aspectos de la atención integral para personas con VIH	20
2	Resumen de intervenciones según la pareja y método de reproducción	30
3	Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes	31
4	Aspectos esenciales del informe de transición de clínica pediátrica hacia adultos	34
5	Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH	37
6	Categorías de la infección por VIH según CD4 en adolescentes y adultos	48
7	Categorías de la infección por VIH según CD4 en niños por grupo de edad	48
8	Estadificación clínica de la OMS de la infección por el VIH en adultos, adolescentes y niños	49
9	Clases de ARV según su acción en la fase de replicación del virus	55
10	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)	57
11	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)	58
12	Inhibidores de proteasa	58
13	Inhibidores de la entrada	59
14	Inhibidores de la integrasa	59
15	Reacciones adversas de los antirretrovirales	59
16	Interacciones medicamentosas de los antirretrovirales más frecuentes	61
17	Interacciones de los ARV con anticonceptivos	63
18	Interacciones de los ARV con los alimentos	63
19	Fracaso terapéutico	65
20	Esquemas de primera línea	66
21	Esquemas de segunda línea	67
22	Resumen de los esquemas preferentes y alternativos según línea terapéutica	68
23	Monitoreo de la terapia antirretroviral en adolescentes y adultos con VIH	69
24	Escala CURB-65 para determinar criterios de hospitalización	74
25	Medicamentos antituberculosos de primera línea en adolescentes y adultos con VIH	77
26	Efectos adversos graves de los fármacos antituberculosos	78
27	Dosis de TMP/SMX en el tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	80
28	Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH	102



29	Escenarios clínicos en el recién nacido según el riesgo de transmisión vertical	107
30	Dosis de tratamiento según escenario clínico	108
31	Toxicidad de los fármacos en el recién nacido	109
32	Esquemas de terapia antirretroviral recomendados en niños	112
33	Recomendaciones de cambios de ARV ante efectos secundarios severos	112
34	Monitoreo clínico y de laboratorio en lactantes y niños con VIH al momento basal, antes y durante el tratamiento antirretroviral	113
35	Asesoría antes y durante la terapia antirretroviral en niños con VIH	114
36	Opciones de tratamiento en pacientes con falla virológica	115
37	Tratamiento antirretroviral con coinfección con TB	118
38	Tratamiento de tuberculosis en niños con VIH	119
39	Tratamiento de infecciones oportunistas en niños con VIH	121
40	Recomendaciones de profilaxis primaria en las infecciones oportunistas en niños con VIH	124
41	Recomendaciones de profilaxis para infecciones oportunistas recurrentes en niños con VIH	125



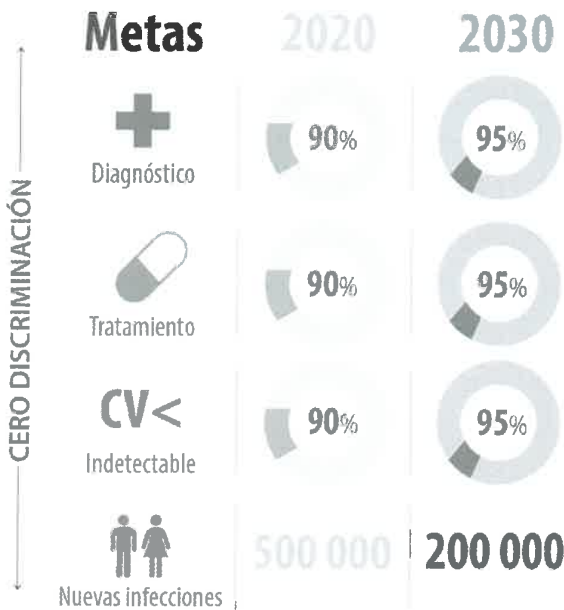


INTRODUCCIÓN

La norma de tratamiento para el VIH es un importante instrumento para cumplir con las metas 95-95-95, ya que ha incorporado actualizaciones que buscan beneficiar a aquellos que viven con VIH.

Para asegurar el cumplimiento de estas metas y de las planteadas en esta norma se requiere la implementación en todos los aspectos multidisciplinarios que forman parte del bienestar integral de aquellos que viven con VIH.

Figura 1. Metas de ONUSIDA para poner fin a la epidemia de VIH





El Ministerio de Salud a través de la Sección de ITS/VIH/SIDA implementa estrategias en colaboración con actores claves, dirigidas a alcanzar:

El conocimiento del estatus de VIH en un 95% de la población estimada que viven con VIH a través de estrategias como:

- 1. Aplicación del algoritmo de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH con entrega inmediata del resultado.
- 2. Oferta de la prueba de VIH a través del proveedor de salud.
- 3. Gratuidad de la prueba de VIH.
- 4. Ampliación del acceso de la prueba a través de servicios amigables para población clave.
- 5. Extensión de la cobertura de atención de los servicios a poblaciones claves.
- 6. Notificación asistida de contactos.
- 7. Oferta de la profilaxis preexposición.

El tratamiento de un 95% de las personas que viven con VIH y conocen su estatus de VIH por medio de:

- 1. Seguimiento, localización y vinculación inmediata.
- 2. Inicio rápido al tratamiento en los primeros siete días de su vinculación a un servicio de atención para personas con VIH.
- 3. Entrega multiples de medicamentos.
- 4. Compras y negociaciones conjuntas de medicamentos a nivel regional.
- 5. Se trabajan además propuestas destinadas a la descentralización de los servicios de entrega de antirretrovirales con algunas experiencias realizadas durante la pandemia por COVID-19 como la entrega domiciliaria de medicamentos a través de promotores de salud, mensajería o bien la aproximación de los medicamentos en centros del primer nivel de atención o a través de giras de salud en áreas de difícil acceso.
- 6. Identificación y abordaje de la mortalidad prevenible
- 7. Evaluación de infección avanzada y diagnóstico de infecciones oportunistas

La supresión viral de un 95% de las personas en tratamiento mediante la:

- 1. Optimización de los servicios de carga viral.
- 2. Asesoría Intensificada en adherencia.
- 3. Búsqueda y revinculación de personas en pérdida de seguimiento.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH





OBJETIVO GENERAL

Establecer recomendaciones técnicas a los proveedores de salud y actores claves a nivel nacional sobre el abordaje integral y manejo terapéutico de las personas que viven con VIH basados en la evidencia científica actualizada.

Objetivos específicos

- 1

Definir las recomendaciones sobre líneas de tratamiento para el manejo del VIH e infecciones oportunistas en niños, adolescentes y adultos. líneas de tratamiento para niños, adolescentes y adultos que viven con VIH.
- 2

Identificar las recomendaciones para el seguimiento clínico e integral de las personas que viven con VIH.
- 3

Recomendar el manejo preventivo y terapéutico de la mujer embarazada con VIH y de los niños expuestos al VIH.



BASE LEGAL



1. La Constitución Política de la República de Panamá. Capítulo VI, relativo a “Salud, seguridad y asistencia social”, dicta en su: Artículo 109 “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 esta como el completo bienestar físico, mental y social”.
2. Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud.
3. Ley No.68 del 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Artículo 1, señala que es objeto de esta el “regular los derechos y las obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y de decisión libre e informada”. Artículo 2, “garantiza el establecimiento de los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico de todos los pacientes, la autonomía de decisión en relación con los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen sobre su propio estado de salud y enfermedad, como también sobre la confidencialidad de la información relacionada con su proceso y a la libre elección de opciones de tratamientos presentados”.
4. Ley No.40 del 14 de agosto de 2018, que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Sida, los cuales establecen entre sus objetivos promover, respetar y defender los derechos humanos de las personas con ITS y/o VIH. En cuanto a atención integral en Salud, el capítulo IV, artículo señala que las personas con ITS y/o VIH deberán recibir atención integral oportuna, en igualdad de condiciones, tanto en la entidad pública como en la privada, y deberá respetarse la confidencialidad y proveerles la orientación e información necesarias para que comunique su condición voluntariamente a sus contactos, que permita su atención inmediata en una instalación de salud a fin de interrumpir la cadena de transmisión. Artículo 52, El estado gestionará la adquisición y la distribución de los medicamentos antirretrovirales de primera y segunda línea, además de la terapia de rescate, como parte de la atención integral, la cual será de forma gratuita, expedita, continua, descentralizada y sin interrupciones. Artículo 54. Para los tratamientos y prescripción de medicamentos, para las ITS y/o VIH, las infecciones oportunistas y las enfermedades asociadas, el médico tratante deberá remitirse a la guía más actualizada del protocolo clínico de atención para personas con ITS y/o VIH aprobado por el Ministerio de Salud. Esta Guía debe ser revisada cada cinco años. Artículo 57, El Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS) promoverán la adherencia como un mecanismo alterno de prevención secundaria y para mejorar la calidad de vida de las personas con ITS y/o VIH, en las clínicas de terapia antirretroviral de todo el país...”
5. Ley N° 59 del 28 de diciembre de 2005, “Que adopta normas de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



discapacidad laboral”, señala en: Artículo 1, “Todo trabajador, nacional o extranjero, a quien se le detecte enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan discapacidad laboral, tiene derecho a mantener su puesto de trabajo en igualdad de condiciones a las que tenía antes del diagnóstico médico”. Artículo 3, “Se prohíbe a las instituciones públicas y a las empresas privadas discriminar de cualquier forma a los trabajadores que padezcan enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan discapacidad laboral...”

6. Ley 174 de 2 de noviembre de 2020, que establece el marco jurídico del Abordaje Integral de las Conductas de Riesgo Suicida.
7. Ministerio de Salud (2013). Normas y directrices para la prueba y asesoría del VIH en Panamá.
8. Ministerio de Salud (2016). Guía para la asesoría y apoyo psicológico en VIH y sida.
9. Decreto Ejecutivo No. 214, del 17 de mayo de 2016, por el cual se establece la gratuidad de la prueba diagnóstica de VIH, Sífilis y su Tratamiento en la República de Panamá.
10. Ministerio de Salud (2015). Normas Técnicas – Administrativas y Protocolos de Atención Programa de Salud Integral de la Mujer.
11. Ministerio de Salud (2006). Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. Mediante la cual se implementa la Estrategia “Servicios de Salud Amigables para Adolescentes” (SSAA), basada en las demandas y necesidades de salud en general y de la salud sexual y reproductiva del grupo poblacional entre 10 y 19 años (con enfoque de derechos, género e interculturalidad).

Disposiciones generales.

1. Se proveerán servicios amigables para las personas que viven con VIH y poblaciones claves, mediante un modelo de atención que ofrezca servicios y programas diferenciados, además debe acompañarse de intervenciones estructurales; por ejemplo, en marcos normativos de atención.
2. Es importante tener en cuenta que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Son conceptualmente independientes una de otra y pueden ocurrir en una amplia gama de posibles combinaciones.
3. Se requiere de equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención.
4. Debe contarse con una red de servicios que no solo incluya la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento, sino también el acceso en los ámbitos: social, psicológico, económico, jurídico y familia.
5. Se debe asegurar que el servicio de salud atienda sin prejuicios de ninguna índole, creando confianza, reduciendo el temor de las personas a la discriminación, generando un espacio seguro, confiable, respetando la confidencialidad para poder hablar abiertamente de sus problemas de salud, comportamiento sexual y del cuidado de la salud frente a cualquier condición de salud.
6. Toda instalación de salud deberá cumplir con los estándares mínimos de seguridad, accesibilidad, confortabilidad, higiene y privacidad para realizar las acciones establecidas en la norma.
7. El personal de salud debe adoptar, promover y ejemplificar una interacción empática y



- acrítica con los usuarios. Esto implica consideración tanto para las expresiones verbales como no-verbales.
- La atención periódica será realizada por un equipo integrado por profesionales y técnicos de salud capacitados e instruidos de acuerdo con el flujograma de atención en los establecimientos. Además, se contará con personal de apoyo de servicios generales para mantener las condiciones ambientales, sanitarias y de seguridad del espacio físico para la atención.
 - El análisis de la información local y regional deberá realizarse de manera cuantitativa y cualitativa según los indicadores y planes descritos a nivel nacional y regional.
 - Se recomienda utilizar la metodología de salas situacionales, las cuales brindan información actualizada para los tomadores de decisiones, de esta forma se evidencian los cambios en la atención a la salud de las poblaciones clave y la toma de decisiones para eliminar las barreras y brechas que aún persistan.

Ámbito de aplicación.

- El sistema de salud de Panamá está fundamentado en dos ejes principales, el sistema público y el privado. El primero se encuentra conformado por dos instituciones que brindan atención a nivel nacional: la Caja de Seguro Social (CSS) para los asegurados, quienes son trabajadores cotizantes o sus dependientes, y el Ministerio de Salud (MISA) para el resto de la población, goce o no de derecho a seguro social. Entre ambos cubren a la población panameña. De igual forma el sistema privado, conformado por clínicas, laboratorios y hospitales privados ofrecen sus servicios a la población a través de gastos de bolsillo directos o por compañías aseguradoras privadas.
- Para el adecuado control, seguimiento y tratamiento de las personas con VIH, se cuenta en la actualidad con 21 clínicas TARV (ver figura 2) a nivel nacional ubicadas en instalaciones de salud desde primer nivel hasta en el tercer nivel de atención de la Caja del Seguro Social (CSS) y del Ministerio de Salud (Minsa).





Figura 2. Conformación del sistema de salud y acceso a servicios de CTARV según provincia.

CSS	MINSA
Caja de Seguro Social (4)	Ministerio de Salud (17)
CTARV del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid - Panamá	CTARV de Región de Salud de Bocas del Toro
CTARV del Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos - Panamá	CTARV de Región de Salud de Chiriquí
CTARV del Hospital Lourdes Tzanetatos	CTARV de San Félix - Comarca Ngäbe Buglé
CTARV de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego	CTARV de Pueblo Nuevo - Comarca Ngäbe Buglé
	CTARV del Hospital Chicho Fábrega - Veraguas
	CTARV del Hospital Cecilio Castellero - Herrera
	CTARV del Hospital Anita Moreno - Los Santos
	CTARV del Hospital Aquilino Tejeira - Coclé
	CTARV del Hospital Nicolás Solano - Panamá Oeste
	CTARV del C.S. de Altos de San Francisco - Panamá Oeste
	CTARV del Hospital Santo Tomás - Panamá
	CTARV del Hospital del Niño - Panamá
	CTARV del C.S. Torrijos Carter - San Miguelito
	CTARV del C.S. de Pacora - Panamá Este
	CTARV ubicada en la Región de Salud de Colón
	CTARV del Hospital Marvel Iglesias - Guna Yala
	CTARV del C.S. Materno Infantil de Santa Fe - Darién





SECCIÓN I: PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LAS CLÍNICAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CTARV).

En todo el mundo, menos de 50% de los adultos permanecen en la atención cuatro años después de haber iniciado el tratamiento antirretroviral. Un tratamiento sencillo, una atención diferenciada y libre de estigma y discriminación, apoya el seguimiento y control de esta infección.

Los objetivos de las CTARV

- 1 Proporcionar orientación general a las personas con VIH y familiares.
- 2 Atender con prioridad las referencias de las distintas unidades de salud.
- 3 Reforzar la importancia de la adherencia a los medicamentos.
- 4 Proporcionar el apoyo emocional.
- 5 Dar el seguimiento clínico a las personas que viven con VIH.
- 6 Dar seguimiento de los casos de personas con VIH que reciben tratamiento.
- 7 Reducir al mínimo la cantidad de pacientes que abandonan la TARV.
- 8 Dar seguimiento a los aspectos sociales de la persona afectada.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



1.1. Componentes de la atención integral.

Toda persona con una afección infectocontagiosa o no, tiene derecho a recibir una atención oportuna y de calidad, en el marco del respeto y la privacidad que conlleva. Las personas con VIH tienen igual derecho y es por ello por lo que deben recibir una atención integral que busca no solamente brindar atención médica y de seguimiento, sino también asesoría nutricional, psicológica y por trabajadores sociales que ayuden en conjunto a mejorar su entorno, abordando aspectos sociales y culturales, y en consecuencia optimizando la adherencia al tratamiento que necesitan para lograr un mejor estado de salud.

Tabla 1. Aspectos de la atención integral para las personas con VIH.

Promoción de la salud y prevención para las personas con VIH
<div><div>a. Promover el diálogo sobre el VIH y su curso.</div><div>b. Acceso a servicios de prevención y atención enfocados en grupos vulnerables.</div><div>c. Evaluación de factores influyentes en la adherencia o conductas de riesgo.</div><div>d. Salud oral e intervenciones nutricionales para una adecuada nutrición.</div><div>e. Vínculos entre los programas de tuberculosis y VIH para educar en prevención en ambos grupos, así como dar profilaxis o tratamiento en los casos que se requiere.</div><div>f. Identificación rápida de la enfermedad avanzada.</div><div>g. Detección temprana de infecciones oportunistas.</div></div>
Salud sexual y reproductiva
<div><div>a. Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y otras ITS.</div><div>b. Planificación familiar y métodos de concepción.</div><div>c. Promoción del sexo seguro.</div></div>
Otras consideraciones
<div><div>a. Vinculación a grupos de autoapoyo o acompañamiento de pares.</div><div>b. Comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situación de riesgo.</div><div>c. Servicios de reducción del riesgo en usuarios de drogas inyectables.</div><div>d. Servicios disponibles y cómo acceder a ellos.</div></div>



Intervenciones que mejoran la relación entre los usuarios y el personal de salud

- a. Servicios amigables.

b. Sensibilización del personal en estigma y discriminación.

c. Asesoría individualizada.

d. Participación de la comunidad en promoción, diseminación, testeo y monitoreo.

Equipo multidisciplinario de las CTARV.

La composición de este equipo dependerá de la región de salud y el nivel de atención donde se estén ofertando los servicios. Uno de los miembros del equipo debe ser el coordinador, quien debe fungir como el enlace con la Sección de ITS/VIH, para velar por el cumplimiento de las normativas y procesos, así como con las otras CTARV o instalaciones de salud, para lograr la atención integral de la persona con VIH.



Este equipo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes con VIH está conformado por un médico encargado de la atención, de preferencia un especialista en Infectología, o en su defecto un médico internista o pediatra o un médico general capacitado en atención integral de personas con VIH, una enfermera de la consulta, un equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo y enfermera de salud mental), un trabajador social, un nutricionista, un odontólogo, personal de farmacia y de laboratorio.

Figura 3.Conformación del equipo multidisciplinario de las CTARV.

Infectólogo o médico internista	Médico general capacitado en VIH	Enfermera
Pediatra	Farmacéutico	Tecnólogo médico
Salud mental (psiquiatra, psicólogo y/o enfermera de salud mental)	Trabajador social	Nutricionista
Odontólogo	Personal de registro médico	Educador en salud
	Ginecólogo	

Es esencial que este equipo multidisciplinario cuente con los conocimientos en actualización de diagnóstico, tratamiento del VIH, SIDA, infecciones oportunistas, capacitaciones de cuidados paliativos, humanización y otros temas (Ver figura 4).

La variabilidad de los miembros que integran el equipo multidisciplinario de las CTARV no debe afectar la oferta del servicio, ya que se debe establecer una comunicación coordinada entre las diferentes CTARV u otras instalaciones de salud donde se ofrezca el servicio del cual carece, haciendo una referencia oportuna para completar la atención. De igual forma se debe poseer el enlace con un endocrinólogo que pueda apoyar las terapias de hormonización de las personas trans y la administración de medicamentos que puedan interaccionar con los antirretrovirales sirviendo así de referencia en los casos que lo ameriten.



Figura 4. Perfil general del equipo multidisciplinario.

Objetivo del puesto	Atender consultas relacionadas a la salud de las personas con VIH dentro de los más altos estándares de calidad y compromiso.
Funciones del puesto	Cumplir con las funciones y actividades descritas para su cargo.
Experiencia	El personal de las CTARV deberá realizar una pasantía no menor de tres meses en la CTARV más cercana y bajo tutela de personal ya idóneo en el tema (el tiempo puede variar según tipo de personal).
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">• Derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones claves.• Estigma y discriminación.• Derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones claves.• Norma de atención integral a poblaciones claves.• Norma de tratamiento.
Habilidades	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad para trabajar con poblaciones claves.• Confidencialidad.• Comunicación efectiva.• Disposición para ofrecer una atención libre de estigma y discriminación.

1.2. Atención diferenciada de los servicios de salud en VIH.

La diversidad cada vez mayor de las necesidades de los pacientes, hace necesario evaluar la manera en que los programas pueden tratar y atender a las personas de manera diferenciada. Este enfoque puede aliviar la presión en los entornos de atención de salud sobrecargados y facilitar la prestación de una mejor atención a los pacientes que presentan condiciones más complejas que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas, apoyo reforzado a la adherencia, pruebas de carga viral y eventuales cambios de esquema, pruebas de farmacorresistencia del VIH u otra atención especializada.



Enfoque de modelos diferenciados según las características clínicas del usuario.

Personas con infección temprana: usuarios recién inscritos. Su cifra de CD4 > 200 células/mm³, por lo general asintomáticos. Pueden requerir apoyo para la adherencia y retención.

Personas con infección avanzada: usuarios recién inscritos o que regresan a la atención después de un tiempo sin servicios TARV (pueden o no haber estado en TARV). Su cifra de CD4 < 200 células/mm3, por lo general sintomáticos. Requieren de un conjunto de servicios clínicos dirigidos a reducir la mortalidad y morbilidad.

Personas clínicamente estables: se definen como los que han recibido TARV como mínimo durante un año y no presentan ninguna reacción adversa a los medicamentos que exija un seguimiento periódico, ninguna enfermedad o embarazo actuales, que no amamantan en la actualidad, que comprenden bien la adhesión terapéutica de por vida y muestran éxito del tratamiento (es decir, dos mediciones de carga viral consecutivas por debajo de 1000 copias/ml) y CD4 > 350. Puede reducirse la frecuencia de las visitas clínicas y entrega de TARV.





Personas clínicamente inestables: se definen como los que han recibido TARV como mínimo durante un año y no han alcanzado la supresión viral. Incluye a personas con falla y presencia de coinfección. Requieren de apoyo a la adherencia, seguimiento de la carga viral, valoración del tratamiento y vigilancia de la resistencia.

Figura 5. Clasificación e intervenciones de atención diferenciada según tipo de usuario.

Persona viviendo con VIH									
Evaluación Inicial <12 meses en TARV					Seguimiento TARV >12 meses TARV				
Infección temprana		Infección avanzada			Estable		Inestable		
NAC	Adherencia	Inicio rápido	NAC	Adherencia	Espaciamiento de citas	Entrega múltiples de (3 meses)	Seguimiento y entrega de TARV mensual	AIA	NAC

Aunque se recomiendan las consultas menos frecuentes en las personas con situación clínica estable, los niños en período de crecimiento rápido (de 0 a 5 años) y los adolescentes se deben supervisar con mayor frecuencia con el objeto de modificar la posología en función del peso y reforzar la adhesión terapéutica.

De igual manera, se debe evaluar y adaptar el servicio de acuerdo con el contexto urbano o rural en el cual se encuentran las CTARV.

Notificación asistida de contactos (NAC).

La notificación asistida de contactos es una estrategia que contribuye a identificar a nuevos diagnósticos de personas con infección por el VIH para su vinculación temprana con servicios de atención. En ella el usuario recién diagnosticado o el que se encuentra en seguimiento, realiza a través de una intervención por personal capacitado, la identificación de sus contactos sexuales o no sexuales en el último año para que a través de diferentes modalidades y previo consentimiento del usuario y valoración de los riesgos se puedan contactar para ofrecerles servicios de prueba. Para conocer más al respecto puede consultar el Manual de Procedimientos Operativos Estándar (POE) para la Notificación asistida de contactos (NAC), así como el módulo de capacitación virtual para este tema.

Asesoría intensificada en adherencia (AIA).

Dentro de las intervenciones para la mejora de adherencia, la asesoría intensificada en adherencia se ha observado como una estrategia que permite lograr la supresión viral y documentar sistemáticamente la adherencia.

Otras estrategias que refuerzan la adherencia pueden ser el apoyo de pares, mensajes de texto, recordatorios de citas, terapia cognitiva del comportamiento, el uso de combinaciones fijas y regímenes diarios de tratamiento. Para conocer más al respecto de esta y otras estrategias, puede consultar la Norma estandarizada de vinculación y adherencia a la terapia antirretroviral.



Figura 6. Esquema básico de Asesoría intensificada en adherencia (AIA).



Dispensación del TARV.

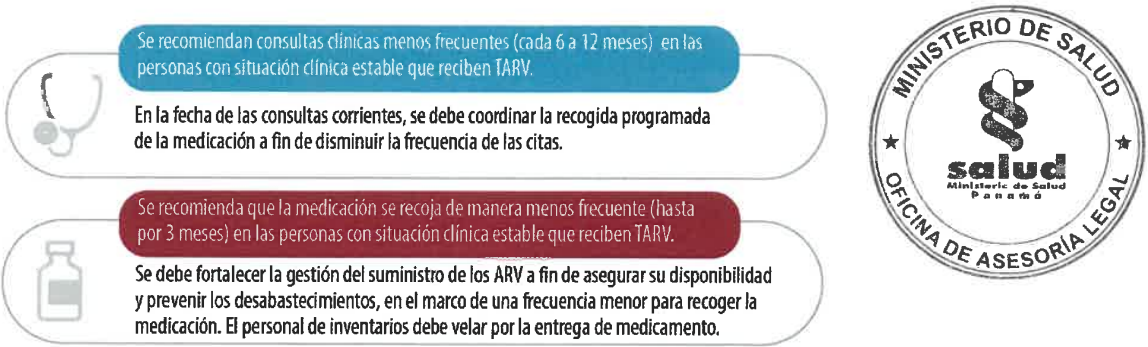
Con el propósito de dar cabida al número cada vez mayor de personas estables que reciben TARV, y mejorar la retención en la atención y los resultados en materia de salud, es necesario implementar modelos innovadores de suministro de ARV en la comunidad. Entre ellos tenemos:

- 1. El espaciamiento de las citas para realizar consultas clínicas y recoger la medicación.
- 2. Los puntos de distribución de TARV en la comunidad Centros de Salud de Atención Primaria (descentralización).

La entrega del medicamento se acompaña de la educación al usuario en el uso racional del medicamento, acerca de las condiciones en que se debe tener el medicamento y cómo tomarlo, posibles efectos adversos e importancia de la ingesta adecuada para el control de la infección, por lo que se hace necesario racionalizar la prestación de este servicio a fin de disminuir la carga de los sistemas de salud.

De la misma manera en que la dispensación mensual de TARV se acompaña de educación al usuario, la dispensación multi-mes debe señalar la importancia de la adherencia y el conocimiento de los servicios disponibles de cada CTARV que puedan facilitar el control de la infección.

Figura 7. Recomendaciones en la dispensación del TARV en usuarios clínicamente estables.



Las consultas clínicas frecuentes también imponen una carga a las personas que reciben TAR, y la necesidad de desplazarse al consultorio y los costos económicos del viaje se asocian con un mayor riesgo de adhesión deficiente y retención baja en la atención. En consecuencia, las estrategias que disminuyen la frecuencia de las consultas clínicas se han asociado con una mayor retención.

Inicio rápido del tratamiento.

Se debe ofrecer el inicio rápido del TARV a todas las personas con infección por el VIH tras confirmar el diagnóstico y realizar la evaluación clínica. El inicio rápido del TAR se define como el comienzo del tratamiento dentro de los primeros siete días desde el diagnóstico de la infección por el VIH; en lo que respecta a la evaluación y al inicio del tratamiento, se debe dar prioridad a las personas con infección avanzada por el VIH.

A las personas sin contraindicaciones para el inicio rápido del TAR se les debe dar información completa sobre sus beneficios y se les propondrá comenzar rápidamente el TAR, incluida la opción de empezar el mismo día del diagnóstico de la infección por el VIH.

El tratamiento antirretroviral debe ir acompañado de una intensa asesoría sobre los estilos de vidas requeridos, servicios ofertados, promoción de la adherencia, posibles efectos adversos asociados a los medicamentos y alternativas en caso de que la persona decida no iniciar inmediatamente.

Descentralización.

En CTARV con carga alta de la infección por el VIH, los tiempos de espera en los consultorios pueden ser prolongados debido a la gran afluencia de pacientes que necesitan atención. La descentralización del tratamiento y la atención relacionados con el VIH disminuye los períodos de espera de las personas que reciben atención en los establecimientos y acerca estos servicios a los hogares de las personas.

La descentralización del tratamiento y la atención de la infección por el VIH se debe considerar como un medio para aumentar el acceso a la atención y mejorar la retención a través de:

- 1. El inicio del TARV en los hospitales y su mantenimiento en establecimientos de salud periféricos.
- 2. El inicio y mantenimiento del TARV en establecimientos de salud periféricos.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



1.3. Atención de adultos y adolescentes.

Objetivos de la atención:

- a. Desarrollar actividades de promoción, prevención y atención a las personas con VIH de forma permanente y en cada evaluación.
- b. Mantener una comunicación fluida con las diferentes clínicas de TARV del país.
- c. Coordinar con el equipo multidisciplinario de la clínica de TARV las estrategias de atención integral de las personas con VIH.
- d. Fomentar la organización de los grupos de apoyo de las personas con VIH y la familia o su entorno.
- e. Establecer un proceso de apoyo psicológico a las personas con VIH y sus familiares para lograr la aceptación del diagnóstico y el inicio al tratamiento.

Evaluación inicial y seguimiento del equipo.

En la CTARV la persona con VIH será abordada inicialmente por el médico especialista en enfermedades infecciosas, en su defecto un médico internista o médico general capacitado en VIH y la enfermera. La historia clínica inicial de la persona con VIH es igual que la de cualquier otra paciente, sin embargo, es posible que algunos detalles se pregunten con mayor frecuencia dado su influencia en la adherencia.

Entre las actividades durante esta visita se encuentran:
Promoción de la salud.

Autocuidado:

Son las acciones que permiten al individuo atender de una forma adecuada su situación de salud, frente a determinada enfermedad, a fin de evitar el deterioro y/o complicaciones. Entre estas actividades se encuentran:

1. *Aseo y arreglo personal:* bañarse diariamente, uso de ropa limpia, cuidado oral.
2. *Ambiente seguro:* limpieza de secreciones y sangre con una solución clorada al 10% en agua en superficies inertes, ropa o instrumentos. Utilizar máquina eléctrica para el rasurado, siempre que las circunstancias lo permitan.
3. *Actividad general y ejercicio:* continuar sus actividades usuales hasta donde su condición se lo permita y procurar el ejercicio para mantener el buen estado físico sin que el mismo le cause fatiga, debilidad o mareo.
4. *Hábitos de sueño:* entre las recomendaciones se encuentran evitar ingerir comidas antes de la hora de dormir, evitar la ingesta de café, licores o medicamentos no prescritos. Utilizar ropa cómoda y reducir dentro de lo posible los factores ambientales que alteren el sueño como el ruido excesivo o la luz.
5. *Adecuada alimentación:* masticar bien los alimentos, evitar consumir bebidas alcohólicas, cigarrillos, evitar comidas grasosas y condimentadas, ingerir alimentos de buena calidad y preparar comidas agradables a la vista y en forma higiénica.
6. *Prevención de enfermedades:* lavado de manos antes de comer y preparar alimentos, después de utilizar el servicio sanitario.
7. *Expresión de la sexualidad:* debe asumir una actitud responsable consigo mismo y con sus





- parejas. Uso correcto y consistente del condón en todas sus relaciones sexuales y gestionar su adquisición. Solicitar asesoría para la planificación familiar o para la anticoncepción. Evitar las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas.
8. *Comunicación*: el manejo de situaciones difíciles puede ser sobrellevado al contar con apoyo de familiares o grupos de apoyo. Se le debe ofrecer sitios recomendados para la búsqueda de información.
9. *No debe*: donar sangre, semen o tejidos. Compartir con otras personas elementos de uso personal o utilizar jeringas usadas por otras personas.
10. Reforzar el esquema de vacunación.
11. Referencia al resto del equipo multidisciplinario.

1.4. Atención de la mujer en edad reproductiva y/o embarazada.

Objetivos de la atención

- a. Asegurar una atención integral a la mujer con VIH.
- b. Asesorar sobre planificación familiar para la mujer en edad reproductiva y la planificación de embarazos y del beneficio de Indetectable = Intransmisible (I=I).
- c. Disminuir el riesgo de transmisión materno infantil (TMI) de VIH y otras infección de transmisión sexual (ITS) durante el embarazo.
- d. Establecer recomendaciones para la prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino.
- e. Orientar y referir para servicios especializados de manera oportuna.

Cuidados de la mujer en edad fértil.

Se debe discutir con la mujer en edad fértil cuáles son sus intenciones en cuanto a la concepción y ofrecerle la información para una planificación adecuada de forma sistemática durante toda su atención. De esta forma se garantiza la reducción de embarazos no deseados y el cuidado prenatal adecuado. Asimismo, se debe asesorar sobre las prácticas sexuales seguras (uso adecuado del condón u otros métodos de barrera).

La asesoría preconcepción, así como la planificación familiar para las parejas serodiscordantes y positivas, reduce el riesgo de la transmisión perinatal del VIH y reconoce los derechos reproductivos de de las personas.

Métodos anticonceptivos para la mujer.

En la actualidad todos los métodos anticonceptivos están recomendados en la mujer que vive con el VIH, pero al momento de elegirlo se deben tomar en cuenta las preferencias y el estado inmunológico de la paciente, así como las interacciones medicamentosas (Tabla 16 de Interacciones medicamentosas de los ARV más frecuentes y Tabla 17 Interacciones de los ARV con anticonceptivos).

En términos generales los métodos intradérmicos e inyectables se encuentran entre los más exitosos. Los progestágenos puros como la medroxiprogesterona inyectada cada tres meses son de los métodos más eficaces y con menos interacciones incluso con los inhibidores de proteasa. De igual forma su indicación y vía de administración facilitan la constancia de su uso (Ver Normas



técnicas – administrativas y protocolos de atención. Programa de Salud Integral de la mujer) ya que debe considerarse el número y frecuencia de medicamentos ARV que puede estar tomando la paciente.

Otra opción según los planes de la paciente y su estado inmunológico serían los dispositivos intrauterinos como la T de cobre y el de levonorgestrel (Mirena®) que brindan anticoncepción hasta por 5 años luego de su inserción. (No se recomienda su inserción si la paciente presenta infecciones oportunistas definitorias - estadio 3).

SE RECOMIENDA SIEMPRE MANTENER EL USO DEL CONDÓN

Anticoncepción oral de emergencia.

La anticoncepción oral de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección (Ver Normas técnicas – administrativas y protocolos de atención. Programa de Salud Integral de la mujer).

Opciones reproductivas para parejas serodiscordantes y concordantes viviendo con el VIH.

Se debe discutir con la pareja cuáles son sus planes reproductivos para poder ofrecerles la información necesaria para la mejor planificación de un embarazo, en las mejores circunstancias posibles y abordar las necesidades según cada caso en particular.

En condiciones ideales se debe realizar una evaluación de la fertilidad antes de iniciar cualquier intento de reproducción para evitar la exposición innecesaria de la pareja no infectada. El cuidado prenatal de la mujer embarazada con VIH o sin VIH debe seguir las Normas técnicas – administrativas y protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la mujer. Es importante explicarle a la pareja el riesgo de transmisión perinatal y las medidas que se pueden tomar para disminuir los factores de riesgo asociados. Durante el periodo de asesoría preconcepción se debe ajustar el TARV y eliminar drogas con posibles efectos teratógenos.

Se les debe orientar sobre los riesgos de cada opción: reproducción controlada vs reproducción asistida.

Debe quedar claro antes de cualquier intento para concebir que el miembro de la pareja que sea seropositivo debe tener una carga viral indetectable y en el caso que la mujer sea la seropositiva tener idealmente un CD4+ >200/m.

Se debe identificar y tratar cualquier infección de transmisión sexual en la pareja antes de realizar cualquier intento de reproducción ya que estas infecciones pueden aumentar la vulnerabilidad para la infección del VIH.

En condiciones ideales se debe realizar una evaluación de la fertilidad antes de iniciar cualquier intento de reproducción para evitar la exposición innecesaria de la pareja no infectada. De no ser posible, se debe realizar la evaluación si al termino de seis meses no se logra un embarazo exitoso, especialmente si la mujer es mayor de 35 años.





Pareja serodiscordante, hombre VIH (+) con mujer VIH (-).

1. *Reproducción controlada:* luego de que el hombre tenga una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección solo durante el período periovulatorio. Mantener controles regulares de carga viral en el hombre. Realizar prueba de embarazo cada mes y serología de VIH al menos cada tres meses. El riesgo es bajo, pero para disminuir aún más el riesgo de transmisión se le podría brindar profilaxis preexposición: ofrecer tenofovir/emtricitabina 300 mg/200 mg VO c/día a la mujer durante los meses que esté intentando quedar embarazada.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica en personas VIH positiva que no tienen una carga viral detectable).
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja luego de lavado espermático: el riesgo de transmisión a la pareja es muy bajo.
 - › Inseminación artificial con semen de donante.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.

Pareja serodiscordante, hombre VIH (-) con mujer VIH (+).

1. *Reproducción controlada:* luego de que la mujer tenga una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección. Mantener controles regulares de carga viral en la mujer. Realizar prueba de embarazo cada mes y serología de VIH en el hombre. El riesgo es bajo, pero para disminuir aún más el riesgo de transmisión se le podría brindar profilaxis preexposición: ofrecer tenofovir/emtricitabina 300 mg/200 mg VO c/día al hombre durante los meses que esté intentando concebir.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica en personas VIH positiva que no tienen una carga viral detectable).
 - › Auto inseminación.
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.

Pareja concordante, hombre VIH (+) con mujer VIH (+).

1. *Reproducción controlada:* luego de que ambos tengan una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección. El riesgo presente en esta opción es la sobreinfección o reinfección con virus resistente, pero es un riesgo mínimo.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica de fertilidad).
 - › Auto inseminación.
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.



Tabla 2. Resumen de intervenciones según la pareja y método de reproducción.

Método de reproducción asistida en personas viviendo con VIH			
Hombre VIH + / Mujer -	Hombre VIH - / Mujer +	Hombre VIH + / Mujer +	Mujer + (sola o con pareja femenina)
Inseminación artificial / lavado de semen	Inseminación artificial	Inseminación artificial / lavado de semen	Inseminación artificial con esperma del semen
Fecundación in vitro	Fecundación in vitro	Fecundación in vitro	Fecundación in vitro (donante)

Otros métodos de reproducción		
Reproducción natural controlada	Auto inseminación	Auto inseminación
	Reproducción natural controlada	Reproducción natural controlada

* Todas las indicaciones deben estar acompañadas de CV suprimida y tratamiento pre-exposición cuando aplique.

1.5. Atención del adolescente y su transición a clínica de adulto.

La adolescencia es la etapa del desarrollo de las personas, donde ocurren rápidos cambios biológicos y psicosociales que lo convierten en un periodo único en el ciclo de vida. El uso que den a las instalaciones de salud se puede ver influenciada por las actitudes y valores sociales tanto de sus padres o tutores, sus pares e incluso por el equipo médico, así como por su acceso reducido a dinero para los gastos directos de la atención.

La infección en adolescentes puede deberse a dos vías: por transmisión perinatal o por vía sexual para aquellos que han adquirido la infección recientemente. De acuerdo con las normativas de país, la atención al adolescente puede ofrecerse sin el acompañamiento de un tutor y/o padre (Ver Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de salud integral de los y las adolescentes y el Código de la Familia), aunque se incentiva el acompañamiento de un adulto de confianza, tutor o padre. En los adolescentes, es importante valorar la disposición y habilidad para adherirse al tratamiento considerando el entorno psicosocial como parte de la decisión para iniciar tratamiento. Posteriormente, los adolescentes deben ser preparados para transicionar de las clínicas TARV pediátricas hacia las clínicas de adultos con el debido acompañamiento y tiempo. De acuerdo con las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes (2016), los servicios para adolescentes deben considerar lo siguiente:





Tabla 3. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes

Norma 1. Conocimientos Sanitarios de los adolescentes	Los establecimientos de salud implementarán sistemas que garanticen que los adolescentes estén bien informados acerca de las cuestiones que afecten a su salud, y que sepan dónde y cuándo acceder a los servicios sanitarios.
Norma 2. Apoyo de la comunidad	Los establecimientos de salud implementarán sistemas para que los progenitores, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias sean conscientes de la importancia de la prestación de servicios de salud orientados a los adolescentes, y apoyen esa iniciativa y el uso de esos servicios por este grupo de población.
Norma 3. Conjunto de servicios adecuado	El personal de las CTARV deberá realizar una pasantía no menor de tres meses en la CTARV más cercana y bajo tutela de personal ya idóneo en el tema (el tiempo puede variar según tipo de personal).
Norma 4. Competencias de los proveedores	<ul style="list-style-type: none">• Los proveedores de asistencia sanitaria demostrarán que cuentan con la competencia técnica necesaria para prestar servicios de salud eficientes a la población adolescente.• Los proveedores de atención sanitaria y el personal auxiliar respetarán, protegerán y harán valer los derechos de los adolescentes a la información, la intimidad y la confidencialidad, a no ser discriminados, a que se les trate sin prejuicios y a ser respetados
Norma 5. Características de los establecimientos	<ul style="list-style-type: none">• Los establecimientos de salud tendrán un horario de apertura adecuado, un entorno acogedor y limpio, y respetarán la intimidad y la confidencialidad del paciente.• Dispondrán de los equipos, medicamentos, suministros y tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios sanitarios a los adolescentes.
Norma 6. Equidad y no discriminación	El establecimiento de salud prestará servicios de calidad a todos los adolescentes, con independencia de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, orientación sexual u otras características.
Norma 7. Datos y mejora de la calidad	El establecimiento de salud recopilará, analizará y utilizará datos relativos al uso de los servicios y la calidad de la atención prestada, desglosados por edad y sexo, a fin de facilitar la mejora de la calidad. El personal de los establecimientos de salud recibirá apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.
Norma 8. Participación de los adolescentes	Los adolescentes participarán en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención que reciban, así como en determinados aspectos de la prestación del servicio, si procede.

El Programa Nacional de salud integral de los y las adolescentes vigente cumple con gran parte de las normas anteriormente mencionadas, proponiendo los servicios de salud amigables para las y los adolescentes. Es además un documento de referencia para el proveedor que se enfrenta a este grupo poblacional. Su norma aborda la investigación diagnóstica de ITS/VIH y cómo luego del tratamiento debe favorecerse una atención integral. (MINSA, 2006).

Las CTARV pediátricas actuales funcionan dentro de los hospitales pediátricos de tercer nivel del país. Estas suelen ofrecer atención a los pacientes adolescentes, dentro de las posibilidades y facilidades que les permite la institución en la que se encuentran, variando el momento en que son referidos los adolescentes hacia las clínicas de adultos entre los 15 y los 18 años. Este traslado produce ansiedad en el adolescente ante el cambio súbito de todo su equipo de atención y el



ambiente al cual estaba acostumbrado, lo que puede afectar la adherencia tanto al seguimiento como al tratamiento.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto sobre los servicios de atención, dado a que el VIH ha tomado el curso de una enfermedad crónica donde el adolescente entra en la adultez, se hace necesario establecer un proceso de transición para lograr una aceptación armoniosa del cambio y se siga ofertando una atención de calidad. (OMS/ONUSIDA, 2015).

En una valoración de los servicios de salud amigables para adolescentes, según su perspectiva, se describen ámbitos de la atención que deben ser considerados al coordinar la transición de una clínica pediátrica a una de adulto (Ambresin, 2013), muchos de estos reflejados en las normas del cuadro previo.

Figura 8. Medidas para lograr la transición de clínica pediátrica a clínica de adulto



Indistintamente de que el adolescente ingrese a la atención de una CTARV pediátrica o de adulto, puede ser referido a una instalación de primer nivel de atención, donde de manera coordinada se podrá continuar con un manejo integral y lograr que otros aspectos relevantes, además de su condición de persona con VIH, sean evaluadas como parte de su crecimiento y desarrollo, tal como lo establece el programa nacional de salud integral de los y las adolescentes.

Transición a clínicas de adultos.

Se define como transición a clínicas de adultos al proceso activo necesario en pacientes con enfermedades crónicas padecidas desde la infancia que tienen como objetivo minimizar ansiedad y maximizar la satisfacción del adolescente y su permanencia en el sistema sanitario.

La preparación y acompañamiento del adolescente durante la transición es esencial para asegurar el éxito de la TARV a largo plazo. Este período puede ser particularmente estresante y requiere de la participación coordinada del centro emisor y receptor.

La clínica pediátrica debe iniciar el proceso de transición 2 a 3 años antes de la fecha programada para el traslado (en Panamá a los 18 años). El proceso de transición debe ser individualizado





tomando en cuenta las características del adolescente y su familia, género, madurez física, sexual y emocional del adolescente, necesidades de salud y acceso a servicios de atención.

Procedimientos:

1. Evaluación inicial del adolescente por el médico /psicólogo asignado a la clínica (Anexo 1).
 - a. Conoce su diagnóstico, cómo adquirió la infección, conoce elementos básicos de la infección por VIH.
 - b. Reconoce cuándo debe acudir al cuarto de urgencia.
 - c. Identifica síntomas y puede describirlos.
 - d. Solicita y cancela citas.
 - e. Acude con puntualidad a sus citas.
 - f. Conoce cuándo, dónde retirar sus medicamentos.
 - g. Nombra sus medicamentos, conoce los efectos adversos y cómo tomarlos.
 - h. Establece una relación personal con su cuidador.
 - i. Demuestra conocimiento en prácticas sexuales seguras.
2. El equipo multidisciplinario de la clínica (médico, enfermera, trabajador social, equipo de salud mental) se reúne para discutir la evaluación y se establece un coordinador de la transición.
3. Se debe establecer un plan de transición con la participación del adolescente, su familia y el coordinador de la transición.
 - a. El objetivo es educar y empoderar al adolescente para que alcance independencia y responsabilidad en el cuidado de su salud.
 - b. El adolescente debe tener conocimiento pleno de su diagnóstico antes de establecer el plan de transición.
 - c. Se debe evaluar las fortalezas y debilidades del adolescente para enfocar las metas del plan.
4. Realizar una evaluación anual de las metas y realizar ajustes necesarios de acuerdo con la evaluación del adolescente (Anexo 2).
5. Establecer el contacto personal y por escrito con el médico de adultos que será el proveedor de la atención del adolescente.
6. Coordinar y realizar una visita inicial a las instalaciones de la clínica de adultos.
 - a. Se prefiere que la visita a la clínica de adultos sea realizada en conjunto con el miembro de la clínica pediátrica encargado de la transición.
 - b. El objetivo es que el paciente conozca las instalaciones, personal de la clínica y tenga una primera cita con el médico que estará a su cargo.
 - c. Coordinar visitas posteriores en las que participen el adolescente, su familia, el coordinador de transición y el médico de adultos.
7. El equipo de ambas clínicas se reúne para tomar la decisión de transición.
8. Asegurar el tratamiento continuo durante el proceso de transición.
9. Retroalimentación por parte de la clínica de adultos a la clínica pediátrica.



El informe de transición debe detallar la siguiente información:

Tabla 4. Aspectos esenciales del informe de transición de clínica pediátrica hacia adultos.

Datos demográficos	
Fecha y modo de infección. Antecedentes materno-obstétricos.	
Situación psicosocial	
Estado de padres y hermanos . Nombre del cuidador principal. Conocimiento del paciente del estado de la infección por VIH.	Atención psicológica/ trabajo social/grupos de apoyo. Historial sexual/ conductas de riesgo. Situación escolar y/o laboral.
Resumen historia médica	
Infecciones en infancia. Hospitalizaciones. Cirugías. Enfermedades concomitantes. Coinfecciones.	Alergias. Historia de vacunación. Menarquia. Examen físico reciente. Evaluaciones por otras especialidades.
Datos específicos relacionados con la infección por VIH	
Categoría clínica histórica y actual. Infecciones oportunistas. Carga viral y CD4 basales. Resumen de resultados de carga viral y CD4. Esquemas de TARV indicando fecha de inicio, fin y motivo de suspensión. Informes de genotipaje.	Adherencia a TARV. Efectos adversos a TARV. Resultados actualizados de Biometría hemática y química completa, examen de orina. Tratamientos concomitantes .



Atención del neonato y niños.

Objetivos de la atención

- a. Garantizar la provisión de atención integral.
- b. Identificar necesidades de información del paciente, de su familia o cuidadores.
- c. Reforzar compromiso con el tratamiento.
- d. Reforzar los cuidados de la madre, familia o cuidadores.
- e. Informar sobre responsabilidades y derechos según legislación nacional.
- f. Ofrecer asesoría general.

Atención del recién nacido:

- *Escenario 1. Hijo de madre con VIH captado al momento de nacer.* Este niño debe ser referido a su egreso al primer nivel de atención, así como a una CTARV. Se le dará receta de ARV.
- *Escenario 2. Hijo de madre con VIH que acude a su cita de 8 días de vida.* En esta cita se debe verificar que esté tomando el medicamento, que no haya lactancia materna y que ya





tenga cita programada con la CTARV.

- **Escenario 3. Hijo de madre con VIH en consulta con un especialista de VIH.** En esta cita se explican las implicaciones del diagnóstico a los familiares y se resalta la importancia del apego al tratamiento y asistir al control.

Atención de los niños.

Se debe garantizar la provisión de atención integral, reforzar la importancia del tratamiento e identificar necesidades de información del paciente y su familia.

Atención primaria:

Actividades/ intervenciones:

1. Controles de salud según normas infantiles.
2. Garantizar la provisión de atención integral.
3. Abordaje multidisciplinario: evaluación por trabajo social, nutrición, salud mental y otros recursos locales y de las instalaciones más cercanas según necesidad.
4. Reforzar importancia del tratamiento.
5. Seguimiento de reacciones adversas al tratamiento.
6. Detección temprana de infecciones oportunistas.
7. Identificar necesidades de información del paciente y su familia.
8. Educación, orientación, asesoría de pacientes.
9. Vacunación.

Consulta externa por especialista en VIH (pediatra especialista en enfermedades infecciosas o pediatra capacitado en VIH).

Actividades/ intervenciones:

1. Garantizar la atención integral del paciente.
2. Aclarar el significado e implicaciones del diagnóstico.
3. Explicar el tratamiento, seguimiento y cuidados especiales.
4. Receta por:
 - a. TARV según protocolos.
 - b. Terapia para enfermedades oportunistas.

Inmunizaciones:

Los niños que viven con VIH deben recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de acuerdo con el esquema nacional. Sin embargo, existen recomendaciones especiales tales como:

1. No aplicar MMR o la monovalente con antisarampión a los niños con inmunosupresión grave (CD4 menor de 15%).
2. La vacuna antipoliomielítica oral de virus vivos atenuado se debe sustituir por inyectable de virus inactivado (se aconseja que el niño no esté en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna de virus vivos en las últimas dos semanas), valorar el riesgo-beneficio de no vacunar contra la poliomielitis y administrar vacuna de virus vivos a los niños con exposición perinatal y no aplicarle en aquellos con supresión grave.
3. Es indispensable la vacunación contra *Haemophilus influenzae* y neumococo, por la gran frecuencia de estos microorganismos en niños con VIH.



4. Dado que los niños tienen mayor riesgo de morbilidad secundaria a varicela y herpes zoster, se recomienda considerar la administración de la vacuna contra la varicela en niños asintomáticos o con sintomatología leve. Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con intervalo de tres meses.
5. Administrar vacuna contra influenza anualmente.
6. Es importante no diferir innecesariamente la vacunación ya que el deterioro inmunológico progresivo que se produce a medida que van pasando los meses puede incrementar la pérdida de la eficacia vacunal.
7. Aplicar BCG a niños en TAR clínicamente e inmunologicamente estables (CD4 mayor a 25%). Neonatos nacidos de madre con estatus desconocido de VIH deberían ser vacunados con BCG. Neonatos con estatus desconocido de VIH, nacidos de madre con diagnóstico confirmado de VIH deberían ser vacunados si no hay evidencia clínica de infección por VIH, independientemente si la madre recibe TAR. Neonatos con VIH confirmado la BCG debe ser retrasada hasta que hayan iniciado TAR y estén estable inmunologicamente (CD4> 25%).

Servicios especiales.

Todos los pacientes considerados para TARV deben seguir las siguientes evaluaciones: médico especialista en enfermedades infecciosas: en los lugares donde se cuente con este recurso, evaluará las características del paciente, elegirá la terapia más apropiada y le brindará seguimiento en especial cuando se presente complicaciones del VIH.

Actividades del especialista:

1. Evaluará las características del paciente y elegirá la terapia más apropiada.
2. Le brinda un seguimiento a la terapia antirretroviral.
3. Criterios de referencia al especialista en enfermedades infecciosas:
 - › Resistencia farmacológica.
 - › Falla terapéutica.
 - › Infecciones oportunistas (en especial aquellas que requieran hospitalización).
 - › Embarazadas con VIH.
 - › Ante la presencia de comorbilidades tales como nefropatías o hepatopatías.
 - › Ante efectos adversos que amenacen la vida del paciente.
4. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los servicios ofrecidos.



Médico especializado en VIH: personal capacitado en el manejo de VIH, en específico en la evaluación de las características del paciente y elección de la terapia más apropiada.

Actividades:

1. Realiza la evaluación inicial para el inicio al tratamiento.
2. Realiza el seguimiento del paciente.
3. Verifica la efectividad del tratamiento.
4. Refuerza la adherencia.
5. Detecta infecciones oportunistas (IO).
6. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los



servicios ofrecidos.

Enfermera: apoya las actividades de manejo y tratamiento de la persona con VIH. Aporta a la continuidad de la atención integral del paciente realizando un seguimiento sobre estilos de vida, adherencia, y espiritualidad entre otros.

Actividades:

- 1. Evaluación general.
- 2. Educa de forma continua y permanente a pacientes y familiares.
- 3. Orienta sobre el inicio del tratamiento.
- 4. Estimula la adherencia.
- 5. Administra medicamentos para IO.
- 6. Registra y lleva control de usuarios nuevos y subsiguientes.
- 7. Realiza visita domiciliaria.
- 8. Refiere a grupos de autoapoyo.



Salud mental, psicólogo o psiquiatra: el equipo de salud mental tiene como objetivo principal el realizar una intervención desde un enfoque biopsicosocial-cultural que permita explorar, evaluar y manejar la condición emocional de las personas mediante entrevistas individuales, intervenciones familiares o grupales y realizar actividades de promoción y prevención según el nivel de atención. Toda persona recién diagnosticada con VIH debe ser referida al equipo y a la atención del equipo de salud mental y, se le debe ofrecer seguimiento desde ese momento en adelante. Adicionalmente, es recomendable que los familiares de las personas con VIH sean referidos al equipo de salud mental.

El equipo de salud mental deberá realizar reuniones periódicas que favorezcan el intercambio de información sobre la condición emocional y el manejo de las personas con VIH que se atienden en la institución de salud y participar en reuniones con el resto del equipo multidisciplinario que atiende a las personas con VIH (infectología, ginecología, neumología, pediatría, dermatología, neurología, medicina general, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social, farmaceuta y otras especialidades que participen en la atención de las personas con VIH).

Tabla 5. Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH.

Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH	
Recién diagnostico. Presencia de síntomas de una condición mental. Consumo de alcohol y/o drogas ilícitas. Riesgo de suicidio u homicidio.	Inasistencia a sus citas con la CTARV. Suspensión del TARV. Infección avanzada que no responda al tratamiento.
Criterios de referencia a salud mental para familiares o tutores de persona con VIH	
Todo padre o tutor de menores o adolescentes. seropositivos recién diagnosticados. Reacción emocional de los familiares de la persona.	Solicitud por parte de los familiares de las personas. Familiar enfermo con infección en etapa avanzada que no responda al tratamiento.



Evaluación inicial de las personas con VIH.

1. Determinar antecedentes de atención psiquiátrica y/o psicológica previo al diagnóstico de VIH.
2. Evaluar la condición de salud mental de las personas con VIH mediante pruebas de evaluación psico-diagnósticas. Entre ellas se encuentran:
 - › WHOdas 2.0
 - › Beck
 - › ASSIST v3.0
 - › + SF36.
3. Se deben aplicar pruebas psico-diagnósticas por el psicólogo clínico para determinar la presencia de trastornos neuro-psiquiátricos secundarios o no al VIH y presencia de trastornos de personalidad.
4. Brindar apoyo psico-educacional al paciente sobre su enfermedad.
5. Brindar soporte emocional ante el diagnóstico VIH.
6. Orientar y manejar las reacciones de duelo ante un diagnóstico de VIH (negación, ira, depresión, regateo o negociación, aceptación, conciliación y esperanza: NIDRACE).
7. Explorar riesgo suicida y/o homicida.
8. Explorar consumo de drogas ilícitas y/o alcoholismo: en personas adictas se debe orientar sobre centros de rehabilitación, grupos de autoayuda para el consumo de drogas ilícitas y alcohólicos anónimos.
9. Determinar la presencia de discapacidad física y mental.
10. Evaluar la necesidad de medicación en personas con enfermedad mental previa y/o posterior al diagnóstico de VIH. De acuerdo con el caso utilizar:
 - › Intervención en crisis.
 - › Psicoterapia breve.
 - › Psicoterapia de grupo.
 - › Otras psicoterapias.



Cuidados paliativos: la atención paliativa es parte de la atención integral de todo paciente y por tanto debe ser ofrecida a las personas que reciben TARV. Por lo tanto, todo el personal de salud que trabaja con personas con VIH debe estar capacitado en cuidados paliativos esenciales. Los cuidados paliativos toman especial importancia en situaciones en que se evidencia avance de la enfermedad. En estas circunstancias se debe implementar lo normado en el Sección de Cuidados Paliativos.

Actividades de cuidados paliativos:

1. Brindar el apoyo bio-psico-socio espiritual al paciente y su familia ante las crisis médicas asociadas a la enfermedad y sobre todo ante fases avanzadas, falta de respuesta al tratamiento, desesperanza y/o sufrimiento.
2. Orientar a la familia para que pueda brindar cuidados integrales a la persona que se enfrenta a la fase avanzada de la enfermedad en el escenario más apropiado a las necesidades del paciente y su familia, de ser posible en el hogar, con calidad de vida y dignidad.
3. Apoyar a los familiares y cuidadores en el proceso de duelos en cada etapa de la evolución de la enfermedad.
4. En los casos que así lo ameriten referir a pacientes y familiares a los equipos de cuidados





paliativos más cercanos a su área de residencia

Trabajo social: su objetivo es trabajar de manera conjunta con las personas con VIH, sus familiares, amigos o personas cercanas, organizaciones y comunidades para valorar las necesidades específicas del paciente. Y apoyar social y psicológicamente a la persona con VIH y sus familiares, confiriendo un mayor entendimiento sobre el VIH.

Actividades:

1. Brindar orientación y consejería tanto a la persona con VIH como a su familia, cuidador o grupo de apoyo en los siguientes momentos:
 - › Al realizarse el diagnóstico.
 - › Cuando requiera tramitar carga viral y CD4.
 - › Al ser incluido en la TARV.
2. Identificar factores de riesgo social para el manejo de personas con VIH.
3. Identificar las redes de apoyo familiar y comunitario, así como participar en la organización de grupos autoayuda de personas con VIH y familiares.
4. Brindar apoyo emocional a las personas con VIH y familiares al momento de ser diagnosticados.
5. Definir el diagnóstico y tratamiento sociales a seguir en los casos referidos.
6. Realizar evaluaciones sociales con sus informes.
7. Brindar asesoría sobre las instancias relacionadas con los aspectos legales, laborales y de la seguridad social.
8. Realizar visitas domiciliarias cuando se amerite.
9. Seguimiento de las personas con VIH que ya reciben TARV.
10. Referir a los juzgados de niñez y adolescencia las situaciones de negligencia y abandono de tratamiento en los casos de niños.
11. Coordinar con el equipo que brinde atención en la instalación de salud a la que pertenezca, actividades de promoción y prevención de VIH.
12. Orientar a las personas con VIH y sus familiares sobre los cambios que deberá realizar en su estilo de vida luego del diagnóstico.
13. Orientar a las personas con VIH y sus familiares, cuidadores o grupo de apoyo sobre la importancia de la realización de los exámenes de CD4 y carga viral, la toma de medicamentos y la asistencia a sus controles.
14. Identificar a las personas que presentan alguna adicción y referirlos a programas de rehabilitación.
15. Preparar a los miembros de la familia para manejar el momento del deceso de las personas con VIH.

Se recomiendan un control mensual durante los dos primeros meses luego del diagnóstico e inclusión en TARV. Después, será evaluado por lo menos dos veces al año y cada vez que la situación social de la persona lo amerite.

Nutrición: una buena nutrición no puede prevenir ni curar la infección en las personas con VIH, pero puede retrasar la progresión de esta hacia las etapas avanzadas, así como mantener y recuperar el estado nutricional a fin de contribuir a la consecución de una mejor calidad de vida. Por lo



tanto, la persona diagnosticada con VIH debe tener desde un inicio una evaluación nutricional generada por el médico que lo capta y deber ser referido al nutricionista para la atención y control nutricional periódico de acuerdo con la situación individual. El objetivo de la atención nutricional es contribuir a mejorar la salud y el estado nutricional de las personas con VIH, disminuyendo las complicaciones a través de una captación temprana y un tratamiento nutricional oportuno, eficaz, eficiente y efectivo.

Entre sus objetivos específicos se encuentra:

- 1. Minimizar el catabolismo y controlar la pérdida de peso.
- 2. Evitar la pérdida de nutrientes.
- 3. Mantener la masa proteica visceral y somática.
- 4. Minimizar la respuesta inmunitaria.
- 5. Mejorar la respuesta a la terapia medicamentosa.

El manejo nutricional debe ser creativo y flexible para dar respuesta a los problemas de alimentación y nutrición que presente. Se requiere el apoyo familiar y del equipo multidisciplinario para alcanzar los objetivos de la atención nutricional. Dentro del manejo nutricional tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- 1. Evaluación nutricional debe incluir los datos clínicos, antropométricos, composición corporal (bioimpedancia), bioquímicos y dietéticos.
- 2. Diagnóstico nutricional.
- 3. Cálculo de requerimientos nutricionales.
- 4. Plan de alimentación.
- 5. Orientación nutricional adecuada según signos, síntomas y/o complicaciones.

Pacientes ambulatorios:

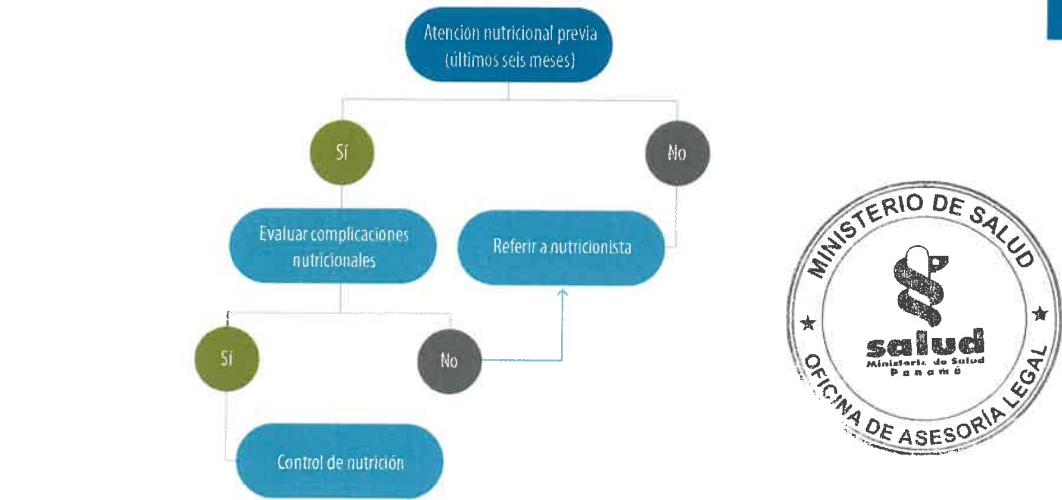
- 1. Vigilar el estado nutricional el cual debe incluir los datos clínicos, antropométricos, composición corporal (bioimpedancia), bioquímicos y dietéticos.
- 2. Ajustar el plan de alimentación según la condición del paciente.
- 3. Brindar educación nutricional al familiar y acompañante sobre medidas de higiene y preparación de alimentos.
- 4. Referir a otros servicios que el paciente requiera.
- 5. Brindar atención periódica según riesgo.

Pacientes hospitalizados:

- 1. Atender referencia para evaluar el estado nutricional.
- 2. Cálculo de requerimientos nutricionales.
- 3. Elaboración del plan de alimentación.
- 4. Orientación nutricional adecuada según signos, síntomas y/o complicaciones.
- 5. Brindar asesoría y educación nutricional al egreso del paciente.
- 6. Docencia e investigación.
 - › Capacitar a los nutricionistas y al equipo multidisciplinario sobre la atención nutricional de las personas con VIH.
 - › Promover investigaciones sobre nutrición y VIH.



Figura 9. Criterios de referencia a nutrición en adultos y adolescentes.



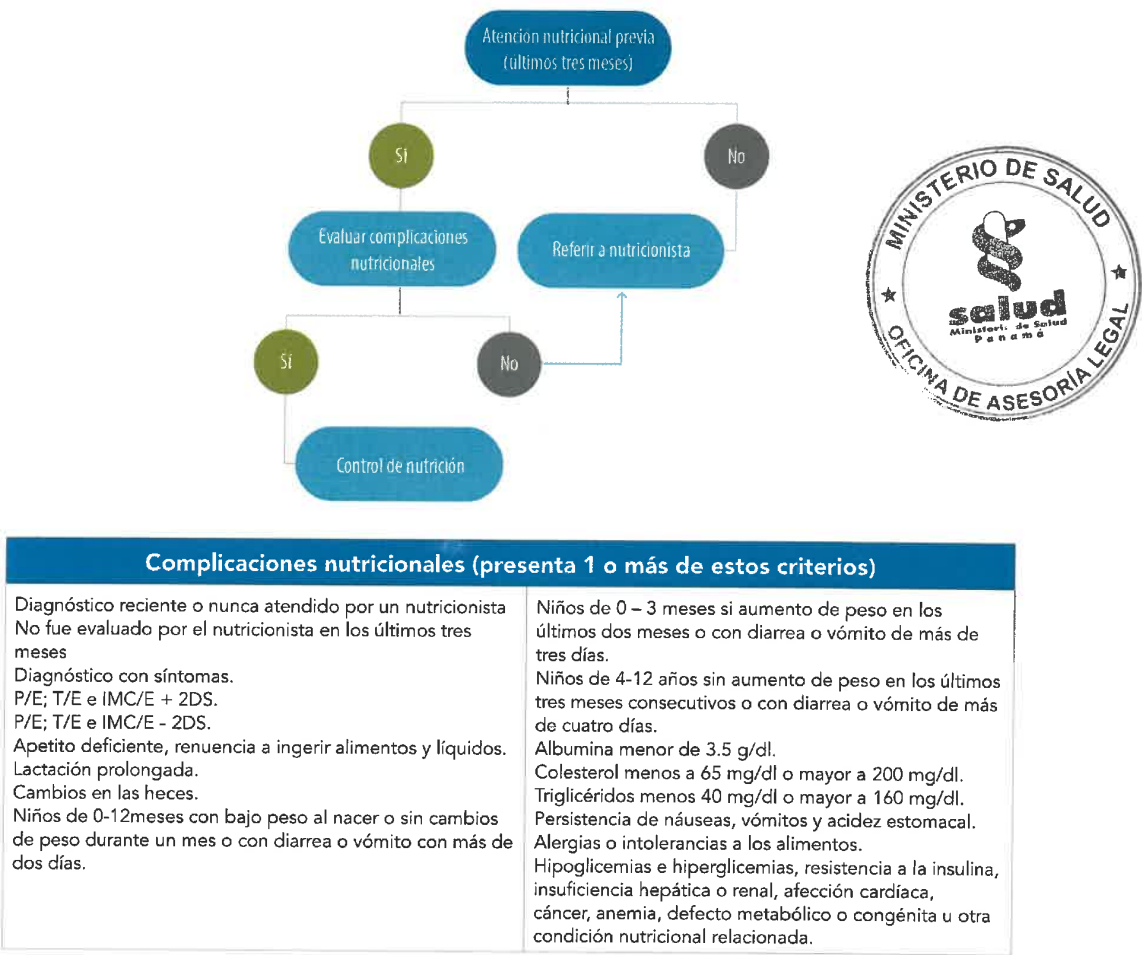
Complicaciones nutricionales (presenta 1 o más de estos criterios)	
Pérdida de peso no intencional desde el último control. Consumo oral deficiente o renuencia a ingerir alimentos y líquidos. Náusea, gases y/o vómitos persistentes. Dificultad para masticar, deglutir, úlceras en la boca.	Alergias o intolerancias a los alimentos. Cambios en percepción del gusto y olfato. Cambios en las heces (consistencia, color, frecuencia, olor). Valores en sangre: colesterol menor de 120mg/dl o mayor de 200mg/dl, triglicéridos mayor a 150mg/dl.

Periodicidad de atención según riesgo nutricional.

Riesgo nutricional	Periodicidad de atención
Peso Normal	Una vez al año
Bajo Peso	Mensual
Desnutrición moderada	Quincenal
Morbilidades crónicas	Mensual



Figura 10. Criterios de referencia para atención nutricional en niños.



Odontología: en miras de ofrecer una atención realmente integral, es necesario incorporar dentro de los servicios a las personas con VIH, los controles odontológicos. Las personas con VIH pueden ser muy susceptibles a las caries dentales y enfermedad periodontal. Es importante resaltar que las personas con VIH al momento de la consulta de odontología y basándose en las normas de bioseguridad, serán atendidos con las mismas medidas que se utilizan con otros pacientes.

Objetivo: fomentar la salud bucal en las personas con VIH a través de la atención integral basada en estrategias de promoción y prevención.

Actividades:

Promoción y prevención:

- 1. Educación sistematizada.
- 2. El uso de fluoruros tópicos como cremas dentales con el complemento de los enjuagues,





- barnices y/o geles de flúor.
- 3. Técnicas de cepillado (inclusive prótesis) para reducir adecuadamente la placa bacteriana.
- 4. Profilaxis dental.
- 5. Control periódico más frecuente.
- 6. En niños con VIH es importante el uso de fluoruros y sellantes. Los barnices han demostrado ser eficaces. Hay una alta prevalencia de caries en estos niños.
- 7. Aplicar los protocolos de control de Infecciones.

Diagnóstico y tratamiento oportuno:

- 1. Anamnesis y examen clínico que incluya la exploración de los tejidos blandos y tejidos duros.
- 2. Consultar con el médico tratante tanto en adulto como niños.
- 3. No existe contraindicación en el tratamiento dental de pacientes con VIH.
- 4. El tratamiento periodontal debe estar enfocado en mantener saludable a los tejidos de soporte.
- 5. La utilización de instrumentos punzo cortantes debe hacerse con extremo cuidado siguiendo las medidas de bioseguridad universales.
- 6. En restauraciones, de preferencia, usar técnicas atraumáticas y el ionómetro de vidrio como material de obturación.
- 7. No existe indicación especial en el uso de anestésicos locales en pacientes con VIH.
- 8. El tratamiento de endodoncia debe realizarse de inmediato para evitar el riesgo de infección periapical. Preferiblemente en una sola cita.
- 9. Las prótesis y el tratamiento de ortodoncia no están contraindicados.
- 10. Evaluar la historia de sangrado (plaquetas y otros) antes de realizar procedimientos invasivos.
- 11. La necesidad de terapia con antibióticos pre y post- quirúrgica será evaluada en cada caso. Si un paciente está experimentando un periodo de neutropenia menos de 4000 células/mm³ debe recibir antibioticoterapia.
- 12. Las extracciones u otros tratamientos quirúrgicos deben hacerse en forma similar que con las personas que no tienen VIH, minimizar el sangrado y la incorporación de elementos patógenos en los tejidos profundos.
- 13. Aplicar normas de bioseguridad para el control de infecciones.

Farmacia: el personal de farmacia debe ser idóneo y específico para las labores de dispensación y asesoramiento del uso del TARV. Al igual que el resto del equipo, debe cumplir con el perfil de los integrantes de las CTARV .

Objetivo: dispensación de medicamentos antirretrovirales, estableciendo un adecuado seguimiento e información sobre los diversos tratamientos y productos dispensados.

Objetivos específicos:

- a. Colaborar con la detección o prevención de problemas relacionados al uso de la terapia antirretroviral.
- b. Intercambiar información con el equipo asistencial e investigación en el ámbito de la atención de personas con VIH.
- c. Colaborar con el desarrollo de actividades de docencia e investigación en el ámbito de la atención de personas con VIH.



- d. Brindar asesoría a los pacientes y familiares sobre la TARV.
- e. Dispensar los medicamentos antirretrovirales.
- f. General la información logística para la estimación de ARV requeridos, solicitud y pedidos.

Actividades:

- **Asesoría:** la asesoría a los pacientes y familiares sobre el TARV tiene como meta:
 - » Reforzar el beneficio de Indetectable = Intransmisible (I=I).
 - » Suministrar información sobre dosis y frecuencia de administración, efectos adversos, interacciones medicamentosas, y por alimentos, etc.
- **Dispensación de medicamentos:** para la correcta dispensación de medicamentos a los pacientes, el farmaceuta debe:
 - » Recibir y verificar la prescripción médica del paciente.
 - » Calcular la cantidad de ARV a dispensar.
 - » Dispensar la cantidad correcta de ARV.
 - » Considerar la entrega multimes en pacientes clínicamente estables.
 - » Completar la información del "Registro Diario de Actividades".
- **Generación de información logística:** la información del "Registro Diario de Actividades" es utilizada al final del período de reabastecimiento para preparar el "Informe y solicitud de Antirretrovirales". El instructivo para el llenado del registro se describe en la Guía de procedimientos de SIAL de ARVS.
 - » Para gestionar el reposicionamiento del TARV, farmacia debe:
 - » Generar la información logística (datos de consumo, existencia, etc).
 - » Completar y archivar el "Registro Diario de Actividades" en la farmacia de la clínica.
 - » Mensualmente se debe preparar por parte de las CTARV el reporte de consumos y existencias. Esta información se analiza mensualmente y también se hacen consolidados trimestrales para preparar las asignaciones por trimestre.
 - » El responsable del envío de este informe varía según la clínica: Jefatura de farmacia del hospital (clínicas ubicadas dentro de un hospital) o coordinación de farmacia de la clínica (clínicas ubicadas dentro de los centros de salud del MINSA e instituciones descentralizadas).



El nivel central del MINSA y CSS, garantizarán a través de las instancias pertinentes, el abastecimiento oportuno y regular de los medicamentos antirretrovirales, según necesidad definida por cada CTARV

Laboratorio: éstos constituyen un pilar básico en el diagnóstico y seguimiento en cuanto a la atención integral para las personas con VIH. Entre las funciones del tecnólogo médico:

1. Supervisa, organiza, dirige y controla los procesos relacionados con los exámenes de laboratorio.
2. Brinda orientación al paciente de los procedimientos que se le realizaran.
3. Extrae muestras de sangre para pruebas de laboratorio rutinarias y especiales siguiendo las normas generales para la obtención, procesamiento, manejo, conservación y transporte de muestras.
4. Mantiene comunicación con el médico y enfermera.
5. Registra los datos de las pruebas realizadas.





- 6. Aplicación de pruebas de control de calidad.
- 7. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los servicios ofrecidos a los pacientes (monitoreo rutinario).

Ginecología: supervisa, organiza, dirige y controla los procesos relacionados con los exámenes de laboratorio. De acuerdo a la OMS el cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300 mil muertes al año. El 80% de los casos corresponden a países en vías de desarrollo. El cáncer cervicouterino es el más frecuente en mujeres con VIH, las pacientes tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollarlo y es clasificado como uno de los criterios que define el VIH avanzado.

Recomendaciones de la OMS para mujeres que viven con VIH:

- 1. Uso de una prueba de detección primaria del ADN del VPH.
- 2. El cribado a edad temprana (25 años) para la población de mujeres con VIH.
- 3. El tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas y el cáncer.
- 4. Tamizajes de control y seguimiento a intervalos más cortos después de una prueba positiva y después del tratamiento.
- 5. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH).

OTROS COLABORADORES AL EQUIPO.

El abordaje de las personas con VIH en las CTARV comprende aspectos relevantes como el desarrollo de acciones que motiven la adherencia al tratamiento y seguimiento, así como la introspección del VIH como una enfermedad crónica. La incorporación de facilitadores en este proceso, tales como grupos de autoapoyo, promotores pares o miembros de la comunidad, promueve la salud, el desarrollo de habilidades para la disminución de riesgos, continuidad de la atención de salud y prevención de nuevas infecciones.

GRUPOS DE AUTOAPOYO / PROMOTORES PARES (adaptado del documento “Estrategia Regional de Grupos de apoyo para PCV en Centro América”).

Los mismos pueden desarrollarse desde las CTARV o miembros de la comunidad. La base de estos son el respeto, la no discriminación y la confidencialidad. La difusión de este recurso puede llevarse a cabo por referencia entre pares o por el personal de salud, desde el diagnóstico, al detectar posibles señales de fallo en la adherencia, o durante las visitas domiciliarias. Los grupos de autoapoyo y los promotores pares refuerzan la conciencia de enfermedad, la toma de decisiones para la disminución de riesgos, la adherencia, revelación de su estatus clínico y creación de redes sociales. Los servicios que proveen los grupos o los pares promueven comportamientos más seguros a través del intercambio de destrezas y conocimientos, además de ser modelos que ofrecen apoyo sin juzgarlos.

MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.

Está demostrado que la participación de la comunidad en el desarrollo de las políticas y programas de salud tiene un impacto positivo en la sostenibilidad de estos. El empoderamiento de la comunidad mejora las condiciones de vida de las personas con VIH al crear un ambiente libre de estigma y discriminación. Según el documento de ONUSIDA Un enfoque estratégico: el VIH y el SIDA y la educación, los educadores son considerados en muchas comunidades como miembros

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



valiosos de las mismas, por ello se apuesta a la formación de estos en temas de sexualidad y VIH. En estos espacios de igual forma, ellos aclaran sus propias dudas y preocupaciones sobre el tema. Una vez capacitados en el tema pueden apoyar tanto en la formación dentro de las aulas como en otros espacios donde se abordan niños y adolescentes que no asisten a las escuelas y adultos

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN VIH Y MONITARY.

Las CTARV utilizan el software MoniTARV que permite el Registro Médico Electrónico (RME) de los pacientes en TARV. El sistema de registro de la información clínica del paciente permite su ingreso directo al sistema electrónico desde que se atiende a un paciente en el consultorio. También permite imprimir su expediente para cumplir con el requisito legal del expediente clínico físico.

El software MoniTARV genera reportes cuando son requeridos. Estos datos consolidados no contienen información clínica o individual por lo tanto son eminentemente numéricos, existen diversos tipos de consolidados, informes epidemiológicos, reportes de pacientes en TARV, entre otros. Estos reportes pueden ser generados estableciendo un rango de fechas y de clínicas TARV dependiendo de las necesidades de información de cada nivel. Esta herramienta es clave para el seguimiento del paciente y toma de decisiones basadas en las características de la epidemia.





SECCIÓN II: GENERALIDADES DEL VIH

2.1. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos.
El VIH produce una infección crónica y progresiva que se expresa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda primaria hasta infecciones oportunistas y neoplasias que amenazan la vida.

En general, el tiempo medio entre la infección viral y el desarrollo de infecciones oportunistas o síntomas definitorios de VIH es de 10 a 12 años. Son pocos los pacientes que progresan a fases avanzadas del VIH en los primeros 18 meses o permanecen libres de enfermedad después de 18 años con la infección.

Fases de la historia natural de la infección.
Período inmediatamente posterior a la infección primaria (Primeras reacciones de activación del sistema inmunitario):

- Síndrome retroviral agudo:**
- 1. Aparece en más del 75% de los infectados.
 - 2. Se manifiesta, por lo general, algunas semanas después de un contacto infeccioso, en forma de un cuadro inespecífico, autolimitado y, muchas veces, oligosintomático.
 - 3. El médico, en muchas ocasiones, por falta de información, puede hacer el diagnóstico erróneo de "virosis común" o de "mononucleosis".
 - 4. Desde el punto de vista inmunopatológico, tras la infección existe una alta tasa de replicación viral y se trata de la fase de mayor transmisión del VIH.
 - 5. Desde el punto de vista genotípico, la población viral es altamente homogénea.
 - 6. Desde el punto de vista clínico, las manifestaciones más frecuentes son: fiebre (96%), linfadenopatías (74%), faringitis (70%), eritema maculopapular (70%), mialgias y artralgias (54%), diarreas (32%), cefaleas (32%), náuseas y vómitos (27%), hepatoesplenomegalia (14%), pérdida de peso (13%), candidiasis oral (12%) y síntomas neurológicos (12%).

- Largo intervalo de silencio clínico:**
- 1. No hay síntomas de la enfermedad, pero el virus continúa replicándose en los ganglios linfáticos.

- Período sintomático temprano:**
- 1. Síntomas intermitentes e infecciones que no amenazan la vida.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Enfermedad avanzada:

1. Destrucción, rápidamente progresiva, de la capacidad de respuesta inmunitaria caracterizada por disminución de los linfocitos CD4 y aumento de la viremia.
2. Aparición de infecciones oportunistas (IO) y neoplasias. Esta etapa se define como SIDA a través de diferentes criterios diagnósticos que se redefinen en forma continua.

Tabla 6. Categorías de la infección por VIH según CD4 en adolescentes y adultos

Categorías	Células/mm3	%
1	≥ 500	> 29
2	200 – 499	14-28
3	< 200	< 14



2.2. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en niños.

La historia natural del VIH en niños sin tratamiento es variable: Un 15% a 20% (progresores rápidos) de los niños nacidos con VIH sin tratamiento fallecen o evolucionan a fases avanzadas de la infección durante el primer año de vida. El remanente, 79 - 80%, (progresores lentos) puede permanecer sin síntomas hasta el segundo o tercer año. El 5% permanece asintomático a largo plazo sin alteración del sistema inmunitario y con valores de carga viral bajos por 12 a 15 años (progresores muy lentos).

Existen múltiples categorías clínicas e inmunológicas para clasificar los niños con VIH. Para estas normas se ha elegido la clasificación clínica del CDC del 2014.

Tabla 7. Categorías de la infección por VIH según CD4 en niños por grupo de edad.

Edad en el momento de hacer el CD 4						
Estadio	< 1 año		1 – 5 años		6 años o más	
	células/uL	%	células/uL	%	células/uL	%
1	> 1500	> 34	>1000	>30	> 500	> 26
2	750 – 1499	26-33	500-999	22-29	200-499	14-25
3	< 750	< 750	<500	<22	<200	<14



Tabla 8. Estadificación Clínica de la OMS de la infección por el VIH en adultos, adolescentes y niños.

Adultos y adolescentes ^a	Niños
Estadio clínico 1	
Asintomático. Linfadenopatía generalizada persistente.	Asintomático. Linfadenopatía generalizada persinnte.
Estadio clínico 2	
Pérdida de peso moderada idiopática (<10% del peso corporal teórico o medido). Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). Herpes zóster. Queilitis angular. Úlceras bucales recurrentes. Erupciones papulares pruriginosas. Onicomycosis. Dermatitis seborreica.	Hepatoesplenomegalia persistente de origen desconocido. Infecciones recurrentes o crónicas de las vías respiratorias altas (otitis media, otorrea, sinusitis, amigdalitis). Herpes zóster. Eritamia gingival lineal. Úlceras bucales recurrentes. Erupciones papulares pruriginosas. Onicomycosis. Infección extensa por papilomavirus. Moluscos contagioso extenso. Hipertrofia parotídea persistente idiopática.
Estadio clínico 3	
Pérdida de peso moderada idiopática (< 10% del peso corporal teórico o medido). Diarrea persistente idiopática durante más de un mes. Fiebre persistente idiopática (intermitente o constante durante más de un mes). Candidiasis oral persistente. Leucoplasia oral vellosa. TB pulmonar. Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, infección ósea o articular, meningitis, bacteriemia). Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulceronecrosante aguda. Anemia idiopática (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10 ⁹ /l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10 ⁹ /l).	Malnutrición moderada idiopática ^b que no responde adecuadamente al tratamiento de referencia. Diarreda idiopática persistente (14 días o más). Fiebre idiopática persistente (superior a 37,5 °C, intermitente o constante, durante más de un mes). Candidiasis oral persistente (a partir de las seis semanas de vida). Leucoplasia oral vellosa. TB ganglionar. TB pulmonar. Neumonía bacteriana grave recurrente. Gingivitis o periodontitis ulceronecrosante aguda. Anemia idiopática (< 8 g/dl), neutropenia (< ,5 x 10 ⁹ /l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10 ⁹ /l). Neumonitis intersticial linfoide sintomática. Neuropatía crónica asociada al VIH, incluidas las bronquiectasias.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Adultos y adolescentes ^a	Niños
Estadio clínico 4 ^c	
Síndrome de consunción asociada al VIH. Neumonía por <i>Pneumocystis (jirovecii)</i> . Neumonía bacteriana recurrente grave. Infección crónica por virus del herpes simple (bucolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral en cualquier ubicación). Candidiasis esofágica (o traqueal, bronquial o pulmonar). TB extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). Toxoplasmosis del SNC. Encefalopatía por VIH. Criptococosis extrapulmonar, incluida la meningitis. Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Criptosporidiosis crónica. Isosporosis crónica. Micosis diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). Linfoma (no hodgkiniano de linfocitos B o cerebral). Nefropatía o miocardiopatía sintomáticas asociadas al VIH. Septicemia recurrente (incluida la debida a salmonelas no tifoideas). Carcinoma de cuello uterino invasivo. Leishmaniasis atípica diseminada.	Consunción grave idiopática, retraso del crecimiento o malnutrición grave ^d que no responde al tratamiento de referencia. Neumonía por <i>Pneumocystis (jirovecii)</i> . Infecciones bacterianas graves recurrentes (como empiema, piomiositis, infección ósea o articular, o meningitis, pero no neumonía). Infección crónica por virus del herpes simple (bucolabial o cutánea de más de un mes de duración, o visceral en cualquier ubicación). Candidiasis esofágica (o traqueal, bronquial o pulmonar). TB extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos que comienza después del primer mes de vida). Toxoplasmosis del SNC (después del periodo neonatal). Encefalopatía por VIH. Criptococosis extrapulmonar, incluida meningitis. Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Criptosporidiosis crónica (con diarrea). Isosporosis crónica. Micosis endémica diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis, peniciliosis). Linfoma no hodgkiniano de linfocitos B o cerebral. Nefropatía o miocardiopatía asociada al VIH.



^a En la elaboración de este cuadro se definió a los adolescentes como de 15 años o mayores. En los menores de 15 años debe utilizarse la clasificación clínica de los niños.

^b En los menores de 5 años la malnutrición moderada se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y la talla < -2 o un perímetro mesobraquial ≥ 115 mm y < 125mm.

^c En las clasificaciones regionales pueden incluirse algunas afecciones específicas adicionales, como la peniciliosis en Asia, la fístula rectovaginal asociada al VIH en África meridional y la reactivación de la tripanosomiasis en Latinoamérica.

^d En los menores de cinco años, la consunción grave se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y la talla < -3; el retraso del crecimiento se define como una puntuación Z de la relación entre la longitud y la edad o entre la talla y la edad < -2, y la malnutrición aguda grave se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y la talla < -3 o un perímetro mesobraquial < 115 mm o la presencia de edema.

2.3. Diagnóstico de VIH y laboratorios para seguimiento clínico.

Marcadores específicos:

1. **Pruebas virológicas:** es el método diagnóstico de elección en niños menores de 24 meses. Se consideran pruebas de este tipo a ADN Proviral VIH-1 o PCR ADN Proviral VIH-1. Además, utilizada para la confirmación de casos en mujeres embarazadas con Pruebas de ELISA indeterminados.
2. **Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA):** son anticuerpos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus.
3. **Inmunofluorescencia o Western blot:** anticuerpos específicos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus (más específico que el ELISA). Aparecen en un período de 6 semanas a 3 meses después de la infección y, en una pequeña proporción de personas infectadas, puede diferirse la aparición hasta un año.





- > Poco utilizado, en la actualidad, en la República de Panamá.
4. **Prueba rápida:** detecta anticuerpos contra el VIH. Es una prueba de tamizaje que produce resultados muy rápidos, generalmente en 5 a 30 minutos. Estudios evidencian que las pruebas rápidas proporcionan un resultado negativo inmediato o un “positivo preliminar”.

2.3.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH.

A continuación, se resumen las recomendaciones de guías internacionales y del grupo de expertos en el país para confirmar la presencia de infección por VIH con el fin de asegurar que lactantes y niños puedan tener acceso a la atención temprana de la infección por VIH (Panel para el tratamiento antirretroviral y manejo de niños viviendo con VIH, 2021).

Pruebas diagnósticas según la edad del infante o niño.

Niño menor de 24 meses:

1. El diagnóstico en niños menores de 24 meses se realiza a través de pruebas virológicas debido a la persistencia de anticuerpos maternos hasta los 15 a 18 meses de edad y la seroconversión tardía más allá de los 18 meses hasta los 24 meses.
2. El diagnóstico en niños con alto riesgo para la infección perinatal del VIH puede realizarse a través de una prueba virológica a los 0 - 2 días de nacido y repetirla a las dos semanas de vida.
3. Las pruebas virológicas en niños de bajo riesgo deben realizarse dentro de las primeras cuatro a seis semanas de vida para poder determinar tempranamente la presencia de infección e iniciar la terapia antirretroviral. Se tomará una segunda prueba después del primer resultado positivo a los cuatro meses de vida. El tratamiento debe iniciar inmediatamente después de este primer resultado. No se debe retrasar el tratamiento en espera de la segunda prueba.
4. Se considera diagnóstico de VIH a todo recién nacido que presente dos pruebas virológicas positivas (detección de ADN proviral o ARN viral) tomados en dos tiempos distintos.
5. El diagnóstico de VIH se puede excluir definitivamente en un niño(a) menor de 18 meses que no ha recibido lactancia materna, después de dos pruebas virológicas negativas: una obtenida entre las 6 y 8 semanas de vida (dos semanas posterior al cese de la profilaxis) y la segunda a los cuatro meses de edad, o dos muestras negativas de anticuerpos contra VIH de dos muestras separadas en niños ≥ 6 meses.

Niños con edad igual o mayor de 24 meses:

1. Una muestra negativa para anticuerpos VIH (ELISA) excluye el diagnóstico de VIH.
2. Una muestra se considera positiva, si ha sido confirmada por dos metodologías distintas.

Niños en situaciones especiales.

El recién nacido amamantado de una madre VIH positiva, debe considerarse como expuesto al VIH por lo que se debe omitir la lactancia y realizar una primera prueba inmediatamente según su edad (virológica si es menor de 24 meses y serológica si es igual o mayor a 24 meses). Posteriormente al cese de la lactancia se le realizarán pruebas de seguimiento a las 4 - 6 semanas, 3 y 6 meses si la primera prueba fue negativa (figura 2).

1. Los niños expuestos a VIH por lactancia materna recibirán terapia empírica hasta confirmar su estado respecto a la infección. Si la primera prueba es negativa, se dará tratamiento por



- 28 días y se programará una segunda prueba luego de 4 - 6 semanas de la primera.
2. Algunos niños no identificados como expuestos al nacimiento o los cuales se perdieron del seguimiento post-parto deben ser captados en sus controles de crecimiento y desarrollo, y se les debe realizar las pruebas correspondientes a su edad o referirles a un centro de atención especializada.
 3. Todos los hijos de una madre diagnosticada con infección de VIH deben ser evaluados por infección por HIV independientemente de la edad, a menos que se conozca que la infección materna fue después de su nacimiento y no recibieron lactancia materna.
 4. Si es menor de 24 meses utilizar provirales, si es mayor o igual a 24 meses utilizar pruebas de anticuerpos.
 5. Si alguna de las pruebas resulta positiva, confirmar según el algoritmo diagnóstico para su edad.

2.4. Exámenes de seguimiento clínico en la infección por VIH.

1. **Recuento de CD4:** para pacientes que inician TAR el conteo de CD4 debería repetirse cada 3 meses por los dos años en conteos < 300 células/mm³ y cada 6 meses en conteos > 300 células/mm³. Luego de dos años de TARV el CD4 debe ser monitoreado cada 6 meses para pacientes con CD4 < 300 células/mm³, pacientes con conteo entre 300 y 500 células/mm³ y opcional para > 500 células/mm³.
2. **Carga viral VIH-1:** prueba utilizada para la detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Debe solicitarse antes del inicio del tratamiento, pero su ausencia o falta de disponibilidad, no debe retrasar el inicio del mismo si otros factores así lo indican. Es el mejor parámetro para evaluar la respuesta al TARV. Durante el monitoreo y seguimiento del paciente, se recomienda realizarlo cada seis meses o según el caso. Ante un nuevo esquema de tratamiento, se debe repetir entre las 4 y 8 semanas después de iniciado el nuevo tratamiento. En pacientes en TARV con dos CV consecutivas indetectables, se puede considerar cada 12 meses.
3. **Pruebas de resistencia:** las pruebas de resistencia nos indican qué fármacos no se deben administrar.
4. Tres grupos de personas se podrían beneficiar de las pruebas de resistencia:
 - > Los recientemente infectados (incluyendo los recién nacidos).
 - > Mujeres embarazadas.
 - > Los que necesitan cambio de medicamentos debido a la falla del tratamiento anterior.
5. Existen dos tipos diferentes de pruebas de resistencia:
 - > Pruebas genotípicas: buscan mutaciones genéticas. Las pruebas de genotipaje están recomendadas como de preferencia para guiar la terapia antirretroviral de pacientes VIH. Son de preferencia para guiar la terapia antirretroviral en pacientes con una respuesta virológica subóptima o en casos donde existe una falla virológica al tratamiento mientras se encuentran en los primeros dos regímenes de tratamiento. Está recomendado en mujeres embarazadas previo al inicio de la terapia y para aquellas que inician el embarazo con niveles de ARN VIH detectables mientras están en terapia.
 - > Pruebas fenotípicas (difícil disponibilidad): evalúan qué medicamentos y con qué concentraciones es posible impedir que el VIH crezca en condiciones de laboratorio. Todavía no está claro cuándo y con qué frecuencia se deben utilizar estas pruebas ni cómo tomar decisiones basándose en sus resultados.



6. Prueba de tropismo: se deberá solicitar previo al tratamiento, a los pacientes en quienes se considere utilizar fármacos antagonistas de los co-receptores CCR5 o en aquellos que bajo este fármaco experimenten fallo virológico.
7. *Búsqueda de genotipo HLA-B *5701*: de estar disponible, debe realizarse a los pacientes en que se considere el uso de ABC.

Esquema analítico basal:

1. *Hemograma completo y pruebas bioquímicas (pruebas de función renal y hepática)*: estas pruebas se realizarán antes del inicio del tratamiento y luego cada seis meses, según lo requiera el paciente.
2. *Perfil lipídico*: debe realizarse antes del inicio de tratamiento. Si los valores son normales, se repetirán cada doce meses y si son anormales cada seis meses o según la necesidad del caso.
3. *Urinálisis*: se recomienda antes del inicio del tratamiento y cada doce meses o según lo requiera el caso (en terapia con tenofovir, realizarlo mínimo c/6 meses).
1. *Calcular aclaramiento de creatinina*: se recomienda principalmente en aquellos pacientes que inician tratamiento con tenofovir.

Cálculo de aclaramiento de creatinina.

Hombres	Mujeres
$\frac{(140 - \text{edad en años}) \times \text{peso en Kg}}{72 \times \text{creatinina sérica}}$	$\frac{(140 - \text{edad en años}) \times \text{peso en Kg}}{72 \times \text{creatinina sérica}} \times 0.85$

1. *Pruebas basales.*
- a. Pruebas de embarazo.
- b. *Tamizaje de cáncer cervicouterino*: se recomienda según normas de prevención, detección y seguimiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino y guías de manejo de 2017 el tamizaje primario con prueba molecular de VPH-AR a toda mujer entre los 25 y 64 años. Si la prueba no detecta genotipos de alto riesgo entonces se puede repetir la prueba cada tres años. En lugares donde no esté disponible las pruebas moleculares, se recomienda hacer la citología cervical exfoliativa a través de la técnica de Papanicolaou y repetir cada dos años si es normal. Considerar citología o VPH anal en hombres.
2. *Tamizaje de otras infecciones:*
- a. VDRL – Prueba serológica para Sífilis.
- b. Ig G toxoplasmosis.
- c. Panel de hepatitis viral:
- > VHA IgG.
- > VHB: HBsAg, antiHBc.
- > VHC.
3. Serología para Chagas.
4. PPD.
5. Esquema de vacunación*.



*Como parte de la evaluación inicial del paciente se debe orientar e indagar sobre antecedentes de Cáncer e historial de vacunas. Referir al servicio de vacunación y/o al especialista en caso de que se amerite. La ausencia de vacunas o tamizajes de cáncer no deben dilatar el inicio del tratamiento, sin embargo, debe dársele seguimiento en las siguientes consultas.

2.5. Terapia antirretroviral.

La evolución natural de la infección por el VIH se caracteriza por una gran y continua replicación viral, en diferentes órganos. Produce destrucción y disfunción de los linfocitos T CD4 y de otras células del sistema inmune. Esta situación lleva a una inmunodeficiencia que, en sus formas más graves, se manifiesta por infecciones oportunistas y/o neoplasias que caracterizan la infección avanzada del VIH.

La supresión máxima y continua de la replicación viral en el organismo es necesaria para reducir, retrasar o revertir los daños inmunológicos.

Objetivos del tratamiento antirretroviral:

- a. Reducir la carga viral por debajo de los límites de detección en el plasma, por el tiempo más prolongado posible.
- 2. Mejorar el sistema inmunológico y evitar el desarrollo de infecciones oportunistas.
- 3. Mejorar la calidad de vida del paciente sintomático.
- 4. Prolongar la expectativa de vida.
- 5. Minimizar la necesidad de hospitalizaciones asociadas a infecciones oportunistas.
- 6. Disminuir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
- 7. Como estrategia de prevención secundaria, reduce la transmisión del VIH.

Medicamentos antirretrovirales.

Actualmente hay siete grupos de medicamentos antirretrovirales que actúan en diferentes puntos del ciclo vital del virus (Ver Figura 11).



Figura 11. Ciclo vital del VIH y sitios de acción de los ARV.

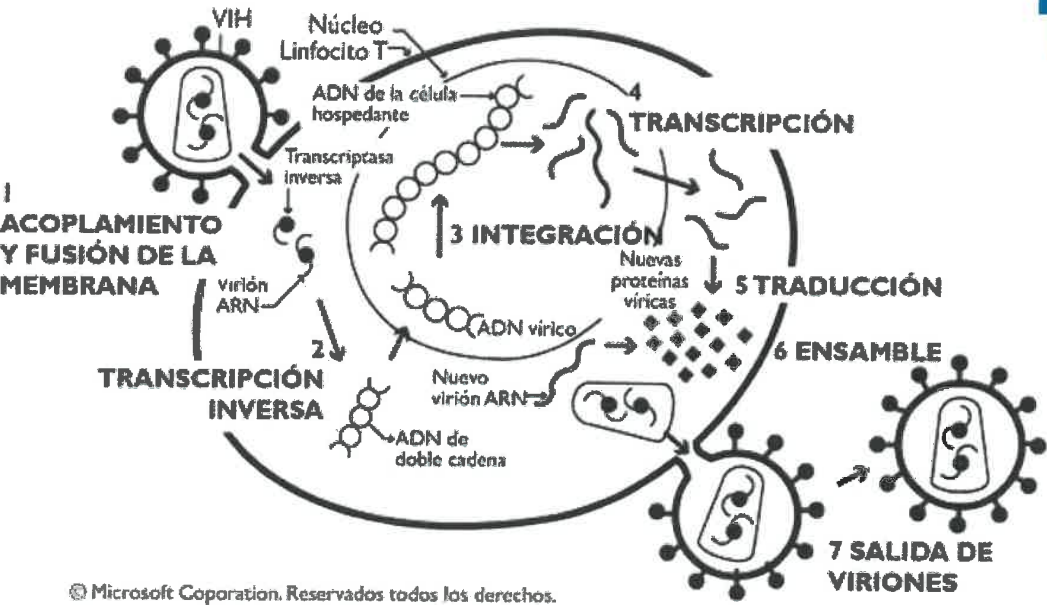


Tabla 9. Clases de ARV según su acción en la fase de replicación del virus.

Tipo de ARV	Sitio de acción
Inhibidores de fusión y antagonistas CCR5	Fase 1
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa	Fase 2
Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa	Fase 2
Inhibidores de Integrasa	Fase 3
Inhibidores de Proteasa (IP)	Fase 6
Inhibidores de la Posfijación	Fase 1
Inhibidor de la formación de la cápside viral	Fase 3 y 4

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR).

1. Fueron los primeros antirretrovirales desarrollados para el tratamiento del VIH.
2. *Mecanismo de acción:* compiten con sus análogos naturales (ADN y ARN) para bloquear la transcriptasa reversa viral. Se incorporan al ADN viral, donde actúan como secuencias terminales en la síntesis del ADN proviral impidiendo la replicación del virus (Figura 1).
3. *Resistencia:* consiste en mutaciones en el gen pol del genoma viral que codifica para la transcriptasa reversa. No siempre es cruzada (se puede ser resistente a un fármaco y no al resto de los INTR).

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR).

- 1. *Mecanismo de acción:* también inhiben la transcriptasa reversa pero, a diferencia del grupo anterior, se unen a esta enzima, lejos del sitio que posee actividad (Figura 1). Es diferente al de los INTR por ello, el uso combinado de ambos muestra actividad sinérgica o aditiva.
- 2. *Resistencia:* producida por el uso de monoterapia o de manera inadecuada. Tiende a ser cruzada con los demás INNTR.

Inhibidores de Proteasa (IP).

- 1. *Mecanismo de acción:* la proteasa del VIH es una enzima compleja que actúa al final del ciclo de replicación del VIH (Figura 1) y es indispensable para que los viriones en formación sean maduros. Su inhibición produce la liberación de partículas virales estructuralmente desorganizadas y no infecciosas.
- 2. *Resistencia:* patrones de resistencia más complejos que los observados con INTR o INNTR. Se necesitan múltiples mutaciones virales para el desarrollo de una alta resistencia. Resistencia cruzada entre los diferentes IP.

Inhibidores de la Integrasa (INI).

- 1. *Mecanismo de acción:* bloquean la enzima integrasa, una proteína que el VIH necesita para insertar su material genético en el material genético de la célula huésped.
- 2. *Resistencia:* dentro de esta categoría se encuentran medicamentos con una barrera genética baja (Raltegravir, Elvitegravir) para desarrollar resistencia y otros con una barrera genética alta. Entre estos últimos se encuentran el Dolutegravir y el Bictegravir.

Antagonista del co-receptor CCR5 o inhibidores de la entrada.

- 1. *Mecanismo de acción:* actúa uniéndose selectivamente sobre el co-receptor CCR5, presente en la membrana celular del linfocito CD4, evitando la unión del VIH con el receptor gp120 y por ende impidiendo la entrada del virus en la célula huésped.
- 2. Es necesaria la evaluación de la presencia del co-receptor CCR5 antes de iniciar un esquema de tratamiento con esta clase de ARV.

Inhibidor de la Posfijación

- 1. *Mecanismo de acción:* Se unen al receptor CD4 de un linfocito (una célula) CD4 huésped. Eso impide que el VIH se fije a los correceptores CCR5 y CXCR4 y entre a la célula.





★ Clasificación de los antirretrovirales.

Tabla 10. Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR).

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Abacavir	ABC	Tableta de 300 mg solución oral 20 mg/ml.	300 mg dos veces al día o 600 mg una vez al día.	Sí
Abacavir + Lamivudina	ABC + 3TC	Tableta de ABC 600 mg + 3TC 300 mg.	Una tableta diaria.	Sí
Abacavir + Lamivudina + Dolutegravir	ABC + 3TC + DLG	Comprimido de ABC 600 mg+ 3TC 300 mg+ DLG 50 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir	TDF + 3TC + DLG	Comprimido de TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DLG 50 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	TDF + 3TC + EFV	Comprimido de TDF 300 mg. + 3TC 300 mg + EFV 400 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Bictegravir + Emtricitabina + Tenofovir alafenamida fumarato	BIC + FTC + TAF	Comprimido de BIC 50 mg + FTC 200 mg + TAF 25 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Emtricitabina	FTC	Cápsula de 200 mg solución oral de 10 mg/ml.	Cápsula de 200 mg una vez al día. 240 mg de solución oral una vez al día.	No
Elvitegravir + Cobicistat + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamida Fumarato	ELVI + COBI + FTC + TAF	Tableta de ELVI 150 mg+ COBI 150 mg + FTC 200 mg + TAF 10 mg.	Una tableta al día.	Sí
Lamivudina	3TC	Tabletas de 150 mg, tabletas de 300 mg y solución oral de 10 mg/ml	150 mg dos veces al día o 300 mg una vez al día.	Sí
Tenofovir	TDF	Tableta de 300 mg.	300 mg una vez al día.	Sí
Tenofovir + Emtricitabina	TDF + FTC	Tableta con TDF 300 mg + FTC 200 mg.	Una tableta una vez al día.	Sí
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	TDF + FTC + EFV	Tableta de TDF 300 mg + FTC 200 mg + EFV 600 mg.	Una tableta (EFV 600 mg d + FTC 200 mg +TDF 300 mg) una vez al día.	Sí
Zidovudina	AZT	Cápsula de 100 mg, tabletas de 300 mg, solución oral 10 mg/ml.	600mg diarios (ya sea 300 mg dos veces al día o 200 mg tres veces al día).	Sí
Zidovudina + Lamivudina	AZT + 3TC	Tableta con AZT 300 mg + 3TC 150 mg.	Una tableta dos veces al día.	Sí

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Tabla 11. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Efavirenz	EFV	Cápsulas de 50 mg, 200 mg o tabletas de 400 mg/600 mg.	600 mg una vez al día (antes de acostarse) Tomar con estómago vacío para reducir efectos secundarios.	Sí
Doravirina	DOR	Tableta de 100 mg.	100 mg una vez al día con o sin alimentos.	No
Etravirina	ETR	Tabletas de 100 mg.	200mg dos veces al día.	No
Ripilvirina	RPV	Tabletas de 25 mg o 200 mg.	25 mg una vez al día con comida.	No
Emtricitabina + Ripilvirina + Tenofovir	FTC + RPV + TDF	Tableta de FTC 200 mg + RPV 25 mg + TDF 300 mg.	Una tableta una vez al día con comida.	No

Tabla 12. Inhibidores de proteasa

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Atazanavir	ATV	Cápsulas de 100, 150, 200 y 300 mg.	ATV 300 mg + RTV 100 mg una vez al día.	No
Darunavir	DRV	Tableta de 75, 150, 300, 400, 600 mg.	Pacientes sin TARV previo: DRV 800 mg + RTV 100 mg una vez al día. Pacientes con TARV previo: DRV 600 mg + RTV 100 mg dos veces al día con IP. * No se recomienda su uso sin RTV.	Sí
Darunavir/Cobisistat	DRV + COBI	Tableta de DRV 800mg + COBI 150 mg.	Pacientes sin TARV previo: DRV 800 mg + COBI 150 mg una vez al día.	Si
Lopinavir/ritonavir	LPV/r	Tabletas con LPV 200 mg + RTV 50 mg. Tabletas con LPV 100 mg + RTV 25 mg solución oral con LPV 400 mg + RTV 100 mg por cada 5ml.	LPV/r 400mg / 100mg dos veces al día o LPV/r 800 mg / 200 mg una vez al día. La dosis una vez al día sólo se recomienda para pacientes sin tratamiento previo, no debe ser utilizada en embarazadas. Para pacientes con EFV o NVP: LPV/r 500 mg/125 mg dos veces al día.	Sí
Ritonavir	RTV	Cápsula de 100 mg o solución con 80 mg/ml.	Como potenciador de otros IP 100-400 mg por día en una o dos dosis.	Sí





Tabla 13. Inhibidores de la entrada

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Maraviroc	MVC	Tabletas de 150 y 300 mg.	Con inhibidores fuertes de CYP3A (con o sin inductores) incluyendo IP (excepto TPV/r): 150 mg dos veces al día. Si se administra con INTR, T-20; TPV/r, NVP u otros no Inhibidores de CYP3A o inductores: 300mg dos veces al día.	Sí
Ibalizumab		Vial de 150 mg/ml.	Infusión intravenosa administrada cada dos semanas.	No

Tabla 14. Inhibidores de la integrasa

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Raltegravir	RAL	Tabletas de 400 mg Comprimido Masticables 25 y 100 mg.	400mg dos veces al día. (Pacientes con Rifampicina: RAL 800 mg dos veces al día).	Sí
Dolutegravir	DTG	Tabletas de 50 mg.	50 mg una vez al día.	Sí
Elvitegravir	EVG	Tabletas 85 mg. Tabletas 150 mg.	85 mg o 150 mg una vez al día*. *debe ser utilizado en combinación con inhibidores de proteasa y ritonavir.	No

2.6. Reacciones adversas, efectos secundarios e interacciones de los antirretrovirales

Tabla 15. Reacciones adversas de los antirretrovirales.

ARV	REACCIÓN ADVERSA	ARV	REACCIÓN ADVERSA
ABC	<ul style="list-style-type: none">• Reacción de hipersensibilidad.• Lipodistrofia.	ETV	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica.• Reacción de hipersensibilidad.
ATV	<ul style="list-style-type: none">• Nefrolitiasis.• Urolitiasis.• Cristaluria.• Insuficiencia renal.• Episodios de sangrado.• Resistencia a la insulina.• Diabetes Mellitus, trastornos metabólicos.• Hiperbilirrubinemia indirecta reversible.	FTC	<ul style="list-style-type: none">• Lipodistrofia.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



ARV	REACCIÓN ADVERSA	ARV	REACCIÓN ADVERSA
AZT	<ul style="list-style-type: none">Anemia macrocítica grave potencialmente mortal.Neutropenia grave.Supresión de médula ósea.Lipodistrofia.Dislipidemia.Náuseas, vómitos, cefaleas, astenia.	LPV/r	<ul style="list-style-type: none">Lipodistrofia.Hiperlipidemia (principalmente hipertrigliceridemia).Insuficiencia renal.Episodios de sangrado.Resistencia a la insulina.Diabetes Mellitus, trastornos metabólicos.Efectos gastrointestinales, principalmente diarrea.
DTG	<ul style="list-style-type: none">Insomnio.Fatiga.Cefalea.Diarrea.	MVC	<ul style="list-style-type: none">Hepatotoxicidad (puede ser precedida de una reacción alérgica sistémica (erupción pruriginosa, eosinofilia, elevación de IgE).Aumento de CPK.
COBI	En combinación con ATZ+TDF+FTC: <ul style="list-style-type: none">Hiperbilirrubinemia.Ictericia.Dermatitis.Aumento de creatinina sin alteración de la tasa de filtración glomerular.	NVP	<ul style="list-style-type: none">Hepatitis sintomática aguda.Hepatotoxicidad.Reacción de hipersensibilidad.Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica.
EVG	En combinación con cobicistat, emtricitabine, tenofovir disoproxil fumarate: <ul style="list-style-type: none">Cefalea.Diarrea.Náuseas.	RAL	<ul style="list-style-type: none">Aumento de transaminasas.
DRV	<ul style="list-style-type: none">Alteraciones gastrointestinales.Hepatotoxicidad.Alteración de perfil lipídico.	RTV	<ul style="list-style-type: none">Alteración de metabolismo de las grasas.
EFV	<ul style="list-style-type: none">Efectos en sistema nervioso central.Reacción de hipersensibilidad.Síndrome de Stevens-Johnson/ Necrólisis Epidérmica Tóxica.Teratogenicidad potencial (adolescentes en el primer trimestre de embarazo, o en edad de procrear y que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados).	BIC	En combinación con Emtricitabina + Tenofovir alafenamida fumarato: <ul style="list-style-type: none">Diarrea.Náuseas.Vómitos.Cefaleas.
TDF	<ul style="list-style-type: none">Alteraciones renales.Osteomalacia.Potencial disminución en la densidad ósea.Cefalea, diarrea, náuseas, vómitos, astenia.	RPV	<ul style="list-style-type: none">Elevación de ALT, AST.Hipercolesterolemia.Desórdenes psiquiátricos.Dermatitis severa.Insomnio.Cefalea.



Principios claves en el manejo de los efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales:

- a. Determinar la gravedad del efecto secundario.
- b. Evaluar los medicamentos administrados concomitantemente y confirmar si el efecto secundario es atribuible a un antirretroviral (ARV) o a otro tipo de medicación que se está administrando simultáneamente.
- c. Considerar otras enfermedades concomitantes.
- d. Tratar el evento adverso según la gravedad.

1.Reacciones graves potencialmente mortales: suspender de inmediato todos los medicamentos antirretrovirales, tratar el evento adverso (tratamiento sintomático y de apoyo) y reintroducir los medicamentos ARV empleando un régimen modificado (sustituyendo el medicamento responsable) cuando se estabilice el paciente.



- 2.Reacciones graves: sustituir el medicamento responsable, sin suspender el TARV.
- 3.Reacciones moderadas (por ejemplo, neuropatía periférica o lipodistrofia): mantenimiento de la terapia ARV mientras sea factible. Si no mejora con tratamiento sintomático, se plantearán las sustituciones solamente del medicamento responsable.
- 4.Reacciones leves: son molestas, pero no requieren cambios del tratamiento.
- e. Informar al paciente de la importancia en el mantenimiento del tratamiento, pese a la toxicidad, en el caso de las reacciones leves y moderadas.
- f. Estos principios claves mencionados se mantienen en embarazadas y niños.

Interacciones entre los fármacos antirretrovirales y otros medicamentos.

Las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y otros medicamentos se describen en la Tabla 16 en esta sección.

Tabla 16. Interacciones medicamentosas de los antirretrovirales más frecuentes.

Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	Raltegravir	Dolutegravir	Bictegravir/TAF
Antimicobactena					
Rifampicina	↓ niveles de Efavirenz	↓ niveles de Lopinavir/ Ritonavir	↓ niveles de Raltegravir	↓ nivel de Dolutegravir	Contraindicado
Rifabutina	↓ nivel de Rifabutina	↑ niveles de Rifabutina	↑ niveles de Raltegravir		↓ niveles de Bictegravir/TAF
Claritromicina	↓ niveles de Efavirenz	↑ niveles de Lopinavir/ Ritonavir			
Antifúngicos					
Ketoconazol	No existen cambios significativos en los niveles de ketoconazol o EFV	↑ niveles de Lopinavir			
Fluconazol	No existen datos	No existen datos			
Itraconazol	↓ niveles de Itraconazol	↑ el nivel de itraconazol.			
Anticonceptivos orales					
Etinil estradiol	↑ niveles Etinil estradiol	↑ niveles Etinil estradiol			
Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir LPV/r)			
Terapia hormonal					No existen interacciones significativas



Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	Raltegravir	Dolutegravir	Bictegravir/TAF
Anticonceptivos orales					
Simvastatina, Lovastatina	↑ niveles de Simvastatina un	Posible ↑ importante del nivel de estatinas. Evitar el uso.			
Atorvastatina	↑ niveles de Atorvastatina	↑ niveles de Atorvastatina.			
Pravastatina	No existen datos	↑ niveles de Pravastatina.			
Anticonvulsivantes					
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína Fenobarbital.	Utilizar con cautela. ↓ niveles de EFV con fenitoína. Vigilar los niveles de ambos fármacos.	Carbamazepina ↑ niveles con RTV Fenitoína: ↑ los niveles de LVP/r y de fenitoína. En todos los casos evitar el uso concomitante o vigilar los niveles de LPV/ anticonvulsivante.		Simvastatina, Lovastatina	Carbamazepina: ↓ nivel de Do- lutegravir. Carbamazepina y Fenobarbital: ↓ niveles Bictegravir/TAF.
Antiácidos					
Antiácidos que contengan Al, Mg,+/- Ca.				↓ niveles de Dolutegravir.	
Otros fármacos.		Todos los IP y EFV pueden incrementar los niveles de cisapride y antihistamínicos no sedantes (aztemizol, terfenidina), que pueden causar toxicidad cardíaca. No se recomienda la coadministración.			
		Puede aumentar niveles de metformina y está contraindicado con dofetilide (antiarrítmico).			





Tabla 17. Interacciones de ARV con anticonceptivos.

Tipos de anticonceptivos					
Orales: basados en combinación de estrógenos y progestágenos y basados en progestágenos solamente					
Inyectables: de progestágeno solamente (DMPA, NET-EN) y combinados					
De acción prolongada: implante subdérmico y DIU					
Antirretroviral	Etinilestradiol (EE) Estrógeno	Etonogestrel (ENG) Progestágeno	Combinación estradiol + enantato de noretilisterona	Norgestimato (NGM), proges- tágeno segunda generación y Norelgestromina (NGMN)proges- tágeno tercera generación.	Medroxiprogesterona (DPMA)
Inhibidores de integrasa (DTG, RAL)	No interfiere	No interfiere			
Inhibidores no nucleósidos (EFV)	Disminuye biodisponibilidad de EE y EFV	Disminuye biodisponibilidad de EFV y ENG			
Inhibidores de proteasa (DRV, RTV, LPV/r)	Disminuye biodisponibilidad		Disminuye biodisponibilidad		↑ biodisponibilidad
Tenofovir (TDF)	No interfiere			No interfiere	
Nevirapina (NVP)	↑ concentración de EE				

Interacciones entre los fármacos antirretrovirales con las comidas:

Las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y las comidas se describen en la Tabla 12, y se completan con la Guía para la atención nutricional de las personas con VIH en la República de Panamá.

Tabla 18. Interacciones de los ARV con los alimentos.

Antirretrovirales	Recomendación
Atazanavir (IP).	Administrar con alimentos.
Darunavir.	Debe tomarse con comidas.
Efavirenz (INNTR).	Dos horas antes o después de las comidas
Elvitegravir / Cobicistat / Emtricitabina/ Tenofovir de alafenamida.	Administrar con alimentos. Si necesita tomar un medicamento contra la indigestión (un antiácido) que contiene hidróxido de aluminio y de magnesio o carbonato de calcio durante el tratamiento, tómelo al menos 2 horas antes o después de tomar el medicamento.
Lamivudina (INTR).	Ninguna.
Ritonavir (IP).	Administrar con alimentos.
Lopinavir/ritonavir (IP).	Administrar con alimentos.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Antirretrovirales	Recomendación
Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir.	Administrar con alimentos.
Zidovudina (INTR).	Ninguna.

2.7. Resistencia a fármacos antirretrovirales.

La resistencia a fármacos antirretrovirales puede causar disminución de la eficacia y resultar en fallo virológico, progresión de la enfermedad y mayor morbilidad, mortalidad y posibilidad de transmitir virus resistentes (estudios realizados en Europa y Estados Unidos reportan, que aproximadamente el 10% de las nuevas infecciones se deben a cepas resistentes de VIH).

Se deben tomar medidas para promover la adherencia al tratamiento y la supresión virológica definida como niveles de CV menores a los niveles detectables. Las estrategias pueden variar entre estrategias dirigidas al paciente, su ambiente familiar y/o social o en la atención.

Dentro de las intervenciones para la mejora de adherencia, la asesoría intensificada en adherencia se ha observado como una estrategia que permite lograr la supresión viral y documentar sistemáticamente la adherencia.

Para la implementación de asesoría intensificada en adherencia, es importante considerar que la primera condición es contar con una carga viral reciente (de los últimos seis meses), así como tener una carga viral indetectable previa, antes de la carga viral mayor a 1000 cp/ml. La asesoría intensificada aplicará para aquellas personas que se encuentran activos en TARV, que han logrado supresión viral y en que su siguiente control sea mayor a 1000 cp/ml.

En personas con carga viral mayor o igual a 1000 cp/ml, se realizará la oferta de asesoría intensificada en adherencia. Si el paciente no desea participar en las tres sesiones, se referirán a psicología y trabajo social para un abordaje personalizado. Al aceptar, se le explicará la persona que tendrá un seguimiento durante tres meses. Este esquema permitirá que las personas que tengan un aumento de carga viral, en un tiempo máximo de tres meses tengan una decisión respecto a cómo lograr suprimir la carga viral, manteniendo o cambiando el esquema actual.

El fracaso terapéutico y/o resistencia a ARV no debe ser confundido con el fenómeno BLIP, el cual se puede observar posterior a la supresión. Se detecta un valor de CV seguido por supresión virológica.





Tabla 19. Fracaso terapéutico.

Fracaso terapéutico		Factores implicados
Fracaso virológico	No se alcanza o no se consigue mantener una supresión vírica máxima (carga viral < 1000 copias/mm³)	<ul style="list-style-type: none">Falta de cumplimiento terapéutico (causa más importante).Aparición de toxicidad que provoca el abandono del tratamiento.Aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos que dependen del fármaco. Aparición de resistencias: <ul style="list-style-type: none">Descartar los anteriores factores, ya que pueden ser la misma causa de la resistenciaEntre otros factores: errores en la prescripción, comorbilidades, presencia de virus drogo-resistentes adquiridos o transmitidos entre otros.
Respuesta virológica incompleta	Dos CV consecutivas > 1000 copias/mm³ luego de 24 semanas en TARV en un paciente que no ha reportado supresión virológica previamente con este esquema.	
Rebote virológico	CV ≥ 1000 copias/mm³ posterior a la supresión virológica.	Bajo nivel de viremia: ARN VIH detectable confirmado <200 copias/mL.
Fracaso inmunológico	No se alcanza o no se consigue mantener una respuesta de los CD4 adecuada a pesar de la supresión virológica. Existe una incapacidad para aumentar la cuenta de CD4 a partir de la cuenta inicial luego de iniciar el TARV.	Factores asociados a una baja respuesta de los CD4: edad avanzada, coinfecciones, activación inmune persistente, pérdida de la regeneración del sistema inmune, otras condiciones médicas.
Fracaso clínico	Se produce una progresión de la infección por el VIH definida por la aparición de nuevas enfermedades definitorias de SIDA. La carga viral se encuentra > 1000 copias / ml en dos cargas virales consecutivas después de tres meses con adherencia de apoyo.	Un individuo debe estar bajo tratamiento con ARV por al menos seis meses antes de que se pueda determinar que un régimen ha fallado.

Pruebas de resistencia a los fármacos antirretrovirales en el laboratorio.

Las pruebas de resistencia a fármacos deben ser prescritas por médicos especialistas en enfermedades infecciosas. En las clínicas TARV en donde no haya disponibilidad de estos especialistas, se coordinará la interconsulta a través de telemedicina u otras formas de comunicación para presentación del caso y determinar la necesidad de la prueba de resistencia a fármacos.

La prueba es realizada mientras las personas están tomando medicamentos contra el VIH o hasta cuatro semanas después de discontinuar la terapia. Las personas deben tener una carga viral de más de 2000 copias (ver “Exámenes relacionados con la infección por el VIH ” en esta sección).

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH





SECCIÓN III: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

3.1. Tratamientos de primera línea.

Los regímenes de tratamiento de primera línea recomendados para el VIH incluyen medicamentos antirretrovirales (ARV) que son inocuos, eficaces y prácticos para la mayoría de las personas infectadas que nunca han recibido antirretrovirales.

Las formas combinadas presentan cómoda posología por lo que permite una adecuada adherencia (factor muy importante para el éxito del tratamiento). El esquema de elección es el preferido porque existe en el mercado una presentación de Dosis Fija Combinada (DFC), lo cual facilita la adherencia, y este esquema tiene una menor incidencia de efectos adversos (anemia y toxicidad mitocondrial).

Tratamiento de elección para iniciar terapia en adolescentes y adultos con VIH 2 INTR + 1INI

Tabla 20. Esquemas de primera línea.

Primera línea Esquema preferencial	Esquema alternativo	
TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ Dolutegravir 50 mg. FTC 200 mg/ TAF 25 mg/ Bictegravir 50 mg**.	FTC 200 mg/TDF 300 mg/EFV 600 mg 1 tableta VO al día*.	
<p>** Pacientes con filtración gromerular menor de 50 y fracturas patológicas.</p> <p>En el caso de pacientes con insuficiencia renal antes o después del tratamiento antirretroviral, evitar el uso de esquemas con tenofovir. En dichas circunstancias se recomienda en su lugar el uso de otro INTR (abacavir o zidovudina) y hacer los ajustes necesarios según la tasa de filtración glomerular como se muestra en la tabla 2 en esta sección.</p>	Antirretroviral.	Velocidad de Filtración glomerular.





Tabla 2. Ajuste de dosis de ARV según filtración glomerular.		
Necesidad de ajuste.		
Disminuir dosis según aclaramiento de creatinina (Cl Cr).	Lamivudina.	< 30; 150 mg día > 30; 300 mg día
	Emtricitabina.	Cl Cr 30 – 50; 200 mg c/48 hr Cl Cr 10 – 30; 200 mg c/72 hr Cl Cr < 10; 200 mg c/96 hr.
	Tenofovir.	Cl Cr 30 – 50; 300 mg c/48 hr Cl Cr 10 – 30; 300 mg c/72 - 96 hr Cl Cr < 10; sin datos.
	Maraviroc.	Cl Cr < 50; sin datos.
No requiere ajuste.		Abacavir, Dolutegravir, IP, INNTR, Raltegravir.
Contraindicaciones en hemodiálisis: Tenofovir, Tenofovir/Emtricitabina, Atazanavir.		
Saag, Chamber, Eliopoulos, Gilbert, & Moellering, 2011.		

3.2. Tratamiento de segunda línea.

La segunda línea se define como el tratamiento de aquellos pacientes que fallaron a un esquema de primera línea (con DTG o EFV) y que deben migrar a un segundo esquema con IP/r o DTG (respectivamente) con IP a DTG o que se sospeche falla virológica. Se debe descartar que la carga viral elevada no sea debido a la falta de adherencia (ver Sección I: Modelos diferenciados de atención, Asesoría Intensificada en Adherencia). El nuevo esquema debe considerar el régimen que falló y la prueba de resistencia.

Este nuevo esquema debe ser recomendado por el especialista en enfermedades infecciosas, siempre que sea posible solicitar prueba de genotipaje para evaluar los cambios.

Tabla 21.a Esquemas de segunda línea.

Primera Línea	Segunda Línea
2 INTR + 1 INI (DTG)	2 INTR + 1 IP (DRV/r)
2 INTR + 1 INNTR (EFV)	2 INTR + 1 INI (DTG)

3.3. Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico.

Este tratamiento se encuentra indicado previa prueba de resistencia para los pacientes que experimenten fracaso virológico a un esquema de segunda línea. Un fracaso virológico no conlleva necesariamente un cambio de la triple terapia (Ver Sección I: Modelos diferenciados de atención, Asesoría Intensificada en Adherencia). Si es necesario hacer un cambio, debe ser hecho tan pronto sea posible para evitar la acumulación de mutaciones que con lleven a mayor resistencia.



Entre los esquemas se incluyen:

Tabla 21.b Esquemas de tercera línea.

Tercera Línea
1 INNTR + 1 IP + 1 INI

Este nuevo esquema debe ser recomendado por el especialista en enfermedades infección, siempre que sea posible solicitar prueba de genotipaje para evaluar los cambios.

Tabla 22. Resumen de los esquemas preferentes y alternativos según línea terapéutica.

Línea terapéutica	Esquema preferente	Esquema alternativo	Interconsulta a especialista
Primera línea	2 INTR + 1 INI TDF 300 mg + 3TC 300 mg + 50 mg DTG	2 INTR + 1 INNTR FTC 200mg + TDF 300 mg + EFV 600 mg	
	CICr entre 30 y 50. FTC 200 mg + TAF 25 mg + BIC 50 mg		
Segunda línea	2 INTR + 1 IP (DRV/r)	2 INTR + 1 INI (DTG)	Sí, se recomienda realizar pruebas de resistencia
Tercera línea	1 INNTR + 1 IP + 1 INI		Sí, realizar previamente prueba de resistencia)

Monitoreo y evaluación del tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos:

1. El monitoreo y evaluación de la TARV es muy importante para:

a. Reforzar la adherencia de los pacientes.

b. Mantener activas las acciones de educación y prevención.

c. Detener efectos adversos e interacciones medicamentosas.

d. Detección de resistencia a antirretrovirales e interrupción del tratamiento.
2. Se debe realizar un monitoreo clínico, inmunológico y virológico (Tabla 3 en esta sección).
3. Después de los primeros seis meses de tratamiento se debe producir mejoría inmunológica, pero también puede aparecer toxicidad a los medicamentos y entre otros el Síndrome de Reconstitución Inmune.

a. Recuperación de CD4: en la mayoría de los pacientes el recuento de CD4 aumenta.

Toxicidad por fármacos:

Al escoger un esquema terapéutico nuevo es importante poner atención a la intolerancia o toxicidad de las drogas.

1. La toxicidad suele ser temprana en las primeras semanas o meses de tratamiento, o tardía.

2. Las toxicidades tempranas más frecuentes y potencialmente graves incluyen: hipersensibilidad a los INNTR (EFV) suele aparecer en las primeras semanas de terapia.

3. Trastornos hematológicos como anemia y neutropenia asociados al AZT que se





presentan en los primeros meses.

Manejo de la toxicidad:

- 1. Si se presentan efectos relacionados a la terapia entre las citas, el paciente debe acudir a la clínica de TARV.
- 2. Siempre es apropiado la sustitución de la droga causal (o sospecha) por otra con la misma potencia y, si es posible, de la misma clase.
- 3. Una sustitución sólo debe ocurrir después de agotados todos los recursos.
- 4. En casos de interrupciones del tratamiento no programadas, debido por ejemplo a desabastecimiento, se recomienda mantener el esquema terapéutico antirretroviral que ya se utilizaba.
- 5. Existe evidencia de que hay beneficios en el mantenimiento de los esquemas.

Síndrome de reconstitución inmune:

- 1. Signos y síntomas clínicos por la recuperación inmune alcanzada con el TARV.
- 2. Ocurre por lo general dentro de dos a doce semanas del inicio del TARV.
- 3. Incidencia estimada: 10% entre todos los pacientes que inician TARV. Incidencia estimada: hasta del 25% si se inicia el TARV con recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm³.
- 4. Eventos más frecuentes (aproximadamente en el 60% de todos los casos): infecciones por micobacterias y criptocosis.
- 5. Manejo: tratamiento de las IO, continuación del TARV y uso de antiinflamatorios o corticosteroides.

Tabla 23. Monitoreo de la terapia antirretroviral en adolescentes y adultos con VIH.

Monitoreo	Basal	2-4 semana	4° – 6°	Cada 6°	Cada 12°	Realizar por clínica sugestiva
Evaluación Clínica	X	X	X		X	
Peso	X	X	X			
Hemograma	X		X			
Glicemia	X		X ¹		X ²	
Pruebas de función renal y hepática	X		X			
Perfil lipídico	X			X ¹	X ²	
Urinálisis	X			X ³	X	
CD4	X		X ⁴	X ⁵	X ⁶	
Carga viral	X		X	X ⁵		
Hepatitis B	X					Vacunar a susceptibles
Hepatitis C	X				X	
Prueba de embarazo	X					X

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Monitoreo	Basal	2-4 semana	4° – 6°	Cada 6°	Cada 12°	Realizar por clínica sugestiva
VDRl	X				X	

¹ Tomar muestra si resultado previo es anormal.

² Anualmente si resultado previo es normal.

³ Si se encuentra con esquema de TDF.

⁴ Durante los dos primeros años de TARV o si el paciente presenta viremia mientras utiliza TARV o si CD4 < 300 células/mm³.

⁵ Pacientes con dos cargas virales consecutivas indetectables, se puede considera realizar el monitoreo (CD4 y CV) cada 12 meses.

⁶ El inicio de tratamiento no se debe postergar por la falta de disponibilidad de algunas pruebas de laboratorio que se presentan a nivel basal a menos que la evaluación clínica identifique la necesidad de esperar los resultados de algún laboratorio para inicio de tratamiento.

- Otras consideraciones durante el seguimiento del paciente son el tamizaje de cáncer de acuerdo con su edad (ver Normas de Salud de Adulto del Ministerio de Salud) y completar esquemas de vacunación (Ver Esquemas de vacunación del país).
- Entre las vacunas recomendadas para personas que viven con VIH:
 1. Hepatitis A (una dosis).
 2. Hepatitis B (dos dosis y un refuerzo).
 3. Influenza (1 dosis anual).
 4. Neumococo conjugado 13 y 23 (una dosis).
 5. Papiloma virus (recomendada en HSH que vive con VIH hasta los 40 años y en mujeres que viven con VIH hasta los 26 años).
 6. TD adulto (dos dosis y un refuerzo al año de la última dosis).
 7. COVID-19 (tres dosis). Los lineamientos sobre número de dosis de esta vacuna estará sujeta a las recomendaciones futuras que surjan sobre su administración por el Ministerio de Salud.



Manejo de los fármacos antirretrovirales en situaciones especiales:

Exposición ocupacional al VIH:

La exposición ocupacional al VIH es una EMERGENCIA y requiere por tanto de un abordaje inmediato. La Profilaxis post exposición ocupacional (PPE) debe ofrecerse idealmente entre 2-4 horas después del accidente y hasta un máximo de 72 horas después.

Si existe riesgo, la persona debe comenzar el tratamiento lo antes posible, preferentemente en las primeras 2-4 horas post exposición. Se debe dar tratamiento con tres medicamentos activos.

Esquema de elección: 2 INTR + 1 INI:

- TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ DTG 50 mg vo cada día por cuatro semanas.

Alternativas:

- TDF 300 mg/ FTC 200 mg/ EFV 600 mg una tableta vo cada noche durante cuatro semanas. *En caso de no tolerar consultar con el infectólogo.





El riesgo de transmisión depende del tipo y severidad de la exposición, en heridas percutáneas el riesgo es de 0.3% y ante la exposición de la membrana es de aproximadamente 0.09%. El riesgo aumenta aún más al considerar el procedimiento que provoca la lesión: heridas punzo cortantes con agujas utilizadas directamente en venas o arterias o visiblemente en contacto con fluidos contaminados, así como en heridas profundas, si la fuente proviene de una persona en fases avanzadas de la enfermedad, el tipo de fluido, y el volumen del mismo. De ser posible solicitar el estatus serológico del paciente fuente sino es conocido.

Se recomienda una primera dosis de PPE mientras puede iniciarse la evaluación, no se debe postergar el tratamiento en la espera del resultado de la prueba de VIH del paciente fuente. Una vez evaluado el riesgo (de ser alto) se recomienda PPE independiente de un resultado negativo por parte del contacto, ya que el mismo podría estar en periodo de ventana.

Medidas generales:

- 1. Lavado de las membranas con abundante de agua.
- 2. Lavado de la piel con abundante agua y jabón.
- 3. En caso de herida punzo cortante, utilizar clorhexidina o un limpiador a base de alcohol en el área.

Determinar el riesgo:

- 1. Tipo de accidente.
- 2. Tipo de fluido involucrado: sangre, tejidos, secreciones vaginales, semen u otros potencialmente infectantes (LCR, líquido pleural, ascítico, amniótico, sinovial y peritoneal). No se consideran infectantes: orina, materia fecal, lágrimas, saliva, sudor, esputo, vómito.
- 3. Determinación de la carga viral de la fuente.
- 4. Referir al funcionario afectado a: Salud Ocupacional o al Servicio de Emergencias asignado para este fin en cada región e Infectología.

Seguimiento del paciente:

- 1. Independiente de que el expuesto acepte o no PPE se le debe ofertar la prueba de VIH a las cuatro y doce semanas post exposición.
- 2. Se le recomienda al expuesto mantener relaciones sexuales seguras con condón.
- 3. En caso de lactancia se recomienda omitir la misma.

Exposición no ocupacional al VIH:

Según datos de la OMS, se ha demostrado que la PEP reduce hasta el 80% el riesgo de contraer la infección por el VIH cuando esta profilaxis se inicia a más tardar en las primeras 72 horas previas a la exposición.

Para casos de abuso sexual es necesario que haya servicios especializados de apoyo integral.

La OMS recomienda los mismos esquemas que se detallaron anteriormente para la exposición ocupacional del VIH.



En el caso de niños con casos de abuso sexual se recomienda como esquemas de PEP lo siguiente:

1. ABC + 3TC + DTG o AZT/3TC/DTG en niños entre 20 a 30 kg de peso.
2. TDF+3TC+DTG en niños mayores o iguales a 30 kg de peso.

Profilaxis pre-exposición para la prevención del VIH (PrEP):
Recientes estudios han demostrado que existe una reducción importante de adquirir el VIH entre los HSH, parejas sero-discordantes al utilizar antirretrovirales orales para la prevención del VIH. La indicación debe ser dada una vez se hayan evaluados los riesgos de la persona, entre los cuales se puede mencionar a HSH, heterosexuales con riesgo de adquirir VIH, usuarios de drogas inyectables, y parejas sero-discordantes en el que la pareja seropositiva no se encuentra suprimido.

En aquellos pacientes que cumplen con los requisitos previos, se les debe recomendar la ingesta oral diaria de:

Esquema de elección: TDF 300 mg + FTC 200 mg.





SECCIÓN IV: INFECCIONES OPORTUNISTAS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON VIH

La mayoría de las infecciones oportunistas (IO) se presentan por una reactivación de un foco infeccioso “latente”, que en condiciones de competencia inmunológica no se manifiestan. Su reactivación ocasiona cuadros clínicos que pueden dejar secuelas o amenazar la vida del paciente. Constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes con VIH. Toda persona con infección por VIH sin tratamiento tiene mayor riesgo para que se presenten IO y neoplasias.

Las IO más frecuente en Panamá son la tuberculosis pulmonar e histoplasmosis.

El inicio de TARV puede mejorar la función inmune y contribuir a una resolución más rápida de la infección oportunista. Se ha documentado que el TARV es efectivo para infecciones oportunistas en la cual no existe terapia efectiva como por ejemplo: *Cryptosporidium*, *Microsporidiasis* y en la Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva. Para el sarcoma de Kaposi, el inicio de la terapia puede llevar a la resolución de las lesiones en ausencia de una terapia específica. El inicio de la terapia antirretroviral también tiene efecto preventivo beneficioso, ya que es menos probable que una segunda oportunista ocurra.

El inicio del TARV también tiene algunas desventajas, como las posibles interacciones, la toxicidad y el riesgo de desarrollar el Síndrome de Reconstitución Inmune Inflamatoria (SIRI), comúnmente asociado a infecciones por micobacterias, pero también se da con *Pneumocistis jirovecii*, Toxoplasmosis, Criptococosis, Histoplasmosis, Hepatitis (B y C), Citomegalovirus, entre otras. Sus manifestaciones son diversas y usualmente se caracterizan por fiebre y empeoramiento de las manifestaciones clínicas (aparición de adenopatías e incluso infiltrados radiográficos). La mayoría las manifiesta dentro de las primeras 4-8 semanas de inicio de la terapia. El diagnóstico del SIRI es un reto pues hay que descartar otras infecciones oportunistas y pensar además en la posibilidad de fallo al tratamiento antirretroviral o una cepa resistente.

El inicio de tratamiento antirretroviral se debe diferir dos semanas luego del inicio de tratamiento para tuberculosis y de 4 a 6 semanas luego del inicio de tratamiento para meningitis criptocócica o tuberculosa.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



En pacientes con histoplasmosis diseminada se puede iniciar tratamiento antirretroviral inmediato, a menos que haya evidencia o sospecha de haber alcanzado esta última al sistema nervioso central.

La detección precoz de los pacientes con VIH, el inicio de TARV de forma adecuada y la intervención temprana de las IO, permite mejorar la esperanza y la calidad de vida de las personas con VIH.

4.1. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios en adolescentes y adultos con VIH.

En los adolescentes y adultos con VIH con sospecha de infecciones oportunistas con manifestaciones respiratorias, debe considerarse el recuento de CD4. Aquellas personas en las cuales el CD4 se encuentre menor o igual de 200 células/mm³, considerar una infección oportunista (*Pneumocystis jirovecii* e histoplasmosis) y tuberculosis independiente del nivel de CD4. En el caso de que el valor del CD4 sea mayor de 200 células/mm³, se puede considerar una neumonía adquirida de la comunidad (NAC).

Figura 12. Diagnóstico diferencial en infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios según el valor del CD4.



Tabla 24. Escala CURB-65 para determinar el criterio de hospitalización.

Puntaje	Criterio	Mortalidad	%	Criterio de hospitalización
0	Ninguno	0.7/1.223	0.6%	Ambulatorio
1	Confuso	31/1.142	2.7%	
2	Urea < 44 o BUN >19	68/1.019	6.8%	Sala General
3	FR > 30	79/563	14%	UCI
4	PAD < 65 PAS <90	44/158	27.8%	
5	>65 años			



4.1.1. Neumonía adquirida en la comunidad:

Los pacientes con estadio 3 tienen mayor riesgo de desarrollar Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC¹) que la población general. La NAC¹ es por lo general bacteriana. Los microorganismos asociados son los mismos encontrados en los pacientes inmunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*. La clínica y diagnóstico se presentan en la Figura 13 de esta sección.

Tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad:

Los pacientes que pueden ser manejados ambulatoriamente pueden recibir una de las siguientes alternativas:

- Amoxicilina 500 mg/Acido clavulanico 125 mg VO cada 8h por siete días.
- Claritromicina 500 mg VO cada 12h por siete días.
- Azitromicina 500 mg VO c/día.
- Cefuroxima 500 mg VO cada 12h por 10 días.

En los alérgicos a la penicilina o cefalosporinas y en los cuales no se sospeche tuberculosis o si la radiografía de tórax hace sospechar neumonía atípica (*Legionella sp*, *Mycoplasma sp*, *Chlamydia sp*):

- › Levofloxacina 750 mg VO cada 24 horas durante siete días.

Si no responde a antibioterapia ampliar cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa* y/o *Staphylococcus aureus*.

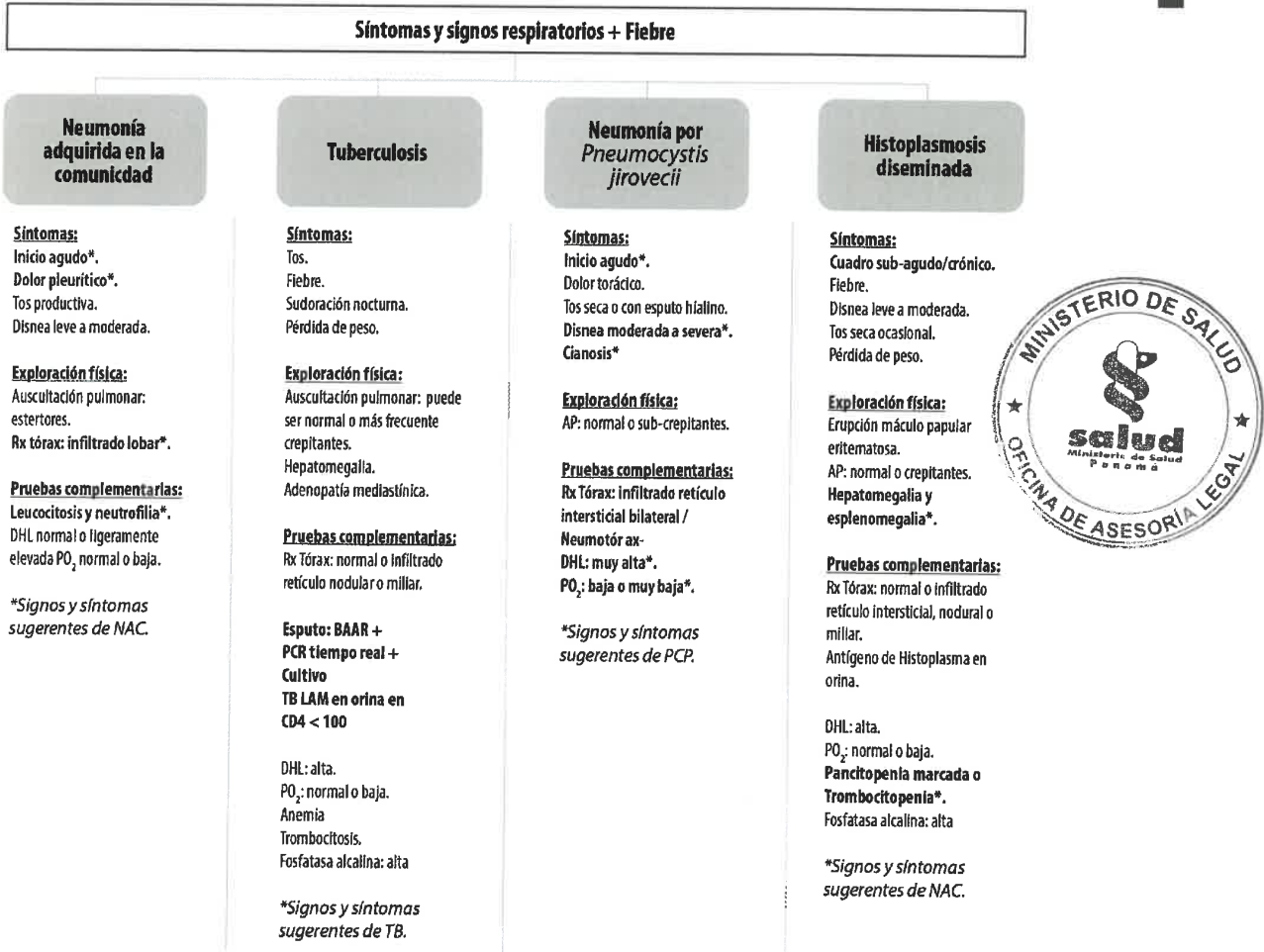
Se debe hospitalizar al paciente cuando no existe mejoría clínica en 72 horas al tratamiento ofrecido por NAC.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Figura 13. Clínica respiratoria más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial.



4.1.2. Tuberculosis:

En un paciente con tuberculosis (TB) activa en el que se diagnostica infección por VIH la prioridad es tratar la tuberculosis (ver figura 2 en esta sección). Para mayor información sobre el diagnóstico de Tuberculosis consultar las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

A todo paciente con tuberculosis activa se le debe realizar prueba de VIH.





Tratamiento de la tuberculosis activa.

Ante la sospecha, se debe iniciar tratamiento con cuatro drogas de primera línea, de acuerdo con lo normado por el Ministerio de Salud a través de la Sección de Control de la Tuberculosis.

1. La tuberculosis bien tratada deja de tener capacidad de contagiar a otros desde las dos a tres semanas de iniciado el tratamiento.
2. Se recomienda administrar el tratamiento acortado estrictamente supervisado tal como lo establece la Sección de Control de la Tuberculosis y las recomendaciones de la OMS, 2022 en las Guías Consolidadas de la Tuberculosis que manifiestan como recomendación fuerte de alto nivel de evidencia que pacientes con tuberculosis quienes viven con VIH deberán recibir la misma duración de tratamiento que una persona VIH negativa. Las excepciones de tiempo aplican para pacientes con tuberculosis meníngea, osteoarticular o miliar en donde la fase de continuación se debe extender.
3. Primera Fase (Combinación A):
 - a. Cuatro drogas todos los días VO durante dos meses. (fase intensiva)
 - a.1. Isoniazida (INH) + Rifampicina (RFP*) + Pirazinamida (PZA) + Etambutol (Tabla 5 de esta sección)
4. Segunda Fase (Combinación B): (fase continuación)
 - a. Dos drogas, todos los días, VO durante cuatro meses.
 - a.1. INH + RFP* (Tabla 5 de esta sección).

* Reemplazable por Rifabutina especialmente en caso de uso concomitante con inhibidores de proteasa. En caso de resistencia a Rifampicina, consultar con el especialista en enfermedades infecciosas y la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

Se recomienda en los sintomáticos respiratorios solicitar pruebas moleculares rápidas con el propósito de mejorar el diagnóstico oportuno de tuberculosis.

Tabla 25. Medicamentos antituberculosos de primera línea en adolescentes y adultos con VIH.

Medicamento de primera línea	Modo de acción	Potencia	Dosis recomendada (mg /kg peso) diaria
Isoniazida	Bactericida	Alta	5
Rifampicina	Bactericida	Alta	10
Pirazinamida	Bactericida	Baja	25
Etambutol	Bacteriostático	Baja	15

Para mayor información referirse a la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES):

1. Referir al paciente al TAES para su seguimiento.
2. Será manejado igual que un paciente HIV negativo con algunas excepciones:



- a. Si hay hepatotoxicidad se utilizará un régimen que no incluya el medicamento que causó la toxicidad.
 - b. Si la infección es diseminada (más de dos órganos afectados) o afecta el sistema nervioso central, prolongar la fase de continuación para un total de tratamiento a 9-12 meses de TAES.
 - c. En tuberculosis osteoarticular el tiempo de tratamiento es de nueve meses.
3. Durante el monitoreo clínico se debe educar a los pacientes y sus familias acerca de los efectos adversos y preguntar acerca de estos en cada visita a la clínica.
- a. Por ejemplo, se debe informar a los pacientes que la rifampicina puede colorear todas las secreciones corporales (orina, lágrimas, semen y sudor) de rojo o naranja. Esto puede evitar el abandono del tratamiento. Es importante considerar las interacciones con los ARV, específicamente los inhibidores de la proteasa.
 - b. La neuropatía periférica causada por INH, más común en pacientes con VIH alcohólicos o diabéticos, puede prevenirse administrando piridoxina 50 mg cada día.
 - c. Los efectos adversos severos descritos en la Tabla 26 de esta sección deben de llevar a la interrupción inmediata del medicamento bajo sospecha.

Tabla 26. Efectos adversos de los fármacos antituberculosos.

Medicamento responsable	Efecto adverso grave
Isoniacida	Neuropatía periférica
Etambutol	Trastornos visuales y de la percepción de colores
Rifampicina	Insuficiencia renal o trombocitopenia
Pirazinamida	Hepatitis
Rifabutina	Síntomas gastrointestinales, cefalea, alteración del gusto. Hepatitis, síndrome flu like, trombocitopenia, anemia hemolítica.



Todo adulto y adolescente que presente coinfección VIH-TB debe iniciar la TARV lo antes posible dentro de las dos primeras semanas de haber iniciado el TAES independientemente de su conteo de CD4.

- 1. No administrar Inhibidor de proteasa junto con Rifampicina.
- 2. En caso tal de que el paciente requiera obligatoriamente el uso del IP, consultar con el especialista de enfermedades infecciosas para considerar el uso de esquema sin rifampicina (considerar Rifabutina en dosis ajustada).

A toda persona con VIH y TB se le debe ofrecer adicional al tratamiento de estas infecciones, tratamiento preventivo con trimetropin-sulfametoxazol.

Se debe considerar la presencia de MDR-TB cuando el paciente no responde al tratamiento, si la prueba molecular marca resistencia a rifampicina o si el cultivo así lo demuestra, en estos casos referir a neumología (mayor información en la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA).





Quimioprofilaxis primaria o el tratamiento de la infección de tuberculosis latente:

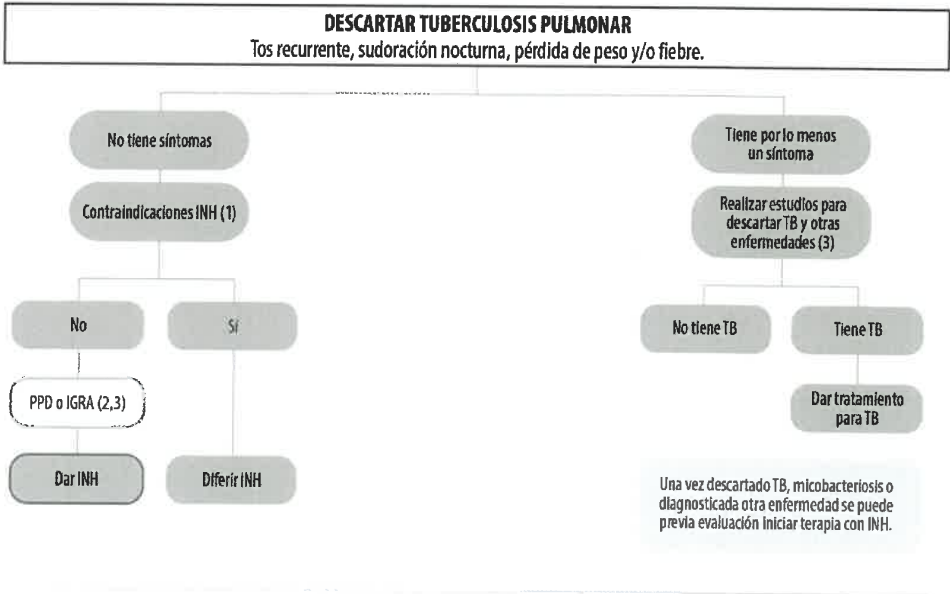
La quimioprofilaxis primaria está orientada a evitar la infección en los NO infectados y la quimioprofilaxis secundaria se dispone a evitar la enfermedad en los infectados, con este propósito se requiere una búsqueda activa de síntomas asociados a esta enfermedad (tos, sudoración nocturna, fiebre y/o pérdida de peso).

Para ofrecer esta quimioprofilaxis se requiere haber descartado la enfermedad tuberculosa activa y considerar la carga de Tuberculosis (ver figura 3 en esta sección). El tratamiento consiste en: Isoniazida 300 mg VO cada 24 h durante seis meses.

La terapia preventiva en personas con VIH no aumenta el riesgo de desarrollar resistencia a la isoniazida. La reducción del riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa activa en personas con VIH es todavía más significativa cuando el tratamiento se acompaña de terapia antirretroviral. Aunque el tratamiento puede ser autoadministrado, las personas que lo reciben deben ser evaluadas periódicamente durante todo ese tiempo para documentar adherencia, ausencia de toxicidad por el medicamento o aparición de síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa activa. Recordar el uso de piridoxina para evitar efectos secundarios de INH.

Independientemente de los escenarios se debe continuar la búsqueda de tuberculosis regularmente a través de los síntomas descritos y este proceso debe ser documentado en cada visita.

Figura 14. Escenarios para iniciar la terapia preventiva con isoniacida.



(1) Contraindicaciones para INH: hepatopatía, hipersensibilidad conocida.
(2) En zonas de baja carga de TB y acceso a recurso (incidencia <100 casos x 100 000): primero debe diagnosticarse la infección tuberculosa latente con PPD o IGRA para darle tratamiento con Isoniazida. En zonas con alta carga de TB y escasos recursos (incidencia > de 100 casos x 100 000), se puede proceder únicamente con el descarte de los síntomas descritos.
(3) Si el PPD es positivo (> 5 mm) ofrecer tratamiento para la infección latente de tuberculosis con INH, si el PPD es negativo NO es necesario ofrecer INH.
(4) Consultar las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.



Quimioprofilaxis:

Al diagnosticar tuberculosis, ofrecer terapia con TMP/SMX (160/800mg vo c/d) su discontinuación dependerá de su estado inmunológico y de la epidemiología del país. Considerar suspender si al finalizar el tratamiento de la tuberculosis mantiene un CD4 mayor de 200. Si tiene < 200 CD4, entonces se mantendría el TMP/SMX hasta adquirir un CD4> a 200.

4.1.3. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP):

Pneumocystis jirovecii, anteriormente llamado *Pneumocystis carinii*, es uno de los patógenos más frecuentes que causa neumonía en los pacientes con VIH avanzada. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 13 de esta sección.

- 1. Se debe valorar el inicio de tratamiento ante síntomas/signos leves.

Iniciar tratamiento lo más pronto posible ante la sospecha clínica de *Pneumocystis jirovecii*.

- 1. Se debe valorar el ingreso hospitalario ante disnea moderada a severa.

Tratamiento de la Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*:

- 1. Este hongo, en su estructura, carece de ergosterol lo que explica la inactividad de los antifúngicos convencionales contra este microorganismo.
- 2. El Trimetoprim-Sulfametoxazol (TMP/SMX) es el medicamento de elección.
 - a. TMP: 15-20 mg/kg/día + SMX: 75-100 mg/kg/día VO o IV en función de las condiciones del paciente, dividido en 3-4 dosis.
 - b. La duración de la terapia es de 21 días.
 - c. La presentación de la tableta forte de TMP-SMX es: TMP 160 mg + SMX 800 mg.
 - d. La presentación de la ampolla TMP-SMX es generalmente de TMP 80 mg /SMX 400 mg.

Tabla 27 . Dosis de trimetoprim-sulfametoxazol en el tratamiento de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en adolescentes y adultos con VIH.

Peso del paciente	TMP-SMX Forte VO número de tabletas cada 8 horas	TMP-SMX Forte IV número de ampollas cada 8 horas
40 a <50 kg	1 a 1½	1 a 1½
> 50Kg	2	2

- 3. Si la PO₂ es menor de 70 mm Hg, añadir Prednisona iniciando durante las primeras 72 h de tratamiento en dosis así: 40 mg VO dos veces al día durante cinco días, a partir del día 6-10 administrar 40 mg cada día y 20 mg/día del día 11-21. Posteriormente omitir.



Alternativas en alergias a las sulfamidas:

TMP-DAPSONA:

- 1. TMP: 5 mg/kg/día dividido en cuatro dosis VO o IV + Dapsona: 100 mg/día VO.
- 2. La duración de la terapia es de 21 días.

Clindamicina-Primaquina:

- 1. Clindamicina: 600-900 mg IV cada 6-8 h o 300-450 mg VO cada 6 h + Primaquina: 30 mg VO una vez al día.
- 2. La duración de la terapia es de 21 días.
- 3. Desensibilización a las sulfamidas.

Quimioprofilaxis primaria

Condiciones para inicio de quimioprofilaxis primaria:

- 1. CD4 menor de 200 células/mm³.
- 2. Candidiasis orofaríngea.
- 3. La presencia de infecciones oportunistas.

Quimioprofilaxis de elección:

- 1. Una tableta forte de TMP/SMX cada día si los CD4 son inferiores a 100 células/mm³. Cuando los CD4 suban y estén entre 100-200 células/ mm³ se administra a días alternos (por ejemplo lunes, miércoles y viernes).
- 2. La quimioprofilaxis se mantiene hasta que los CD4 sean > 200 células/ mm³ durante un tiempo igual o superior a tres meses.

Quimioprofilaxis secundaria.

Una vez terminado el tratamiento de la PCP se debe administrar quimioprofilaxis secundaria con el objeto de evitar el desarrollo de la enfermedad a expensas de una infección latente y episodios recurrentes de la enfermedad.

Tratamiento de elección:

- 1. Una tableta forte de TMP/SMX tres veces por semana y mantener en función de los CD4.
- 2. La quimioprofilaxis se mantiene hasta que los CD4 sean > 200 células/ mm³ durante un tiempo igual o superior a tres meses.

4.1.4 Histoplasmosis diseminada.

La República de Panamá es área endémica de histoplasmosis.

- 1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 13 de esta sección.
- 2. En el diagnóstico de histoplasmosis es importante realizar:
 - a. Hemograma: es frecuente encontrar anemia (90%), leucopenia (80%) o trombocitopenia (80%).
 - b. Química sanguínea: los niveles séricos de alanina aminotransferasa y fosfatasa alcalina a menudo están elevados.
 - c. Hemocultivos: con interés en hongos, aunque también debe solicitarse por bacterias y



- micobacterias para descartar otras causas.
- d. Frotis de sangre periférica: debe ser teñida con Wright-Giemsa (buffy-coat) lo cual permite en ocasiones ver las levaduras dentro de neutrófilos y células monocíticas. (30-45%).
 - e. Aspirado y biopsia de médula ósea: para frotis y toma de mielocultivos sembrados en medios inclinados de agar glucosa de Sabouraud y micosel (debe sembrarse también en Lowenstein-Jensen para descartar TB). Los cultivos son positivos en un 50-90% de los casos, pero debe esperarse hasta cuatro semanas para ello.
 - f. Antígeno en orina para histoplasmosis.
 - g. Radiografía de tórax.
 - h. Ultrasonograma abdominal: valorar hepatoesplenomegalia.
 - i. Biopsia de piel: si existen lesiones cutáneas fáciles de abordar.



Tratamiento de la histoplasmosis diseminada:

Iniciar tratamiento ante la SOSPECHA de histoplasmosis diseminada y referir al hospital. El tratamiento de elección es la Anfotericina B liposomal.

- 1. La forma de administración se hará de la siguiente manera:
 - a. Siempre que se administre Anfotericina B el paciente debe ser premedicado 30 minutos antes con Acetaminofen 1g VO y Difenhidramina 50 mg VO. Se puede adicionar heparina 1000–1600 U en la bolsa de infusión para disminuir el riesgo de flebitis.
 - b. Dosis inicial: 10 a 20 mg de Anfotericina B diluidos en 200-300 cc D/A 5% para pasar en 2-3 horas. Posteriormente se administrará dosis plena de 0.7-1 mg/kg/día diluidos en 500 cc D/A 5% para pasar en 4–6 h por siete días o hasta que haya mejoría clínica.
 - c. Después de la primera semana de tratamiento continuo y de lograr la estabilización del paciente, se puede seguir con la dosis diaria o considerarse la opción de un tratamiento en días alternos.
 - d. Al egreso y de forma ambulatoria se debe continuar con la TARV y además existen dos alternativas para continuar con el tratamiento de la histoplasmosis:
 - a.1. Itraconazol: 200 mg VO tres veces al día por tres días, posteriormente 200 mg dos veces al día por 12 meses (administrar con comida). Si mantiene niveles de CD4 inferiores a 150 células/mm³ se recomienda mantener itraconazol, 200 mg vo cada día hasta contar con un conteo de CD4 superior a 150 células/mm³.
- 2. Ante la ausencia de itraconazol o presencia de interacciones medicamentosas utilizar:
 - a. Anfotericina B: la administración de este fármaco es IV, para su administración de forma ambulatoria se han de seguir las indicaciones del especialista. La dosis es 0.7 mg/kg IV hasta completar 1 gr (por lo general, se administra a en días alternos). Posteriormente se puede administrar dos veces por semana hasta completar 1.5 grs y posteriormente se administra una vez cada quince días (estas indicaciones son variables). Se mantiene en función del recuento de CD4.

Quimioprofilaxis primaria:

- 1. Se recomienda iniciar con CD4 < 150 células/mm³, con Itraconazol 200 mg VO c/ 24 h, hasta cuando el CD4 >150 (aproximadamente a los seis meses de tratamiento).





Quimioprofilaxis secundaria

- 1. Existen dos alternativas de forma ambulatoria para realizar la quimioprofilaxis secundaria:
 - a. Itraconazol: 200 mg VO una vez al día hasta que los CD4 sean superiores a 150 células/mm³ ó, en su defecto,
 - b. Anfotericina B: 0.7 mg/kg IV a días alternos hasta completar 1gr. Posteriormente se administra dos veces por semana hasta completar 1.5 gr y posteriormente se administra una vez cada quince días. Se mantiene en función del recuento de CD4.
- 2. En pacientes hospitalizados vigilar por efectos secundarios con Anfotericina B:
 - a. Vigilar creatinina y potasio sérico dos veces por semana por el riesgo de insuficiencia renal e hipocalemia.
 - b. Vigilar hemoglobina y hematocrito por el riesgo de anemia.
- 3. En pacientes ambulatorio vigilar semanalmente o cada dos semanas efectos secundarios con Anfotericina B según frecuencia de administración:
 - a. Creatinina y potasio sérico.
 - b. Hemoglobina y hematocrito.

4.2. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas neurológicos.

La cefalea por lo general es un síntoma frecuente que ocasiona muchas consultas médicas y en la mayoría de los pacientes tienen condiciones benignas. La cefalea junto con otros síntomas de afección del SNC y fiebre en pacientes con VIH puede orientar hacia neuroinfección.

La Meningitis por criptococo, toxoplasmosis y tuberculosis meníngea son infecciones oportunistas definitorias.

Meningitis por criptococo

- 1. La clínica y el diagnóstico se describen en la Figura 16.

Tratamiento para criptococo:

La sospecha de meningitis por criptococo se trata:

Inducción (mínimo dos semanas hasta mejoría clínica o cultivo de LCR negativo):

- 1. Dosis única Anfotericina B liposomal (10 mg/kg) + Flucytosina 25 mg/kg c/día por 14 días + Fluconazol 1200 mg c/día.
- 2. Evaluar PFH, PFR, electrolitos. La dosis y pauta de administración durante el ingreso es similar a la histoplasmosis diseminada.

Terapia de consolidación al egreso y de forma ambulatoria:

- 1. Al egreso y de forma ambulatoria se debe continuar con la TARV y además existen dos alternativas para continuar con el tratamiento de la meningitis por criptococo:
 - › Fluconazol 400 mg VO una vez al día durante mínimo ocho semanas, luego.

Terapia de mantenimiento:

Fluconazol 200 mg VO c/día hasta que el CD4 sea superior a 200 células/mm³ durante 8 semanas o, en su defecto, por 12 meses.

- › Anfotericina B: dosis y pauta de administración similar al tratamiento al egreso de la histoplasmosis diseminada (consultar “Histoplasmosis diseminada”).



2. El TARV debe iniciar 4-6 semanas posteriores al inicio del tratamiento con criptococo.

Prevención y tamizaje por criptococos:

- 1. Se recomienda realizar Antígeno por criptococos en suero con CD4 <200 células/mm³.
- 2. En caso de antígeno en suero por criptococos positivo, se recomienda realizar punción lumbar para descartar meningitis y necesidad de tratamiento de acuerdo a esta norma.
- 3. En caso de no existir evidencia de meningitis, fluconazol 400 mg vo cada día hasta CD4 > 100 células/mm³.

Quimioprofilaxis secundaria por criptococo:

- 1. Se puede administrar cualquiera de las dos alternativas que se describen a continuación:
 - a. Fluconazol 200 mg VO una vez al día hasta que CD4 sea superior a 200 células/mm³ o, en su defecto,
 - › Anfotericina B: dosis y pauta de administración similar a la quimioprofilaxis secundaria de histoplasmosis diseminada (consultar “Histoplasmosis diseminada”).

Meningitis por tuberculosis:

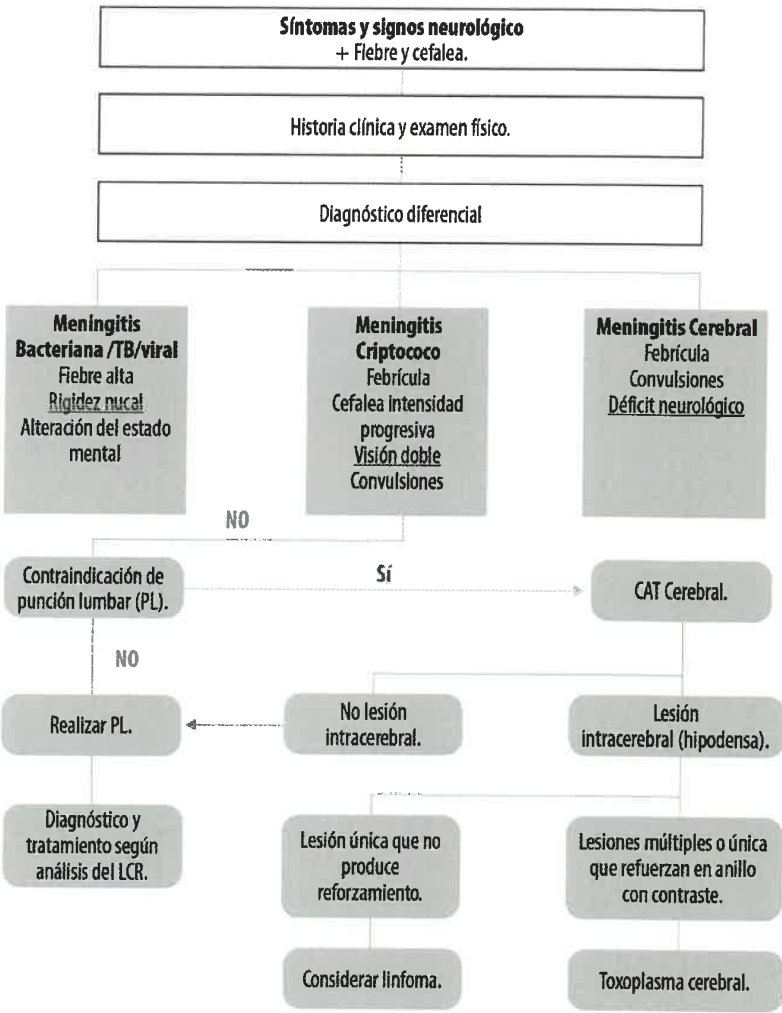
- 1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 15.
- 2. Se recomienda administrar el TAES tal como lo establece el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, por un periodo de nueve a 12 meses.
- 3. Se debe incluir la administración de corticoides para evitar las complicaciones.

Meningitis aséptica:

- 1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 15.
- 2. No se requiere tratamiento específico ya que el cuadro es autolimitado.



Figura 15. Clínica neurológica más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Análisis de LCR: celularidad, glucosa, proteína, tinción de gram, nielsen, tinta china, pruebas moleculares, ag cripto, vdrl, cultivo para pyogenes, bacterias y hongos.

Toxoplasmosis cerebral

1. La clínica y el diagnóstico se describen en la Figura 15.

Tratamiento para toxoplasmosis:

1. El tratamiento de la toxoplasmosis en la fase aguda debe indicarse por espacio de seis semanas:
- a. Pirimetamina 200 mg vo el primer día y luego 50 mg cada día si el paciente pesa < 60 Kg, y 75 mg cada día si pesa > 60 Kg.
+
Administrar ácido folínico concomitantemente para contrarrestar los efectos mielotóxicos a dosis de: 15 mg VO cada día.
+
 - b. Sulfadiacina 1 g VO cada 6 h en menores de 60 kg, 1500mg cada 6h en mayores de 60 kg
o
 - c. Clindamicina 900 mg IV cada ocho horas ó 600 mg IV cada seis horas. Pudiendo pasarse a vo luego dos semanas.
 - d. Dexametasona 4 mg IV cada 6 h (se recomienda en pacientes con efecto de masa en estudios de imágenes).

Alternativa TMP/SMX a 5mg/kg cada 12h VO o IV según TMP por seis a ocho semanas:

Quimioprofilaxis primaria para Toxoplasmosis

- 1. Siempre indicada con recuentos de CD4 inferiores a 100 células/mm³.
- 2. La profilaxis que se utiliza para *Pneumocystis jiroveci* es efectiva para la prevención de reactivación o infección por *Toxoplasma gondii*.

Quimioprofilaxis secundaria:

- 1. Se mantiene hasta que recuentos de CD4 sean superiores a 200 células/mm³.
- 2. Se puede administrar cualquiera de las dos alternativas que se describen a continuación:
- 3. TMP/SMX VO una tableta cada día.
o
- 4. Pirimetamina 25–50 mg vo cada día asociado con ácido folínico 15 mg cada día + Clindamicina 300 mg VO cada ocho horas.

Otras causas de lesiones intracerebrales:

- 1. Linfoma primario del SNC.
- 2. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 3. Tuberculoma.
- 4. Criptococoma.
- 5. Histoplasmosis.
- 6. Chagomas.





4.3 Otras infecciones oportunistas en los adolescentes y adultos con VIH.

Infecciones oportunistas producidas por otras micobacterias

Mycobacterium avium complex:

La infección diseminada por *Mycobacterium avium complex* es una complicación relativamente frecuente en estadios avanzados de la enfermedad por el VIH. Las micobacterias suelen ingresar al organismo por vía oral, invaden las células gastrointestinales y alcanzan los macrófagos, donde se replican y se diseminan hacia el resto del organismo.

La clínica es muy variada. Entre otros, puede producir adenopatías (ver "Linfadenopatías en adolescentes y adultos con VIH"), meningoencefalitis y/o cualquier otra manifestación sistémica).

- 1. El TARV ha hecho que la incidencia de esta infección haya disminuido, pero los pacientes con un bajo recuento de linfocitos CD4 permanecen en riesgo.
- 2. Debe tratarse con combinación de fármacos, pues la monoterapia induce en pocas semanas la aparición de resistencias.
- 3. Estas micobacterias presentan resistencia intrínseca a varios antituberculosos habituales como son INH, PZA y, frecuentemente a la estreptomina.

Tratamiento para *Mycobacterium avium complex*:

- 1. Los macrólidos de segunda generación como la claritromicina y azitromicina constituyen el tratamiento de elección.
 - a. Claritromicina (500 mg cada 12 horas) + Etambutol (15 mg/kg/día) ± RFP (600 mg/día).
 - b. La dosis de rifabutina se debe ajustar si se utiliza concomitantemente tratamiento antirretroviral con IP o EFV.
 - c. Existe interacción claritromicina/EFV.

Quimioprofilaxis primaria:

- 1. Realizar si el CD4 son inferiores a 50 células/mm³ y no hay posibilidad de tratamiento antirretroviral.
- 2. Administrar Azitromicina.

Quimioprofilaxis secundaria:

Se administra Claritromicina+Etambutol ó RFP por mínimo de doce meses, la duración dependerá de que el CD4 sea mayor 100, por un mínimo de 6 meses.

Infecciones oportunistas producidas por otros protozoos.

***Cryptosporidium parvum*, *Cystoisospora belli*, *Microsporidia spp.*, *Cyclospora spp* y la *Giardia lamblia* son los principales protozoos causantes de infección intestinal en los pacientes con VIH/SIDA:**

- 1. La clínica de las infecciones causadas por los protozoos que producen infección gastrointestinal suele ser muy similar y consiste en diarrea crónica, con adelgazamiento progresivo, sin embargo, el tratamiento y evolución son diferentes.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



La *Cystoisospora belli* produce fundamentalmente enteritis. La respuesta al tratamiento de este protozoo es generalmente buena, siendo TMP-SMX el antibiótico de elección:

1. TMP-SMX (160/800 mg) una tableta cada 6-8 h durante 10 días, seguida de una tableta cada 12 h durante tres semanas.
o
2. Alternativa: Ciprofloxacina 500 mg/12 h durante siete días o Pirimetamina 75 mg/día + ácido folínico 10 mg/día, durante 2 semanas + o Ciprofloxacina 500 mg/12 h durante siete días.

El *Microsporidia spp* produce fundamentalmente enteritis y raramente queratoconjuntivitis, hepatitis y formas diseminadas. El tratamiento de elección, incluso en formas extraintestinales de la enfermedad, se realiza con:

1. Albendazol 400 mg VO cada doce horas durante 4-8 semanas.
2. Otros fármacos con posible actividad son TMP/SMX, Nitazoxanida, Pirimetamina y Primaquina.

El *Cryptosporidium spp* produce fundamentalmente diarrea. La respuesta al tratamiento de este protozoo no es buena.

En la actualidad el único tratamiento eficaz es el tratamiento antirretroviral. Podría considerarse utilizar adicionalmente Nitazoxanida 500 mg bid por catorce días.

***Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* y *Blastocystis hominis*:**

También pueden causar cuadros diarreicos en pacientes infectados por el VIH, aunque su presencia en heces no siempre implica un papel patógeno. La respuesta al tratamiento es buena, pero las recidivas son frecuentes.

Tratamiento de primera elección:

1. Metronidazol 250 mg VO ó IV durante 5- 7 días
o
2. Albendazol 400 mg durante cinco días.

***Entamoeba histolytica*:**

1. Metronidazol 500 mg VO ó IV durante 7-10 días.

Leishmaniasis cutánea o mucocutánea:

Las manifestaciones clínicas de este protozoo son similares a las de los pacientes no infectados por el VIH. La diferencia se basa en que algunos enfermos pueden desarrollar localizaciones atípicas tales como la lengua y el tubo digestivo.

Tratamiento: los antimoniales, se han considerado el tratamiento de elección para mayor información referirse a Guia de leishmaniasis de Panamá.

1. Antimonio pentavalente 20 mg/Kg/día IM durante 21 a 28 días
o
2. Alternativa: Anfotericina B 0.7 mg/Kg (consultar "Tratamiento de histoplasmosis diseminada").





Infecciones oportunistas producidas por virus:

Herpes simple:

El tratamiento antivírico precoz disminuye la morbi-mortalidad asociada a la infección herpética, y debe adecuarse a las características de la infección (primoinfección o recurrencia), intensidad, localización de las lesiones y a la situación general e inmunológica del paciente.

Herpes oro-labial

1. Enfermedad no definitiva
2. Los CD4 pueden tener niveles variables.
3. Diagnóstico de sospecha: vesículas dolorosas en labios, lengua, faringe y mucosa oral. Al confluir forman úlceras grandes con una capa fina blanco-amarillenta con áreas de necrosis. Sin tratamiento, en personas VIH, no mejoran pero si lo hacen en personas no inmunodeprimidas.

Tratamiento: Aciclovir que está disponible en cremas tópicas, VO e IV.

1. *Brotos leves:* Aciclovir 200 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó 400 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
2. *Brotos severos o si existe afectación sistémica:* Aciclovir IV: 5-10 mg/Kg IV cada 8 horas durante siete días ó Valaciclovir: 1 gr VO dos o tres veces al día.
3. *Herpes recurrente:* Aciclovir 400 mg vo cada 8 horas durante cinco días o Valaciclovir 500 mg VO cada doce horas durante cinco días.

Herpes genital y/o ano-rectal:

1. Enfermedad no definitiva
2. Recuentos de CD4 variables.
3. Diagnóstico de sospecha:
4. Genital: vesículas dolorosas con adenopatías inguinales
5. Ano-rectal: ulceraciones perianales crónicas asociadas a dolor, tenesmo y prurito.
6. Considerar test de tzanck en caso de duda diagnóstica.

Tratamiento: similar al herpes simple oro labial.

Esofagitis herpética:

1. Enfermedad oportunista definitiva
2. Recuentos de CD4 menores de 100 células/mm³.
3. Diagnóstico de sospecha:
4. pacientes con sospecha de esofagitis por candida que no mejora con antifúngicos.
o
5. Endoscopia.

Tratamiento: Aciclovir IV: 5-10 mg/Kg IV cada 8 horas durante 7 a 10 días.

Encefalitis herpética:

1. Se debe realizar PCR para herpes virus de LCR.
2. El tratamiento debe iniciarse tan rápido como sea posible para mejorar el pronóstico, por



lo que en muchas ocasiones el tratamiento con Aciclovir IV (10 mg/kg c/8 horas) se inicia de forma empírica.

Herpes mucocutáneo crónico:

- 1. Enfermedad oportunista definitiva
- 2. Recuento de CD4 inferiores a 200 células/mm³.
- 3. Diagnóstico de sospecha: signos y síntomas de las lesiones herpéticas descritas (orolabial, genital y anal) durante más de cuatro semanas.

Tratamiento:

- 1. *Aciclovir*: 200 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó
- 2. *Aciclovir*: 400 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
- 3. *Casos refractarios*: *Aciclovir IV*: 5-10 mg/Kg IV cada ocho horas durante siete días ó
- 4. *Valaciclovir*: 1 gr VO dos o tres veces al día ó *Famciclovir*: 250-200 mg VO tres veces al día.

Quimioprofilaxis en la infección por herpes simple:

- 1. Quimioprofilaxis primaria: no está indicada.

Quimioprofilaxis secundaria:

- 1. Indicada sólo en casos recurrentes o severas.
- 2. Se administra *Aciclovir VO* y se mantiene en función de los CD4.

Herpes zoster:

- 1. Enfermedad no definitiva
- 2. Recuentos de CD4 variables, pero usualmente menores de 350 células/mm³.
- 3. Diagnóstico de sospecha: lesiones vesiculares dolorosas en diferentes estadios, que afectan al dermatoma correspondiente.

Tratamiento: va dirigido a prevenir la diseminación de la infección (sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y mayores de 50 años), disminuir el dolor agudo, evitar la aparición de neuralgia postherpética y la sobreinfección bacteriana. La mayor eficacia de los fármacos antivíricos se consigue cuando se administran en las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones cutáneas.

- 1. *Aciclovir*: 800 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó
- 2. *Valaciclovir*: 1 g VO dos o tres veces al día durante 7 a 10 días ó
- 3. *Famciclovir*: 250-200 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
- 4. *Para casos severos (Enfermedad ocular, neurológica o diseminada)*: Si existe diseminación con afectación oftálmica o visceral: *Aciclovir* 30 mg/kg/día IV durante 7-14 días.

Citomegalovirus

Enfermedad oportunista definitiva:

- 1. CD4 menores de 50 células/mm³, rara vez encontrada en pacientes con más de 200 células/mm³.

Tratamiento: al igual que sucede con la mayoría de IO, la incidencia de enfermedad por citomegalovirus en los pacientes infectados por el VIH ha disminuido gracias a los nuevos tratamientos antirretrovirales.





- *Ganciclovir*: 5 mg/kg en 250 cc D/A 5% en una hora cada 12 horas durante 14 a 21 días.
- Se debe realizar consulta con oftalmología para considerar inyecciones intravítreas con Ganciclovir (2 mg/inyección).
- Terapia alternativa con valganciclovir 900 mg c/12 horas por 14 a 21 días.
- *Mantenimiento*: Valganciclovir 900 mg VO c/24 horas hasta conteo mayor de 400 100 células/mm³ y evaluación oftalmológica.

Enfermedad extraocular por citomegalovirus:

La enfermedad extraocular se manifiesta generalmente como enfermedad gastrointestinal (colitis, colangitis) ó neurológica ó neumonitis.

Tratamiento:

1. *Ganciclovir*: 5mg/Kg IV en 250 cc. D/A 5% en una hora cada 12 h durante 3–6 semanas.

Candidiasis oral:

Enfermedad no definitiva, pero si puede estar asociada a su diagnóstico. Los CD4 pueden ser superiores a 200 células/mm³.

1. *Diagnóstico de sospecha*: placas blanquecinas con ulceración superficial en carrillos, lengua, paladar duro, faringe y que sangran al removerlas.

Tratamiento:

1. *Fluconazol*: 150 mg VO una vez al día durante 7-10 días ó
2. *Itraconazol*: 200 mg VO dos veces al día durante 7-10 días.
3. *Nistatina o miconazol tópicos (enjuagues y gel)*: 3-5 veces al día durante 10-14 días.

Candidiasis vaginal:

1. Enfermedad no definitiva, pero si puede estar asociada a su diagnóstico (Tabla I).
2. Presente, por lo general, si CD4 inferiores a 200 células/mm³.
3. *Diagnóstico de sospecha*: placas blanquecinas con ulceración superficial en que sangran al removerlas.

Tratamiento:

1. *Fluconazol*: 150 mg VO una vez al día durante 7-10 días.
2. *Cotrimazol*: óvulos vaginales de 500 mg una vez al día por 3-5 días.
3. *Ketoconazol tópico* 2% bid.

Candidiasis esofágica:

1. Infección definitiva en pacientes VIH positivos (Tabla I).
2. Presente si CD4 menores de 100 células/mm³.
3. *Diagnóstico de sospecha*: dolor retroesternal y disfagia y lesiones bucales (su ausencia no descarta esofagitis candidiásica) y respuesta al tratamiento en los primeros días.

Tratamiento:

1. *Fluconazole*: 200 mg VO/IV c/día por 14-21 días.
2. *En los casos más graves, o en pacientes muy inmunodeprimidos*: Anfotericina B parenteral



(ver "Tratamiento de histoplasmosis diseminada").

3. *Enfermedad esofágica refractaria*: Caspofungina 70 mg el día uno y luego 50 mg c/día por 14 a 21 días. valorar incremento de dosis de Fluconazol/Anfotericina B parenteral.

Quimioprofilaxis secundaria de Candida sp:

- 1. Indicada si recidivas frecuentes de candidiasis oral o vaginal o esofágica.
- 2. Se administra Fluconazol y se mantiene en función del recuento de CD4.

Aspergilosis

- 1. La aspergilosis pulmonar invasora y la aspergilosis del sistema nervioso central son complicaciones propias de pacientes infectados por el VIH extremadamente inmunodeprimidos.

Tratamiento:

- 1. Voriconazol 6 mg/kg c/12 dosis de carga y después 4 mg/kg c/12 horas ó
- 2. Anfotericina B (consultar "Tratamiento de histoplasmosis diseminada") y en los enfermos que responden al tratamiento debe continuar con Itraconazol a dosis de 200 mg dos veces al día de forma indefinida.

Las linfadenopatías en pacientes con VIH tienen varias formas de presentación clínica:

- 1. Adenopatías generalizadas persistentes asociadas a la infección que se localizan en dos o más sitios extrapulmonares, por más de tres a seis meses y en ausencia de algún problema infeccioso local.
- 2. Adenopatías de crecimiento acelerado y asimétrico que orientan a etiología infecciosa o neoplásica.

Las causas más frecuentes de linfadenopatía son, entre otros, la TB ganglionar, Linfoma No Hodgkin periférico, infección por complejo Mycobacterium Avium ,sobre todo, en aquellos con enfermedad muy avanzada o con CD4 < 50 células por mm³, histoplasmosis y sarcoma de Kaposi.

Tuberculosis Ganglionar:

- 1. Linfadenopatías asimétricas asociadas a fiebre vespertina y/o nocturna y pérdida de peso. No hay síntomas respiratorios o son mínimos.
- 2. *Diagnóstico*: citología por aspiración con aguja fina o por biopsia.
- 3. El tratamiento de la TB ganglionar es igual que para la TB pulmonar (consultar "Tuberculosis" en esta sección).
- 4. Si no hay respuesta satisfactoria luego de dos semanas con terapia antifúngica, se deberán buscar otras causas.

Linfoma No Hodgkin periférico:

- 1. Crecimiento rápido de un grupo ganglionar, en sitios únicos o múltiples.
- 2. *Diagnóstico de presunción*: LDH elevada y la respuesta a AINE.
- 3. *Diagnóstico definitivo*: biopsia ganglionar.

Tratamiento: valorar por hematología.





SECCIÓN V: MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH Y EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO

RECOMENDACIONES GENERALES
Todas las embarazadas deben hacerse la prueba lo antes posible durante cada embarazo.
Toda embarazada debe realizarse al menos DOS pruebas de VIH. Una en el primer trimestre y la segunda en el tercer trimestre.
El personal de salud debe verificar que la embarazada se haya realizado la prueba de VIH durante la gestación y en el puerperio. En caso contrario, deben solicitarla de manera inmediata.
Ofrecer siempre la prueba de VIH en la pareja de la embarazada.
El TARV debe iniciarse de inmediato en TODA embarazada o en período de lactancia diagnosticada con infección por VIH, ya que se ha demostrado que el riesgo de transmisión vertical desciende a < 2% si la embarazada y el recién nacido reciben el adecuado tratamiento.
El tratamiento de la mujer embarazada una vez iniciado se ofrecerá de manera ininterrumpida.
Los resultados de las pruebas maternas de VIH deben documentarse en la historia clínica del recién nacido y comunicarse al médico de atención primaria del recién nacido (NIH).

5.1. Principios de la transmisión vertical del VIH

1. La transmisión vertical o perinatal se refiere a la transmisión del virus del VIH de la madre a su hijo. La infección puede transmitirse:
 - a. Durante el embarazo (prenatal).
 - b. En el momento del parto (intraparto), es la más frecuente
 - c. Por lactancia materna (postnatal).
2. Las mujeres que contraen la infección por el VIH durante el embarazo o durante el periodo de lactancia, presentan un riesgo muy alto de transmisión del virus a sus hijos.
3. Se deben realizar **al menos** dos pruebas de VIH en el embarazo:
 - a. Se recomienda realizar serología para VIH a toda mujer embarazada en el primer y tercer trimestre del embarazo.
 - b. En aquellas embarazadas que acudan para la atención del parto/post parto y que no se hayan realizado prueba de VIH durante su control prenatal o del cual no exista

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



documentación o que sólo tengan UNA prueba de VIH documentada, se le ofrecerá la prueba de inmediato. (Figura 16 de esta sección).

4. Ofrecerle **siempre** la prueba de VIH a la pareja, en especial en el segundo mes del post parto. En caso tal que la mujer refiera más de una pareja, incentivar la realización de la prueba en estas.

Figura 16. Ruta clínica de la embarazada.



La prueba de VIH se realizará en el primer y tercer trimestre en toda mujer embarazada como parte del control prenatal.

Si se diagnostica VIH previo o durante el embarazo:

1. Informar del riesgo de transmisión vertical.
2. Énfasis en nutrición y suplementación (consultar “Guía para la atención nutricional de las personas con VIH en la República de Panamá”).
3. La mujer embarazada diagnosticada con infección por VIH debe recibir TARV independiente de su CV o CD4, ya que se ha demostrado la reducción de la transmisión vertical del VIH con el tratamiento adecuado.

La EMBARAZADA con VIH debe recibir tratamiento y una evaluación adecuada, clínica, inmunológica y virológica.





Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en embarazadas con VIH:

Al administrar TARV a este grupo de mujeres hay que considerar:

- 1. La reducción considerable del riesgo de transmisión vertical.
- 2. Siempre considerar con el TARV riesgos potenciales para la madre e hijo:
- 3. Los efectos secundarios dependen del tipo de fármaco (ver Tabla 15 de Sección II), duración e interacción con otros medicamentos (ver Tabla 16 de Sección II) y en el caso del niño, de la edad gestacional a la exposición al fármaco.
- 4. En general, el riesgo de toxicidad del TARV a corto y mediano plazo para la mujer y el niño es muy bajo.

5.2. Tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH:

- 1. La embarazada con VIH debe comenzar TARV inmediatamente luego de conocer su estatus de VIH.

Embarazadas con VIH que nunca han recibido fármacos antirretrovirales (sin tratamiento previo con antirretrovirales):

- 1. Los regímenes de ARV que son preferidos para el tratamiento de embarazadas con VIH que nunca han recibido ARV incluyen una combinación de inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (abacavir más lamivudina, tenofovir disoproxil fumarato más emtricitabina [FTC] o 3TC, o tenofovir alafenamida más FTC o 3TC) y un inhibidor de la integrasa (dolutegravir [independientemente del trimestre]) (AIII).

Embarazadas con VIH que actualmente reciben tratamiento antirretroviral

Terapia antirretroviral de primera elección en la mujer embarazada con VIH:

- 1. Las personas con VIH que reciben terapia antirretroviral (TAR) y que se presentan para recibir atención durante el embarazo deben continuar su TAR durante el embarazo, siempre que el régimen sea tolerado, seguro y eficaz para suprimir la replicación viral (AII).
- 2. Personas que se presentan durante el embarazo con medicamentos cuyo uso no se recomienda debido a su toxicidad (p. ej., estavudina, didanosina) deben dejar de tomar estos medicamentos y cambiar a otros medicamentos antirretrovirales (ARV) que se recomienda su uso durante el embarazo

Personas embarazadas con VIH que han recibido previamente medicamentos antirretrovirales pero no los está recibiendo actualmente:

- 1. Obtener un historial preciso de todos los medicamentos antirretrovirales (ARV) anteriores utilizados para el tratamiento del VIH o la prevención del VIH, incluida la eficacia virológica, la tolerancia del paciente a los medicamentos, los resultados de pruebas de resistencia anteriores, y problemas de adherencia (AIII).
- 2. Elegir e iniciar un régimen de terapia antirretroviral (ART) basado en los resultados de pruebas de resistencia previas, ARV previo uso de drogas, condiciones médicas concurrentes y recomendaciones actuales para TAR durante el embarazo.

La elección dependerá de la disponibilidad del antirretroviral, de la tolerancia, de la carga viral y del conteo de CD4.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



El tratamiento de elección en la mujer embarazada con VIH consiste en la administración de 2 INTR + 1 Inhibidor de la Integrasa.

Esquema de elección:

- 1. TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg VO c/día

Esquemas alternativos:

- 1. TDF 300mg/FTC 200 mg *(una tableta VO c/día) + RAL 400 mg (una tableta VO cada 12 h).
- 2. TDF 300mg/FTC 200mg/EFV 600mg una tableta VO cada día.
- 3. TDF 300mg/FTC 200mg 1 tableta VO c/día + DAR 600mg/r 100 mg una tableta VO cada 12 h.

* En lugar de TDF/FTC, se pueden utilizar otras combinaciones como ABC/3TC.

Monitoreo de la terapia antirretroviral:

Se espera que el monitoreo de la embarazada incluya:

- 1. Control clínico.
- 2. Control trimestral de:
 - a. Carga viral.
 - b. CD4.



La elección de la terapia antirretroviral dependerá de lo siguientes factores:

Escenario 1: Embarazada en tratamiento antirretroviral previamente al embarazo:

- 1. *Confirmación del embarazo durante el primer trimestre:* Si la carga viral es >1000 copias/ml, explorar aspectos relacionados con la adherencia a la TARV o realizar una prueba de resistencia para determinar la mejor opción de tratamiento.
- 2. *Confirmación del embarazo después del primer trimestre:* Continuar con el TARV que se encuentra recibiendo. Si la carga viral es >1000, se recomienda realizar una prueba de resistencia para determinar la mejor opción de tratamiento.
- 3. Consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de IO.

Escenario 2: Embarazada que no ha recibido tratamiento antirretroviral previamente:

- 1. *Si se realiza el diagnóstico del VIH durante el primer trimestre de embarazo:* El tratamiento debe iniciar de inmediato según el esquema de elección descrito previamente para embarazada. De ser posible disponer de marcadores inmunológicos y carga viral para conocer la situación de partida y facilitar el seguimiento. La realización de estos exámenes y el resultado no deben postergar el inicio del tratamiento.
- 2. *Si se realiza diagnóstico del VIH después del primer trimestre:* Iniciar tratamiento tan pronto como sea posible. De ser posible disponer de marcadores inmunológicos y carga viral para conocer la situación de partida y facilitar el seguimiento. La realización de estos exámenes y el resultado no deben postergar el inicio del tratamiento.



3. Consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de IO.

Escenario 3: Embarazada con VIH, con tratamiento antirretroviral previo, en labor de parto o con cesárea programada:

1. En toda mujer embarazada VIH positiva que siga los controles de rutina, la vía de terminación del embarazo se decide en función, entre otros, de los niveles de carga viral (Figura 18).
 - a. Se debe administrar AZT IV intraparto si la carga viral es mayor a 1000 copias o cuando se hace un diagnóstico de VIH durante la labor de partos(ver Figura 3 de esta sección).
 - b. No es obligatorio para las mujeres que están recibiendo tratamiento antirretroviral y que tienen carga viral menor a 50 copias / ml durante la última etapa del embarazo y cerca del parto y no hay preocupaciones sobre el cumplimiento del régimen de Tratamiento.
 - c. Puede considerarse para mujeres con carga viral entre 50 y 999 copias/ml. No hay datos suficientes para determinar si la administración de zidovudina IV a mujeres con niveles de carga viral entre 50 y 999 copias/ml proporciona alguna protección adicional contra la transmisión perinatal. Esta decisión se puede tomar caso por caso, teniendo en cuenta la adhesión reciente de la mujer al TARV, sus preferencias y, si es necesario, la consulta con un experto.
2. La cesárea programada está asociada con menor riesgo de trasmisión vertical que la cesárea urgente.
3. El AZT durante el parto se debe administrar de preferencia IV (alcanza niveles terapéuticos de manera más rápida y estable) o vo si no hubiera disponibilidad.

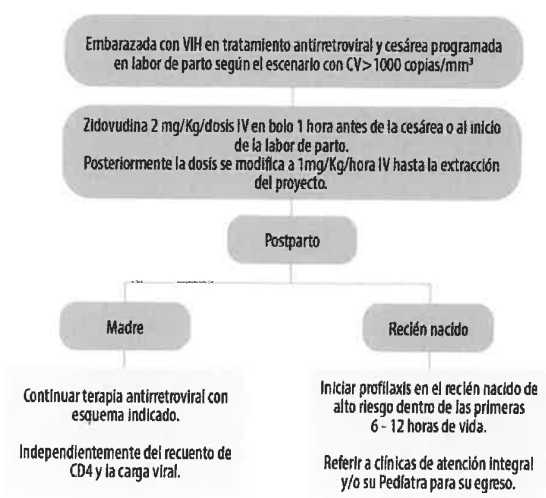
Figura 17. Vía de terminación del parto en función de la carga viral de la embarazada con VIH.



*Se define última carga viral indetectable como aquella obtenida a las 8 semanas previas a la terminación del embarazo.



Figura 18. Tratamiento de elección en mujer embarazada con VIH con tratamiento antirretroviral previo y cesárea programada o en labor de parto.



Escenario 4: Embarazada con VIH, en el tercer trimestre o en labor de parto, sin tratamiento antirretroviral previo:

1. La vía de terminación del embarazo, en toda mujer VIH positiva y sin tratamiento antirretroviral previo, se describe en la Figura 17.
2. El tratamiento, en este escenario, durante el parto y en el recién nacido, se describe en la Tabla 1 de esta sección.
3. El AZT durante el parto se debe administrar IV, o VO si no hubiera disponibilidad IV (Figuras 3 y 4). Se debe procurar siempre la administración de AZT IV ya que este tiene mayor biodisponibilidad.
4. En este escenario el tratamiento ideal para la embarazada sería con dolutegravir 50 mg c/ día con dos Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (consultar con infectología).

Escenario 5: Mujer que se encuentra planificando un embarazo:

1. Utilizar un esquema con INH de integrasa.



Recomendación de tratamiento en el puerperio de la mujer con VIH.

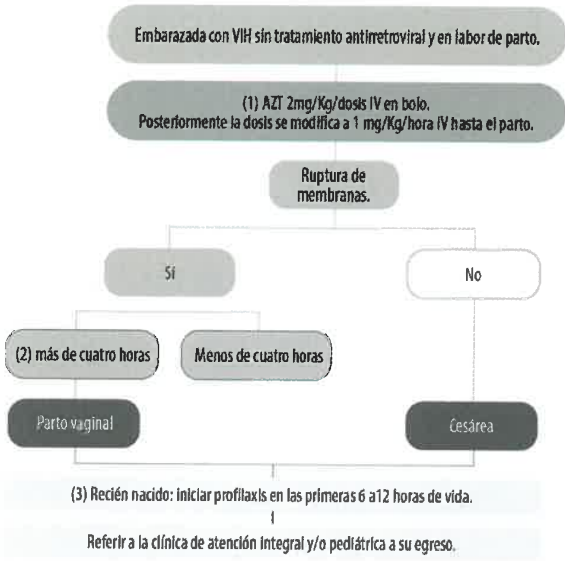
Todas las mujeres con VIH deben tener acceso a métodos anticonceptivos eficaces al egreso de su hospitalización.

El manejo debe ser coordinado entre los servicios de Obstetricia/Ginecología e Infectología: Modificar la terapia, a los regímenes preferidos, según la norma para adultos y adolescentes (consultar "Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en adolescentes y adultos" en Sección III).

Según la Guía para el uso de antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (2005), se recomienda fuertemente que todas las mujeres embarazadas con VIH, continúen el tratamiento después del embarazo de manera indefinida independiente del conteo de CD4 o de su estadio clínico.

Al egreso se recomienda que las mujeres puedan continuar o iniciar servicios de apoyo, establecer un plan de contraceptivos efectivo así como la entrega de sus medicamentos y el de su recién nacido. En el caso de nuevos diagnósticos durante la labor o el post-parto inmediato, asegurar el seguimiento y la vinculación efectiva tanto de la madre como del recién nacido a los servicios de atención para el VIH.

FIGURA 19. Tratamiento de elección en embarazada con VIH, sin tratamiento antirretroviral previo y en labor de parto.



*En caso de no contar con Zidovudina IV, se puede utilizar la siguiente opción terapéutica: Zidovudina 600mg + Lamivudina 150 mg VO al inicio de la labor, luego Zidovudina 300 mg VO cada 3 horas hasta el parto + Lamivudina 150 mg VO cada 12 horas hasta el parto.
**Si se anticipa una labor corta



Se recomienda una evaluación por salud mental:

- Valorar, entre otros, depresión postparto y/o estrés desencadenado por el nacimiento del niño lo cual puede influir en la adherencia al tratamiento.

Lactancia materna contraindicada de forma absoluta reemplazar con fórmula maternizada.





SECCIÓN VI: NORMAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS <15 AÑOS CON VIH

RECOMENDACIONES GENERALES
Se considera que un niño está expuesto perinatalmente cuando ha estado expuesto al VIH durante el embarazo, parto o lactancia como consecuencia de la infección de su madre.
Para el diagnóstico del VIH, en niños menores de 24 meses que no han recibido lactancia materna:
Se confirma con dos pruebas virológicas positivas.
Se excluye con dos pruebas virológicas negativas (una obtenida al mes y otra a los 4 meses) o dos pruebas de anticuerpos negativas realizadas después de los seis meses de edad.
Para el diagnóstico del VIH, en niños mayores o iguales a 24 meses, se utilizan pruebas de anticuerpos contra el VIH
La terapia antirretroviral debe ser iniciada en todo niño con confirmación de VIH, independientemente de las manifestaciones clínicas, categoría inmunológica o valores de carga viral.
Tratamiento antirretroviral recomendado en: Recién nacidos hasta <14 días: 2NRTI + Raltegravir o AZT 3TC NVP.
Lactante ≥14 días a 4 semanas: 2 NRTI o Raltegravir o AZT 3TC NVP. 2 INTR + LPV/r.
4 semanas hasta los 20 kgs abc-3tc + DTG en comprimido de 10mg según peso. *2NRTI en menores de un mes es AZT/3TC.
De 20 a < 30 kg: Abc/3TC + DTG 50 mg.
> 30 kg: TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ Dolutegravir 50 mg.
***Se prefiere formulaciones de Dosis Fijas Combinadas.
La determinación de la carga viral se debe realizar antes de iniciar el tratamiento, sin embargo, su ausencia no debe diferir el inicio del tratamiento.

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



6.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños:

En esta sección se resumen las recomendaciones de guías internacionales y del grupo de expertos en el país para confirmar la presencia de infección por VIH con el fin de asegurar que lactantes y niños puedan tener acceso a la atención temprana de la infección por VIH

Estratificación, en función de la edad, de las pruebas diagnósticas para el VIH:

Niño menor de 24 meses:

- 1. El diagnóstico en niños menores de 24 meses se realiza a través de pruebas virológicas debido a la persistencia de anticuerpos maternos hasta los 15 a 18 meses de edad, se ha detectado seroconversión tardía hasta los 24 meses.
- 2. Estas pruebas virológicas, deben realizarse dentro de las primeras cuatro a seis semanas de vida para poder determinar tempranamente la presencia de infección e iniciar la terapia antirretroviral. Se recomienda solicitar la primera prueba virológica a las 48 horas y las dos semanas de vida en niños con alto riesgo para la infección perinatal del VIH. En la Tabla 28 se establecen los Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH

Tabla 28. Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH.

No haber recibido ARV en el periodo anteparto o intraparto.
Ha recibido solo ARV anteparto.
Ha recibido ARV anteparto, pero la madre no ha alcanzado la supresión virológica.
Infección aguda por VIH durante el parto o lactancia.



Las pruebas virológicas incluyen: ADN proviral, ARN viral (consultar “Diagnóstico de laboratorio del VIH” en Sección II).

- 1. Considerar que el recién nacido se identificará como diagnóstico de VIH si presenta dos pruebas virológicas positivas (detección de ADN proviral o ARN viral) tomados en dos tiempos distintos (figura 1). Se tomará una segunda prueba después del primer resultado positivo e inmediatamente se iniciará el tratamiento antirretroviral. **NO** se debe retrasar el tratamiento en espera del resultado de la segunda prueba.
- 2. El diagnóstico de VIH se puede excluir definitivamente en un niño(a) menor de 24 meses que no ha recibido lactancia materna, después de 2 pruebas virológicas negativas: una obtenida entre las 6 y 8 semanas de vida (2 semanas posterior al cese de la profilaxis) y la segunda a los 4 meses de edad.
- 3. En caso de no haber disponibilidad de pruebas virológicas, dos pruebas de anticuerpos negativas en niños mayores de 6 meses descarta el diagnóstico de VIH.
- 4. Las pruebas de anticuerpos positivas para el VIH, **NO** se pueden utilizar para el diagnóstico definitivo en menores de 24 meses, debido al paso de anticuerpos maternos al feto, lo cual conlleva a un posible falso positivo.



Niños con edad igual o mayor de 24 meses:

- 1. Una muestra negativa para anticuerpos VIH (ELISA) excluye el diagnóstico de VIH (Ver Figura 21).
- 2. Una muestra positiva confirmada por dos metodologías distintas.

Para el diagnóstico de VIH en niños con edades mayores o iguales a 24 meses , se recomienda utilizar pruebas de anticuerpos.

Niños en situaciones especiales:

El recién nacido amamantado de una madre VIH positiva, debe considerarse como expuesto al VIH por lo que se debe omitir la lactancia y realizar una primera prueba inmediatamente según su edad (viroológica si es menor de 24 meses y serológica si es igual o mayor a 24 meses). Posteriormente al cese de la lactancia se le realizarán pruebas de seguimiento a las 4-6 semanas, 3 y 6 meses si la primera prueba fue negativa (figura 2).

- 1. Los niños expuestos a VIH por lactancia materna recibirán terapia empírica hasta confirmar su estado respecto a la infección. Si la primera prueba es negativa, se dará tratamiento por 28 días y se programará una segunda prueba luego de 4-6 semanas de la primera.
- 2. Algunos niños no identificados como expuestos al nacimiento o los cuales se perdieron del seguimiento post-parto deben ser captados en sus controles de crecimiento y desarrollo, y se les debe realizar las pruebas correspondientes a su edad o referirles a un centro de atención especializada.
- 3. Todos los hijos de una madre diagnosticada con infección de VIH deben ser evaluados por infección por HIV independientemente de la edad, a menos que se conozca que la infección materna fue después de su nacimiento y no recibieron lactancia materna.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Figura 20. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños menores de 24 meses de edad.

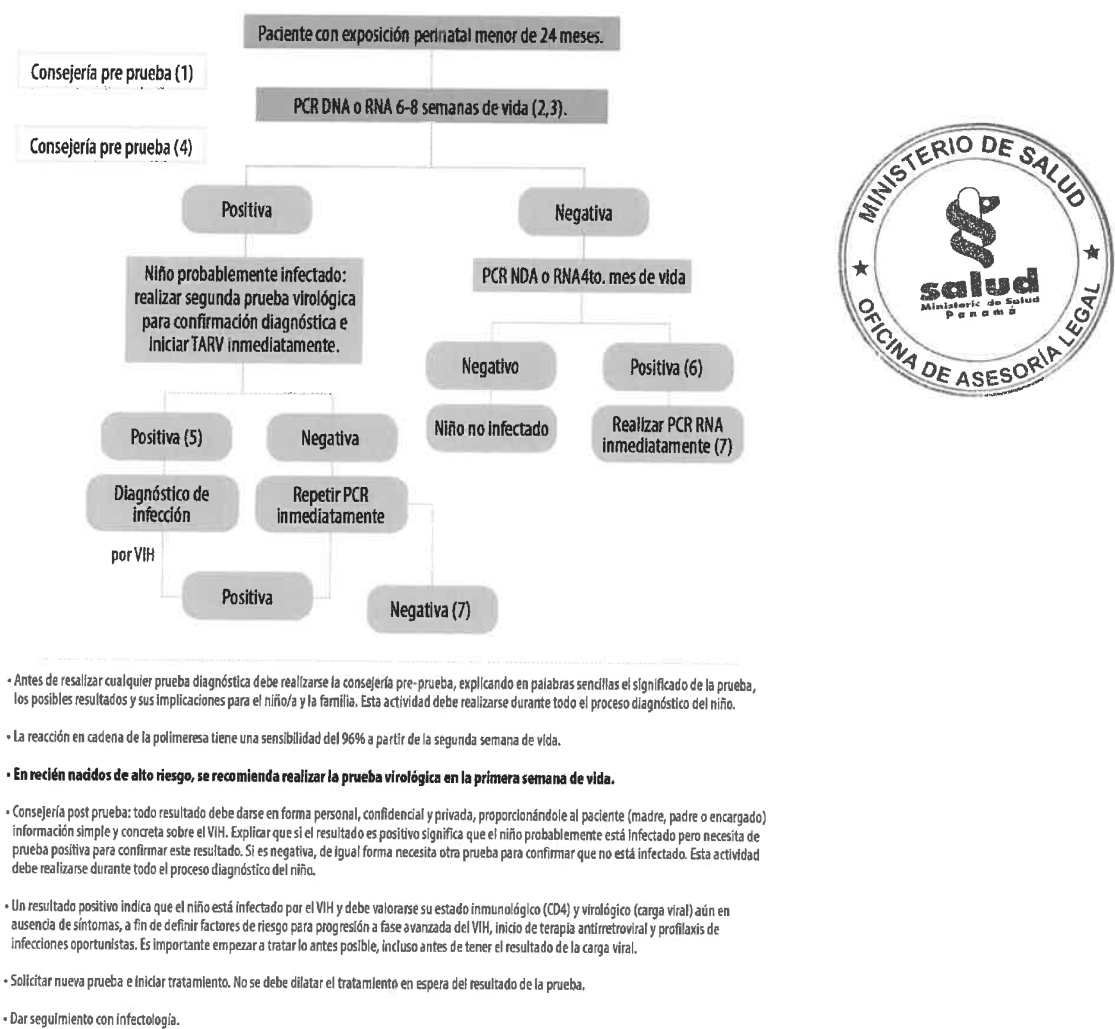


Figura 21. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños mayores o iguales a 24 meses de edad.

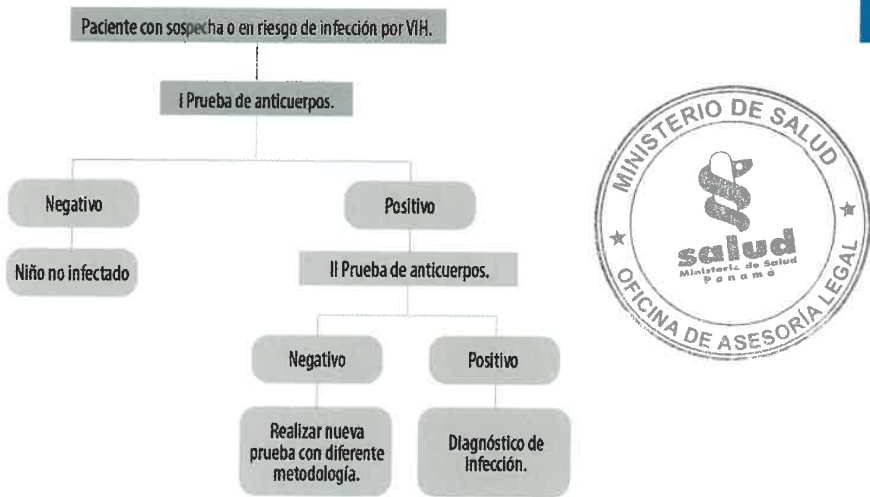
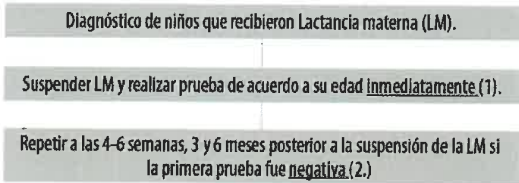


Figura 22. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños que recibieron lactancia materna de mujer con VIH.



1. Si es menor de 24 meses utilizar provirales, si es mayor o igual a 24 meses utilizar pruebas de anticuerpos.
2. Si alguna de las pruebas resulta positiva, confirmar según el algoritmo diagnóstico para su edad.



6.2. Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en niños:

Los fármacos deberán ser actualizados de acuerdo a las recomendaciones de los expertos a la luz de los nuevos conocimientos. Por lo tanto, estas normas se actualizarán periódicamente.

Profilaxis en el Recién Nacido expuesto a VIH:

Todos los recién nacidos que fueron expuestos perinatalmente al VIH deberán recibir antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión perinatal al VIH.

La profilaxis con medicamentos antirretrovirales en el recién nacido se debe iniciar antes de las primeras 6 horas.

El riesgo de adquirir VIH en el recién nacido se puede dividir en bajo riesgo y alto riesgo según se define a continuación:

- **Bajo riesgo:** recién nacido hijo de madre con infección por VIH que recibió tratamiento durante el embarazo con supresión viral sostenida cerca del parto y sin problemas de adherencia. En estos casos utilizar profilaxis con AZT por cuatro semanas.
- **Alto riesgo:** se considera al recién nacido de alto riesgo cuando su madre ha presentado las siguientes condiciones:
 1. No recibió terapia antirretroviral durante el embarazo o intraparto.
 2. Sólo recibió TARV intraparto.
 3. Madre quienes recibieron TARV antes del parto, pero no alcanzaron una carga viral <50 copias/ml dentro de las cuatro semanas previas al parto.
 4. Madres con infección aguda o primaria de VIH durante el embarazo o durante la lactancia materna.

Todos los casos considerados de alto riesgo deberán recibir terapia de VIH presuntiva que corresponde a la administración de tres antirretrovirales que serán el tratamiento preliminar de los recién nacidos hasta tanto se confirme el diagnóstico.

La selección del régimen de medicamentos que se administrará a los recién nacidos, depende de los factores maternos y del infante que afecten el riesgo de transmisión. A continuación, se presentan tres tipos de regímenes:

1. Profilaxis antirretroviral: La administración de una o más antirretrovirales al RN sin diagnóstico confirmado, para prevenir la infección.
2. Terapia antirretroviral empírica: la administración de tres antirretrovirales al recién nacido de alto riesgo, con el interés de proporcionar tratamiento temprano al recién nacido con alto riesgo de adquirir la infección y también funciona como profilaxis para evitar la infección en el recién nacido expuesto intra útero, intraparto y durante la lactancia.



3. Terapia antirretroviral para VIH: La administración de la combinación de tres medicamentos antirretrovirales a dosis de tratamiento para recién nacidos en los que se confirme la infección tempranamente.

Definición de la mejor profilaxis del recién nacido según factores de riesgo:
Para recién nacidos de bajo riesgo, cuyas madres hayan recibido TARV durante la gestación, manteniendo supresión viral cercana al parto y con buena adherencia, se podrá administrar profilaxis al recién nacido con Zidovudina por cuatro semanas.

Para recién nacidos de alto riesgo, se recomienda la terapia antirretroviral empírica combinada así: Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir por cuatro semanas o Zidovudina más lamivudina por cuatro semanas en caso de ausencia de RAL. En caso de niños menores de 32 semanas utilizar Zidovudina más nevirapina por seis semanas.

Para recién nacidos hijos de madres a quienes se les realiza el diagnóstico al momento del parto o en el post parto inmediato, se recomienda tratamiento empírico con Zidovudina, lamivudina y raltegravir en sachets para suspensión oral (dosis de tratamiento) según esquema de recién nacido de alto riesgo o zidovudina, lamivudina y nevirapina.

Para recién nacidos con prueba de PCR DNA positiva a las 48h iniciar tratamiento con triple terapia con Zidovudina, lamivudina y raltegravir a dosis de tratamiento.

Tabla 29. Escenarios clínicos en el recién nacido según el riesgo de transmisión vertical

Factor de riesgo	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
Definición según los antecedentes maternos	Madre recibió TARV durante el embarazo y presenta evidencia de supresión virológica cercana al parto. (dentro de las 4 semanas previas al parto)	<ul style="list-style-type: none">• Madre no recibió TARV durante el embarazo.• TARV < 1 mes de duración.• CV materna > 1000 copias/ml.• Infección aguda durante el embarazo, parto o lactancia.• No recibió tratamiento ARV ante parto o intraparto.• Sólo ha recibido TARV ante parto o ha recibido TARV ante parto pero sin supresión virológica.• Infección.
Opción terapéutica según riesgo de transmisión vertical.	AZT por 4 semanas.	Terapia antirretroviral empírica: Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir por 4 semanas. Esquema alterno: <ul style="list-style-type: none">• AZT+3TC durante 4 semanas. Niños menores de 32 semanas de gestación: <ul style="list-style-type: none">• AZT por 6 semanas. Tratamiento empírico: <ul style="list-style-type: none">• AZT + 3TC + RAL o AZT + 3TC + NVP



Factor de riesgo	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
Indicaciones Adicionales a. La profilaxis debe ser iniciada tan pronto como sea posible, entre las 6 y 12 horas después del nacimiento. b. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el RN. c. El uso de terapia combinada con AZT/3TC en el RN puede aumentar el riesgo de anemia y neutropenia. d. Referir a Clínica de Atención Integral y/o Pediatría a su egreso con un control de BHC a los 15 días de vida. e. En niños prematuros se utilizará la pauta según edad gestacional. (Tabla 2 de esta sección). El uso de ritonavir o IP no está indicado en recién nacidos menores de 14 días de vida por el riesgo de toxicidad. Si el recién nacido no tolera la VO dar AZT IV.		

Tabla 30. Dosis de tratamiento según escenario clínico.

	< 30 semanas		30 semanas a 34 semanas		≥ 35 semanas
	Nacimiento - 4 semanas	4 - 6 semanas	Nacimiento - 2 semanas	2 - 6 semanas	Nacimiento 4 - 6 semanas
AZT	2mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 1.5mg/kg/dosis iv cada 12h).	3mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 2.3mg/kg/dosis IV).	2mg/kg/ dosis VO cada 12h.	3mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 2.3mg/ kg/dosis IV).	4mg/kg/dosis cada 12h.
3TC	≥ 32 semanas				
	Nacimiento - 4 semanas.			4 - 6 semanas.	
	2mg/kg/dosis VO cada 12h.			4mg/kg/dosis VO cada 12h.	
RAL	Granulados para solución oral. Neonatos ≥ 37 semanas y ≥ 2 kg de peso hasta las 4 semanas de vida: 1ª semana: 2-3 kg: 4 mg; 3-4 Kg: 5 mg; 4-5Kg: 7 mg. 2ª a 4ª semana: 2-3 kg: 8 mg; 3-4 kg: 10 mg; 4-5 kg: 15 mg.				
	Lactantes ≥ 4 semanas (≥ 3 kg), niños y adolescentes: 3-4 kg: 25 mg 4-6 kg: 30 mg 6-8 kg: 40 mg 8-11 kg: 60 mg 11-14 kg: 80 mg 14-20 kg: 100 mg				
Indicaciones adicionales: a. La profilaxis debe ser iniciada tan pronto como sea posible, entre las 6 y 12 horas después del nacimiento. b. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el RN. c. Referir a Clínica de Atención Integral y/o Pediatría a su egreso. d. No hay dosis de terapia combinada establecida para recién nacidos prematuros. e. El uso de ritonavir o IP se asocia con bloqueo cardíaco en neonatos.					





Tabla 31. Toxicidad de los fármacos en el recién nacido.

Fármacos	Toxicidad	Comentarios y recomendaciones
AZT	Alteraciones hematológicas: anemia, neutropenia	• Valorar interrumpir profilaxis según grado de la anomalía, síntomas del RN, riesgo de la transmisión vertical de VIH y duración de la profilaxis
	Toxicidad mitocondrial	• Riesgo de acidosis láctica • No se recomienda medir rutinariamente el ácido láctico en los niños expuestos; en caso de sintomatología sugestiva determinar ácido láctico, gasometría venosa, transaminasas, lipasa y amilasa
LPV/r	Toxicidad hepática	
	Cardiotoxicidad	• No existen datos farmacocinéticos de LPV/r en el periodo neonatal inmediato. Se han observado bradiarritmias en RN pretérminos tratados con LPV/r a dosis de 300/75 mg/m2/dosis

Otras indicaciones

1. Se realizará una biometría hemática a todo recién nacido expuesto a VIH en las primeras 48h de vida, para obtener un valor basal y se ordenarán pruebas de control según la presencia de factores de riesgo (prematuridad, uso de terapia combinada, etc.). El resultado de esa prueba no es necesario para iniciar profilaxis con AZT.
2. En los niños en que se utilice terapia combinada existe mayor riesgo de presentar anemia y neutropenia, por lo tanto, se deberán realizar la biometrías hemáticas dentro de las primeras 48 horas de vida, una segunda a los 15 días y una al finalizar la profilaxis entre las 4 a 6 semanas de vida.
3. Después de las cuatro semanas de profilaxis con AZT o con terapia combinada, se realizará la primera prueba de ADN proviral o PCR ARN, según la disponibilidad. Si esta primera prueba es positiva, se comienza TARV y se ordena la segunda prueba para confirmar diagnóstico.
4. Después de las 4 semanas de profilaxis con AZT o con terapia combinada, si la primera prueba de ADN proviral o PCR ARN (realizada entre las 6 y 8 semanas) es negativa, se ordena una segunda prueba la cual puede ser realizada a partir del cuarto mes de vida. Si la segunda prueba es positiva, se administra TARV hasta el resultado de una tercera prueba confirmatoria.
5. A todo niño expuesto a VIH, se le iniciara profilaxis con TMP/SMX a partir de las 4 a 6 semanas de vida y se discontinuará si la primera prueba virológica resulta negativa.

Atención de salud del recién nacido de madre con VIH

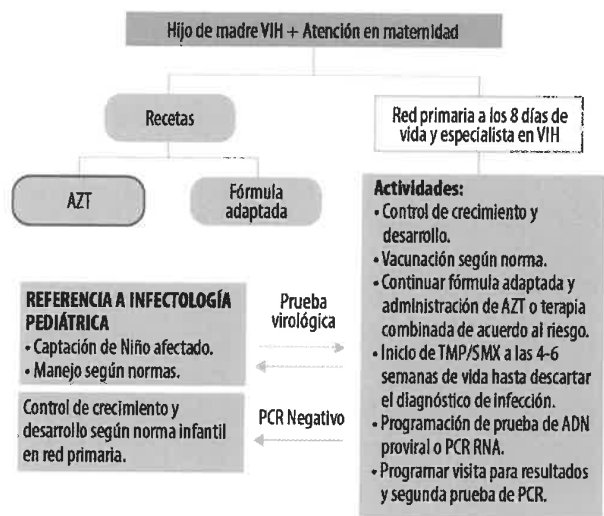
Intervención 1: al nacer:

1. Iniciar profilaxis con AZT o terapia combinada desde el nacimiento según protocolo.
2. Tomar Biometría hemática completa dentro de las primeras 48h de vida.
3. Egresar con:
 - a. Referencia a red primaria de atención para evaluación al octavo día de vida como su control de crecimiento y desarrollo de rutina.
 - b. Referir a centro de atención de VIH, dentro de los primeros 15 días de vida.
 - c. Terapia Antirretroviral según su riesgo.
 - d. Receta de fórmula láctea, la cual debe ser suministrada por los centros de atención para



- niños expuestos
- e. Recomendaciones generales:
- a. **No dar lactancia materna.**
 - b. **Dar fórmula adaptada.**
4. Tratamiento complementario:
- a. Cuidados generales del recién nacido según norma.
 - b. Precauciones universales en el manejo de secreciones.
 - c. Vacunación (consultar "Inmunización activa en niños con VIH de la sección V") Polio intramuscular o Hexavalente, Hepatitis B según norma, BCG hasta confirmar estatus negativo de VIH.

Figura 23. Flujograma de atención al recién nacido de madre con VIH.



Intervención 2: cita de los ocho días en atención primaria:

1. Atención de crecimiento y desarrollo según las NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS DE EDAD (2009)
2. Vacunación según norma (consultar "Inmunización activa en niños con VIH").
3. Verificar:
 - a. Cumplimiento de profilaxis con AZT o terapia combinada según protocolo.
 - b. Alimentación exclusiva con fórmula adaptada.
 - c. Vacunas al nacimiento (BCG y Hepatitis B), vacunar si no han sido aplicadas.
 - d. Confirmar cita con especialista en VIH.





Intervención 3: consulta externa por especialista en VIH:

1. Especialista en enfermedades infecciosas, Pediatra o médico general capacitado en VIH
2. Enfermera capacitada en VIH.
3. Asesoría.
 - a. Explicar el plan de seguimiento a los familiares y sus implicaciones.
 - b. Insistir en el apego al tratamiento.
 - c. Importancia de realizar las pruebas virológicas para el diagnóstico (ADN proviral o PCR ARN).
4. Programar toma de muestra para ADN proviral o PCR ARN entre las 4 y 6 semanas de vida, preferiblemente dos semanas después de haber completado la profilaxis. En el caso de niños de alto riesgo, la prueba de ADN proviral o PCR ARN deberá realizarse a las 48 horas de vida.
5. Continuar tratamiento profiláctico con AZT o terapia combinada hasta completar 4 a 6 semanas según protocolo y posteriormente seguir normas de **“Escenarios clínicos para administrar terapia antirretroviral en el recién nacido”**.
6. Indicar inicio de profilaxis con TMP+SMX a partir de la 4ª a 6ª semana de vida y continuar hasta obtener resultado de primera prueba virológica.
7. Dar receta o proporcionar fórmula adaptada. La fórmula adaptada debe ser suministrada por los centros de atención para niños expuestos.
8. Orientación:
9. General según Normas técnicas y administrativas del Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento a los 9 años de edad-capítulo 5 (2009)
 - a. **No dar lactancia materna.**
 - b. **Dar formular adaptada.**
10. Referir a Trabajo Social para programar.
 - a. visita domiciliaria.
11. Indicar fecha de la siguiente cita para ver resultados de exámenes.

6.3. Normas para iniciar el tratamiento antirretroviral en niños con VIH:

La terapia antirretroviral debe ser iniciada en todo niño MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD, INDEPENDIENTEMENTE de las manifestaciones clínicas, categoría inmunológica o valores de carga viral.

Consideraciones basales pre tratamiento:

1. Historia detallada de posible de exposición a TARV del niño o la madre u de cualquier otra posible fuente de infección.
2. Determinación de HLA B*5701 antes del posible uso de Abacavir. Si es positivo, está contraindicado su uso.
3. Serología basal de posibles co-infecciones: Toxoplasmosis, hepatitis B, hepatitis C.
4. PPD o IGRA.
5. Pacientes con enfermedad avanzada: realizar examen oftalmológico y PCR por CMV en sangre.



Tabla 32. Esquemas de Terapia antirretroviral recomendados en niños.

Edad	Pauta de elección (1era línea)	Alternativa (2da línea)
Recién nacidos a <14 días.	AZT+ 3TC + Raltegravir	
Lactante ≥14 días y peso mayor a 3 Kg.	ABC + 3TC + DTG AZT + 3TC + DTG	ABC + 3TC + RAL AZT + 3TC + RAL AZT+3TC o ABC +LPV/r
Niños con peso mayor o igual a 25 kg.	TDF/3TC/DTG	AZT/ABC +DRV+RTV TDF/FTC +DRV+RTV

Recomendaciones especiales

- 1. Niños y adolescentes con anemia severa (Hb <7.5g/dl) o neutropenia severa (<500 cel/mm³), evitar AZT. Se puede iniciar con ABC.
- 2. Para adolescentes >12 años con Hepatitis B, el régimen de elección es TDF+FTC+ Inhibidor de Integrasa o IP.

Necesidades de cambio en el tratamiento antirretroviral en niños con VIH:

- 1. Se indica cambios de la terapia, entre otros, en casos de intolerancia, toxicidad, desarrollo de resistencia, progresión de enfermedad, nuevos datos que demuestren que una droga o régimen es superior al que recibe en ese momento y/o abandono en el tratamiento (Tabla 6).
- 2. Antes de decidir un cambio terapéutico por sospecha de intolerancia, considerar los síntomas más frecuentes que se presentan al iniciar TARV y que remiten en aproximadamente una semana: náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea.
- 3. Ante la sospecha de falla terapéutica de un paciente, este debe ser manejado en conjunto con un especialista en VIH.



Tabla 33. Recomendaciones de cambios de ARV ante efectos secundarios severos.

Medicamento antirretroviral de primera línea	Efectos secundarios	Medicamento antirretroviral de primera línea sugerido como sustituto
Abacavir (ABC)	Reacción de hipersensibilidad	AZT
Zidovudina (AZT)	Anemia grave ¹ o neutropenia ²	ABC
	Acidosis láctica	ABC
	Intolerancia gastrointestinal grave ³	ABC
Efavirenz (EFV)	Efectos secundarios del SNC persistentes y graves	LPV/r
	Teratogenicidad potencial (adolescentes en el primer trimestre de embarazo, o en edad de procrear y que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados)	

Nota: se ha descrito en adultos pancreatitis asociada a 3TC/FTC pero se considera muy rara en niños.
¹ Descartar paludismo en las zonas endémicas de malaria; la anemia grave se define como una cifra de Hb <7,5 g/dl y el VCM superior a 100 femtolitros (fl).
² Definida como un recuento de neutrófilos <500/mm³.



³ Definida como intolerancia gastrointestinal refractaria grave que impide la ingestión de un régimen con ARV (por ejemplo, náuseas y vómitos persistentes).

Monitoreo de terapia antirretroviral en niños con VIH:

1. La evaluación y monitoreo del paciente es básica, de esta dependerá en gran parte el éxito de la adherencia, y comprende además las evaluaciones clínica y de laboratorio, una fase informativa, una fase de consenso y compromiso y una fase de mantenimiento y soporte previa.
2. La evaluación debe ser realizada antes de iniciar la terapia y durante la misma.
3. Los controles de laboratorio para el monitoreo antes y durante la terapia se describen en la Tabla VII.

Esquema analítico basal para el niño con diagnóstico de infección por VIH:

- 1. Hemograma completo y pruebas bioquímicas (pruebas de función renal y hepática):** Estas pruebas se realizarán antes del inicio del tratamiento, se repetirán entre 4 y 8 semanas después de iniciado el tratamiento y luego cada 3 a 6 meses según lo requiera el paciente.
- a. *Perfil lipídico:* debe realizarse antes del inicio de tratamiento, si son normales se repetirán cada 6 a 12 meses y según necesidad del caso.
 - b. *Urinálisis:* antes del inicio del tratamiento y cada 3 a 6 meses o según lo requiera el caso.
 - c. *Calcular aclaramiento de creatinina:* se recomienda principalmente en aquellos pacientes que inicien tratamiento con tenofovir)

Cálculo de aclaramiento de creatinina en niños:

$$\frac{K \text{ (constante según edad)} \times \text{Talla (cm)}}{\text{Creatinina Plasmática}} = \text{Aclaramiento de Creatinina}$$

Valores K según edad	
<12 meses	0.45
1-12 años	0.53
13-21 años	mujeres: 0.57
hombres:	0.70



Tabla 34. Monitoreo clínico y de laboratorio en lactantes y niños con VIH al momento basal, antes y durante el tratamiento antirretroviral.

evaluación clínica y de laboratorio	Basales (al inicio de la atención)	4-8 semanas tras iniciar el TARV o cambio de TARV	Cada 3-6 meses	Cada 6-12 meses	Según sea necesario ó en función de los síntomas
Historia clínica y examen físico	X	X	X		
Efectos secundarios		X	X		X
Adherencia	X	X	X		X



evaluación clínica y de laboratorio	Basales (al inicio de la atención)	4–8 semanas tras iniciar el TARV o cambio de TARV	Cada 3–6 meses	Cada 6–12 meses	Según sea necesario ó en función de los síntomas
EKG					X
Rx tórax				X	
Prueba virológica o anticuerpos	X				
Recuento CD4 ¹ y Carga viral ²	X	X	X		
Biometría Hemática ³ ,	X	X	X		X
Pruebas bioquímicas ⁴	X		X		
Prueba de embarazo en las adolescentes	X				X
Perfil lipídico	X			X	X
Prueba de Hepatitis B y C VDRL n adolescentes	X				
Prueba de resistencia					
PPD o IGRA	X				X
Serología Toxoplasmosis	X				X

^{1,2} En pacientes con infecciones oportunistas o tengan cifras de CD4 en valores límites, puede aumentarse la frecuencia de determinación de los CD4.

³ Algunos expertos recomiendan el control de la hemoglobina en las semanas 4, 8 y 12 posteriores al inicio del TARV cuando se utiliza AZT.

⁴ De la bioquímica completa debe incluir glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, proteínas totales, bilirrubina (total, directa, indirecta), CO2, sodio, potasio, cloruro, calcio, amilasa, transaminasa (oxal-acetato, gula-pie insulina (la determinación de insulina es anual).

Tabla 35. Asesoría antes y durante la terapia antirretroviral en niños con VIH.

Antes de iniciar la terapia
Fase informativa <ul style="list-style-type: none">• Asesoría para que el responsable del paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia. Esta asesoría debe ir respaldada con el apoyo de psicología.• Investigar situación social, laboral y familiar del responsable del paciente.• Conocer situación psicológica y concomitante (drogodependencia).• Conocer dificultades para el tratamiento.• Explicar los objetivos, razones de dosificación, efectos adversos potenciales. Fase de consenso y compromiso <ul style="list-style-type: none">• Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente.• Informar sobre la importancia del uso de medicamentos y dosis al paciente (siempre que sea posible) y a su responsable.• Solicitar el compromiso del paciente y su responsable en la adherencia al tratamiento.





Durante la terapia

Fase de mantenimiento y soporte.

- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Conocer los problemas y ofrecer soluciones (efectos adversos, relación con las comidas, horarios).
- Atención accesible.

Tabla 36. Opciones de tratamiento en pacientes con falla virológica.

1. Al presentarse una falla virológica referir a servicio de infectología.

Opciones de esquemas con al menos dos agentes totalmente activos tras falla de tratamiento antirretroviral con evidencia de resistencia viral a la terapia, con el objetivo de supresión virológica*.	
Esquema anterior	Nuevo esquema recomendado
2 INTR + 1 INNTR	• 2 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 IP o Inh de integrasa.
2 INTR + 1 IP	• 2 INTR (de acuerdo a R) + Inh integrasa. • 1 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 INNTR + 1 IP alternativo reforzado.
3 INTR	• 2 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 (INNTR ó IP o Inh integrasa). • 1 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + (1 INNTR + 1 IP o inh integrasa).
* Los esquemas antirretrovirales deberían ser elegidos en base al historial de tratamiento y a una prueba de resistencia, para optimizar la efectividad del antirretroviral en la segunda línea. Esto tiene importancia particular en la elección de los componentes INTR de un esquema basado en INNTR, donde puede darse resistencia a INNTR con rapidez si el virus no es lo suficientemente sensible a los INTR. Los esquemas deberían contener al menos dos drogas completamente activas, y preferiblemente tres, para conseguir una supresión virológica potente y duradera.	

2. Inmunización activa en niños con VIH.

Los niños con infección por el VIH deben recibir todas las vacunas que tendría un niño no infectado de la misma edad de acuerdo al esquema nacional, sin embargo, existen algunas recomendaciones especiales:

- **BCG:** se recomienda a todos los recién nacidos en Panamá, incluyendo a los expuestos a VIH, por tratarse de una región de riesgo para adquirir Tuberculosis. Sólo está contraindicada en niños expuestos a VIH que presenten signos de inmunodeficiencia desde el nacimiento.
- **MMR (sarampión, parotiditis y rubéola) o sarampión monovalente:** no aplicar en pacientes con inmunosupresión grave. Si el paciente recibió vacuna previo al diagnóstico e inicio de ARV debe ser revacunado.
- **Polio oral contraindicado:** se debe aplicar vacuna de polio inactivado.
- El niño con infección por VIH no debe estar en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna Sabin (polio oral) en las últimas dos semanas.
- **Varicela:** No aplicar en inmunosupresión grave.
- Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con un intervalo de tres meses (valorar el riesgo beneficio).
- **Influenza:** (virus inactivados) anualmente.
- **Vacuna del papiloma virus:** se recomiendan para todos los niños y niñas de acuerdo al programa de esquema de vacunaciones. Si la paciente no tiene la vacuna debe solicitarse la misma al programa ampliado de inmunizaciones (PAI). Se recomiendan tres dosis a partir de los 10 años.



- Vacuna contra SARS-Cov-2: esta vacuna está recomendada al igual que en población general para niños mayores de 5 años. La indicación a grupos de menor edad estará sujeta a las actualizaciones que realice el Programa Ampliado de Inmunizaciones conforme se tenga mayor evidencia de su uso.

Atención de salud a niños con VIH:

Consulta en atención primaria:

Tipo de paciente: niños/niñas con VIH.

Actividades/intervenciones:

1. Controles de salud según normas infantiles.
2. Vacunación según normas (consultar “Inmunización activa en niños con VIH”).
3. Garantizar la provisión de atención integral.
4. Abordaje multidisciplinario: trabajo social, nutrición (Tabla XI), salud mental, y otros recursos locales y de las instalaciones más cercanas según necesidad.
5. Reforzar importancia del tratamiento.
6. Seguimiento de reacciones adversas al tratamiento (consultar “Necesidades de cambio en el tratamiento antirretroviral”).
7. Detección temprana de infecciones oportunistas.
8. Identificar necesidades de información del paciente y su familia.
9. Educación, orientación y asesoría de pacientes.
10. Evaluación por Nutrición al momento del diagnóstico y según evolución.

Consulta externa por especialista en VIH:

El especialista en VIH puede ser un especialista en enfermedades infecciosas/pediatra o médico general capacitado en VIH.

Tipo de paciente: niños /niñas con VIH.

Actividades/Intervenciones:

1. Garantizar la atención integral del paciente.
2. Aclarar el significado e implicaciones del diagnóstico.
3. Explicar el tratamiento, seguimiento y cuidados especiales.
4. Receta por:
 - a. TARV según protocolos.
 - b. Terapia para enfermedades oportunistas.
 - c. Fórmula láctea hasta primer año de vida.
5. Orden por pruebas especiales y de rutina según flujograma.
6. Referencia para seguimiento por red primaria.
7. Fecha de próxima cita de seguimiento según flujograma.



6.4. Infecciones oportunistas en niños con VIH:

Infección por *Mycobacterium tuberculosis* en niños con infección por VIH:

Aspectos clínicos:

1. *Tuberculosis congénita*: síntomas inespecíficos como falla en ganancia ponderal, trastornos en la alimentación y/o síntomas y signos respiratorios (neumonía) y/o hepatoesplenomegalia progresiva e incluso meningitis.
2. *Tuberculosis pulmonar (PTB)*: puede ser inespecífica como pérdida de peso, fiebre, falla para crecer. En niños los hallazgos radiográficos pueden ser atípicos. Los adolescentes pueden presentar clínica y signos radiológicos similares al adulto.
3. *Tuberculosis extrapulmonar (EPTB)*: por lo general, existen linfadenopatías generalizadas con ó sin afección del sistema nervioso central, óseo, y/o de serosas (pericardio, peritoneo, pleura). La meningitis o enfermedades sistémicas se pueden desarrollar sin desarrollar hallazgos pulmonares.
4. Para niños/adolescentes con VIH se debe practicar tamizaje de síntomas en cada visita:
 - a. Pérdida de peso
 - b. Fiebre, tos
 - c. Contacto con TB
5. El abordaje diagnóstico es similar para PTB y EPTB en niños infectados y no infectados por VIH.
6. Es de importancia contar con la información de las pruebas diagnósticas y de sensibilidad realizadas al contacto.
 - a. Si es BAAR positivo mayor riesgo.
 - b. Resultados de pruebas de sensibilidad.

Diagnóstico de sospecha

En los niños son determinantes los factores de riesgo, historia de contacto, clínica sugestiva, y hallazgos radiográficos sugestivos de enfermedad tuberculosa. La confirmación microbiológica es difícil en la población pediátrica. Recordar descartar otras probables etiologías.

1. Contacto con adulto enfermo.
2. PPD (prueba de introdermoreacción): se considera positiva cuando es mayor o igual a 5mm de induración en niños inmunocomprometidos. Una PPD negativa no excluye el diagnóstico.
3. IGRA.
4. Radiografía de tórax (no existen signos patognomónicos).

Diagnóstico de confirmación:

Microbiológico:

1. Frotis por aspirado gástrico, esputo inducido (en el niño con capacidad para expectorar) o muestra de esputo obtenida por broncoscopía. El aspirado gástrico consiste en: tres aspirados gástricos matutinos, se buscan bacilos ácido-alcohol resistentes. La preparación se tiñe con tinción Ziehl-Neelsen (bacilos ácido-alcohol resistentes).
2. Cultivo (tarda entre 6 y 8 semanas) a todos los pacientes con co infección se debe hacer pruebas de sensibilidad.



3. Pruebas moleculares. (Referirse para mayor información a las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL MINSA) pueden realizarse en muestras de jugo gástrico, esputo, tejidos, líquido cefalorraquídeo y pleural.

Anatomo-patológico:

1. Biopsia ganglionar, bronquial, pulmonar, hepática, de médula ósea u otros órganos: demostrar la presencia de granulomas tuberculosos.

Tratamiento:

1. Iniciar tratamiento ante la SOSPECHA de TBC. Referir al Programa de TAES.
2. Debido a la toxicidad de las drogas antirretrovirales y a la interacción de estas con los medicamentos para la TB (consultar Tabla 19 en Sección II), los pacientes deben ser evaluados por especialistas con experiencia en ambas condiciones.
3. En niños con PTB activa y ganglionar la duración mínima debe ser de seis meses y en la TB extrapulmonar (miliar y SNC), la duración debe ser de 12 meses, en el caso de la osteoarticular considerar extender la fase de continuación por diez meses (Tabla 12). Suplementar con Piridoxina (1-2mg/kg/día dmáx 50mg).
4. La selección de antifímicos empíricos se realiza de acuerdo al historial del contacto y resultados de pruebas moleculares (resistencia a rifampicina).
5. La fase intensiva de TB pulmonar sensible debe tener una duración de dos meses y debe constar de cuatro drogas INH, RFP, PZA y Etambutol (Tabla 12). El etambutol puede ser utilizado en menores de 7 años con función renal conservada y a las dosis indicadas, tiene pocos efectos secundarios y son transitorios. (Tabla XII). La duración de la fase de continuación es de 4 meses y debe constar de dos drogas INH y RFP (Tabla 12).
6. Iniciar TARV en 2 -8 semanas de iniciada la terapia antifímica. En pacientes en TARV deben ajustarse los esquemas de tratamiento antifímicos.
7. Todos los inhibidores de proteasas interaccionan con drogas antifímicas, en particular la Rifampicina. Por lo tanto, el régimen del tratamiento antifímico deberá ser revisado y modificado (consultar Tabla 11 en Sección II).
8. En casos de resistencia, o cuando no se cuenten con alternativas para los IP, los mismos pueden utilizarse aumentando el ritonavir de forma tal que éste iguale la dosis del lopinavir.



En pacientes que no responden al tratamiento de primera línea, a pesar del tratamiento, considerar resistencia antimicrobiana y referir a infectología.

Tabla 37. Tratamiento antirretroviral con co-infección con tuberculosis.

Tratamiento ARV en menores de 14 días:	Opción de Tratamiento ARV en < 14 días con TB:
AZT + 3TC o FTC + RAL	Aumentar dosis de RAL
Tratamiento ARV en ≥ 14 días o peso mayor a 3 kg	Opción de Tratamiento ARV en ≥ 14 días o peso mayor a 3kg con TB:
ABC+3TC+DTG AZT+3TC+DTG	Aumentar dosis de DTG a cada 12 horas.



ABC+3TC+RAL AZT+3TC+RAL AZT+3TC+LPV/r	Aumentar dosis de RAL. ABC/3TC/DTG y ajustar la dosis de DTG.
Tratamiento ARV Niños con peso ≥ 25 kg	Opción de tratamiento ARV en niños con peso ≥ 25 kg con TB.
TDF/3TC/DTG	Aumentar dosis de DTG cada 12 horas.

Tabla 38. Tratamiento de tuberculosis en niños con VIH.

Fase intensiva de tratamiento: la administración es diaria y consta de 60 dosis.				
Medicamentos	Presentación	Dosis diaria	Dosis máxima	Vía y pauta de administración
Isoniazida	Tab 100 mg	10-15 mg/Kg	300 mg	Oral diario
Rifampicina	Cap 300 mg	10-20 mg/Kg	600 mg	Oral diario
Pirazinamida	Tab 500 mg	30-40 mg/Kg	2 g	Oral diario
Etambutol	Comprimidos 400mg	15-25 mg/kg	1.2 g	Oral diario
Rifabutina	Comprimidos 150mg	5-10 mg/kg/día		Oral diario

Fase de continuación: duración de 4 meses para TB pulmonar y ganglionar, y 10 meses para otras formas extrapulmonares.				
Medicamentos	Presentación	Dosis diaria	Dosis máxima al día	Vía de administración
Isoniazida	Tab 100 mg	10 mg/Kg 10-15 mg/kg	300 mg	Oral
Rifampicina	Cap 300 mg	15 mg/Kg 10-20 mg/kg/día	600 mg	Oral

Se prefieren las presentaciones a dosis fija combinada. Existen disponibles en presentaciones pediátricas de tabletas dispersables y en presentaciones de adultos. Consultar a la farmacia las presentaciones disponibles para el cálculo.

Número de tabletas dispersables de acuerdo al peso y fase de tratamiento.



Peso	Número de tabletas	
	Fase intensiva RHZ 75/50/150 ¹	Dosis diaria RH 75/50
4-7 kg	1	1
8-11 kg	2	2
12-15 kg	3	3
16-24 kg	4	4
25+ kg	Utilizar presentaciones de adulto	

¹ agregar etambutol en fase intensiva. El etambutol está disponible en comprimidos de 400mg.



Número de tabletas de acuerdo al peso, presentación de tabletas a dosis fija combinada y fase de tratamiento.

Fase intensiva		
Presentación: Rifampicina 150mg/ Isoniacida 75mg/ Pirazinamida 400mg/Etambutol 275mg tabletas.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
2 tab	3 tab	4 tab

Fase de continuación:		
Presentación: Rifampicina 150mg/Isoniacida 75 mg tabletas.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
2	3	4

Presentación: Rifampicina 300mg /Isoniacida 150mg.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
1	1.5	2

Monitorización de toxicidad hepática:

Si el paciente recibía TARV:

- 1. Monitorizar por signos clínicos de toxicidad.
- 2. Medir función hepática cada 2-3 meses.

Si el paciente no recibía TARV previo:

- 1. Medir función hepática antes del inicio, a las 2, 4 y 8 sem del tratamiento TB.
- 2. Continuar cada 2-3 meses.

Suspender todos los medicamentos con toxicidad hepática ante:

- 1. Aumento 5 veces el límite normal superior.
- 2. Aumento de 3 veces el límite superior en presencia de síntomas (anorexia, ictericia, dolor, hepatomegalia).
- 3. Si hay aumento de 3 veces sin síntomas: monitorear función hepática semanalmente.

Quimioprofilaxis de la tuberculosis en el niño con VIH o tratamiento de la tuberculosis latente:

- 1. En <12 meses viviendo con HIV, contactos de TB, deben recibir IPT por seis meses si se descarta enfermedad. En niños ≥12 meses viviendo con HIV, con poco riesgo de enfermedad tuberculosa basada en screening de síntomas, sin contacto con TB, debe ofertarse IPT por 6 meses como parte de paquete de prevención y atención de HIV (alta incidencia). TB puede recibir una por seis meses adicionales.
- 2. La profilaxis o el tratamiento de la tuberculosis latente está indicada en todo niño VIH positivo en el que se descarte la infección (ausencia de: tos, fiebre, aumento deficiente de peso), se encuentre una PPD ≥ 5 mm o cuando tenga antecedente de contacto cercano a adulto bacilífero independientemente del valor de PPD.
- 3. Fármaco de elección: INH a 10 mg/kg/día por seis meses. En caso de resistencia a INH utilizar Rifampicina 10mg/kg (máx. 600mg) vo c/día por 3-4 meses.





4. Para la utilización de la isoniazida como tratamiento preventivo de la tuberculosis latente es necesario considerar la carga de tuberculosis y el acceso a PPD tal como se detalla en el algoritmo clínico basado en síntomas sugestivos de Tuberculosis figura 3 de la sección de adolescentes y adultos.
5. En casos de contacto con MDR TB o XDR TB la evidencia es escasa, existe una limitada disponibilidad de terapia efectiva con aceptable perfil de seguridad. Puede considerarse terapia preventiva versus seguimiento cercano por un mínimo de dos años. Debe valorarse el riesgo de progresión, efectos adversos, patrón de susceptibilidad de la fuente, sin embargo, los menores de cinco años e inmunocomprometidos con contacto cercano podrían tener un mayor beneficio de terapia preventiva. Estos casos deben ser manejados por especialista.

Otras infecciones oportunistas en niños con VIH:
El tratamiento de las IO, y la quimioprofilaxis de las IO más frecuentes en niños con VIH se describen en las Tablas 13, 14 y 15.

Tabla 39. Tratamiento de infecciones oportunistas en niños con VIH.

Tipo de Infección	Tratamiento
Protozoos	
	Pirimetamina: dosis de ataque 2 mg/Kg/día (máx. 50 mg) por dos días y posteriormente 1 mg/Kg/día durante dos meses y posteriormente 1 mg/Kg/día(máx. 25 mg) 3 veces por semana durante 6 meses +
Toxoplasmosis ¹	Sulfadiazina*: 50 mg/Kg/día VO cada 12 horas + Leucovorina: 5-10 mg/Kg/día VO 3 veces a la semana durante 28 días. *Alternativa: TMP-SMX 10 mg/Kg/día VO durante un año. Si reacción a Sulfadiazina utilizar Clindamicina a 40 mg/Kg/día en 4 dosis.
	Terapia antirretroviral.
Criptosporidium ²	Considerar uso de: Nitoxozanida 100 mg VO bid 1-3 años, 200 mg VO bid 4-11 años, > 12 años 500 mg VO bid. Duración ≤ 14 días.
Giardia lamblia	Azitromicina: 10 mg/Kg/día VO durante cuatro semanas. Metronidazol: 15-30 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 5 días ó Tinidazol: 50 mg/Kg VO dosis única (máximo 2 g). Metronidazol*: 30 mg/Kg/día VO tres veces día durante 10 días ó
Entamoeba histolítica	Tinidazol*: 50 mg/Kg/VO dosis única (máximo 2 g) ó Yodoquinol*: 30-40 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 20 días.
	* Administrar tratamiento sólo en caso de amebiasis sintomática.
Isospora belli	TMP-SMX: 8 mg/Kg/día VO, dos veces al día durante 10 días, luego dos veces durante tres semanas ó Pirimetamina: 1 mg/Kg/día VO 3 veces al día durante 14 días (máximo 25 mg).



Tipo de Infección	Tratamiento
Bacterias	
	Amoxicilina: 40 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 14 días ó
	Cloramfenicol: 50-100 mg/Kg VO durante 14 días ó
Salmonella sp.	TMP-SMX: 10 mg/Kg/día VO durante 14 días ó
	Ceftriaxona: 100 mg/Kg/día IV durante10 días ó
	Ciprofloxacina: 30 mg/Kg/día VO en dos dosis durante 10 días.
Shigella	Ceftriaxona 100 mg/Kg/día IV durante 10 días ó
	Ciprofloxacina en casos de resistencia 30 mg/Kg/día en dos dosis VO durante 10 días.
Virus	
Herpes simple oral	Aciclovir: 10 mg/Kg/dosis VO cada 8 horas durante 10 días.
Herpes simple diseminado	Aciclovir*: < 28 días de vida: 20 mg/kg/dosis IV tid por 21 días > 28 días de vida: 10 mg/kg/dosis IV tid por 21 días * El aciclovir IV debe ser administrado en una hora.
Citomegalovirus	Ganciclovir: Inducción: 5-7.5 mg/Kg/dosis IV cada 12 horas ⁴ por 14 a 21 días. Mantenimiento: 5 mg/Kg/día IV cada 24 horas ⁴ .
Hongos	
	Mayor de dos meses TMP/SMX* 15-20 mg/Kg/día IV cada seis horas por 21 días posteriormente continuar con profilaxis VO.
Pneumocystis jiroveci ³	Si la PaO2 es < 70 mm Hg, indicar prednisona a 1 mg/kg bid por cinco días, continuar a 0.5-1mg/kg bid por cinco días (día 6 al 10 de tratamiento), disminuir la dosis a 0.5 mg/kg una vez al día, del día 11 al día 21 de tratamiento. *Alternativa: si hay reacción al TMP/SMX o falla al quinto o séptimo día se debe administrar Pentamidina 4mg/Kg/día IV durante 21 días. La dosis en niños mayores de 5 años es igual que en adultos.
Candidiasis oro faríngea	Nistatina: 100,000 U/ml VO 4 veces al día durante 5 días (hasta 6 millones por día) ó Fluconazol: 3-6 mg/Kg/día VO cada 24 horas ⁴ .
Candidiasis esofágica	Fluconazol: 6 mg/Kg/día VO una vez al día ⁴ en el primer día y continuar 3-6 mg/kg vo c/día (máx. 400 mg/dosis) Anfotericina B: 1mg/Kg/día IV durante 14 días ⁴ .
Candidiasis sistémica	Anfotericina B: 1 mg/kg/día tratar 2-3 semanas después del último hemocultivo positivo. Enfermedad leve: Itraconazol 2-5 mg/kg/dosis (máx. 200 mg) VO TID por tres días y continuar a igual dosis BID por 12 meses.
Histoplasmosis	Enfermedad severa: Anfotericina 1 mg/kg/día IV por 1-2 sem (en casos de infección cerebral 4-6 sem) seguido de Itraconazol a la dosis indicada por 12 meses. Continuar profilaxis con Itraconazol hasta: CD4> 150 cel/mm ³ , edad ≥6 años, ≥ de un año de tratamiento, ≥ 6 meses en TAR.



Tipo de Infección	Tratamiento
Micobacterias	
Mycobacterium avium complex	<p>Claritromicina 7.5 mg-15 mg/kg (máx. 500 mg/dosis) VO BID + etambutol⁵ 15-25 mg/kg (máx. 2.5 g/día) VO c/día, en casos severos administrar rifabutina* o ciprofloxacina, levofloxacina o amikacina.</p> <p>Alternativa: Azitromicina 10-12 mg/kg (máx. 500 mg/día) VO c/día</p>
Cryptococosis	
Enfermedad del SNC:	<p>Terapia de inducción: Anfo B deoxicolato 1 mg/kg o Anfo B liposomal 6mg/kg IV cada 24 horas más flucitosina 25 mg/kg vo cada seis horas. Alternativa si no hay disponibilidad de flucitosina o hay pobre tolerancia a la misma : Anfo deoxicolato o Anfo B liposomal más fluconazole a dosis de 12 mg/kg IV en el día uno y continuar a 10-12 mg/kg una vez al día (dosis máxima de 800 mg).</p>
	<p>Terapia de Consolidación: fluconazole 12 mg/kg en el día uno, seguido de 10-12 mg/kg (dosis máxima 800 mg) una vez al día por VO o IV por un mínimo de ocho semanas. El cultivo de LCR debe estar negativo para iniciar la fase de consolidación</p>
	<p>Enfermedad localizada (sin afección del SNC): fluconazole 12 mg/kg en el día uno seguido de 6-12 mg/kg/día (dosis máxima 600 mg). La duración depende de la severidad, sitio de infección y respuesta clínica.</p>
	<p>Enfermedad diseminada (sin afección del SNC): Anfo b deoxicolato 1 mg/kg/día o anfo B liposomal 3-5 mg/kg/día. La duración depende de la severidad, sitio de infección y respuesta clínica.</p>
<p>1. Clínica: en la toxoplasmosis congénita existe un exantema maculopapular, ictericia, hepatoesplenomegalia, y alteraciones neurológicas, y alteraciones coagulación (trombocitopenia). En la toxoplasmosis adquirida existen alteraciones visuales y neurológicas. Diagnóstico: es independiente del nivel de CD4. En la mujer embarazada se debe de realizar el PCR en el líquido amniótico, además existen pruebas serológicas (IgG e IgM).</p> <p>2. Clínica: diarrea persistente, cólicos abdominales, fatiga, pérdida de peso y pobre ganancia ponderal. Diagnóstico: tinción Kinyou.</p> <p>3. Clínica: disnea de reposo, taquipnea, tos no productiva, fiebre + infiltrado intersticial + disociación O2 /CO2: hipoxemia con normocapnia. Diagnóstico: en niños menores de un año de edad el riesgo no depende de los CD4 y en los mayores de 1 año de edad las células CD4 son inferiores al 15%. El diagnóstico definitivo se realiza con broncoscopia y lavado broncoalveolar.</p> <p>4. Cuando no se especifica el tiempo de duración del tratamiento, este se mantiene en función del recuento de células CD4.</p> <p>5. Contraindicado en menores de 7 años.</p>	



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Tabla 40. Recomendaciones de profilaxis primaria, en las infecciones oportunistas, en niños con VIH.

Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Protozoos		
	< 6 años con CD4 < 15% ≥ 6 años con CD4 < 100	
Toxoplasmosis gondii ¹	Indicaciones para discontinuar: ≥6 meses en ARV y • 1-5 años CD4 ≥ 15% o ≥ 500 cel/mm ³ por 3 meses consecutivos. • ≥ 6 años con CD4 ≥ 15% o > 100- 200 cel/mm ³ por tres meses consecutivos.	TMP/SMX 150 mg/m2/día en dos dosis. Alternativa: igual dosis administrada 3 veces por semana en días alternos.
Micobacterias		
Mycobacterium tuberculosis	PPD ≥ 5mm, contacto cercano con cualquier persona bacilífera. Siempre excluir enfermedad activa por medio del descarte de tos, fiebre, pérdida de peso y/o sudoración nocturna. <1 año CD4 < 750 1-2 años CD4 < 500 2-5 años CD4 < 75 ≥ 6 años con CD4<50 cel/mm ³	INH 10 mg/kg/día (dmáx al día de 300 mg) por seis meses. En caso de resistencia a INH: rifampicina 10/kg/día (máx 600 mg) por 3-4 meses.
Complejo Mycobacterium avium	Indicaciones para discontinuar: • < 2 años: No discontinuar, considerar suspender en > de 2 años después de seis meses de TARV. • 2-5 años : CD4>200 cel/mm ³ por > 3 meses consecutivos. • ≥6 años si CD4 > 100 cel/mm ³ > 3 meses consecutivos.	Claritrmicina 7.5 mg/kg (dmáx 500 mg) BID ó Azitromicina 20 mg/kg (dmáz 1200 mg) VO una vez por semana.
Virus		
Citomegalovirus	Recomendado sólo en circunstancias particulares. CMV positivo con inmunosupresión severa CD4 <50.	Valganciclovir 900 mg/día vo con comida, para niños mayores que puedan recibir dosis de adultos. Inmunoglobulina IV 400 mg/kg en las primeras 96 horas postexposición.
Varicela -zooster	Expuesto seronegativo	Si > 96 horas postexposición: Aciclovir VO 20 mg/kg/dosis 4 veces al día por 5-7 días (dmáx 800mg).





Microorganismo	Indicación	Primera elección¹
Hongos		
<i>Pneumocystis jiroveci</i> ²	<p>Todo niños expuesto desde las 4 - 6 semanas INDEPENDIENTE del CD4</p> <p>Indicaciones para discontinuar:</p> <ul style="list-style-type: none">• si se descartar la infección por VIH.• Tener doce meses de edad <p>Continuar tratamiento posterior a los 12 meses de edad si:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1-5 años cuyo CD4 <500 células/mm³ o <15%• ≤ 6 años cuya CD4 <200 células/mm³ o <15%	<p>TMP/SMX (150 mg/750 mg)/m2/por día dividido en dos dosis administrado diariamente.</p> <p>Alternativa: igual dosis administrada tres veces por semana en días alternos.</p>
Bacterias		
Infecciones bacterianas invasoras	Hipogammaglobulinemia (IgG < 400 mg mg/dl)	IGIV 400 mg/kg c/2-4 semanas.

² La profilaxis se mantiene en función del recuento de CD4.

Tabla 41. Recomendaciones de profilaxis para infecciones oportunistas recurrentes en niños con VIH.

Microorganismo	Indicación	Primera elección¹
Protozoos		
Toxoplasmosis gondii¹	<p>Encefalitis por toxoplasmosis previa</p> <p>Indicaciones para discontinuar:</p> <ul style="list-style-type: none">• ≥ 6 meses en TARV• Tratamiento primario completado• Asintomático• 1-5 años CD4≥15% por > 3 meses• ≥ 6 años CD4 > 200 cel/mm³ por 3 meses consecutivos	<p>Sulfadiazina* 85-120 mg/Kg/día (máx. 2-4 g/día) VO en 2-4 dosis cada 24 horas + Pirimetamina 1 mg/Kg ó 15 mg/m2 (máximo 25 mg) VO cada 24 hrs. + Ácido fólico 5 mg VO cada tres días.</p> <p>*Alternativa: Clindamicina 20-30 mg/Kg/día VO en 4 dosis + Pirimetamina 1 mg/Kg VO cada 24hrs + Ácido fólico 5 mg VO cada tres días.</p>
Bacterias		
Salmonella sp (no- typhi)	Bacteriemia	TMP/SMX 150-750 mg/m2 VO en 2 dosis VO cada 24 horas durante 12 semanas.
Micobacterias atípicas		
Complejo Mycobacterium Avium	<p>Enfermedad previa</p> <p>Indicaciones para discontinuar:</p> <ul style="list-style-type: none">• ≥ 6 meses en TARV• Tratamiento primario por al menos 12 meses completado• Asintomático• 2-5 años CD4≥ 200 por ≥ 6 meses• ≥ 6 años CD4 ≥ 100 cel/mm³ por 6 meses consecutivos	<p>Claritromicina 7.5 mg (máximo 500 mg) VO cada 12 horas +</p> <p>Etambutol 15 -25 mg/Kg (máximo 2.5 g) VO cada 24 horas ±</p> <p>Rifabutina 5 mg/Kg (máximo 300 mg) VO cada 24 horas.</p>

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Virus		
Citomegalovirus	Retinitis previa, enfermedad neurológica, enfermedad gastrointestinal con recaída.	Ganciclovir 5 mg/Kg IV cada 24 horas ó Foscarnet 90-120 mg/kg IV cada 24 horas ó Valganciclovir 900 mg/kg día para niños mayores que puedan recibir dosis de adultos.
	Indicaciones para discontinuar: <ul style="list-style-type: none">• ≥ 6 meses en TARV.• Evaluación por oftalmología.• 1-5 años CD4 ≥ 15% por ≥ 6 meses.• ≥ 6 años CD4 ≥ 100 cel/mm³ por seis meses consecutivos.	
Hongos		
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Neumonía previa por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	TMP/SMX 150 mg/m2/ día en dos dosis
	Indicaciones para discontinuar: <ul style="list-style-type: none">• ≥ 6 meses en TARV.• 1-5 años CD4 ≥15% por ≥ 3 meses consecutivos.• ≥ 6 años CD4 > 200 cel/mm³ por ≥ 3 meses consecutivos. Enfermedad documentada.	Alternativa: igual dosis administrada tres veces por semana en días alternos.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Indicación para discontinuar: <ul style="list-style-type: none">• Edad ≥ 6 años.• ≥ 6 meses en TARV.• Asintomático y completó ≥ 6 meses en profilaxis secundaria.• CD4≥ 200 cel/mm³ por ≥ 6 meses.	Fluconazol* 6mg/Kg (máx. 200 mg) VO cada 24 horas. *Alternativa: Itraconazol 5 mg/Kg /día.
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Enfermedad documentada Indicaciones para discontinuar: <ul style="list-style-type: none">• Edad ≥ 6 años.• ≥ 6 meses en TARV.• Manejo con itraconazole ≥ 1 año.• Cultivos negativos.• CD4 > 150 cel/mm³.	Itraconazole 5mg/kg/dosis VO (máx. 200 mg) BID hasta reconstitución inmune. Fluconazol 3-6 mg/Kg VO cada 24 horas (máx. 200 mg).



¹ Cuando no se especifica el tiempo de duración del tratamiento, este se mantiene en función del recuento de las células CD4.



ANEXOS



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Anexo 1. Cuestionario de evaluación del adolescente en plan de transición.

Conoces su condición y cómo cuidar de su salud	S	N	NES/AV	N/A
¿Conoces tu diagnóstico?				
¿Conoces cómo adquiriste la infección?				
¿Conoces los síntomas que puede producir tu condición?				
¿Tomas tus medicamentos sin ayuda de tus familiares?				
¿Tienes alguna dificultad en tomar tus medicamentos?				
¿Entiendes qué es carga viral?				
¿Entiendes qué es CD4?				
¿Conoces cómo evitar la transmisión del virus a otros?				
¿Conoces cómo mantenerte saludable?				
¿Visitas regularmente al médico?				
¿Están tus vacunas al día?				
¿Usas cigarrillos, drogas o tomas bebidas alcohólicas?				
¿Tienes sexo sin protección?				
¿Haces actividad física al menos tres veces por semana?				
Sabe cómo mantenerse seguro	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes a quién llamar en caso de emergencia?				
¿Tienes los teléfonos de emergencias, familiares o amigos?				
¿Sabes cuál es la clínica más cercana a tu hogar?				
¿Sabes el nombre de la clínica y nombre del médico que te atiende?				
¿Reconoces cuándo te sientes enfermo?				
¿Sabes explicar lo que está mal con tu cuerpo?				
¿Cómo te sientes?				
Conoce cómo atender sus necesidades de salud	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes dónde se obtienen las citas con tu médico?				
¿Eres el responsable de obtener tus citas?				
¿Sabes dónde se retiran tus medicamentos?				
¿Eres responsable de retirar tus medicamentos?				
¿Conoces los nombres y dosis de tus medicamentos?				
¿Conoces cómo se toman tus medicamentos?				
¿Conoces los efectos adversos que pueden producir tus medicamentos?				



¿Si tienes preguntas respecto a tus medicamentos o tu condición, te sientes en la capacidad de preguntarle a tu médico?				
¿Sabes si tienes derecho a seguro social?				
Si no tienes derecho a seguro social ¿sabes cómo podrías obtenerlo?				
Tiene conocimiento de educación sexual	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes qué es una infección de transmisión sexual?				
¿Sabes cómo se previene una infección de transmisión sexual?				
¿Sabes cómo prevenir un embarazo?				
¿Sabes qué es un preservativo (condón)?				
¿Sabes cómo se usa?				
¿Si ya has tenido relaciones sexuales, usas preservativos en todas tus relaciones sexuales?				
¿Entiendes las responsabilidades de ser padre/madre?				
¿Sabes cómo tu condición podría afectar el embarazo y al bebé?				
Estudios, trabajo y planes	S	N	NES/AV	N/A
Asistes a la escuela.				
Trabajas.				
Tienes planes para continuar tus estudios.				



S= Sí N= No NES/AV= No estoy seguro / A veces N/A= No aplica

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



Anexo 2. Listado de verificación de transición.

Nombre:						
Cédula:						
Fecha de inicio:	< 11 años		11-14 años		15-18 años	
Fecha de cierre:						
Conocimiento de su condición y manejo	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado
Interacción directa con el equipo, hace preguntas.						
Conoce su diagnóstico.						
Entiende qué es el VIH.						
Entiende qué son las células T.						
Entiende qué es carga viral.						
Nombra medicamentos y dosis.						
Nombra indicaciones para tomarlos (comida, ayuno, etc.).						
Nombra efectos adversos.						
Toma medicamentos de forma independiente.						
Proporciona su historia clínica independientemente.						
Puede obtener sus citas sin asistencia.						
Nombra indicaciones para asistir a un cuarto de urgencia.						
Mantiene un calendario de sus citas.						
Identifica a los miembros del equipo de salud y sus funciones.						
El adolescente mantiene actividades de salud preventiva.	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado
Visita al dentista cada 6 meses.						
Mantiene sus inmunizaciones al día.						
Estilo de vida saludable (actividad física, nutrición balanceada).						
Se abstiene del uso de alcohol, cigarrillos, drogas.						
El adolescente muestra conocimiento en sexo responsable.						
Identifica situaciones de riesgo, explotación sexual, victimización.						
Conoce ITS, mecanismos de prevención.						
Conoce métodos de prevención de embarazo.						



Entiende riesgo de la condición para el embarazo y producto de la gestación.						
El adolescente tiene plan de vida.						
Tiene planes de educación y/o trabajo.						
Entiende beneficio de acceso a seguridad social.						

En gris la edad sugerida en la que el paciente debe haber adquirido la habilidad y conocimiento, sin embargo, la evaluación es individualizada de acuerdo con el momento del diagnóstico y capacidades neurocognitivas del adolescente.

Nombre del evaluador: _____



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Inicio rápido del Tratamiento: se define como el comienzo del tratamiento desde el diagnóstico de la infección por VIH. dentro de los 7 días desde el diagnóstico de la infección por el VIH.

Paciente naíve: se denomina así a aquellos personas que viven con VIH que no han tenido tratamiento antirretroviral previo.

Descentralización: Es una medida para aumentar el acceso a la atención y disminuir los períodos de espera de las personas que reciben atención en los establecimientos para así mejorar la retención a través de inicio del TAR y su mantenimiento en establecimientos de salud periféricos.

Autocuidado: son las acciones que permiten al individuo atender de una forma adecuada su situación de salud, frente a determinada enfermedad, a fin de evitar el deterioro y/o complicaciones.
Anticoncepción oral de emergencia: La anticoncepción oral de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección.

Pareja serodiscordante: corresponde a una pareja donde uno de los miembros es VIH(+).

Servicios Especiales para pacientes con VIH: corresponde a los servicios que especialmente se le otorgan a un paciente de VIH como Médico especialista en enfermedades infecciosas, Médico especializado en VIH, Enfermera y Especialista en Salud Mental (psicólogo o psiquiatra).

Cuidados paliativos: corresponde a los cuidados en situaciones en que se evidencia avance de la enfermedad y en los cuales se debe implementar lo normado en el Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Trabajo social: grupo de acciones que buscan trabajar de manera conjunta con las personas con VIH, sus familiares, amigos o personas cercanas, organizaciones y comunidades para valorar las necesidades específicas del paciente, de manera de apoyar social y psicológicamente a la persona con VIH y sus familiares.

MoniTARV: Sistema informático (Software) que permite el Registro Médico Electrónico (RME) de los pacientes en TARV.

Síndrome retroviral agudo: período inmediatamente posterior a la infección primaria.

Marcadores Virales: serie de exámenes de diferente tipo, que permiten la revisión y seguimiento de la progresión de la enfermedad.

Terapia Antirretroviral: paquete de intervenciones de apoyo que todas las personas con diagnóstico de VIH positivo deben recibir y que aseguren una vinculación oportuna con la atención. Busca reducir la carga viral, mejorar el sistema inmunológico, mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar la necesidad de hospitalizaciones, entre otras.



Medicamentos antirretrovirales: son los distintos tipos de medicamentos que actúan en diferentes puntos del ciclo vital del virus. (Inhibidores de fusión y antagonistas CCR5, Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa, Inhibidores de Integrasa, Inhibidores de Proteasa (IP) e Inhibidores de la Posfijación).

Resistencia a fármacos antirretrovirales: es la resistencia a los fármacos antirretrovirales de algunos virus que se convierten en los virus más prevalentes en el flujo sanguíneo de la persona con VIH, lo que causa disminución del estado de inmunidad en los pacientes.

Tratamiento de primera línea: es el tratamiento recomendado para el VIH que incluye medicamentos antirretrovirales (ARV) que son inocuos, eficaces y prácticos para la mayoría de las personas infectadas que nunca han recibido antirretrovirales.

Tratamiento de segunda línea: es el tratamiento de aquellos pacientes que bajo la nueva definición de la OMS hayan transicionado de una segunda línea con IP a DTG o que se sospeche falla virológica.

Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico: es el tratamiento indicado previa prueba de resistencia para los pacientes que experimenten fracaso virológico a un esquema de segunda línea.

Exposición ocupacional al VIH: es una emergencia que se presenta por algún motivo, y requiere por tanto de un abordaje inmediato.

Exposición no ocupacional al VIH: son situaciones no habituales de exposición como el abuso sexual u otras actividades con riesgo de intercambio de fluidos.

Enfermedades Oportunistas: son una serie de posibles infecciones como la tuberculosis y la meningitis criptocócica, que condicionan las consideraciones clínicas al implementar el inicio rápido del TAR.

Transmisión Vertical: la transmisión vertical o perinatal se refiere a la transmisión del virus del VIH de la madre a su hijo.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud (2017) Norma técnica nacional para el control de la tuberculosis.
- World Health Organization (2022) WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment, Drug susceptible tuberculosis treatment.
- World Health Organization (2021) Guidelines: Updated recommendations on HIV prevention, infant, diagnosis, antirretroviral initiation and monitoring.
- World Health Organization (2021) Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service, delivery and monitoring: recommendations for a Public Health approach.



**MINISTERIO
DE SALUD****RESOLUCIÓN No. 326**

De 16 de MAYO de 2023

Que aprueba el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2023-2027

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá establece, como 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.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, es la instancia técnico-administrativa que le corresponde las funciones nacionales de salud pública, de carácter normativo y regulador.

Que el Decreto No.75 de 27 de febrero de 1969, por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, dice que, como parte de sus funciones generales, se encuentra la de mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que la Tuberculosis es una enfermedad causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que se transmite de persona en persona, a través del aire, cuando un enfermo de Tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe; basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Que las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de Tuberculosis de un 10%; sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas con un sistema inmunológico suprimido, como ocurre en casos de infección con VIH, malnutrición, diabetes, insuficiencia renal, pacientes que tomen medicamentos inmunosupresores para la Artritis, pacientes oncológicos y quienes consuman tabaco.

Que los enfermos por Tuberculosis, a lo largo de 1 año, pueden infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho y si no reciben el tratamiento adecuado, descrito en la Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá, contenido en la Resolución No. 235 de 17 de abril de 2017, pueden crear resistencias a los medicamentos antifímicos e incluso fallecer.

Que ha existido un avance considerable en el año 2016, con respecto a la línea de base del año 2015, en cuanto a la reducción de la mortalidad por Tuberculosis en Panamá, logrando descender de 7,1 a 4,4 y encaminándonos a nuestra meta principal al año 2023, de llegar a una mortalidad de 3,5.

Que este Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027, ha incorporado aspectos fundamentales del Plan Fin a la Tuberculosis OMS/OPS 2015-2035, con hitos intermedios al año 2025 y busca la reducción de las muertes por Tuberculosis en un 75% y una reducción de la Tasa de Incidencia de un 50% con respecto al año 2015, buscando llegar a la meta final en el año 2035, de un Panamá libre de Tuberculosis, con cero muertes, cero nuevas infecciones y la



Resolución No. 326 de 16 de MAYO de 2023.



desaparición del sufrimiento de las personas, familias o comunidades, debido a esta enfermedad.

Que la misión de este Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2023-2027, es alcanzar el control de la Tuberculosis, asegurando las medidas de prevención de la infección y el tratamiento efectivo de las personas infectadas, mediante la provisión de los servicios necesarios establecidos por políticas adecuadas y basadas en la evidencia producida, tanto a nivel internacional como en investigaciones realizadas en Panamá, que faciliten la comprensión de los determinantes sociales de la enfermedad.

Que de conformidad con lo antes señalado se,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Plan Estratégico Nacional para el Control Integral de la Tuberculosis en Panamá 2023-2027, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Corresponde a la Dirección General de Salud Pública, por conducto de la Sección de Control de la Tuberculosis del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población del Ministerio de Salud, la responsabilidad de divulgar, monitorear y evaluar el cumplimiento del Plan aprobado en el artículo anterior.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución empezará a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud



LFSM/MLCP/EAAR/BECV/DB



REPÚBLICA DE PANAMÁ – MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL
DE LA TUBERCULOSIS EN PANAMÁ 2023-2027



MINISTERIO
DE SALUD



AUTORIDADES NACIONALES



Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

Dra. Ivette Berrio Aquí
Vice Ministra de Salud

Dr. José Belisario Baruco
Secretario General de Salud

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar E. González A.
Subdirector General de Salud de la Población

Colaboradores:
Dra. Geni M. Hooker C.
Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dr. Edwin A. Aizpurúa R.
Jefe de la Sección para el Control de la Tuberculosis

SECCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL



DE LA TUBERCULOSIS - MINISTERIO DE SALUD

Dr. Edwin A. Aizpurúa R.
Jefe de la Sección para el Control de la Tuberculosis

Dra. Beatriz Castillo
Técnica de la Sección para el Control de la Tuberculosis

Mgtra. Karolyn Chong
Enfermera de la Sección para el Control de la Tuberculosis



COLABORADORES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

COORDINADORES REGIONALES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

BOCAS DEL TORO

Dra. Olga Guerra
Lic. Marabely Jurado de López

COCLÉ

Dra. Gladys Hidalgo
Lic. Maribel Ramos

COLÓN

Dra. Ana Michel de Chávez
Lic. Odemaris Luque

CHIRIQUÍ

Dr. Ramón Castillo
Lic. Mirian Guerra

HERRERA

Dra. Melissa Aguilar
Lic. Elis Casas



GUNA YALA

Dr. John Smith Morris
Lic. Fernando Jordán

LOS SANTOS

Dra. Ivette Sáez
Lic. Ana Cecilia Montenegro

METROPOLITANA

Dra. Eyra Chaw
Lic. Xiomara de Mendieta

NGÄBE BUGLÉ

Dr. César Gantes
Lic. Alfredo González

PANAMÁ ESTE

Lic. Grisel González

PANAMÁ NORTE

Dra. Maylin Ibáñez
Lic. Peggy Mendoza Cortes

PANAMÁ OESTE

Dra. Sandra Douglas
Lic. Estelia Castillo

SAN MIGUELITO

Dra. Viodelda Leudo
Lic. Delia Downer

VERAGUAS

Dr. George Edwards
Lic. Yanis Mendoza



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. Jorge Victoria
Dra. Ana Margarita Botello

CONSULTORA

Mgtr. María Noel Estrada Ortiz

APOYO TÉCNICO DE SECRETARIA

Sra. Delmira Benavides - Sección Nacional para el Control de la Tuberculosis





Tabla de contenido

Abreviaturas y siglas 10

1. INTRODUCCIÓN 12

Justificación 12

2. GENERALIDADES 14

Qué es la Tuberculosis (TB) 14

Situación mundial y regional 14

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 17

Contexto demográfico 17

Contexto político y socioeconómico 18

Contexto sanitario 19

 Generalidades 19

 Estructura orgánica 19

Regiones 20

Red de Laboratorios 21

4. CONTEXTO DE LA TB EN PANAMÁ 22

Gestión de la TB en Panamá 22

Actores 22

 Programa Nacional de Control de Tuberculosis del MINSA 22

 Programa de Tuberculosis de la Caja de Seguro Social 23

 Red Nacional de Diagnóstico de la Tuberculosis 24

 Cooperación internacional 27

 Sector Empresarial 27

 Personas afectadas por TB 28

 Organizaciones de la Sociedad Civil 28

Financiamiento 28

Marco jurídico para el control y prevención de TB en Panamá 31

 Normas Técnicas 31

 Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022 33

 Ley 169 33

 Compromisos internacionales 35





Estrategia Fin TB	36
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	38
Declaración de Moscú – 2017	40
Declaración Política sobre TB	40
75 ^{ava} Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas	41
Reporte Global de Tuberculosis 2021	42
Situación epidemiológica y programática	43
Morbilidad	43
Mortalidad y letalidad	48
Costos Catastróficos	49
Cohorte 2019	50
Drogoresistencia	52
Factores de riesgo y determinantes	52
TB-VIH	53
TB-COVID	53
Poblaciones vulnerables	54
Población Indígena	54
PPL	55
5. ANÁLISIS DE GESTIÓN	57
Análisis FODA	57
Análisis de la TB y los ODS en Panamá	64
Análisis y evaluación del PEN 2018-2022	68
Principios	69
Pilares y líneas estratégicas	70
Análisis de brechas	79
Conclusiones de los análisis	83
6. VISIÓN Y MISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS	86
Visión	86
Misión	86
7. ASPECTOS TRANSVERSALES	87
Derechos humanos, género, estigma y discriminación	87
Multisectorialidad	88
Sostenibilidad	90
8. METAS	91



1.	Líneas Estratégicas, objetivos y actividades	92
1.	Línea Estratégica 1: Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente	95
1.1.	Objetivo Estratégico 1	95
2.	Línea Estratégica 2: Políticas audaces para la respuesta y sistemas de apoyo	97
2.2.	Objetivo Estratégico 2	97
2.3.	Objetivo Estratégico 3	100
2.4.	Objetivo Estratégico 4	101
3.	Línea Estratégica 3: Innovación e investigación intensificada	102
3.5.	Objetivo Estratégico 5	102
9.	PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	105
	Objetivo	105
	Objetivos específicos	105
	Resultados esperados	105
	Indicadores de monitoreo y evaluación	106
	Indicadores de Impacto – Estrategia FIN TB	106
	Indicadores prioritarios	107
	Indicadores prioritarios y nacionales	108
10.	PLAN OPERATIVO ANUAL - POA	111
11.	BIBLIOGRAFÍA	115
	ANEXOS	119
	Anexo I - Enfoques, iniciativas y mecanismos multisectoriales en TB	120
	Enfoque Engage TB/OMS	120
	Iniciativa Grandes Ciudades	120
	Iniciativa CeroTB (Zero TB Initiative)	121
	Anexo II – Propuesta de convenios con el sector privado	122
	Mecanismos de reconocimiento	122
	Las políticas	125
	Sobre las formas de colaboración	127





Relación de tablas, ilustraciones y gráficos

Relación de Tablas

Tabla N° 1 – Metas e hitos Estrategia Fin TB y ODS	15
Tabla N° 2 – Datos generales de Panamá.....	18
Tabla N° 3 – Red de Laboratorios.....	24
Tabla N° 4 – Laboratorios con equipos Xpert.....	24
Tabla N° 5 – Regiones por carga de incidencia (2019)	44
Tabla N° 6 – Cohorte 2019	50
Tabla N° 7 – Cohorte MDR-RR (2017-2019).....	52
Tabla N° 8 – Cohortes TB/VIH (2017-2019).....	53
Tabla N° 9 – Análisis FODA	63
Tabla N° 10 – Metas prioritarias para 2025	91

Relación de Ilustraciones

Ilustración N° 1 – Laboratorios de diagnóstico por Baciloscopía	25
Ilustración N° 2 – Laboratorio de diagnóstico por GenXpert	26
Ilustración N° 3 – Laboratorio de diagnóstico por cultivos	26
Ilustración N° 4 – Brecha financiera en Panamá	29
Ilustración N° 5 – Pilares y principios de la Estrategia Fin TB	36
Ilustración N° 6 – Incidencia por regiones (2019)	45
Ilustración N° 7 – Incidencia por sexo y edad (porcentaje).....	46
Ilustración N° 8 – Incidencia por sexo y franja etaria (porcentaje)	47

Relación de Gráficos

Gráfico N° 1 – Instalaciones de salud MINSA-CSS (por provincia).....	20
Gráfico N° 2 – Brecha financiera en algunos países de las Américas	30
Gráfico N° 3 – Distribución de casos por edad.....	46
Gráfico N° 4 – Distribución de casos por edad y sexo	47
Gráfico N° 5 – Tasa de mortalidad (2015-2020).....	48
Gráfico N° 6 – Incidencia indígenas (por región).....	55
Gráfico N° 7 – PPL por centro penitenciario	56
Gráfico N° 8 – PPL por edad	56



Abreviaturas y siglas

Abrev./Sigla	Nombre completo
ACMS	Abogacía, Comunicación, Movilización Social
ASPAT	Asociación de Personas Afectadas por Tuberculosis (Perú)
CAP	Conocimientos, aptitudes y prácticas
CAPSI	Centro de atención primaria en salud innovador
CONEP	Consejo Nacional de la Empresa Privada
CSS	Caja de Seguro Social
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
Fin TB	Estrategia Fin de la Tuberculosis de Naciones Unidas
FOGI	Fondos para Giras Integrales de Salud
H.D.	Honorable Diputado
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
ICGES/LCRSP	Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública del ICGES
INDICASAT-AIP	Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología de Panamá/ Asociación de Interés Público
ITBL	Infección por Tuberculosis Latente
MEDUCA	Ministerio de Educación de Panamá
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá
MINSA	Ministerio de Salud de Panamá
MINGO	Ministerio de Gobierno de Panamá
MINPU	Ministerio Público de Panamá
MITRADEL	Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral de Panamá
NT	Nota Técnica
OCDE (OECD)	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIE	Organización Internacional de Empleadores
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud World Health Organization
ONU	Organización de las Naciones Unidas





OPAT	Organización Panameña Antituberculosa
OPS	Organización Panamericana de la Salud
(PAHO)	<i>Pan American Health Organization</i>
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OSC/VIH	Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en VIH
PAT	Personas afectadas por la Tuberculosis
PBI / PIB	Producto Bruto Interno / Producto Interno Bruto
PENTB	Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá
PIFCSS	Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur- Sur
PNCTB	Programa Nacional de Control de Tuberculosis de Panamá
PNTB	Programa(s) Nacional(es) de Tuberculosis
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNVIH	Programa Nacional de ITS/VIH y Hepatitis Virales de Panamá
PNCTB	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PPL	Personas Privadas de Libertad
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SISVIG	Sistema de Vigilancia de Salud Pública
SISVIG-TB	Módulo de seguimiento del paciente con tuberculosis del SISVIG
SR	Sintomático Respiratorio
SURCO	Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB	Tuberculosis
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogorresistente
TB-XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida





1. Introducción

Justificación

La elaboración de este nuevo Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis en Panamá responde a las recomendaciones de la OMS¹ que sostienen que para alcanzar las metas y los objetivos propuestos a nivel país, es necesario programar y planificar las intervenciones estratégicas y las actividades que deben ser implementadas y en función de ello, plasmar los requerimientos de recursos financieros, humanos y de infraestructura necesarios que permitan operativizar estas tareas.

En Panamá, la tuberculosis representa un problema de salud pública y requiere estrategias y acciones que permitan avanzar en la mejora a la respuesta para el control de esta enfermedad en todas sus formas. Estas acciones y estrategias deben estar orientadas a los factores que deben atenderse de manera integral, especialmente enfocados en: detección precoz, tratamiento, mortalidad y letalidad, coinfecciones y transmisión y de las áreas prioritarias con alta carga de la enfermedad.

La necesidad de actualización del PENTB 2018-2022 se sustenta sobre varios acontecimientos que se suscitaron durante su período de vigencia:

1.- Multisectorialidad – a partir del año 2017, la comunidad internacional comienza a reforzar la necesidad de un abordaje multisectorial dentro de la estrategia FIN TB. En esta línea, Panamá ha comenzado a reforzar este enfoque y se están coordinando una serie de compromisos interinstitucionales entre varios ministerios, el sector privado y las OSC para dar respuesta conjunta a la enfermedad.

2.- Panamá es declarado país de renta alta – en el año 2018 Panamá es declarado de renta alta a pesar del gran nivel de desigualdad, lo que implica la disminución de fondos de la cooperación internacional que da comienzo al período de transición de salida del Fondo Mundial hacia finales del 2021.

3.- COVID 19 – a fines de 2019, el mundo se ve afectado por una pandemia que impacta fuertemente en la gestión de enfermedades y en los sistemas de salud, entre muchas

¹ OMS. (2014). *“Toolkit to develop a National Strategic plan for TB prevention, care and control”*. <https://www.tbdiah.org/resources/publications/toolkit-to-develop-a-national-strategic-plan-for-tb-prevention-care-and-control-methodology-on-how-to-develop-a-national-strategic-plan/>



otras áreas, y que plantea nuevos desafíos tanto a nivel global como nacional para dar respuesta a la TB.

4.- Ley 169 – el 12 de octubre de 2020 se sanciona la Ley 169² que establece el marco jurídico para el control y la prevención de la tuberculosis en la República de Panamá³. En el PENTB 2018-2022 las estrategias económico-sociales estaban tímidamente reflejadas, pero muchas de ellas están ahora implícitas en esta nueva ley.

El presente documento contiene el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2023-2027 (PENTB 2023-2027), consensuado con actores involucrados en la respuesta a la tuberculosis en el país y alineado con la Política Nacional de Salud y lineamiento estratégicos 2016-2025.

El Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027, ha adoptado la Estrategia Fin a la Tuberculosis OMS/OPS 2015-2035 e integra el enfoque multisectorial, buscando llegar a la meta final de un Panamá libre de tuberculosis, con cero muertes por tuberculosis, cero nuevas infecciones y la desaparición del sufrimiento de las personas, familias o comunidades debido a esta enfermedad.



² GACETA OFICIAL N° 29138, 20/10/2020. Disponible en:
https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29138_C/GacetaNo_29138c_20201020.pdf
³ ASAMBLEA GENERAL, 2020. Proceso del proyecto de ley 361 disponible en:
https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2020/PDF_SEG_2020/2020_P_361.pdf





2. Generalidades

Qué es la Tuberculosis (TB)

La tuberculosis (TB) es una enfermedad altamente infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. A pesar de ser curable y prevenible sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal, una de las 10 principales causas de muerte en el mundo y también la principal causa de muerte en las personas afectadas por VIH. Diagnosticada a tiempo, puede tratarse y curarse con antibióticos. Se presenta de varias formas, pero mayoritariamente se conoce la pulmonar cuyos síntomas son generalmente tos, fiebre, sudoraciones nocturnas y pérdida de peso. Muchas veces estos síntomas son leves, lo que lleva a que el diagnóstico no se realice de manera temprana. Especialmente en el marco de la pandemia, varios factores han incidido para que bajen los diagnósticos: por un lado, las medidas restrictivas de movilidad de algunos países, por otro, el enfoque casi exclusivo en la detección del virus del SARS ha impedido un diagnóstico efectivo al confundir los síntomas entre una enfermedad y otra, tal como señala el Reporte Global de Tuberculosis 2021.

Uno de los mayores problemas es la resistencia a los tratamientos: la tuberculosis drogoresistente (TB-MDR)⁴ y extremadamente resistente (TB-XDR)⁵. Cada una depende de diferentes factores, algunos de ellos evitables, que van desde pérdida de seguimiento del tratamiento a otros como el surgimiento de cepas resistentes.

Por otro lado, la TB está asociada con determinantes socioeconómicos tales como contextos de pobreza y extrema pobreza, condiciones de vida insalubres, uso de alcohol y otras drogas y otros factores de riesgo asociados a la salud: coinfección con VIH, comorbilidades como diabetes y desnutrición e inmunodepresión. La mayoría de estos determinantes generan estigma y discriminación social que influyen en el acceso a servicios, diagnóstico temprano y adherencia al tratamiento.

Situación mundial y regional

En el año 2015, los líderes de todos los estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a poner fin a la epidemia global de Tuberculosis hacia 2035 a través de la Estrategia Fin de la TB, cuya visión es la de un mundo sin TB que implica la eliminación de la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento debido a la TB, y que cuenta con una serie de hitos y metas⁶.

⁴ TB-MDR/RR = Resistencia a la rifampicina e isoniazida (las dos principales drogas de primera línea)
⁵ TB-XDR = Resistencia combinada a la rifampicina, isoniazida, fluoroquinolona y agentes inyectables.
⁶ Teniendo como línea de base el año 2015.



Tabla N° 1 – Metas e hitos Estrategia Fin TB y ODS

Meta	HITO	ODS*	FIN TB
	2025	2030	2035
Reducción de muertes por TB	75%	90%	95%
Reducción de tasa de incidencia de TB	50%	80%	90%
Familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la TB	0%	0%	0%

*ODS: Metas de los ODS⁷

Según el reporte global 2020⁸, cerca de 10 millones de personas han enfermado de tuberculosis en el mundo, pero solo cerca de 7 millones han sido oficialmente notificadas, lo que significa que hay una brecha de detección de casi un 30%.

Por otro lado, con 290.000 nuevos casos y una tasa de incidencia de 29/100.000 las Américas concentran un 2,9% de los casos totales de TB en el mundo. Más del 80% de los casos se concentran en el Asia Sudoriental, África y el Pacífico Occidental, donde África ocupa la tasa promedio más alta con 226/100.000.

Si bien globalmente esta tasa de incidencia ha disminuido, no se llegó a cumplir el objetivo del hito que proponía que de 2015 a 2020 se reduzca un 20%. La reducción fue promedialmente de un 9%, lo que materializa la gran disparidad entre países y regiones, puesto que algunas lo han alcanzado y otras no. En esta línea, el promedio de incidencia global es de 130/100.000 (en 2015 era de 142/100.000).

Si observamos que, a nivel mundial, existe una brecha financiera de cerca del 50% de los fondos que se requieren anualmente para dar respuesta a la TB, no parece ilógico que solo se haya podido cumplir ese hito en un 50% ya que el financiamiento es una de las piezas clave para el cumplimiento de los hitos y metas trazados en la estrategia global.

Las tendencias mundiales en el número estimado de muertes han bajado considerablemente desde el año 2000. Sin embargo, no se logró cumplir el hito para 2020 de disminuir un 35% los fallecimientos: tan solo se llegó a un promedio agregado de 19%, y por su parte, la pandemia llegó para agudizar la situación.



⁷ OMS, Estrategia Fin de TB, 2015. Disponible en : <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>
⁸ OMS, Reporte Global sobre Tuberculosis 2020. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>



Es necesario destacar que antes de la pandemia la disparidad ya era clara, si observamos que en Europa se llegó a una reducción del 31% y en las Américas de solamente 6.1%, convirtiéndose entonces, en la región con menor tasa de reducción relativa a nivel global. Según un estudio realizado en el año 2020⁹, a este ritmo, se está lejos de alcanzar las metas de los ODS y de la Estrategia Fin TB. Por ello, lo que se necesita -entre otras cosas- es fortalecer el abordaje considerando los determinantes de esta enfermedad. Los determinantes sociales de la salud

“son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”¹⁰

Asimismo, habrá que esperar para ver si las tendencias que sufrieron variaciones por la pandemia continúan o se puede volver a retomar y mejorar de alguna forma el progreso que se venía logrando hasta 2019.



⁹ Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. (2020). *Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas*. Rev. Panamá Salud Pública. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.153>

¹⁰ OMS, Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/





3. Análisis de situación

Contexto demográfico

La República de Panamá, se ubica en América Central. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el Océano Pacífico, al oeste con Costa Rica y al este con Colombia. Panamá tiene una superficie de 75.517 km², con una población de 4.3 millones de personas, de los cuales 2.159.880 son hombres y 2.154.888 son mujeres¹¹.

Administrativamente se compone de 10 provincias: Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Veraguas y Panamá Oeste y 6 comarcas indígenas: 4 con categoría de provincia (Kuna Yala, Emberá-Wounaán, Ngäbe Buglé y Naso Tjër Di) y 2 con nivel de corregimiento (Kuna de Madungandí y Kuna de Wargandí), con los cuales completan un total de 695 corregimientos en todo el territorio nacional. En el año 2020 se dio la categoría de provincia a la comarca Naso Tjër Di¹². Las poblaciones indígenas representan aproximadamente el 12% de la población total del país y de ese 12% un 50% vive en las comarcas¹³.

Su capital y ciudad más grande y poblada del país es Panamá. El país se distingue por contar con un canal marítimo de gran importancia para el comercio mundial.

El crecimiento poblacional anual es de 1.6% y la expectativa de vida al nacer es de 79 años. Según datos del INEC, la tasa de natalidad es de 17.2/1000 con tendencia decreciente (2% en el período de 2015-2019)¹⁴.

La tasa de desempleo para 2019 fue de un 7%. Y el trabajo informal, si bien es difícil de identificar, se estima en el entorno al 60% de la población ocupada¹⁵.

¹¹ Banco Mundial (s.f.). Datos de libre acceso del Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.TOTL?locations=PA>

¹² AP. (Diciembre 4, 2020). Presidente panameño sanciona ley para crear comarca indígena. <https://apnews.com/article/noticias-d499b2bd0d3f3417621c68320fe9d82e>

¹³ UNICEF (s.f.). Derecho a un nivel de vida adecuado. Capítulo de publicación. <https://www.unicef.org/panama/media/1651/file/Derecho%20a%20un%20nivel%20de%20vida%20adecuado.pdf>

¹⁴ Gordón, I. (2021, 28 de febrero). La tasa de natalidad en Panamá tiene tendencia al decrecimiento. La Estrella de Panamá. Nacional. <https://www.laestrella.com.pa/nacional/210228/tasa-natalidad-panama-tendencia-decrecimiento>

¹⁵ Dick, A. (2020, 7 de febrero). Informe Económico. Estimaciones sobre el crecimiento de la economía panameña y el sector industrial manufacturero al tercer trimestre del año 2019 y perspectivas para el año 2020. Sindicato de Industriales de Panamá. <https://industriales.org/wp-content/uploads/2020/02/INFORME-ECON%C3%93MICO-INDUSTRIA-2019-2020.pdf>



Tabla N° 2 – Datos generales de Panamá

Detalle	Dato
Población (2019)	4,246,440
Clasificación del BM por ingresos per cápita	Economía de altos ingresos
Incidencia de Tuberculosis (2019)	37/100.000 (1600)
Gasto en salud como porcentaje del PBI (2018) ¹⁶	7.27 %
Tasa de Pobreza Multidimensional (2019)	19%
Tasa de Pobreza (2019) ¹⁷	12.1%
Esperanza de Vida al Nacer (2019) ¹⁸	79 años

Elaboración propia.

Contexto político y socioeconómico

Panamá es un Estado soberano independiente con gobierno unitario, republicano, democrático y participativo¹⁹.

En el año 2018 fue clasificado como país de renta alta²⁰ lo que implica que el país ha dejado de ser prioritario para la ayuda externa. Contradictoriamente, en ese mismo año el índice de pobreza multidimensional era del 19%²¹. Esto se traduce en la existencia de un alto nivel de desigualdad, barrera indiscutida para alcanzar el desarrollo pleno. Además, el índice de pobreza extrema se situaba en ese año, entre un 5 y un 10%²².

Panamá destina cerca del 7% de su PIB en gasto de salud (USD 1800 per cápita)²³.



¹⁶ Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

¹⁷ Banco Mundial (2021, 6 de octubre) El Banco Mundial en Panamá. Panamá: Panorama General. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview#1>

¹⁸ INEC. Estadísticas vitales – Volumen II – Nacimientos y Defunciones fetales: Año 2018. https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=974&ID_CATEGORIA=3&ID_SUBCATEGORIA=6

¹⁹Ministerio Público. Constitución Política de la República de Panamá. MINPU <https://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/uploads/2016/09/constitucion-politica-con-indice-analitico.pdf>

²⁰ Banco Mundial (s.f.). <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> / <http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/CLASS.xls> (Panamá se encuentra en la fila de países en el número 152)

²¹ Moreno, O.; Guerra, J.; Diéguez, H., (2018) *Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá - Año 2018*, Dirección de Análisis Económico del Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá. <http://www.gabinetesocial.gob.pa/wp-content/uploads/2019/12/MED-DAES-Informe-del-%C3%8Dndice-de-Pobreza-Multidimensional-de-Panam%C3%A1-2018.pdf>

²² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina*, 2019 (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Santiago, 2019 EPA https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf

²³ Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>





Contexto sanitario

Generalidades

Panamá cuenta con cobertura universal de salud, tal como se desprende de los artículos 109 a 117° de la Constitución Política de la República de Panamá²⁴ por lo tanto toda persona que se encuentre en territorio panameño debe tener acceso a la salud.

El Ministerio de Salud (MINSa) es el órgano rector en materia de salud²⁵ en un sistema de salud mixto (compuesto por los sectores público y privado). El sector público lo conforman el MINSa junto con la Caja de Seguro Social²⁶ que coordinan subsidios cruzados entre ambos para garantizar el acceso a la salud a toda la población. Cabe destacar que la CSS cubre al 80% de la población panameña, alrededor de 3 millones de personas entre cotizantes, dependientes y pensionados.^{27 28}

El sector privado, es la opción para aquellas personas no cotizantes o que optan por no utilizar el servicio público. Está formado por aseguradoras nacionales e internacionales financiadas principalmente con gasto de bolsillo. Se estima que el sector privado lo utiliza un 10% de la población y que el resto pertenece al sector público.

Estructura orgánica

La estructura orgánica funcional del MINSa se compone de 3 niveles: nacional, regional y local.

La red conjunta de servicios está constituida por 902 instalaciones: 825 del MINSa y 77 de la CSS, distribuidos en las 16 regiones del país. Las comarcas no cuentan con instalaciones de la CSS²⁹.

El nivel 1 de atención está compuesto por: policlínicas básicas, centros de salud con especialidad, centros de salud con cama, centro de atención, promoción y prevención de la salud, MINSa CAPSI, centro de salud básico, centro de promoción, subcentro de salud, dispensario, puesto de salud, organizaciones extrainstitucionales, FOGI (equipo

²⁴ Ministerio Público. Constitución Política de la República de Panamá. <https://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/uploads/2016/09/constitucion-politica-con-indice-analitico.pdf>

²⁵ Ministerio de Salud de Panamá. <http://www.minsa.gob.pa>

²⁶ OPS/OMS. (2017). *Salud en las Américas 2017. Informe de país: Panamá*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t es=informes%20de%20pais/panama&lang=es.

²⁷ Caja de Seguro Social (CSS). (2018 28 de octubre). Caja de Seguro Social atiende a más del 80% de la población panameña. <http://www.css.gob.pa/web/28-octubre-2018b.html>

²⁸ Caja de Seguro Social (CSS). (2018 diciembre). *Memoria Año 2018*. CSS. <http://asamblea-dspace.metabiblioteca.com/bitstream/001/201/1/MEMORIA%20CSS%202018.pdf>

²⁹ Ministerio de Salud (MINSa). Listado de instalaciones de salud año 2021 [Internet] Panamá: MINSa; 2021 [fecha de consulta: 7 de 12 del 2021]. Disponible en: <http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/listado de instalaciones de salud ano 2021 .pdf>.



institucional), centros penitenciarios, clínicas satélites, clínicas en colegios, organizaciones no gubernamentales, asilos, SENAPAN, Albergues, centro especializado de hemodiálisis.

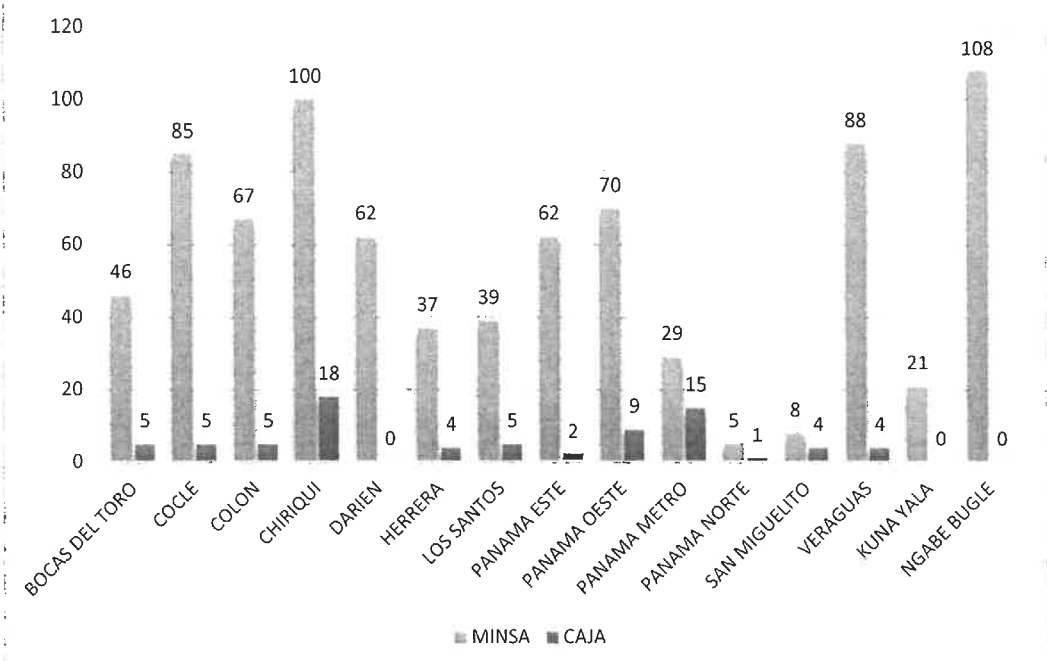
El nivel 2 de atención se compone por hospitales (regionales, crónicos, sectoriales, de área), centros de rehabilitación integral, policentros de salud y policlínicas especializadas.

Finalmente, el nivel 3 de atención se compone de centros nacionales especializados en salud, institutos especializados, hospitales supranacionales, hospitales nacionales de referencia, generales y específicos. Luego existen otras instalaciones como clínicas privadas y sedes regionales.

Los servicios de salud están concentrados en las zonas más densamente pobladas, esta diferencia se exagera en el segundo y tercer nivel de atención.



Gráfico N° 1 – Instalaciones de salud MINSA-CSS (por provincia)



Elaboración propia – Fuente: PNCTB

Regiones

El Nivel de las Regiones de la salud y los servicios que las integran, funcionan como órganos ejecutivos operacionales con la responsabilidad de ejecutar los programas y



obtener el máximo de rendimiento de los recursos. Este nivel está formado por 16 regiones:

- 1. Región de Salud de Bocas del Toro
- 2. Región de Salud de Chiriquí
- 3. Región de Salud de Coclé
- 4. Región de Salud de Colón
- 5. Región de Salud de Darién y la *Comarca Emberá Waunán y Wargandí*
- 6. Región de Salud de Herrera
- 7. Región de Salud de la *Comarca Kuna Yala*
- 8. Región de Salud de la *Comarca Ngabe Buglé*
- 9. Región de Salud de Los Santos
- 10. Región de Salud de Panamá Este
- 11. Región de Salud de Panamá Norte
- 12. Región de Salud de Panamá Oeste
- 13. Región de Salud de San Miguelito
- 14. Región de Salud de Veraguas
- 15. Región de Salud del Distrito de Arraiján
- 16. Región Metropolitana de Salud



Red de Laboratorios

Panamá cuenta con 6 Redes Nacionales de Laboratorios que trabajan bajo la coordinación del Laboratorio Central de Referencia. Cuenta con un total de 96 instalaciones de salud entre laboratorios y bancos de sangre (incluye tanto sector público como privado) con la capacidad, en su conjunto, de detectar casos y brotes de enfermedades, eventos notificables, investigar e intervenir en situaciones emergentes³⁰.

Estas redes son:

- 1. Red Nacional del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- 2. **Red Nacional de Diagnóstico de la Tuberculosis**
- 3. Red Nacional de Microbiología Clínica
- 4. Red Nacional de Química Clínica
- 5. Red Nacional de Dengue
- 6. Red Nacional de Parasitología y Malaria

³⁰ Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud. Vigilancia y Análisis de Riesgos a la Salud Pública. Red Nacional de Laboratorios. <http://www.gorgas.gob.pa/red-nacional-de-laboratorios/>





4. Contexto de la TB en Panamá

Gestión de la TB en Panamá

El Ministerio de Salud a través del Programa de Control de la Tuberculosis en su rol rector, es el responsable de la elaboración e implementación de este plan, con la divulgación y coordinación respectiva, con los otros sectores públicos y privados.

Los lineamientos de gestión, administrativos y técnicos para trabajadores de la salud de todos los niveles de atención del sector público y privado para la respuesta a la TB se establecen en las Normas Técnicas. Estas son obligatorias tanto para los profesionales de la salud (públicos y privados), como para pacientes o sus representantes legales.

Este plan pretende ser una herramienta complementaria a las Normas Técnicas para lograr alcanzar los objetivos que se plantea en concordancia con los de la estrategia Fin TB.

Actores

Sección para el Control de Tuberculosis del MINSA

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis depende jerárquicamente de la Sub-Dirección General de Salud del Ministerio de Salud de Panamá.

Este Programa tiene como misión desarrollar políticas y estrategias nacionales para el pleno acceso a la detección, diagnóstico, tratamiento de calidad y control de pacientes con tuberculosis, a través de la estrategia de supervisión directa (TAES) consolidada y fortalecida, para disminución de la carga y transmisión de la enfermedad.

Sus funciones son, entre otras:

- 1. Elaborar las normas y procedimientos jurídicos y técnicos para la atención integral de pacientes con tuberculosis en los distintos niveles de complejidad del Sistema Nacional de Salud.
- 2. Revisar, actualizar y validar permanentemente, en base a las evidencias científicas, las normas y procedimientos jurídicos y técnicos para la atención integral de pacientes con tuberculosis.
- 3. Supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas de atención integral de pacientes con tuberculosis.
- 4. Diseñar y actualizar los protocolos de evaluación del cumplimiento de las normas de atención integral de pacientes con tuberculosis.



- 5. Establecer y actualizar el Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia (SURCO) según niveles de atención, complejidad y capacidad resolutive de los servicios de salud, en el área de responsabilidad.
- 6. Promover, planificar, organizar y ejecutar actividades de capacitación para el equipo de salud, basado en los avances científicos técnicos del área de competencia, para garantizar la calidad de atención integral de pacientes con tuberculosis.
- 7. Planificar y ejecutar trabajos investigativos.
- 8. Programar las necesidades de medicamentos para la atención integral de pacientes con tuberculosis a nivel nacional.
- 9. Coordinar con la Dirección de Provisión de Servicios lo relativo a la provisión oportuna de medicamentos y supervisar el buen uso de estos y velar por su oportuno abastecimiento y distribución.
- 10. Dar seguimiento al registro, notificación, administración del tratamiento y cierre de cohortes trimestrales, semestrales y anuales de los casos.
- 11. Analizar y realizar periódicamente un diagnóstico situacional del control de la tuberculosis regional y nacional.
- 12. Realizar coordinaciones interdisciplinarias interinstitucionales sobre el tema.³¹

Programa de Tuberculosis de la Caja de Seguro Social

La Caja de Seguro Social es una entidad del Estado, de Derecho Público, no privatizable, autónoma, en lo administrativo, funcional, económico y financiero, con capacidad para tomar las decisiones que preserven el bien superior de sus asegurados y sus dependientes³².

Dentro de la Subdirección Nacional de Atención Primaria en Salud, funciona el Programa de Tuberculosis creado recientemente (2018) para llevar adelante la gestión de esta enfermedad bajo la rectoría del MINSA.



³¹ MINSA, Manual de Organización y Funciones-MOF. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=109#:~:text=El%20Manual%20de%20Organizaci%C3%B3n%20y%20dependencia%20y%20coordinaci%C3%B3n%20de%20los>

³² Ley N° 51 del 27 de diciembre de 2005 que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones. Disponible en: <http://www.css.gob.pa/Ley%2051%20de%2027%20de%20diciembre%20de%202005.pdf>





Red Nacional de Diagnóstico de la Tuberculosis

La Red Nacional de Diagnóstico de la Tuberculosis³³ está compuesta por 64 laboratorios y está conformada por el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública.

Tabla N° 3 – Red de Laboratorios

Laboratorio	Cantidad
LCRSP (Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública)	1
INDICASAT (Inst. de Investigación Científica de Alta Tecnología)	1
Laboratorios en Hospitales (14 MINSA/4 Patronatos/10 CSS/5 PRIV.).	33
Laboratorios en Centros de Salud (MINSA)/MINSA-CAPSI)	22
Laboratorio en Complejo La Joya (MINSA / MINGO) CMVDLM	1
Laboratorios en Policlínicas (CSS).	6
Total laboratorios:	64

De estos laboratorios, 62 realizan baciloscopía, de los cuales un 70% pertenecen al MINSA/Patronatos, un 24% a la CSS y un 6% a los hospitales privados. Más del 50% de los diagnósticos se realizan en hospitales.

Son once los laboratorios de diagnóstico de tuberculosis para cultivos y están distribuidos en las Regiones de salud de la siguiente manera: 2 en Chiriquí, 2 en Colón, 1 en Coclé y 6 en el área metropolitana que incluye al Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública. Actualmente, 26 laboratorios a nivel nacional realizan pruebas moleculares para tipificar la susceptibilidad, de los cuales 18 cuentan con equipos Xpert (Ver Tabla N° 4Tabla N° 3).

Tabla N° 4 – Laboratorios con equipos Xpert

MINSA y Centros de Investigación	1. LCRSP / ICGES (Met. Proporciones en Low. Jensen, LPAs 1°/2° Línea y Xpert)
	2. HST- MINSA (G-Xpert, VITEK MS)
	3. ION –MINSA (G-Xpert)}
	4. HMIDr.JDDO – MINSA (PCR, G-Xpert y LPAS 1° Línea)
	5. Hosp. Oriente Chiricano –CNB (G-Xpert)
	6. Hosp. Ailigandi-CGY (G-Xpert)
	7. C. S. Pueblo Nuevo (G-Xpert)
	8. Lab. De Colón (G-Xpert)
	9. MINSA CAPSI Finca 30 (G-Xpert)
	10. C. S. Veranillo (G-Xpert)
Caja de Seguro Social	Hosp. 24 de Diciembre – CSS (G-Xpert)
	11. Hosp. Reg. Dr. R. Estévez – CSS (G-Xpert)
	12. CHDr.MAG - CSS (G-Xpert)

³³ ICGES (s.f.). Vigilancia y Análisis de Riesgos a la Salud Pública <http://www.gorgas.gob.pa/red-nacional-de-laboratorios/>



Laboratorios privados	13. Hosp. Dr. Ezequiel Abadia – CSS (G-Xpert)
	14. HRRH – CSS (G-Xpert)
	15. C. H. San Fernando
	16. H. Pacífica Salud
	17. H. Nacional
	18. H. Santa Fe
	19. H. Paitilla

Ilustración N° 1 – Laboratorios de diagnóstico por Baciloscopia

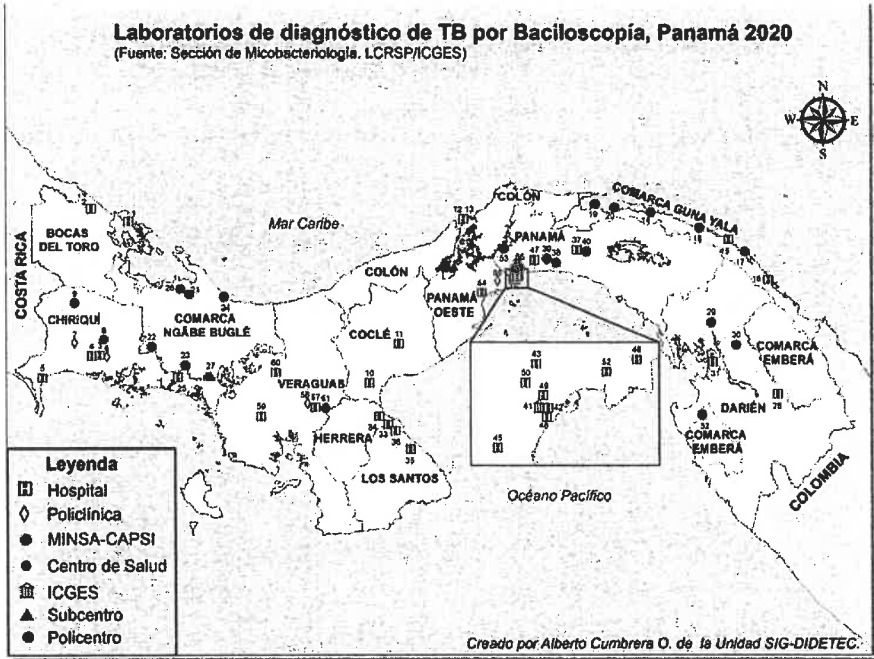


Ilustración N° 2 – Laboratorio de diagnóstico por GenXpert

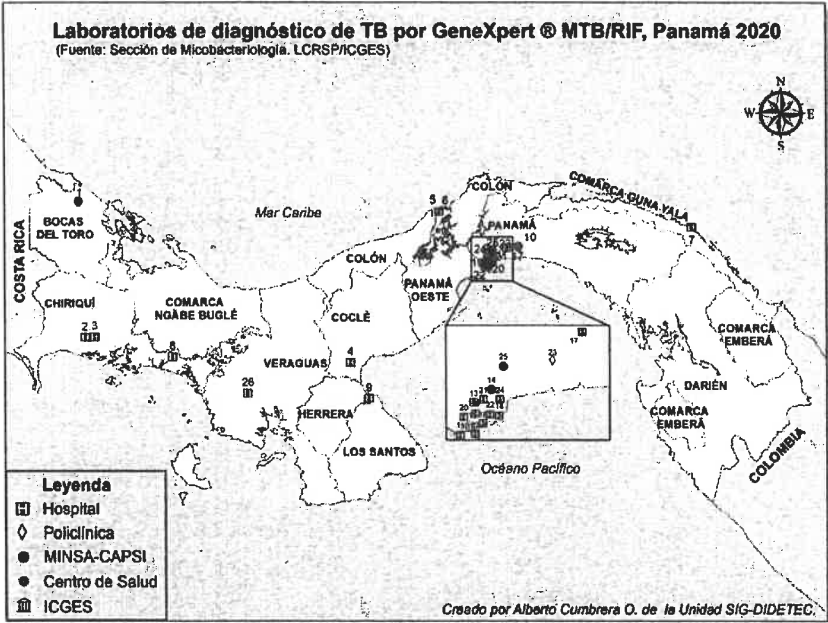
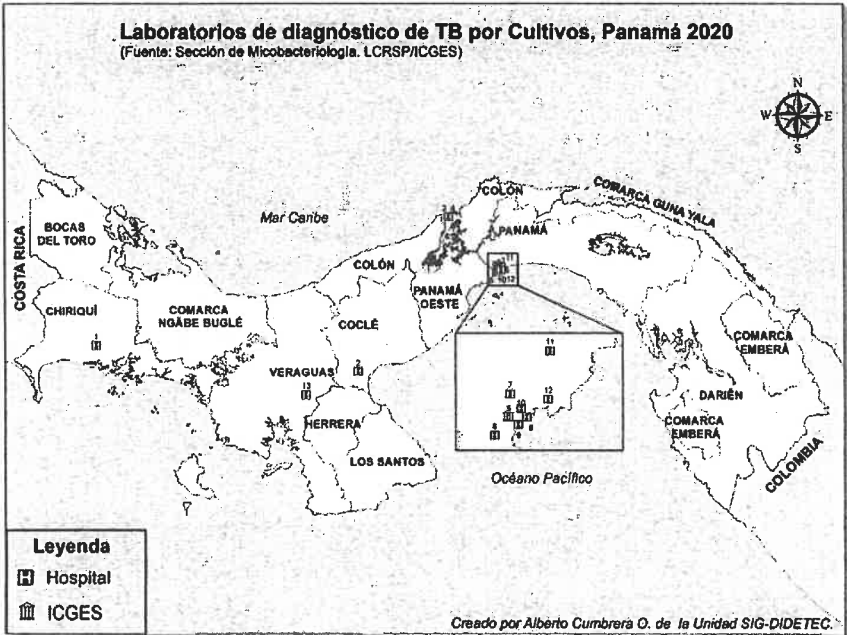


Ilustración N° 3 – Laboratorio de diagnóstico por cultivos





Cooperación internacional

Como se mencionara anteriormente, Panamá es un país de renta alta, y ha dejado de ser un país prioritario para la cooperación internacional tradicional multilateral.

A lo largo de los años, diferentes organizaciones internacionales han venido colaborando a través de proyectos o actividades para mejorar la respuesta a la TB: el Fondo Global a través del Mecanismo Coordinador de Panamá, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo, entre las principales.

Sin embargo, existen otros modelos de cooperación³⁴: la cooperación sur-sur y triangular en los que se visualiza una oportunidad de fortalecimiento en varias dimensiones. Panamá pertenece al Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur- Sur (PIFCSS)³⁵ y ha participado en varios proyectos y programas tanto en modalidad sur-sur (regional y bilateral) como en la modalidad triangular, principalmente en el rol de receptor. Esto le permitió alinearse con distintos ODS, entre ellos el 3, que como se ha visto, es el que corresponde a salud y tiene que ver específicamente con la TB³⁶. En este sentido, promover estas iniciativas en coordinación con otras instituciones gubernamentales (Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Desarrollo), puede ser una gran oportunidad para crear nuevos mecanismos de fortalecimiento y mejora para esta estrategia.

Actores

Sector Empresarial

Panamá cuenta con más de 150 empresas multinacionales registradas bajo la ley de Sedes de Empresas Multinacionales - SEM (Ley 41 de 2007)³⁷ entre las que se encuentran Dell, Bayer, Nestlé, Visa, Philips, ABB, entre otras. Por su parte, el parque empresarial está conformado por más de 92,000 firmas, donde el 80 por ciento está compuesto por micro

³⁴ Por más información sobre modalidades de cooperación se sugiere: AUCI, Agencia Uruguay de Cooperación Internacional, Glosario y tipologías de la cooperación internacional, 2016. Disponible en: https://www.pub.uy/agencia-uruguay-cooperacion-internacional/sites/agencia-uruguay-cooperacion-internacional/files/documentos/publicaciones/09_GlosarioT%C3%A9rminosCI_1.2.pdf

³⁵ SEGIB (2020). Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2019, Madrid. Disponible en: <https://www.informesursur.org/>

³⁶ Ídem. La ficha con los datos específicos de Panamá se encuentra disponible en pdf en este enlace: <https://www.informesursur.org/download/5407/>

³⁷ Ley N° 41 del 24 de agosto de 2007 que crea el régimen especial para el establecimiento y la operación de sedes de empresas multinacionales y la comisión de licencias de empresas multinacionales y cita otras disposiciones. Disponible en: https://www.superbancos.gob.pa/superbancos/documentos/leyes_y_regulaciones/leyes/Ley412007.pdf



(70%), pequeñas (25%) y medianas (5%)³⁸, aunque se estima que algunas de estas cifras se vieron afectadas por la pandemia.

Personas afectadas por TB

Las personas afectadas por TB juegan un rol fundamental dentro de las actividades multisectoriales. En el caso de la TB, el estigma y la discriminación asociados con la pobreza y condiciones de vida precarias, hace que muchas veces la adherencia disminuya o se corte. Por otro lado, estas personas pueden colaborar aportando a componentes asociados al miedo a la enfermedad por el desconocimiento: conocer de qué se trata, cuál es su tratamiento y las dificultades que se presentan. Esto es, participar en actividades para colaborar con aquellas personas que se enfrentan por primera vez al diagnóstico o para diseminar información en la comunidad.

Organizaciones de la Sociedad Civil

El papel de las organizaciones de la sociedad civil es fundamental en el proceso de respuesta de la TB (y otras enfermedades), porque es a través de ella que muchas veces logra llegarse a la comunidad o ampliar el alcance de llegada a esta.

Al momento, Panamá cuenta con una única organización de la sociedad civil dedicada exclusivamente a la tuberculosis: la OPAT (Organización Panameña Antituberculosa) recientemente reactivada y con Pulmones Sanos.

Financiamiento

En cuanto al financiamiento para la prevención y control de la tuberculosis, tradicionalmente este se maneja desde el sector público, con fondos propios y provenientes de la cooperación internacional, a través de la ejecución de proyectos de infraestructura o fortalecimiento.

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud³⁹, la brecha financiera en las Américas varía de un país a otro. La brecha financiera es aquella existente entre los fondos disponibles (recursos del Estado y otras fuentes disponibles, como por ejemplo la cooperación internacional) y el presupuesto requerido para dar respuesta a la TB.

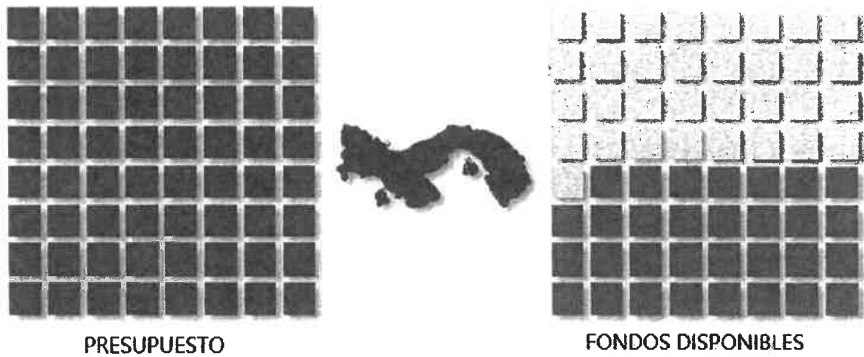
Presupuesto: USD 1.9 millones | Fondos disponibles: 0.9 millones
Brecha financiera: aproximadamente 52 %

³⁸ Según Franklin Martínez, Presidente de UNPYME en el Foro organizado por Asociación Panameña de Exportadores (APEX) disponible en: <https://www.facebook.com/unpyme/videos/573096656937443>
³⁹ Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019. Op. Cit.





Ilustración N° 4 – Brecha financiera en Panamá



Elaboración propia⁴⁰.

En Panamá, para el año 2018, la brecha financiera fue de aproximadamente un 50 % lo que significa que se cubre financieramente la mitad (o menos) de las necesidades programáticas.

En este sentido, es importante remarcar que lo que se requiere ajustar son los fondos disponibles y no el presupuesto, ya que el presupuesto es el reflejo de lo que se necesita para dar respuesta eficiente y eficaz. Es decir, el presupuesto requerido no puede “bajarse” ni modificarse ya que responde a los requerimientos y necesidades reales del país para enfrentar la TB. Por ello, es necesario buscar acercar los fondos disponibles al presupuesto para cerrar la brecha.

Observando la región, encontramos para el mismo año, brechas financieras que van desde 0% (Argentina, Belice, Bolivia, Ecuador, México y Uruguay - y Perú con un 1.1%) hasta 90% para el caso de Chile. Panamá está en el entorno de 50% y se encuentra entre los países (reportados), con mayores brechas de las Américas y si recordamos que es un país renta alta⁴¹ y la disminución de la cooperación internacional es una realidad, se pueden visualizar las dificultades para cubrir la brecha.

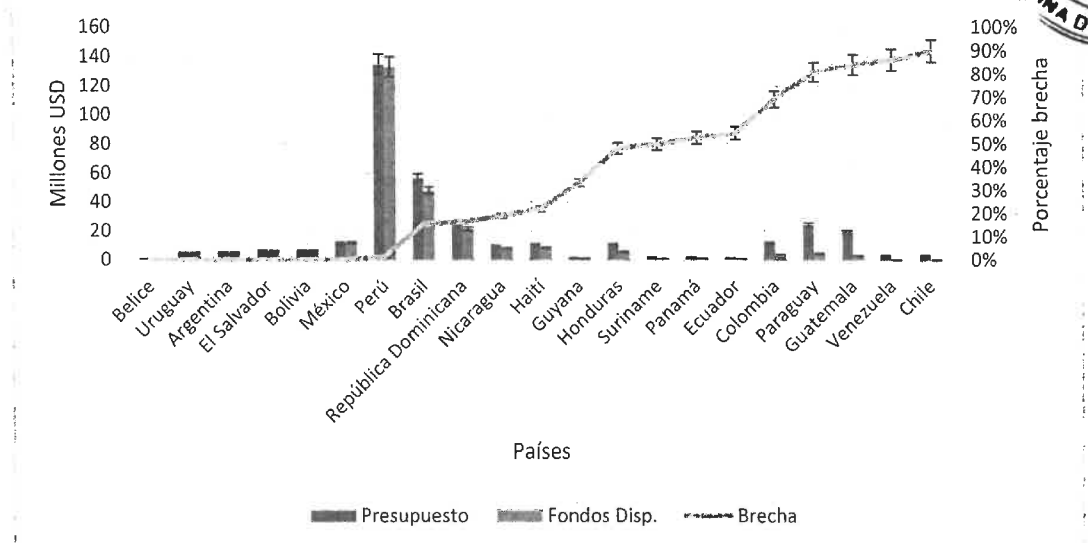
⁴⁰ Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019. Op. Cit. a partir de datos del cuadro 9.1. Presupuesto, fondos disponibles, brecha financiera, gastos realizados y fondos recibidos por país, región de las Américas 2017, 2018 y 2019 del Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019.

⁴¹ Banco Mundial: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> Documento descargado disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/CLASS.xls> (Panamá se encuentra en la fila de países en el número 152)





Gráfico N° 2 – Brecha financiera en algunos países de las Américas



Elaboración propia a partir de datos del cuadro 9.1. Presupuesto, fondos disponibles, brecha financiera, gastos realizados y fondos recibidos por país, región de las Américas 2017, 2018 y 2019⁴².

En esta línea, es necesario mencionar que Panamá, en 2018 clasificaba entre los primeros países con mayor desigualdad en América Latina y en el mundo⁴³. Adicionalmente, en ese momento era uno de los países con mayor carga de TB en la región (superior a 45/100.000 habitantes), ocupando el 6^{to} lugar en la región debajo de Haití, Perú, Bolivia, Guyana y el Salvador. E incluso presentaba una de las tasas de letalidad por tuberculosis más altas.⁴⁴

El documento “Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá - Año 2018” señala que, en relación con las tasas de privaciones censuradas, (aquellas que corresponden solo a las carencias de las personas multidimensionalmente pobres), uno de los aumentos en los indicadores entre 2017 y 2018 es “Acceso a servicios de salud”, evidenciando las necesidades que Panamá presentaba (y presenta) aún en este rubro. Este informe cita, además, que la contribución porcentual de la dimensión salud al Índice de Pobreza Multidimensional en Panamá es de un 17.4%⁴⁵, situación que empeoró en un 3% desde la medición en 2017. Con este panorama, es ineludible señalar que las necesidades existen aun siendo país de renta alta y, además, son necesidades profundas que tienen

⁴² Ídem.
⁴³ Banco Mundial. Op. Cit.
⁴⁴ OPS, Tuberculosis en las Américas Informe regional, 2019.
⁴⁵ “Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá - Año 2018” de Omar A. Moreno V.; Joslyn A. Guerra R. y Julio Diéguez H., 2018. Op. Cit.



que ver con la mejora de la calidad de vida de las personas (no solo las afectadas por tuberculosis) y con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Todo esto deja en evidencia que el crecimiento económico y especialmente en el caso de Panamá a un ritmo realmente vertiginoso⁴⁶, no se ajusta con la destinación o inversión para el financiamiento de estas necesidades sin cubrir.

Si bien la cooperación internacional en Panamá representa menos del 1% del PIB⁴⁷, en el caso de la TB, el Fondo Mundial (FM) destinó cerca de 1.6 millones de dólares para el período 2016-2018.⁴⁸ Vale aclarar, que, si bien estos fondos no han sido los suficientes, han contribuido, a la mejora de algunos de los servicios a través de la compra de equipamiento, suministros no médicos (alimentos, vehículos, materiales de construcción)⁴⁹, realización de estudios y estrategias y especialmente el abordaje de la coinfección TB-VIH.

En definitiva, los fondos internos están decreciendo y la brecha financiera ha ido aumentando desde 2015, a pesar de la cooperación internacional.

Marco jurídico para el control y prevención de TB en Panamá

Normas Técnicas

La **Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis**⁵⁰ y sus anexos, adoptada por la Resolución 235 del 17 de abril de 2017, es una *“herramienta de trabajo para facilitar a los trabajadores de salud el fortalecimiento de sus capacidades técnicas y operacionales para las acciones de prevención, detección, diagnóstico precoz, tratamiento integral, vigilancia y seguimiento de los casos de tuberculosis, TB/VIH y tuberculosis drogo-resistente y sus contactos”*.

Fue creada para la gestión de *“información generada actualizada y recomendaciones nacionales e internacionales que permitan la atención del Paciente con Tuberculosis de manera oportuna, integral, con calidez y calidad”* en todos los servicios de salud tanto públicos como privados. El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y es



⁴⁶ UNDP. Human Development Indicators. “Desigualdades del Desarrollo humano en el Siglo XXI. Nota informativa para los países acerca del Informe sobre Desarrollo Humano 2019” Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/es/PAN.pdf

⁴⁷ MINSA, “Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025” Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf

⁴⁸ Acceso Global, Informe de País: Panamá. Análisis de la Preparación para la Transición, Informe final 2017. Disponible en: https://www.accesoglobal.org/wp-content/uploads/2020/05/PanamaReport_esp_070917_FINAL.pdf

⁴⁹ Acceso Global, Informe de País: Panamá. Análisis de la Preparación para la Transición. Op. Cit.

⁵⁰ MINSA, Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis, 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/10sept_norma_tb_digital.pdf



responsabilidad de todo el sector salud, tanto pública como privada, que ofrezca servicios en tuberculosis en todo el territorio nacional y para los pacientes o sus representantes legales.

Esta norma técnica aborda los siguientes aspectos, entre otros:

- 1. Prevención de la TB y tratamiento de la infección tuberculosa latente
- 2. Detección, diagnóstico y tratamiento
 - a. Manejo de casos especiales de TB
 - b. Reacciones adversas a fármacos ()
 - c. Reacciones adversas a fármacos ()
- 3. Atención integral y seguimiento
- 4. Vigilancia epidemiológica
- 5. Medidas de control
- 6. Abogacía comunicación y movilización social
- 7. Bioética e investigación científica para el control de la tuberculosis en Panamá
- 8. Sistema de información
- 9. Indicadores.
 - a. De captación
 - b. De seguimiento y resultado
 - c. De Actividades colaborativas TB/VIH
 - d. Riesgo de TB drogoresistente
 - e. Epidemiológico



La Norma Técnica Nacional para el Manejo Clínico del Paciente con Diagnóstico de Tuberculosis Drogoresistente ⁵¹ y sus anexos fue adoptada por la Resolución N° 595 del 21 de julio de 2021. Fue elaborada de acuerdo con las pautas de la OMS/OPS y ofrece directrices con recomendaciones actualizadas. Esta norma define los algoritmos para el diagnóstico de la tuberculosis drogoresistente y establece el esquema de tratamiento estandarizado para la tuberculosis resistente a Isoniacida (TB-RH), Rifampicina /Multidrogoresistente (TB-RR/MDR), tuberculosis pre-extensamente resistente (TB-PreXDR) y tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR). Además, incluye esquemas de

⁵¹ MINSA, Norma Técnica Nacional para el Manejo Clínico del Paciente con Diagnóstico de Tuberculosis Drogoresistente. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29350_A/86620.pdf





tratamientos de la tuberculosis drogoresistente en situaciones especiales (embarazo, VIH, meningitis, diabetes mellitus, insuficiencia renal, trastornos convulsivos y psiquiátricos). Sumado a ello, se establecen los nuevos medicamentos con acción antituberculosa drogoresistente: Delamanid y Bedaquilina.

Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Este plan surge con motivo de actualizar el plan que existía en ese momento y que no contemplaba la Estrategia Fin de Tuberculosis que introduce un nuevo marco internacional programático para los planes nacionales.

Ese PENTB se establece sobre las metas y objetivos de la Estrategia Fin de la TB de la OMS y, por ende, su visión es la de un Panamá libre de tuberculosis y su misión incluye lograr dar respuesta a través de las políticas adecuadas de prevención, atención y control basadas tanto en evidencia nacional como internacional que permitan entender los determinantes sociales de la enfermedad. Este plan presenta 7 objetivos específicos, 19 líneas estratégicas y cerca de 100 actividades.

Los pilares del PENTB están alineados estrictamente a los de la Estrategia Fin TB y en concordancia con la Política Nacional de Salud 2016-2025.

El Plan señala las poblaciones y áreas geográficas a ser priorizadas, aquellas más afectadas o las de mayor riesgo de infección: poblaciones originarias, poblaciones afrodescendientes, personas con mayores factores de riesgo (personas con VIH y población clave, personas con diabetes, pacientes oncológicos, inmunodeprimidos o con insuficiencia renal, hombres entre 25 y 34 años, niños y niñas afectados por la TB, privados de libertad y personal de centro penitenciarios. En cuanto a zonas geográficas prioritarias se señala: 3 comarcas indígenas Ngäbe Buglé, Guna Yala y Emberá, y 6 de las 16 Regiones de Salud: Metropolitana, Bocas del Toro, Colón, Panamá Este, Panamá Oeste y San Miguelito.

Ley 169

El 12 de octubre de 2020 se sanciona la Ley 169⁵² que establece el marco jurídico para el control y la prevención de la tuberculosis en la República de Panamá⁵³. Esto pone de manifiesto esta voluntad política nacional tan necesaria para dar una respuesta a la enfermedad. De esta forma, afirma los compromisos asumidos por el país en el marco de

⁵² GACETA OFICIAL N° 29138, 20/10/2020.

https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29138_C/GacetaNo_29138c_20201020.pdf

⁵³ ASAMBLEA GENERAL, 2020. Proceso del proyecto de ley 361

https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2020/PDF_SEG_2020/2020_P_361.pdf



los acuerdos internacionales de los que es signatario. Es importante, entonces, que, en el corto plazo se comience el proceso de regulación de la ley para contar –entre otras cosas– con el pilar mencionado: la inversión ajustada al presupuesto.

“Uno de los principales problemas ha sido la falta de voluntad política y una inversión insuficiente en la lucha contra la TB”⁵⁴

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS



El objetivo de esta ley es *“establecer el marco jurídico que permita la organización y funcionamiento de un sistema multisectorial, coordinado y participativo para el control de la tuberculosis en todas sus formas, desde su detección y tratamiento temprano y adecuado para reducir su incidencia, prevalencia y mortalidad en todo el territorio nacional”⁵⁵*. Siguiendo esta línea, la ley promueve las *“acciones multisectoriales coordinadas para elevar la calidad del ambiente, los estilos de vida y la satisfacción de las necesidades, especialmente en las áreas más pobres del país, en las ciudades y zonas rurales e indígenas”*.

Declara la tuberculosis en todas sus formas como un problema de salud pública y se declara de cumplimiento obligatorio para todas las entidades públicas y privadas en la República de Panamá (art. 2).

El Capítulo II “Acciones de Prevención de la tuberculosis” plantea *que “la prevención es la estrategia más eficaz en la lucha contra la enfermedad”* y propone, entre otras cosas, acciones participativas y multisectoriales en todo el país incluyendo comunidades, corregimientos, distritos, gobiernos locales, comités de salud, organizaciones de la sociedad.

El Capítulo III “Vigilancia del Respeto a los Derechos de las Personas Atendidas por Padecer Tuberculosis” se establecen los derechos de las personas afectadas, incluyendo la prohibición de *“discriminación, estigmatización o segregación de las personas afectadas por cualquier forma clínica de tuberculosis”* y también gozar de programas estatales de inclusión social y recibir soporte nutricional y otros a través de programas sociales.

⁵⁴ OMS, Comunicado de prensa “Nuevo compromiso mundial para poner fin a la tuberculosis”. Moscú, Ginebra, 17/11/2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-11-2017-new-global-commitment-to-end-tuberculosis>

⁵⁵ Art. 1 de la citada ley.





El Capítulo VI de la Ley 169 define mecanismos de articulación para la prevención y control de la tuberculosis donde:

1. Los equipos multidisciplinarios e interinstitucionales de cada región de salud, distrito o corregimiento (institucional o comunitario) deberán elaborar Planes Operativos Anuales en concordancia con el PENTB.
2. Deberán conformarse equipos intersectoriales, multidisciplinarios e interinstitucionales con participación de determinados actores de salud, gobiernos locales y personal del MIDES.
3. El MINSA coordinará con las entidades nacionales para que en las formulaciones presupuestarias anuales se incluyan las partidas claves para las actividades de control de la tuberculosis. (incluyendo actividades operativas, funcionales y también de capacitación al personal de salud y a la comunidad).

Y en el Capítulo VII se aborda también el enfoque multisectorial creando específicamente la Comisión Técnica para el Monitoreo y Control de la Tuberculosis bajo la responsabilidad del MINSA. En este punto, es interesante destacar que, en las fases previas (durante la evolución de esta ley), se establece taxativamente la conformación de esta comisión por una serie de entidades públicas de salud, asociaciones profesionales y también OSC (así como fuera propuesto en el Plan de Monitoreo y Evaluación del PENTB 2018-2022). Además, plantea que, en el informe anual de la comisión, deben destacarse aspectos multisectoriales y de participación social y resultados alcanzados.

Finalmente, en el Capítulo IX “Disposiciones finales”, se establece que tanto MINSA, CSS, MEDUCA, universidades, sector privado e instituciones gubernamentales, deben promover la educación y orientación en TB, con énfasis en las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

El proceso de elaboración de esta ley, cuya primera aprobación se realizó en agosto de 2020, fue un proceso dinámico y cambiante. En un comienzo la ley tenía una orientación que finalmente se reformuló. En esta línea, sería ideal que el proceso de regulación se realizara de forma participativa en todos los niveles de gobierno, sociedad civil, sector privado, academia, agencias de cooperación y otros actores, en especial y particularmente, las personas afectadas directamente por la tuberculosis.

Compromisos internacionales

Panamá se ha comprometido internacionalmente a través de una serie de acuerdos en temas de salud y específicamente en TB, entre los que se destacan en los últimos años:

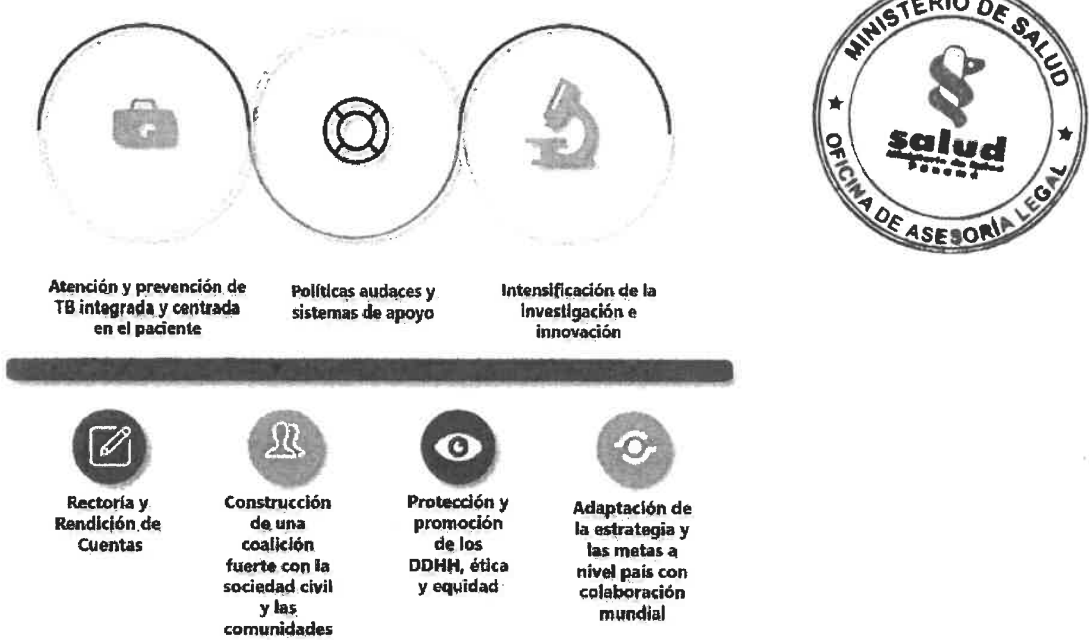


Estrategia Fin TB

En el 2015, los Estados Miembro de la OMS y de la ONU se comprometieron a poner fin a la epidemia de TB a través de la adopción de la Estrategia Fin de TB y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos incluyen hitos y objetivos para lograr un mundo sin TB que implica la eliminación de la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento debido a la TB⁵⁶.

La estrategia Fin a la TB, se basa en 4 principios y 3 pilares, los mismos pilares sobre los que se apoya este Plan Estratégico Nacional.

Ilustración N° 5 – Pilares y principios de la Estrategia Fin TB



Elaboración Propia

Los principios rectores son:

1. Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitorización y evaluación.
2. Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades.
3. Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad.
4. Adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial.

⁵⁶ Teniendo como línea de base el año 2015.





Sobre estos principios rectores se asientan los 3 pilares:

1. Atención y prevención integradas y centradas en el paciente.
 - a. Diagnóstico precoz de la tuberculosis, con inclusión de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y pruebas sistemáticas de detección en los contactos y los grupos de alto riesgo.
 - b. Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la farmacorresistente, y apoyo a los pacientes.
 - c. Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad.
 - d. Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis.
2. Políticas audaces y sistemas de apoyo.
 - a. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención.
 - b. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención sanitaria de los sectores público y privado.
 - c. Política de cobertura sanitaria universal y marcos reguladores de la notificación de los casos, el registro civil, la calidad y el uso racional de los medicamentos, y el control de la infección.
 - d. Protección social, alivio de la pobreza y actuación para contrarrestar otros determinantes de la tuberculosis.
3. Intensificación de la investigación y la innovación.
 - a. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias.
 - b. Investigación operativa para optimizar la aplicación y el impacto, y fomentar las innovaciones.

Estos principios rectores conllevan diferentes acciones y recomendaciones entre la que se encuentra que para cumplir esas metas será necesario *“Aprovechar todos los beneficios de las políticas y los sistemas de salud y desarrollo implicando a un conjunto mucho más amplio de colaboradores procedentes de los gobiernos, las comunidades y el sector privado”*⁵⁷.

⁵⁷ OMS, Estrategia Fin de TB, 2015. Op. Cit.



Es decir que para cumplir las metas de la estrategia Fin de TB y los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁵⁸, es necesaria la acción conjunta y la participación de todos los actores: gobierno en sus todos sus niveles, las comunidades, la sociedad civil, la academia y el sector privado. Toda esta participación debe ocurrir en un marco de protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Los ODS son *“un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible” ...“Para alcanzar estas metas, todo el mundo tiene que hacer su parte: los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil”*⁵⁹

Cada objetivo se centra en una temática y presenta metas e indicadores.

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.



⁵⁸ ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015. Disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
⁵⁹ ⁵⁹ ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible. Op. Cit.





Particularmente para la TB, el objetivo directamente asociado es el ODS No. 3 “*Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades*”, que propone poner fin a la epidemia de TB. Este objetivo está vinculado con otros determinantes y factores de riesgo asociados a la TB: el consumo de alcohol y otras adicciones, poner fin a la epidemia de VIH (para la que la TB es una enfermedad oportunista y principal causa de muerte entre las personas afectadas). De esta forma, se señalan aquellas que tienen que ver específicamente con la TB, como ser:

3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, **la tuberculosis**, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

3. a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

3. c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en Desarrollo

3. d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

Por su parte, las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que Panamá ha adoptado, establecen las siguientes metas para 2030:

1. Reducción de las muertes por tuberculosis en un 90%, respecto a 2015
2. Reducción de la incidencia de tuberculosis en un 80%, respecto a 2015
3. Ninguna familia afectada por gastos catastróficos originados por la tuberculosis





Declaración de Moscú – 2017

Los esfuerzos para avanzar con estos compromisos llevaron a realizar la Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS Poner Fin a la Tuberculosis en la Era del Desarrollo Sostenible: Una Respuesta Multisectorial fue llevada a cabo en Moscú (Federación de Rusia) los días 16 y 17 de noviembre de 2017.

De esta Conferencia, surgió la “Declaración de Moscú para poner fin a la tuberculosis”⁶⁰ donde los Ministros de los Estados Miembros reafirman su compromiso de poner fin a la tuberculosis para 2030, “según se prevé en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Plan Global Hacia el Fin de la Tuberculosis 2016-2020 de la Alianza Alto a la Tuberculosis”.

Esta Declaración propone compromisos para acelerar el progreso en la respuesta mundial a la tuberculosis promoviendo la acción multisectorial e internacional:

- 1. Avanzar en la lucha contra la tuberculosis en el marco de la agenda de los ODS
- 2. Garantizar financiación suficiente y sostenible
- 3. Impulsar la ciencia, la investigación y la tecnología
- 4. Marco de rendición de cuentas multisectorial

La declaración sirvió de base para la Reunión de Alto Nivel sobre TB de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en 2018.

Declaración Política sobre TB

El 26 de septiembre de 2018⁶¹ en Nueva York, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebra la Primera Reunión de Alto Nivel sobre la Tuberculosis, titulada: “Unidos para poner fin a la TB: una respuesta global urgente para una epidemia global”. De este evento surge una ambiciosa “Declaración Política sobre la Tuberculosis” donde se reafirman los compromisos hacia el cumplimiento de la Estrategia Fin de la TB y los ODS para el 2022 incluyendo⁶²:

Compromisos:

- 1. Proporcionar diagnóstico y tratamiento exitoso para:
 - a. 40 millones de personas con TB

⁶⁰ OMS, Declaración de Moscú, 2017

⁶¹OMS, Political declaration of the UN General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>

⁶² Stop TB Partnership. (s.f.) Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la lucha contra la Tuberculosis. Objetivos y compromisos clave para 2022. UNOPS. <https://www.stoptb.org/file/8729/download>





- b. 3.5 millones de niños con TB
- c. 1.5 millones de personas con MDR-TB (incluyendo 115.000 niños con TB MDR)
- 2. Brindar tratamiento preventivo para personas con mayor riesgo de enfermarse:
 - 2.1 30 millones de personas en total, incluyendo:
 - a. 4 millones de niños menores de 5 años
 - b. 20 millones de personas con contacto en el hogar con PAT
 - c. 6 millones de personas que viven con VIH/SIDA
- 3. Movilizar financiamiento suficiente y sostenible:
 - a. 13.000 millones de dólares para el acceso universal a la atención integral de calidad en TB
 - b. 2000 millones de dólares para Investigación y Desarrollo en TB
 - c. Promover y apoyar el fin del estigma y de todas las formas de discriminación a personas afectadas con TB con un abordaje integrado basado en los derechos humanos
- 4. Diagnósticos nuevos, seguros efectivos, equitativos, asequibles, disponibles (vacunas) y con puntos de atención amigables a los niños para permitir la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la TB centrada en la persona.

Solicitar:

- a. Al Director General de la OMS continuar desarrollando el Marco de Responsabilidad Multisectorial y garantizar su implementación efectiva
- b. Al Secretario General de la ONU a que se presente un informe sobre los progresos realizados (para el año 2020) que sirva de base para la realización de un examen exhaustivo por parte de los Jefes de Estado y de Gobierno en una reunión de alto nivel a celebrarse en el 2023.

75^{ava} Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas

El 23 de septiembre de 2020 se llevó a cabo la 75^{ava} Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas y se celebró el evento paralelo “Progreso y acción multisectorial hacia el alcance de los targets globales para dar fin a la tuberculosis” lo que pone de manifiesto relevancia de esta enfermedad en la agenda mundial y el abordaje multisectorial que esta requiere. En este evento, se presentaron 10 recomendaciones urgentes requeridas para avanzar en el alcance de las metas que plantea la Estrategia Fin de TB, especialmente en



relación con lo que representa la pandemia y el posible impacto en el progreso alcanzado hasta el momento⁶³ y que reafirman los compromisos y objetivos propuestos en 2018⁶⁴:

1. Activar el liderazgo de alto nivel para reducir urgentemente las muertes por TB y dirigir acciones multisectoriales para poner fin a la TB
2. Aumentar urgentemente el financiamiento para servicios esenciales en TB incluyendo la fuerza de trabajo en salud
3. Avanzar en la cobertura universal de salud para asegurar a las personas con TB tengan acceso a atención de calidad asequible y resolver los desafíos del infra registro de los casos
4. Atender la crisis de la MDR para cerrar la brecha persistente en el cuidado
5. Aumentar drásticamente la provisión de tratamiento preventivo
6. Promover los derechos humanos y combatir el estigma y la discriminación
7. Asegurar el profundo compromiso de la sociedad civil, comunidades y personas afectadas por TB
8. Aumentar sustancialmente la inversión en investigación para impulsar avances tecnológicos y una rápida adopción de innovaciones
9. Asegurar que la prevención y atención de la TB estén salvaguardadas en el contexto de COVID-19 y otras amenazas emergentes
10. Solicitar a la OMS que continúe brindando liderazgo mundial para la respuesta a la TB, trabajando en estrecha colaboración con los Estados miembros y otras partes interesadas, incluidos para prepararse para una Reunión de Alto Nivel sobre TB en 2023



Reporte Global de Tuberculosis 2021

Por último, en el Reporte Global de Tuberculosis 2021, si bien no es un acuerdo, presenta la situación a nivel global y las acciones necesarias para mitigar y revertir el impacto negativo provocado por la pandemia por la COVID 19.⁶⁵

Según el reporte, globalmente hubo una importante reducción de notificaciones de nuevos casos de TB (comparando 2020 con 2019), después del alto crecimiento que se venía dando desde 2017. Por otro lado, las muertes por TB aumentaron en 2020 y las tasas de incidencia enlentecieron su reducción.

Este documento, señala que los hitos para 2020 (reducción de un 35% de muertes por TB y reducción de 20% en incidencia comparadas con 2015) no fueron alcanzadas

⁶³Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis, 2020. Disponible en : https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/overview-progress-unga.pdf?sfvrsn=e8ad804d_1

⁶⁴ Stop TB. (s.f.) Reunión de Alto Nivel Naciones Unidas. Unidos para poner fin a la Tuberculosis: una respuesta global urgente a una epidemia global. Preguntas clave de los grupos de interés y las comunidades afectadas por TB. Stop TB. Disponible en: <https://stoptb.org/assets/documents/global/advocacy/unhlm/UNHLM%20Key%20Asks%20Informal%20Translation%20Spanish.pdf>

⁶⁵ OMS, Reporte Global 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>



globalmente, pero brinda esperanzas a través de la publicación de los casos de éxito (especialmente en algunos países de alta carga de TB) que comprueban que estas metas son alcanzables. A pesar de los pronósticos y las expectativas, planteadas para las Américas, no hubo progreso en la región.

Situación epidemiológica y programática

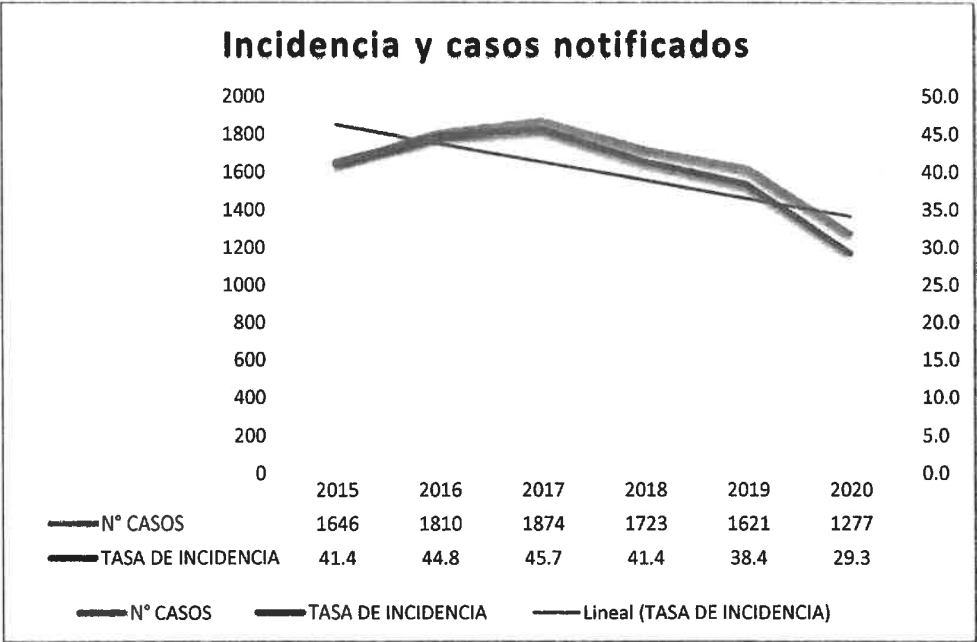
En Panamá, la tuberculosis constituye un problema de salud pública y así lo establece la ley 169.

Morbilidad

En el año 2019, Panamá registró 1621 casos incidentes (de los cuales 1549 corresponden a nuevos casos). Presentando una tasa de incidencia total de 38,5/100.000, lo que lo convierte en un país de carga media. El gráfico 1 muestra que, en los últimos 5 años, las tasas de incidencia presentan una tendencia a la baja⁶⁶.



Gráfico N° 1 – Tasa de Incidencia Nacional 2015-2021



⁶⁶ Para el año 2015, se utilizó como línea de base la tasa de incidencia basada en las estimaciones de la OMS que establecían una tasa de 50,9 para Panamá, pero en realidad la tasa de ese año fue de 41,4, por lo que a partir de este PEN se utilizará el valor real.





Se incluye el año 2020 teniendo en consideración que tal como indican los dos últimos reportes globales de la OMS, las mediciones de estos años pueden haberse visto afectadas por la pandemia en virtud de la baja de captación, diagnóstico y notificaciones. Como puede apreciarse, para el año 2020 la tasa de incidencia fue de 29,3 por 100.000 habitantes, lo que significa una reducción del 25% entre un año y otro, confirmando lo que citan dichos reportes.

La disminución de la tasa de incidencia⁶⁷ de TB se marca fuertemente a partir de 2016 coincidentemente con cambios que experimentó la gestión de la tuberculosis en el país, entre los que se constata el registro cada vez más digitalizado través del sistema de vigilancia y la incorporación del módulo de TB y el seguimiento por parte del PNCTB.

Si bien la tasa de incidencia de Panamá es de 38,5 por 100.000 habitantes, existe una gran disparidad entre las regiones del país, con una brecha de más de 150 puntos entre Guna Yala (la mayor) y Los Santos (la menor). La incidencia baja se considera aquella por debajo de 10 casos por 100.000 habitantes, la carga media es entre 11 y 44 y la alta los países que tienen un número absoluto de casos de TB estimados mayor a 10.000 por año y aquellos con una tasa de incidencia por arriba de 45 por 100.000 habitantes⁶⁸.

El grupo de carga alta lo ocupan de mayor a menor las regiones de Kuna Yala, Panamá Este, Bocas del Toro, Colón, Panamá Metro y Ngäbe Buglé. En este grupo, además, Panamá Metro y Colón son las que presentan mayor número de recaídas.

Tabla N° 5 – Regiones por carga de incidencia (2019)

ALTA		MEDIA		BAJA	
Región	Tasa	Región	Tasa	Región	Tasa
Kuna Yala	162,1	San Miguelito	39,69	Los Santos	8,37
Panamá Este	91,61	Panamá Oeste	26,57	Darién	9,25
Bocas del Toro	85,08	Chiriquí	21,86		
Colón	52,71	Panamá Norte	20,69		
Panamá Metro	52,40	Darién	18,59		
C. Ngäbe Buglé	46,06	Veraguas	17,36		
		Coclé	15,84		

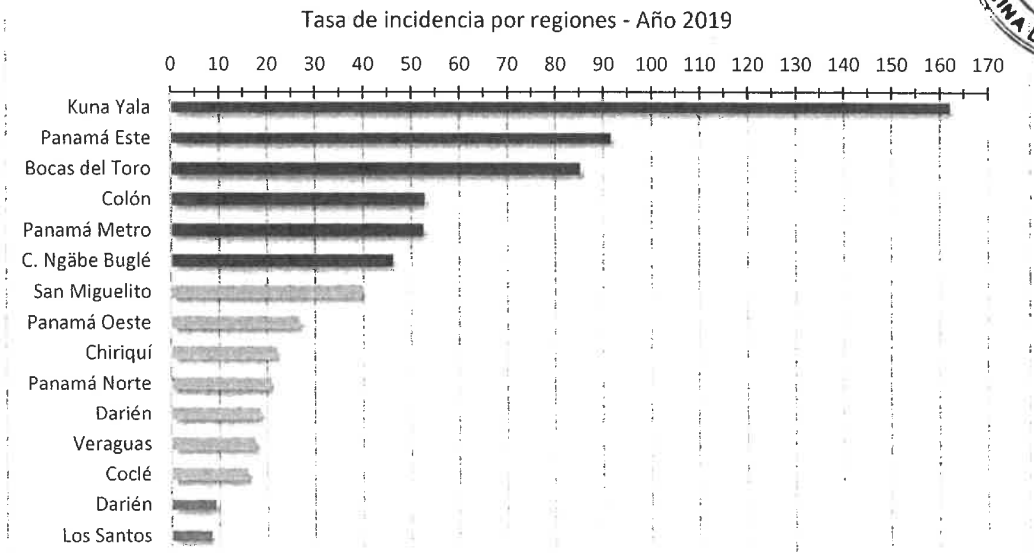
⁶⁷ Los casos de reducción de muertes y reducción de tasa de incidencia han marcado una tendencia a la disminución lo que podría hacer pensar que pueden alcanzarse las metas propuestas.

⁶⁸ OPS (2020). Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019. Panamerican Health Association. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8



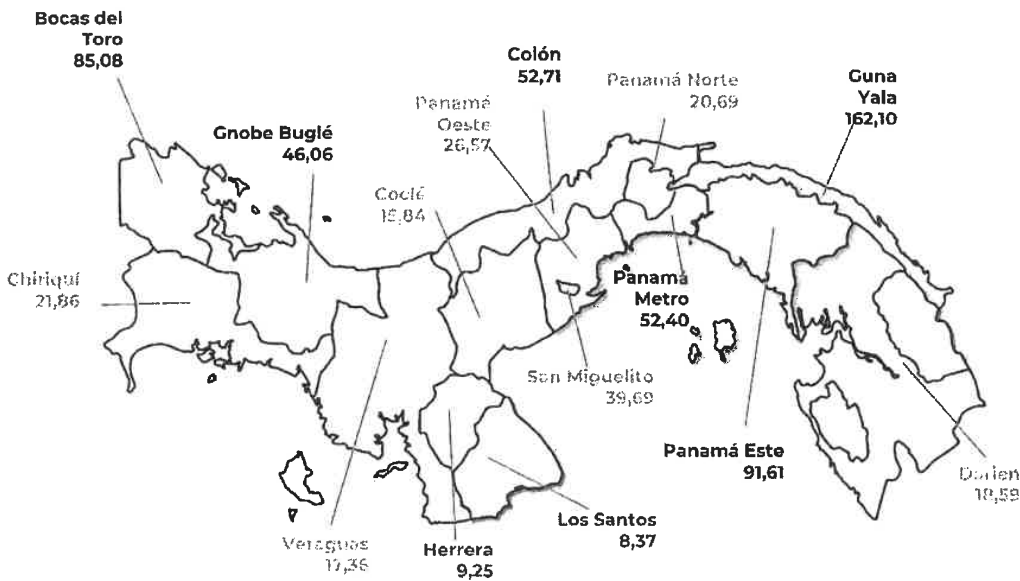


Gráfico N° 2 – Incidencia por regiones 2019



Elaboración propia

Ilustración N° 6 – Incidencia por regiones (2019)



Elaboración propia





Si se observan los casos por sexo, en Panamá aproximadamente el 70% de los casos se dan en hombres y el 30% en mujeres, distribución que mantiene casi constante a lo largo de 10 años. En cuanto a la franja etaria, los datos son bastante parejos entre ambos sexos, donde la franja de mayor incidencia se da entre los 25 y 34 años, seguida por la de 34 a 44 y el tercer lugar lo ocupa la franja de 15 a 24 años en hombres y entre 44 y 54 años en mujeres. Es decir, el 70% de los casos se concentran en personas entre 15 y 54 años (para ambos sexos) que es la edad económicamente activa. Por su parte, en los niños (0-14 años) encontramos que el 56% se concentra en la franja de 0 a 4 años.

Ilustración N° 7 – Incidencia por sexo y edad (porcentaje)

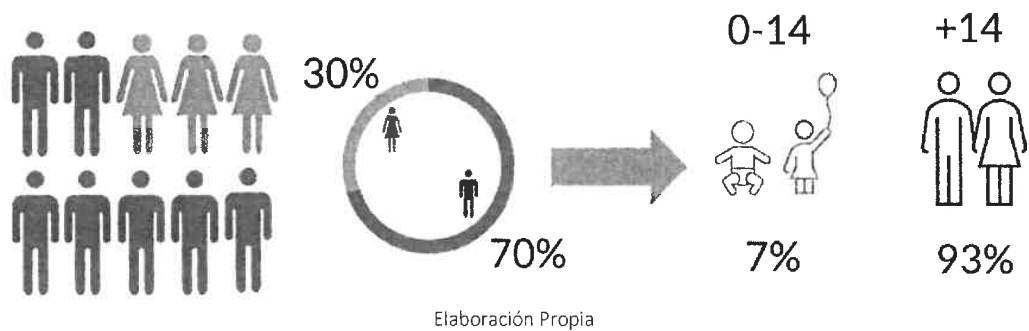


Gráfico N° 3 – Distribución de casos por edad

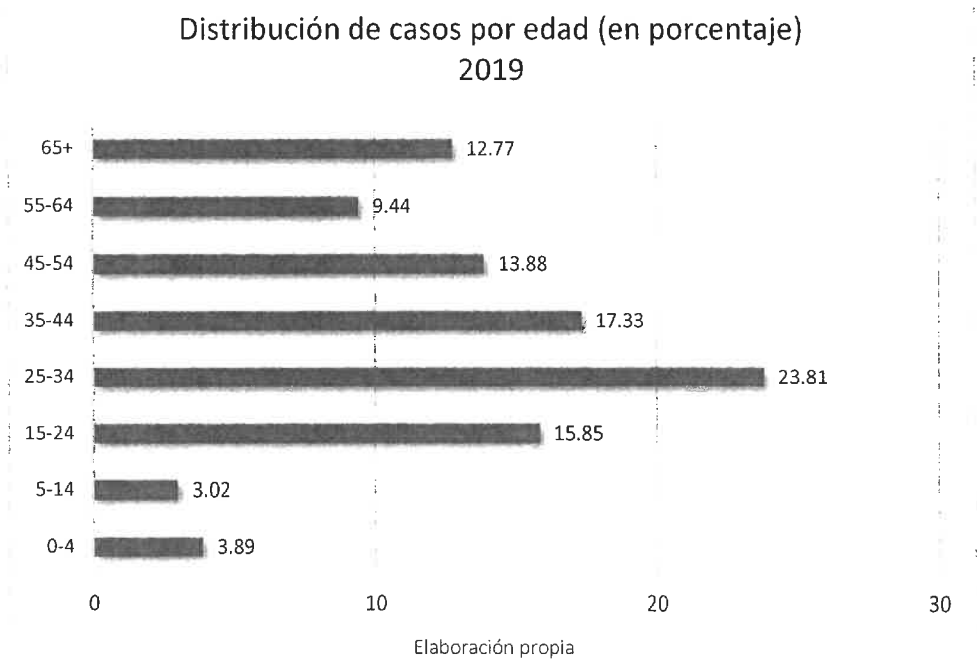




Gráfico N° 4 – Distribución de casos por edad y sexo

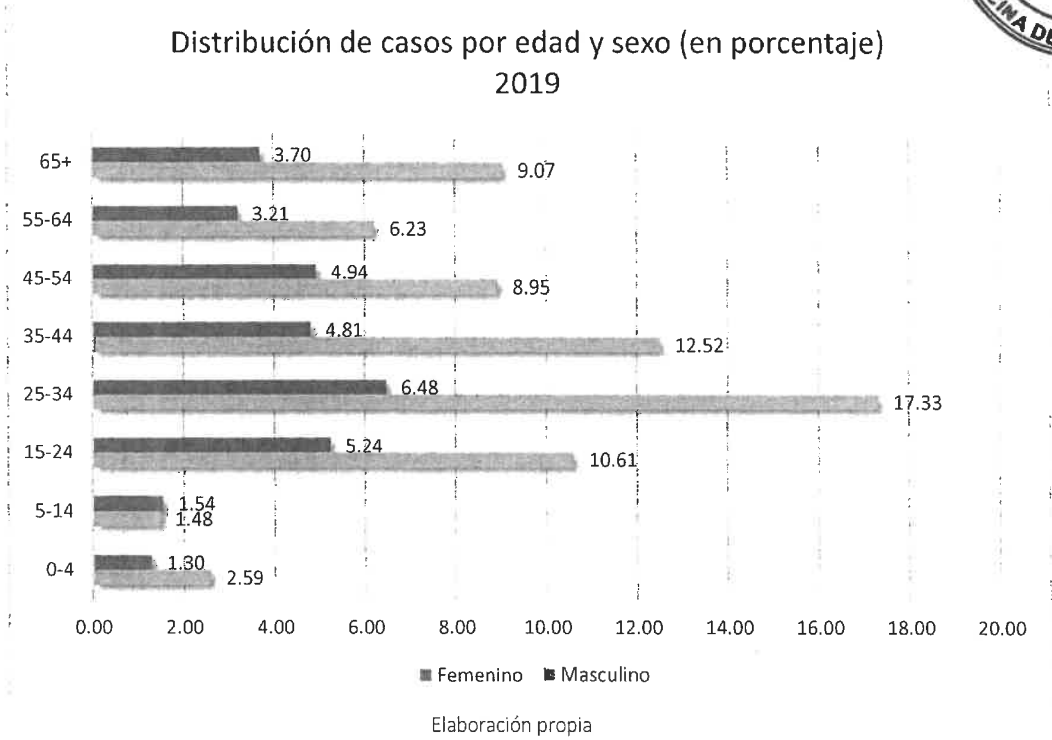
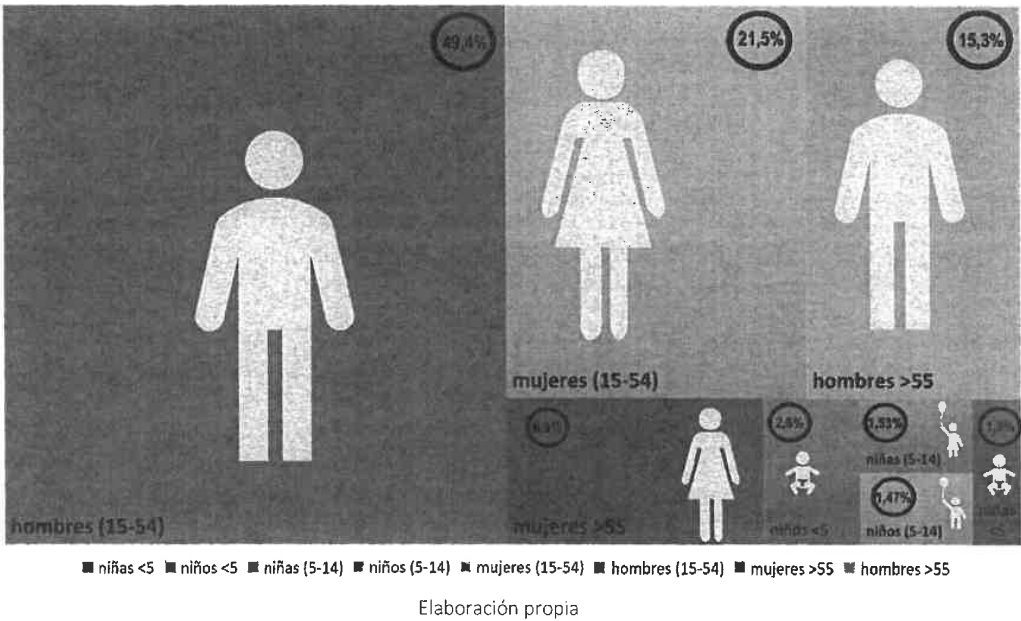


Ilustración N° 8 – Incidencia por sexo y franja etaria (porcentaje)

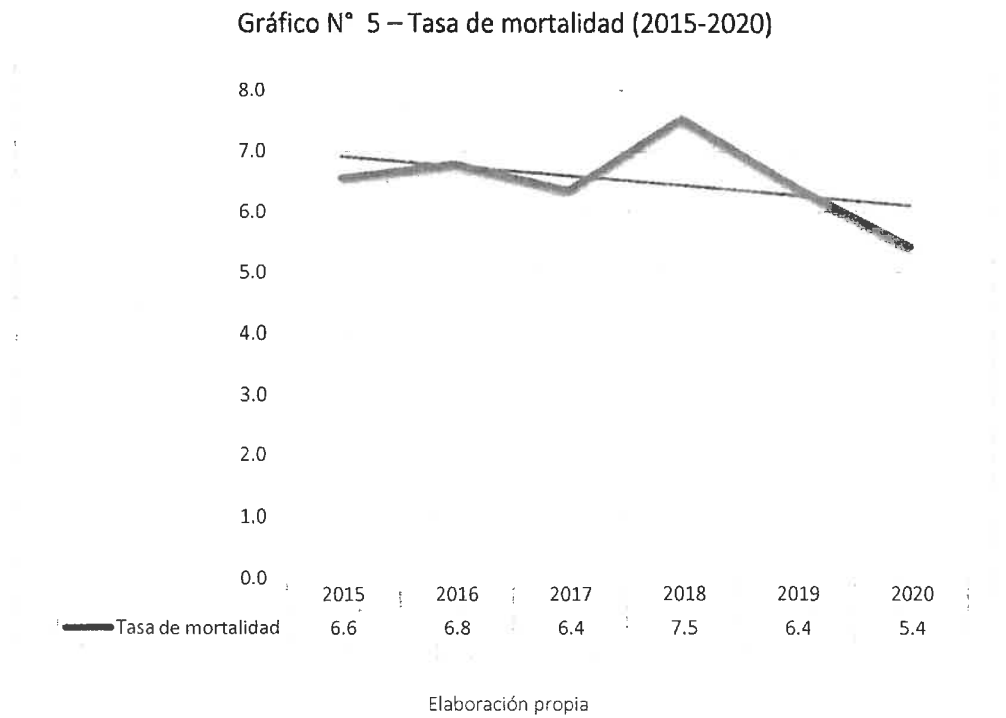




Mortalidad y letalidad

La tasa de mortalidad de las personas afectadas por TB que son notificadas dentro del PNCTB tiende a reducirse desde el año 2015 aunque la pendiente es poco inclinada. En 2019, la tasa de mortalidad era de 6,4 por 100.000 habitantes y los años subsiguientes, esta ha llegado casi al cumplimiento de la meta de menos 5 por 100.000 habitantes⁶⁹.

Sin embargo, a partir del año 2020, desde el PNCTB se ha llevado a cabo un importante trabajo en conjunto con el Departamento de Epidemiología del MINSA y el INEC que permitió identificar que las tasas de mortalidad difieren entre el Programa y Epidemiología debido a un porcentaje de fallecimientos atribuidos a TB de personas que no participan en el Programa (si bien las causas aún no han sido estudiadas podrían relacionarse anticipadamente con diagnósticos tardíos de la enfermedad o casos de pérdida de seguimiento), por lo que se evidencia la necesidad de realizar el seguimiento de esta situación.



⁶⁹ De todas maneras, tal como indica la evidencia, y como se establece en el Reporte Global de Tuberculosis del año 2021, los últimos años, los datos podrían estar afectados por el efecto que la pandemia tuvo tanto en las notificaciones, como en el diagnóstico.





Costos Catastróficos

En cuanto a los gastos catastróficos, durante el período 2021-22 se llevó a cabo el estudio “Encuesta de Costos Catastróficos total debido a la TB – Panamá 2021” (Fundación Univalle / IDIES – Innovación). El objetivo general del estudio era el de desarrollar un rango de referencia de los costos mensuales asumidos por las familias y los pacientes en tratamiento de TB en Panamá 2021-2022 y los objetivos específicos incluían identificar factores relacionados a costos mensuales vinculados al tratamiento de la TB en hogares, estimar el rango de costos totales que asumen las PATs y sus familias durante el tratamiento y determinar el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos durante el tratamiento. El propósito de este estudio era el de generar información para apoyar la estrategia FIN de TB así como también el PEN para contribuir a la implementación de intervenciones estratégicas sostenibles.⁷⁰

Una de las metas de la estrategia FIN de TB y en los ODS, es que no existan familias incurriendo en gastos catastróficos.

El estudio contó con una muestra de 184 PATs que se atendían tanto en instalaciones del MINSA (65%) como de la CSS (35%). Del total, 63,6% correspondieron a personas de sexo masculino y un 36.4% de sexo femenino. Todas las personas que participaron en el estudio debían ser mayores de 18 años y casi un 50% se encontraban en la franja etaria entre 25 y 49 años. Casi un 22% pertenecía a población indígena. En cuanto a comorbilidades, un 17% de las PATs eran personas afectadas con VIH/SIDA y un 13% afectadas por diabetes y casi el 60% no presentaba otras comorbilidades.

En cuanto al nivel de educación, el 66% alcanzó o finalizó estudios secundarios, un 20% universitarios y un 12% primarios (un 2% no contaba con estudios). En cuanto a la situación laboral, un 40% se dedicaba a tareas del hogar, un 23% contaba con trabajo, un 9% se encontraba en la búsqueda de empleo y jubilados y estudiantes rondaban el 8% respectivamente. El resto se dedicaba a “otra actividad”.

El resultado arrojó un porcentaje elevado de familias (un 88%) que incurren en gastos catastróficos frente al tratamiento (recordemos que los costos se consideran catastróficos si se incurre en un gasto del 20% del ingreso percibido por la familia). El rango del monto de gastos para los 6 meses de tratamiento oscila entre USD 373 y USD 2217.

⁷⁰ SENACYT (Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación), (2022 28 de julio). Café científico “Avances de la Investigación de tuberculosis humana y animal en Panamá Imagina TV. <https://www.youtube.com/watch?v=H7NYgKmS4Hs>





Es importante destacar que el 10% de las familias declaró no haber obtenido ingresos durante los 6 meses de tratamiento.

Dentro de los costos directos el ítem principal es el transporte, el tiempo del paciente y el tiempo de acompañante (tiempo durante el que podían estar devengando salario de no estar ocupándose del tratamiento). Se detectó un patrón que indica que la familia que comienza incurriendo en costos catastróficos continuará incurriendo en costos catastróficos durante todo el tratamiento.

A través de un modelo predictivo, se plantearon 10 posibles variables o factores⁷¹ que podrían predecir en qué grado la familia se puede ver afectada por los costos catastróficos. De estos, se destacan 3 especialmente: (i) “cuando no se conocen los daños ocasionados por el tratamiento de TB” o (ii) si “la familia no apoya en el tratamiento”, la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos aumenta. Esta probabilidad disminuye (iii) cuando “el paciente va a recibir su tratamiento sin acompañante”. Se propone, por lo tanto, que, a través del uso de un cuestionario conformado por estas variables, se pueda realizar una predicción de probabilidades de incurrir en costos o gastos catastróficos al momento que el paciente ingresa al Programa y, de esta forma, identificar el apoyo social que corresponda.

Cohorte 2019

Tabla N° 6 – Cohorte 2019

Indicador	%		Meta	Brecha	Desafíos
Curados	37,2 %	Tratamiento Exitoso 83,2%	90%	-6,8%	Aumentar % éxito especialmente en curados Realizar baciloscopia al 5to y 6to mes para cerrar el caso como curado.
Tratamiento Completo	46 %				
Pérdida en Seguimiento	9.9%		<5%	4.9%	Retomar el tratamiento completo. Mejorar seguimiento.
Fracaso al tratamiento	0.2%		<1%	- 0.8%	Continuar y mejorar en esta línea
Fallecidos	6,4%		<5%	1,4%	Mejorar este indicador
No evaluados	0,2%		0%	-0,2%	Mejorar este indicador

⁷¹ Las 10 variables son: “no conoce ningún daño ocasionado por el tratamiento de TB”, “no conoce ningún motivo sobre por qué se produce la TB”, “no conoce ningún síntoma de la TB”, “reside en vivienda alquilada”, “no pertenece a ningún tipo de grupo social o religioso”, “le da pena tener TB”, “no es nada grave tener TB”, “la TB le afecta sus relaciones”, “la familia no lo apoya en el tratamiento de la TB”, “va solo a recibir su tratamiento para la TB”.





Para la cohorte 2019, los curados y con tratamiento completo representan más del 80%.

Según la OPS⁷², los curados son aquellos pacientes con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopía o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior. Los tratamientos completos son aquellos que completaron el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia que muestre que la baciloscopía o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron o porque los resultados no están disponibles. Por ello, desde el PNCTB se señala la importancia de realizar baciloscopías en el 5to y 6to mes para chequear si realmente al final de tratamiento los pacientes están curados. (Nota: de los 1100 casos del año 2020, solo 564 fueron diagnosticados bacteriológicamente). Además, es necesario priorizar aquellas regiones del país como Panamá Metro y Colón que son los que tienen mayores recaídas. También es importante la baciloscopía en la transición de la primera fase a la segunda fase para determinar si existe algún tipo de drogoresistencia. La suma de curados y tratamiento completo constituyen el Tratamiento Exitoso.

En cuanto a pérdidas de seguimiento, especialmente en cuanto MDR, Panamá debe orientar sus intervenciones estratégicamente para mejorar este aspecto. Las pérdidas de seguimiento refieren, según la Nota Técnica, a los pacientes con TB que no iniciaron tratamiento o interrumpieron el tratamiento durante 1 mes consecutivo más.

El fracaso al tratamiento lo constituyen aquellos pacientes con TB cuya baciloscopía o cultivo de esputo es positivo en el mes 5 o posterior durante el tratamiento.

Si bien el porcentaje de fallecidos ha ido disminuyendo, deberían redoblarse los esfuerzos e intensificar la captación y el diagnóstico oportuno. Especialmente en casos de comorbilidad, coinfecciones y personas más vulnerables, incluyendo personas privadas de libertad y personal de salud. Asimismo, priorizar el diagnóstico bacteriológico es crucial, ya que existe un alto porcentaje de diagnóstico clínico. Los fallecidos son aquellos pacientes con TB que mueren por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso de tratamiento.

Los pacientes no evaluados son aquellos a los que no se les ha asignado el resultado del tratamiento. Puede incluir tanto casos transferidos a otra unidad de tratamiento, como casos cuyos resultados de tratamiento se desconocen en la unidad que se reporta.

⁷²OPS (2013). *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis – Revisión 2013*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf>





Drogoresistencia

La tasa de éxito de tratamiento de los pacientes drogoresistentes (TB-MDR/TB-RR) viene mejorando desde el año 2017 aunque se encuentra lejos de la meta del 90% a la que se desea llegar. Para el año 2019, la cohorte de MDR/RR presentó un 60,5% en casos de éxito, pese a la introducción, en el año 2017, del esquema acortado (esquema Bangladesh⁷³).

Se espera que con la aplicación de la “Norma técnica para el manejo clínico del paciente con diagnóstico de tuberculosis drogoresistente” aprobada por la Resolución N° 595 del miércoles 21 de julio de 2021, se pueda mejorar el control de esta condición. Esta nueva norma introduce cambios en cuanto los formularios de referencia y contrarreferencia, tratamientos acortados, tratamientos totalmente orales principalmente, entre otros.

Tabla N° 7 – Cohorte MDR-RR (2017-2019)

Años	TB-RR/MDR	TB RR	TB MDR	Tasa de incidencia	Tasa de éxito
2019	38	31	7	0,90	60,5%
2018	52	40	12	1,25	48.1%
2017	61	44	17	1,49	44.3%

Factores de riesgo y determinantes

Los factores de riesgo y los determinantes sociales frecuentes que exponen a las personas a un mayor riesgo de padecer tuberculosis incluyen: la infección por el VIH, la desnutrición, el estrés, la diabetes, la contaminación del aire en interiores, el consumo problemático de drogas, tabaco y alcohol, el encarcelamiento y la pobreza, las condiciones de vida y de trabajo desfavorables. Toda enfermedad inmunodepresora constituye un factor de riesgo para la persona afectada por TB⁷⁴.

En Panamá, dentro de las PATs en el año 2020 se diagnosticaron y notificaron 103 personas con diabetes mellitus, 167 personas con adicción al alcohol, 131 personas con adicción a las drogas y 163 personas que fuman tabaco y 28 habitantes de calle. Estos

⁷³ TBFACTS. (sf) Bangladesh MDR TB treatment regime. <https://tbfacts.org/bangladesh-regimen/#:~:text=The%20Bangladesh%20regimen%20is%20a,largely%20now%20of%20historical%20interest>.
⁷⁴ OPS (2016). Tuberculosis y coinfección por el VIH. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14832:tuberculosis-and-hiv-co-infection&Itemid=40682&lang=es



factores de riesgo no son excluyentes uno de otro (puede haber personas que cuenten con más de un factor de riesgo asociado a la TB).

TB-VIH

Según registros del PNCTB el porcentaje estimado de personas con coinfección por TB/VIH en Panamá en el año 2019 fue de un 17%. De estos, el 99% conocen su estado serológico, siendo uno de los países con mayor porcentaje de la región.

Tabla N° 8 – Cohortes TB/VIH (2017-2019)

AÑOS	2019	2018	2017
Número de casos	274	314	340
Éxito	199	211	188
Porcentaje de éxito	72,6%	67,2%	55,3%
Fracaso	2	1	1
Porcentaje de fracaso	0,7%	0,3%	0,3%
Fallecido	27	35	64
Porcentaje de fallecidos	9,9%	11,1%	18,8%
Perdido en el seguimiento	43	67	87
Porcentaje de perdido en seguimiento	15,7%	21,3%	25,6%
No evaluado	3	0	0
Porcentaje de no evaluado	1,1%	0%	0%



Panamá Metro registra el número más alto de casos de coinfección (más de una tercera parte de los coinfectados TB/VIH), seguido por San Miguelito y Colón.

Con el apoyo del Fondo Mundial, se llevó adelante una serie de instancias que propiciaron el fortalecimiento de actividades en temas de coinfección TB/VIH. Por otro lado, se comenzó a sensibilizar en temas de tuberculosis a las organizaciones de la sociedad civil que trabaja temas de VIH para que puedan lograr un abordaje más integral en sus acciones.

TB-COVID

En Panamá la pandemia tuvo y ha ido dejando efectos negativos, afectando especialmente al área de la salud. Dentro de esta, como se ha visto en la mayoría de los países y tal como deja en evidencia el Reporte Global 2021, gran parte del personal fue referenciado para trabajar en COVID, lo que tuvo implicancias para el diagnóstico oportuno de TB. Además, las medidas restrictivas de movilidad contribuyeron a que las



personas no se acercaran al centro de salud para consultas. Sumado a esto, la similitud de los síntomas entre COVID y TB (tos, fiebre, malestar) en ocasiones llevaron a resultados desacertados.

Durante la pandemia, en el año 2020, se detectó un total de 51 casos con dos infecciones y uno de triple infección (COVID-TB-VIH). Estas infecciones se dieron en las provincias de Bocas del Toro, Colón, Panamá Metro, Panamá Norte, Panamá Este y Veraguas.

Poblaciones vulnerables

Según el Fondo Mundial, se considera que un grupo es una población clave si presenta los tres factores siguientes:

- 1. Epidemiológicamente se enfrenta al riesgo, la vulnerabilidad y/o la carga creciente de TB debido a combinación de factores de índole biológica, socioeconómica o estructural.
- 2. Enfrenta dificultades para acceder a servicios de salud y anexos en relación con el resto de la población lo que le implica realizar relativamente mayores esfuerzos e inversiones estratégicas para ampliar la cobertura, la igualdad y la accesibilidad.
- 3. Enfrenta violaciones de los derechos humanos, la privación sistemática de derechos, la marginación y criminalización social y económica, lo que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo además de reducir el acceso a los servicios esenciales.⁷⁵



Población Indígena

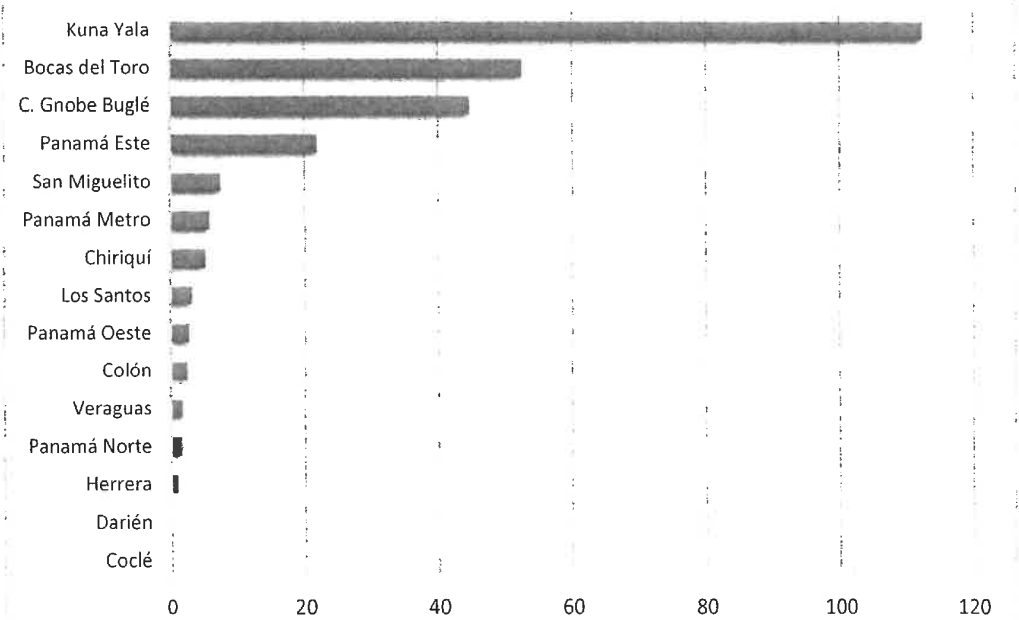
Para el año 2019, se identificó un total de 405 casos en personas pertenecientes a la población indígena, lo que representa una cuarta parte del total de los casos. La distribución entre las regiones también presenta disparidad, ubicándose Kuna Yala en primer lugar con 157 casos (tasa de incidencia en la región de 162,1) seguido por Bocas del Toro con 93 casos (tasa de incidencia regional de 85,08) y en tercer lugar Ngäbe Buglé con 98 casos (tasa de incidencia en la región de 46.06 por 100.000 habitantes).

⁷⁵ The Global Fund (sf). *Plan de Acción para las Poblaciones Clave 2014-2017*. Publicaciones. https://www.theglobalfund.org/media/5952/publication_keypopulations_actionplan_es.pdf





Gráfico N° 6 – Incidencia indígenas (por región)



PPL

En el año 2019 se registraron un total de 97 personas privadas de libertad con TB, distribuidas en 9 de los 13 centros carcelarios, ubicados en 7 provincias. El mayor número de casos se concentra en la cárcel más poblada del país, el Centro Penitenciario La Nueva Joya.





Gráfico N° 7 – PPL por centro penitenciario

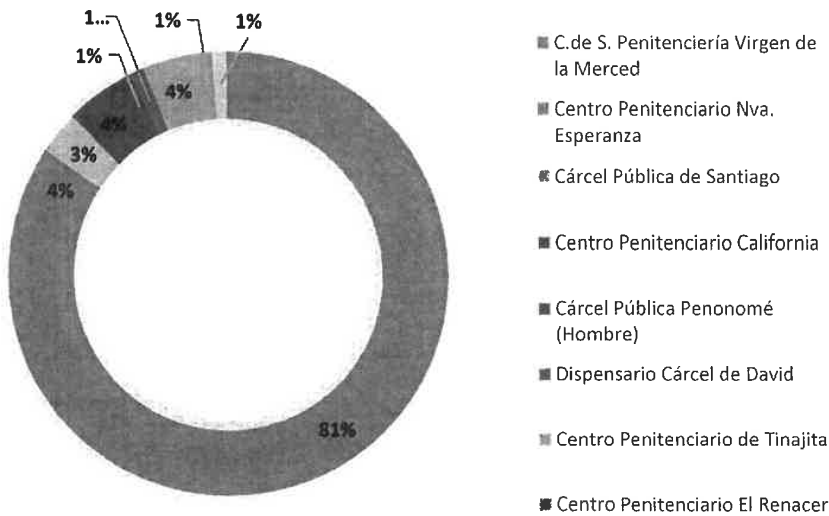
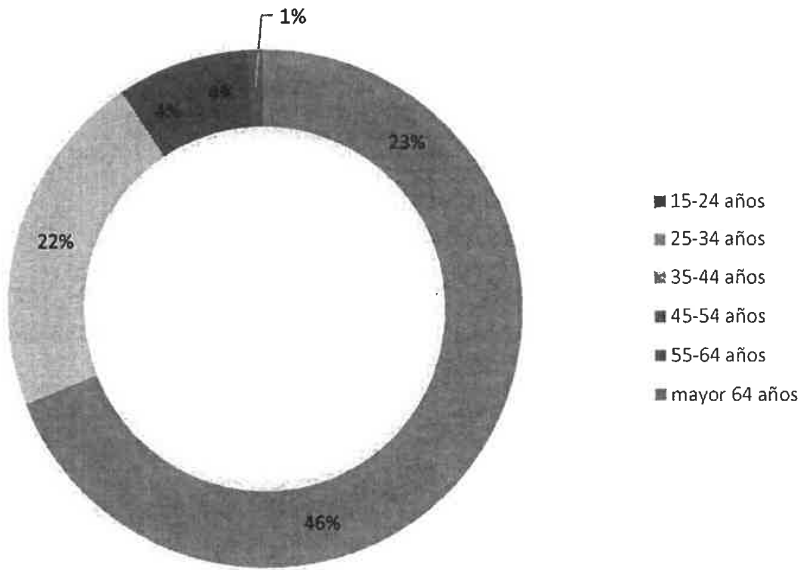


Gráfico N° 8 – PPL por edad



Elaboración propia





5. Análisis de gestión

Análisis FODA

La deficiencia en la respuesta a la tuberculosis traducida en la tasa de incidencia tiene que ver con muchos factores. Uno de los mayores desafíos identificados, con referentes nacionales e internacionales, fue la *“invisibilidad de la tuberculosis”*. Si bien las tasas de incidencia son relativamente altas, la TB ha perdido atención en relación con otras enfermedades.

Esto se relaciona por un lado con los determinantes de la TB asociados con el estigma y la discriminación como la pobreza y por otro, por la falta de información sobre la enfermedad, tanto de altas autoridades gubernamentales como de la comunidad. También, a que otras enfermedades han logrado tener, a través de actores clave, mayor incidencia política (como es el claro ejemplo del VIH en Panamá).

Fortalezas

Sin lugar a duda, contar con Programas Nacionales de Tuberculosis, es una fortaleza: el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCTB) del MINSA, como regente de salud, por un lado, y el recientemente creado Programa de Tuberculosis en la Caja de Seguro Social (CSS), donde se atiende al 80% de la PEA (Población Económicamente Activa), por el otro.

Ambos programas tienen el objetivo común de dar respuesta a la lucha contra la tuberculosis y están comprometidos a colaborar para cumplir las metas de la Estrategia Fin de la TB, sobre la que se basan todos los documentos nacionales actuales.

El compromiso nacional, se expresa en la sanción de la Ley No. 169. Esta ley es la clara manifestación de la voluntad política del gobierno de Panamá que está pronta para ser regulada.

Los avances sobre el marco legal son muy significativos y fortalecen el sistema de atención, prevención y control de la TB.

En cuanto a la preparación de los profesionales de la salud a nivel terciario, se destaca la actualización constante en temas de enfermedades como la tuberculosis. Este entrenamiento es la base para que el país cuente con una red de recursos humanos altamente capacitados en la respuesta contra la tuberculosis. Asimismo, se han fortalecido profesionales para el desarrollo de investigaciones científicas operativas que sirven de referencia para la toma de decisiones. Específicamente, en Panamá se está buscando consolidar una red de investigadores que colabore con el sistema de salud.





Una de las principales fortalezas identificadas en las entrevistas, es el alto compromiso de varias promotoras y promotores, enfermeras y enfermeros, médicos y laboratoristas, especialmente en las Clínicas Amigables. Estos profesionales, particularmente los de promoción y enfermería cumplen un papel vital en la prevención, adherencia y, por otro lado, son los principales observadores de la realidad que se vive en diferentes lugares del país. En cuanto al acceso a servicios de salud, atención y tratamiento, dependiendo de la zona geográfica, varios pacientes y personal de salud, manifestaron satisfacción con la atención y seguimiento de los tratamientos.

Oportunidades

En línea con estas fortalezas, se identifican oportunidades que permiten maximizar resultados en el trabajo multisectorial desde los Programas de Tuberculosis, tanto de MINSA como de la CSS. Por ejemplo, existe la oportunidad de realizar acciones conjuntas sobre plataformas existentes en temas de VIH. Esto implica para su puesta en marcha, el acercamiento de diferentes programas y entidades, a través de comités de trabajo y coordinación.

El parque empresarial se presenta como una oportunidad para ampliar el campo de acción en temas de tuberculosis celebrando convenios público-privados. Esto no solo debe ser visto desde la dimensión filantrópica o de financiamiento, sino también desde la importancia de la inclusión de políticas para la prevención, atención y control de la tuberculosis dentro de las empresas. Sobre todo, teniendo en cuenta que la ley de tuberculosis promueve este tipo de acciones, tanto para este sector como para el sector educativo público y privado.

Por otro lado, existe disposición por parte de las OSC/VIH, tanto en áreas urbanas como comarcales, en acoplar el tema de TB a sus actividades, para lo que habría que buscar mecanismos de articulación ya que se podría trabajar también sobre una de las debilidades identificadas que tiene que ver con la necesidad de incorporar temas de “interculturalidad” en la atención, como pueden ser el acceso a información en el idioma de origen y mayor trabajo con medicina tradicional. Este enfoque intercultural puede facilitar la confianza en la población y, por ende, la posibilidad de mayor captación, prevención, adherencia y control de la TB en áreas muchas veces reticentes al abordaje tradicional.

La reactivación de la OPAT se perfila como una oportunidad de contar con una organización aliada a los programas de tuberculosis de MINSA y CSS para articular actividades entre estos y el sector privado, otras entidades y la comunidad en general. El hecho de que varias organizaciones de VIH hayan sido invitadas a formar parte de la Junta Directiva en el proceso de reactivación de esta organización, confirma entonces la





necesidad de ese trabajo conjunto, por ser la tuberculosis la principal enfermedad oportunista y una de las principales causas de muerte en las personas afectadas con VIH.

Las experiencias y las recomendaciones internacionales suponen plataformas de acción que pueden ser replicadas o trabajadas en conjunto adaptadas a la realidad del país. Hay varias plataformas en la región, como el Observatorio Social de TB de las Américas, la ASPAT de Perú, la Iniciativa de Grandes Ciudades de OPS/OMS, el enfoque EngageTB de OMS, y la Iniciativa CeroTB, que funcionan de manera inclusiva e intentan lograr un alcance integral en la respuesta a la TB, promoviendo espacios innovadores y multisectoriales de acción. Estos enfoques internacionales pueden facilitar la acción de los actores en Panamá y colaborar con el fortalecimiento para la implementación de estrategias.

En el caso de la COVID-19, se realizaron trabajos colaborativos en tiempo récord: tanto en lo epidemiológico, en lo tecnológico (permitiendo tener un mapa en tiempo real de los casos), y socioeconómicos (subsídios, entrega de bolsas de alimentos). Además, introdujo medidas de prevención que son necesarias para ayudar a frenar la transmisión de la tuberculosis: uso de mascarillas, sistemas de ventilación, medidas de higiene. Por ello, se observa como una oportunidad para trabajar en varios aspectos comunes maximizando los esfuerzos (captación, campañas de prevención de ambas enfermedades, continuidad de medidas de salubridad e higiene) y también como posible modelo de abordaje.

Debilidades

Existen varias debilidades que están ligadas unas con otras e incluso algunas se explican entre sí o presentan una lógica paralela.

En primer lugar, el PNCTB es un programa que cuenta actualmente con un número reducido de funcionarios. Este reducido grupo debe atender un gran número de responsabilidades y actividades según lo que se establece en las Normas Técnicas, en el Plan Estratégico y en la nueva Ley N° 169. Estas actividades muchas veces dependen de otras entidades. Por eso, es importante el diálogo y coordinación entre todos los actores. Promover más mecanismos de trabajo conjunto para trabajar sobre temas de prevención debe ser uno de los pilares para frenar la transmisión de la enfermedad. La multisectorialidad es clave en todo el proceso.





El TB-SISVIG⁷⁶ es una de las principales fuentes de información de casos, pero este sistema, en algunas zonas, presenta problemas en su uso. En este punto, y dependiendo de la zona, hubo opiniones encontradas en cuanto a su funcionamiento.

*“Dentro del SISVIG (sistema de vigilancia de epidemiología) tenemos el módulo de Tuberculosis para pacientes con tuberculosis sensible y resistente, donde se registran los casos y se les da seguimiento durante su tratamiento, presenta problemas, pero es de la plataforma en cuanto al acceso: red, luz, Internet y muchas veces lo que nos comentan es falta de tiempo para registrar resolviendo esto tendríamos información completa para toma de decisiones”.*⁷⁷

Otra debilidad observada es la falta de visión territorial. Es decir, existen cuestiones geográficas y culturales que impiden el alcance a gran parte de la población más vulnerable. Se constata que hay regiones donde las personas requieren realizar grandes esfuerzos para acceder a los servicios de salud, por temas geográficos o culturales. Esto no estaría siendo abordado debidamente en cuanto a los recursos necesarios. Las realidades en las comarcas, en las zonas de contexto social crítico incluso en zonas urbanas, deberían atenderse especialmente, teniendo en cuenta estas vulnerabilidades. Tal como se mencionaba en las oportunidades, esta debilidad puede encontrar una salida en el abordaje intercultural, con trabajo social y planes de protección social, que ayuden a que estas poblaciones tengan un mejor acceso y atención en salud. Por ello el cruce de información y el trabajo conjunto con el MIDES, con MEDUCA, MIVIOT y otras instituciones se torna fundamental. Crear o acoplar planes integrales que tengan en cuenta las necesidades multidimensionales de las poblaciones vulnerables es esencial para dar una mejor respuesta. Se requiere entonces profundizar el trabajo sobre una visión integral centrada en el paciente para el abordaje sobre los determinantes y factores de riesgo (condiciones de vida, otras comorbilidades como la diabetes o la desnutrición y el tabaquismo, el uso de drogas y alcohol).

No contar con una sociedad civil organizada en temas de TB, es una de las debilidades identificadas que se contrarresta con la reactivación de la OPAT que junto con OSC/VIH que trabajan a nivel comunitario, podrían trabajar en las áreas arriba mencionadas puesto que conocen el territorio y tienen un mejor y mayor acercamiento a estas poblaciones, incluso utilizando los diversos enfoques y plataformas existentes.

⁷⁶ Sistema de Vigilancia de Salud Pública que contiene el Módulo de seguimiento del paciente con tuberculosis
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=819:minsa-y-ops-lanzan-modulo-informatico-para-el-reporte-y-seguimiento-de-casos-de-tuberculosis&Itemid=270

⁷⁷ Información brindada por el PNCTB.





Si bien se cuenta con personal altamente capacitado y sensibilizado en temas de derechos humanos y enfoques integrales, se hace necesaria una mayor sensibilización del personal de salud (esto se observa tanto en TB como en VIH). Sigue existiendo estigma y discriminación por parte del personal de salud y esto se asocia con la falta de sensibilización sobre estas enfermedades y con la necesidad de trabajar con el enfoque de derechos humanos y con una mayor divulgación de las normativas (Plan Estratégico, Normas Técnicas, ley 169).

Los recursos humanos son escasos y además tienen que desempeñarse multifuncionalmente, perjudicando la atención. Esto se da en situaciones que van desde la atención al paciente hasta el registro de información, sumado a que, en áreas de difícil acceso o de mayor vulnerabilidad (pero no solo en estas) no se cuenta con la infraestructura suficiente y tampoco con los elementos de bioseguridad correspondientes establecidos en las Normas Técnicas. Este hecho se vio agudizado con la pandemia donde las reasignaciones afectaron el trabajo efectivo para el Programa.

En definitiva, como se puede observar, muchas de las debilidades están asociadas a la falta de recursos financieros para poder mejorar la respuesta a la TB a nivel nacional. No es ninguna novedad que la falta de recursos es una de las barreras más importantes para poder alcanzar las metas. Sin este compromiso financiero directamente asociado con el compromiso político, no es posible lograr la sostenibilidad financiera.

Amenazas

La COVID-19 se presentó como una “oportunidad” en el sentido de aprendizajes y medidas de prevención. Pero también se observa como una amenaza al obstaculizar el acceso a los centros de salud, lo que lleva por un lado a la baja captación y por el otro, al posible abandono del tratamiento. Esto se debe a que, con la emergencia sanitaria, la atención se centró en la captación del virus SARS-CoV-2 y no de la tuberculosis en personas que presentan sintomatología similar. Adicionalmente, la reubicación de recursos humanos ha empeorado en algunos lugares la atención de otras enfermedades o ha enlentecido algunos procesos.

Otra de las amenazas es la posible aparición de nuevos genotipos de cepas de *Mycobacterium tuberculosis*. Por eso es necesaria la inversión en investigación y desarrollo científico para la generación de conocimiento, así como la adquisición de más tecnología diagnóstica (por ejemplo, Equipos Xpert que aún se requieren en algunas áreas o regiones especialmente para colaborar en la detección de TB-MDR) y el compromiso del gobierno de financiarlo.



Los ciclos políticos son una amenaza siempre que haya movilidad de recursos capacitados y esto lleve a la fuga de conocimientos de determinadas áreas. En esta línea, es importante que se creen mecanismos que permitan dejar capacidades instaladas, a través de políticas internas y también de políticas públicas más abarcadoras.

La merma (o corte) de la cooperación internacional, si bien no debería ser una amenaza en la lógica de un país de renta alta, lo es al ser Panamá uno de los países más desiguales de América. En general, la cooperación internacional en Panamá es baja y si bien ha sido importante, no ha sido determinante en la mayoría de los casos. Pero en el caso de la tuberculosis y el VIH, esta ayuda ha permitido realizar grandes avances y ha sido importante en la disminución de la brecha financiera.



Ilustración N° 1 – Análisis FODA



Elaboración Propia





Tabla N° 9 – Análisis FODA

Fortalezas	Oportunidades
<p>Institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Contar con Programas de Tuberculosis en MINSA y CSSb. Actual voluntad políticac. Ley 169d. Aprobación y compromiso del MINSA para colaborar en acciones del MCdP <p>Marco legal:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Norma Técnicab. Plan Nacional de TBc. Plan Estratégico Nacionald. Nueva Ley 169 <p>Ciencia y tecnología:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Excelencia de instituto Conmemorativo Gorgasb. Excelencia de INDICASAT-AIPc. Generación de información técnica y científica <p>Academia:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tuberculosis en currícula de estudio desde todas las áreas microbiología, parasitología, farmacología, etc.b. Actualización constante.c. Investigación y estudios <p>Personal de salud y afines:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Compromiso con la TB (promotores, enfermeras, laboratorio)b. Recursos humanos con conocimiento para capacitar	<ul style="list-style-type: none">c. COVID – protocolos, captación de SR, acopled. La TB es curable <p>Institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Comité de trabajo VIH/TB.b. Experiencia en estrategias VIH de interinstitucionales y multisectorialesc. Acuerdos con grupos vulnerables <p>Ciencia y tecnología:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Acceso a internet <p>Sector Privado:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Amplio parque empresarial comprometido con RSE <p>OSC</p> <ul style="list-style-type: none">a. Reactivación de la OPAT.b. OSC VIH interesadas en incorporar tema TB.c. Posibilidad de aplicar enfoques e iniciativas internacionales.
Debilidades	Amenazas
<p>Institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Brecha financiera.2. Poco personal en el PNCTB.3. Falta enfoque integral – Multisectorialidad. Interinstitucionalidad, Multidisciplinariedad.4. Captación SR.5. Brecha de notificaciones.6. Rotación de personal técnico.7. Alto porcentaje de familias que incurren en gastos catastróficos.8. Datos - Sistemas tecnológicos.9. Inexistencia de programas de protección social.10. Falta de visión territorial. <p>Salud:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Proceso descoordinado entre 1ª, 2ª y 3ª línea.2. Escasez de elementos de bioseguridad.3. Falta de sensibilidad en personal de salud.4. Infraestructura escasa y no acorde.5. Falta de RRHH en salud. <p>OSC:</p> <ul style="list-style-type: none">- Prácticamente inexistente.	<ul style="list-style-type: none">1. COVID/Emergencias sanitarias.2. Desastres naturales.3. Abandono de pacientes.4. Consumo de drogas y alcohol.5. Nuevas cepas del Mycobacteurum tuberculosis.6. Aumento de MDR.7. Precios de los medicamentos.8. Aumento de desigualdad y pobreza.9. Migrantes (seguimiento/controles transfronterizos). <p>Institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Ciclos políticos.2. Recortes o falta de compromiso.3. Financiamiento internacional disminuyendo.





Análisis de la TB y los ODS en Panamá

Si bien el Objetivo de Desarrollo Sostenible asociado con la TB es el Objetivo 3, por sus determinantes, hay otros objetivos que se entrelazan y son fundamentales para cumplir las metas de erradicación de la enfermedad, entre ellos, se identifican los siguientes:

Objetivo 1 Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes, la pobreza es uno de los principales determinantes de la TB. En Panamá, las zonas de mayor incidencia son aquellas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Panamá no cuenta actualmente con un sistema de protección social específico para personas afectadas por TB.

- 1.1. De aquí a 2030, erradicar para todas las personas y en todo el mundo la pobreza extrema (actualmente se considera que sufren pobreza extrema las personas que viven con menos de 1,25 dólares de los Estados Unidos al día).
- 1.3 Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.

Objetivo 2 Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible, otro de los factores de riesgo es la desnutrición, incluso en Panamá es la primera causa asociada a las personas afectadas con TB.

- 2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad

Objetivo 4 - Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos, la educación es fundamental para las actividades de prevención, en el marco de la nueva ley de TB en Panamá, se promueve que desde los centros educativos se fomente la educación en TB.

- a. De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible





Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, este objetivo, también está asociado con la pobreza y condiciones de vida insalubre. En Panamá, existe desigualdad en el acceso al agua y saneamiento⁷⁸, sobre todo en las comarcas y zonas marginalizadas.

- 6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos
- 6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad
- 6.3 De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial
- 6.4 De aquí a 2030, aumentar considerablemente el uso eficiente de los recursos hídricos en todos los sectores y asegurar la sostenibilidad de la extracción y el abastecimiento de agua dulce para hacer frente a la escasez de agua y reducir considerablemente el número de personas que sufren falta de agua.

Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos, este objetivo tiene que ver con la calidad del aire y la contaminación.

- 7.1 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables y modernos

Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, la población más afectada se encuentra en la edad productiva⁷⁹ (entre los 15 y 50 años). La TB también está asociada con lugares de trabajo con condiciones insalubres. Por otro lado, una herramienta de ayuda puede ser la de realizar convenios público-privados para que las empresas

⁷⁸Thompson, Mallory; Victoria, Jorge, Hacia la salud universal en Panamá, 2018 OPS/OMS. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=421-agua-saneamiento-e-higiene-en-panama-avances-y-desafios-2018&category_slug=publications&Itemid=224

⁷⁹OMS, Datos sobre TB. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>



implementen políticas internas y externas y de acuerdo con lo que propone el Pacto Mundial⁸⁰, brindar lugares de trabajo seguros.

8.5 De aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor

8.8 Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios

8.b De aquí a 2020, desarrollar y poner en marcha una estrategia mundial para el empleo de los jóvenes y aplicar el Pacto Mundial para el Empleo de la Organización Internacional del Trabajo

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos, este objetivo es fundamental. Panamá presenta un alto nivel de desigualdad. Si bien Panamá es clasificado por el Banco Mundial como país de renta alta⁸¹ en el año 2018, el índice de pobreza multidimensional afectaba ese año a cerca de un 19% de la población del país, donde el índice de pobreza extrema estaba entre un 5 y un 10%⁸². Sin mencionar que, además, Panamá se encuentra entre los primeros países con mayor desigualdad en América Latina y en el mundo⁸³.

10.1 De aquí a 2030, lograr progresivamente y mantener el crecimiento de los ingresos del 40% más pobre de la población a una tasa superior a la media nacional

10.2 De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición

10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto



⁸⁰ UN Global Compact (sf) Pacto Mundial Red España. <https://www.pactomundial.org/>

⁸¹ Banco Mundial. Datos. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CN?locations=PA>

⁸² CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2019. Disponible en:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf

⁸³ Banco Mundial. Op. Cit.



10.4 Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad

Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles, objetivo asociado a la pobreza a las condiciones de vida, que, como se mencionara anteriormente, en Panamá está marcado en la desigualdad territorial y el acceso a servicios, precariedad en el transporte en algunas zonas, especialmente en zonas marginales y comarcas.

11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales

11.2 De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad

11.3 De aquí a 2030, aumentar la urbanización inclusiva y sostenible y la capacidad para la planificación y la gestión participativas, integradas y sostenibles de los asentamientos humanos en todos los países.





Análisis y evaluación del PENTB 2018-2022

Las metas del PENTB 2018-2022 eran, para 2022 reducir a la tasa de mortalidad un 35% y la incidencia en un 20% y eliminar los costos catastróficos.

De esta forma, al realizar el análisis sobre los datos del PEN 2018-2022 modificados según las notificaciones efectuadas a la OMS y los resultados del estudio de costos catastróficos, se obtiene como resultado que si bien la mortalidad se redujo en un 24% y no 35% como era esperado. En cuanto a la tasa de incidencia existe una brecha de un 1% entre lo esperado y lo notificado. El estudio de costos catastróficos arrojó entre sus resultados que un 88% de las familias son afectadas por estos costos. Tal como se desprende del Reporte Global TB 2021, la tendencia general mundial llevó a una baja de notificaciones tanto de casos como de muertes, por lo que se deberá seguir observando la tendencia en la medida que se normalice la situación post-pandemia.

Metas 2020 ⁸⁴	Línea de Base 2015	Meta 2022	Situación al 2022 ⁸⁵	Brecha	Meta 2030
Mortalidad por TB REDUCIR 35%	6,6	4,3	5,4 ⁸⁶ (reducción 24%)	11%	0.7
Incidencia de TB REDUCIR 20%	41,4	33.1	33.5 (reducción de 19%)	1%	8.3
% familias con gastos catastróficos por TB	desconocido	0%	88%	88%	0%

Elaboración Propia con datos del PENTB

⁸⁴ Esta tabla toma como línea de base los casos efectivamente notificados (no estimados como en el PENTB 2018-2022). La tabla con datos de línea de base según casos estimados es la siguiente:

Metas	Línea de Base 2015	Meta 2022	Meta 2030
Mortalidad por TB (x 100.000)	7.1	reducción de 50% 3.5	0.7
Incidencia de TB (x 100.000)	50.9	reducción de un 41% 30	10.2
% familias con gastos catastróficos por TB	desconocido	0%	0%

⁸⁵ Según datos de 2021.

⁸⁶ Es necesario destacar que se realiza el análisis en función de las notificaciones dentro del Programa. Desde el año 2020, se el PNCTB junto con el Departamento de Epidemiología del MINSA han llevado a cabo un cruce de información donde la mortalidad nacional adjudicada a PAT es mayor, alcanzando una tasa de 9.5 x 100.000 habitantes. Esto se debe a personas afectadas con tuberculosis que no llegaron a participar en el Programa por diferentes razones (entre ellas principalmente diagnósticos tardíos por barreras de acceso a salud de diversa índole)



Principios

Panamá, en cumplimiento de su compromiso con la estrategia Fin de TB, ha desarrollado sus actividades bajo los principios sobre los que se basan los 3 pilares de la estrategia, que son:

Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitorización y evaluación
<p>El monitoreo y la evaluación debe ser regular y sistemática para asegurar la rendición de cuentas, debe incluir la recolección y validación de datos, además de evaluaciones independientes, utilizar información cuantitativa y cualitativa y contar con la participación de las personas atendidas, la introducción progresiva del uso de herramientas digitales y definir adecuadamente sistemas que permitan mejorar el rendimiento y el impacto.</p> <p><i>En este sentido, se han realizado varias mejoras a los sistemas digitales de registro y se continúan los esfuerzos para maximizar los recursos y optimizar las notificaciones. En esta línea, se ha trabajado permanentemente sobre las recomendaciones del Comité de Luz Verde.</i></p>
Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades
<p>Las OSC y las comunidades deben estar involucradas activamente desde el comienzo, no solo para lograr la debida apropiación, sino porque son esenciales para lograr un abordaje integral.</p> <p><i>Se han desarrollado acciones para el involucramiento de las OSC en las actividades para dar respuesta a la TB y se ha promovido la firma de compromisos interinstitucionales para su participación.</i></p>
Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad
<p>Este principio del enfoque en derechos humanos tiene que ver con la búsqueda de la igualdad y equidad, no discriminación, ni estigmatización y enfoque de género. A través de este abordaje, se relacionan directamente otros factores vinculados con los determinantes, tales como la pobreza, la marginalización y el acceso a servicios de salud de calidad.</p> <p>Para lograr la equidad en la desigualdad, hay que atender las diferencias y necesidades especiales que cada grupo, población o territorio presenta.</p> <p><i>En esta línea, Panamá establece en la ley N° 169:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>Art. 6: las personas afectadas por TB tienen derecho a atención de salud integral, continua, gratuita y permanente.</i><i>Art. 7: en todas las instancias, se prohíbe el estigma, la discriminación y la segregación de personas afectadas por TB.</i> <p><i>Cap. VIII: sobre Atención de la TB en centros penitenciarios, establece criterios sobre atención pertinente.</i></p>
Adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial
<p>No todos los países tienen las mismas necesidades. Por ende, la estrategia FIN TB se adapta a la realidad nacional. Conocer esta realidad es fundamental para poder plantear líneas de acción para dar respuesta a la TB y es por ello por lo que <i>se realiza un proceso participativo para atender las necesidades de las regiones y de las poblaciones más vulnerables.</i></p>





Pilares y líneas estratégicas

Durante el período de vigencia del PENTB anterior, se logró realizar cerca del 80% de las actividades, de las cuales un 15% fue en forma parcial y un 25 % no se logró realizar para el período 2018-2022. A continuación, se presenta dentro de cada pilar, los objetivos específicos, las líneas estratégicas y las actividades propuestas y se incluyen las observaciones donde corresponde. En el caso del pilar 3, no se contó con el financiamiento específico para el desarrollo de la investigación.

PILAR 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS CENTRADA EN EL PACIENTE				
Objetivo Específico 1 (OE.1). Diagnóstico. Facilitar el diagnóstico oportuno de la tuberculosis, incluyendo el acceso de pruebas de sensibilidad a los medicamentos y el tamizaje sistemático a contactos, a los grupos de alto riesgo y en las áreas de mayor incidencia.				
L.E. 1.1.1.1.		Dotación y capacitación de recurso humano y de equipamiento para la correcta aplicación de las tecnologías diagnósticas, según necesidades.	Cumplimiento	Observaciones
	1.	Fortalecer la capacidad del personal de salud en el diagnóstico de pacientes TB, incluyendo capacitación en normas, manuales, guías de laboratorio TB, TB-DR y TB/VIH.	Sí	Se realizó completamente.
	2.	Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivo, microscopía y pruebas moleculares.	Parcial	Se consiguió prueba molecular para Nicolás Solano a través del FM (no del MINSA como estaba estipulado), al igual que el de Garza de Pacora. Este tiene limitante en funcionamiento por falta de licenciado o laboratorista/especialista. Pendiente: instalación de equipos en la región de Veraguas y Coclé
	3.	Fortalecer los laboratorios regionales con introducción con nuevas tecnologías de diagnóstico molecular (GenXpert) con prioridad a los centros penitenciarios, Panamá Oeste y Panamá Metro (Hospital 24 de diciembre)	Sí	Con el FM
	4.	Mejorar el sistema y frecuencia de transporte de muestra de esputo para diagnóstico oportuno de tuberculosis.	Parcial	Depende de región. Algunas regiones presentan problemas de transporte de muestras.
	5.	Fortalecer el monitoreo de la red de laboratorio (público-privado) en control de calidad de las pruebas diagnósticas, de tipificación y sensibilidad y molecular.	Sí	
	6.	Elaboración de un plan de mantenimiento, calibración y reparación de equipos de laboratorio, asegurando disponibilidad de recursos para tal fin anualmente.	Sí	
L.E. 1.1.1.2		Revisión del cumplimiento de los algoritmos y flujos de diagnóstico en todos los niveles		
	1.	Fortalecer el proceso de monitoreo para la aplicación de la normativa, incluyendo aspectos de atención y aspectos funcionales, a través de visita a las instalaciones de salud y auditorías de muertes por tuberculosis.	Parcial	Proceso de monitoreo: se hicieron supervisiones y seguimientos en cuanto a la normativa.
L.E. 1.1.1.3.		Fortalecer la articulación de los proveedores de atención público-privado en acciones de promoción de la salud atención y prevención de la tuberculosis.		





		Fortalecer el flujo de información entre las instituciones públicas y privadas para diagnóstico y atención de la tuberculosis.	Parcial	<p>Sigue existiendo problema en comunicación entre niveles regionales y sector privado, Especialmente los problemas se dan en referencia/contrarreferencia.</p> <p>Se actualizaron los formularios de referencia y contrarreferencia y están dentro de la Norma.</p> <p>Se siguen utilizando en transferencias de pacientes la hoja SURCO que no llena las variables necesarias para el seguimiento tanto en MINSA como en CSS.</p>
	2.	Elaborar e implementar un plan para la elaboración de convenios público-privados.	n/a	
	3.	Capacitar al personal de salud de las instalaciones privadas en TB y efectuar seguimiento y evaluación conjunta.	Sí	En la parte normativa especialmente que es tanto para pública como privado y todos realizan capacitaciones.
L.E. 1.1.4.	Universalización de la promoción de la salud, prevención de la tuberculosis, incluyendo la vacunación y acceso al diagnóstico en las poblaciones y áreas geográficas priorizadas			
	1.	Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en la comunidad, por líderes comunitarios o promotores de la salud Identificados y capacitados de manera continua para la detección de TB y supervisión de TAES.	parcial	<p>Supervisión del TAES se hizo con el personal de salud.</p> <p>Los promotores trabajaron de la mano del personal de nivel de salud regional, no hay líderes comunitarios, sino promotores de salud contratados por PNUD.</p>
	2.	Búsqueda intensiva de sintomáticos respiratorios y priorización de descarte de tuberculosis en el primer nivel de atención y en centros de mayor concentración de población (centros penitenciarios) con énfasis en las áreas de mayor incidencia de tuberculosis.	Sí	Se realizó según la norma
	3.	Crear vínculos adecuados para asegurar que el tratamiento para la tuberculosis se administre en todas las fases de la detención (por ejemplo, tratamiento antes de la detención, en las diferentes fases de la misma y al abandonar el centro de reclusión)	Sí	Se realiza todo según la norma.
	4.	Intensificar la identificación, descarte de tuberculosis y atención de sintomáticos respiratorios en servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización de los establecimientos del segundo nivel de atención.	Sí	Se realiza todo según la norma.
	5.	Tamizaje de contactos de casos de tuberculosis, de todas las formas.	si	Se realiza todo según la norma.
	6.	Descarte y referencia a atención de TB en población inmigrante que ingresa por trabajos temporales al país.	n/a	
	7.	Actividades de promoción, incluyendo derechos humanos de las personas con TB, TB/VIH y reducción de estigma y discriminación.	Sí	Se realizaron diversas actividades y foros.
	8.	Mantener la cobertura de vacunación con BCG con cobertura superior al 90%.	Sí	Se realizó según la norma.



Objetivo Específico 2. (OE.2). Tratamiento. Proveer el tratamiento adecuado de todas las personas con tuberculosis, incluida TB-DR, con énfasis en las comorbilidades, proveyendo apoyo a los pacientes y sus familias.			
L.E. 1.2.1.	Fortalecimiento del monitoreo de la adecuación del tratamiento de la tuberculosis, especialmente de la droga resistente, a las normas vigentes		Se realizó según la norma.
	1.	Proporcionar TAES a todas las personas con TB, de todas las formas, de acuerdo con la norma.	Sí Se realizó según la norma. El problema es que en algunos lugares se vuelve imposible (pacientes con problemas de alcohol, uso de drogas, de áreas rojas y no se puede dar seguimiento).
	2.	Búsqueda Inmediata de personas con TB sensible perdidos en el seguimiento.	Sí Se hace en las regiones siempre (depende de factores específicos).
	3.	Garantizar la administración de la terapia a toda persona diagnosticada con TB-DR y seguimiento de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos (RAFA)	Sí Se realizó según la norma.
	4.	Diseño y ejecución de curso de postgrado, con personal multidisciplinarios, para la atención integral	Sí Diplomado
	5.	Actualización para personal de salud en la implementación de TAES comunitario, incorporando derechos humanos y género.	Sí Se realizó según la norma. En áreas de difícil acceso está supervisado por personal de salud (maestros y escuelas).
	6.	Fortalecimiento y equipamiento de áreas TAES en clínicas del Sistema Penitenciario.	Sí Se logró la creación de áreas de aislamiento
	7.	Crear el Comité Nacional de Farmacorresistencia	Sí Creada la comisión
	8.	Capacitar al personal de salud público y privado en reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos (RAFA)	Sí
	9.	Auditoria de cumplimiento de normas, protocolos de atención y algoritmos.	Sí Según la norma. Dentro del monitoreo.
	10.	Garantizar la continuidad de la atención de los casos de TB con movilidad internacional	Sí Pocos casos, pero se realiza.
L.E. 1.2.2.	Aseguramiento de insumos y medicamentos en el nivel primario para facilitar un acceso universal al tratamiento		
	1.	Fortalecer la capacidad técnica del personal y dotación de instrumentos para mejorar las estimaciones de necesidades de medicamentos, en los niveles local, regional y nacional.	Sí Herramientas QUANTB. Libro de farmacia en seguimiento/estimación de medicación local.
	2.	Asegurar los mecanismos para una compra y distribución oportuna de los medicamentos e insumos al mejor precio y calidad	
	3.	Diagnóstico de capacidades y prácticas de almacenaje en los niveles nacional, regional y local, para un adecuado almacenamiento y transporte de medicamentos e insumos.	Sí Depende de Gestión de Medicamento se modificó ley 1 de medicamentos y agilitó adquisición por OPS Se mejoró. Se inauguró un nuevo almacén nacional donde se continua con buenas prácticas.
	4.	Elaboración e implementación del plan de mejora de las capacidades y prácticas de almacenaje en los niveles nacional, regional y local.	Sí
L.E. 1.2.3.	Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tuberculosis mediante el uso de las TIC (solicitud de citas, vigilancia, notificación de reacciones adversas, transmisión de los resultados de laboratorio, capacitación de profesionales de salud, tratamiento observado por video, la información y la educación del paciente)		
	1.	Revisión y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes con TB-DR.	Sí



	2.	Integración de los sistemas de laboratorio y vigilancia para la transmisión de los resultados de laboratorio.	Parcial	Es un proceso lento. Se iniciaron en ciertas regiones piloto (metro) para seguimiento (se usa Enterprise software)
	3.	Inclusión de variables para el fortalecimiento de la vigilancia y seguimiento de pacientes en plataforma electrónica.	Sí	Se actualizó el módulo SISVIG-TB y se creó el módulo de TB/MDR
	4.	Capacitación continua en el manejo de las plataformas electrónicas.	Sí	
	L.E. 1.2.4. Control de Infecciones en los establecimientos de salud, centros penitenciarios, cuadras de custodios y cuarteles de policía, y otros establecimientos de servicios comunitarios (hogar de ancianos, orfanatos, guarderías)			
	1.	Socializar e Implementar la estrategia nacional de control de Infecciones de la tuberculosis a personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención del sector salud, incluyendo la priorización en la atención del paciente SR	Sí	Se divulgó la estrategia y se ha insistido especialmente con pandemia en tema control de infecciones
	2.	Educación para la salud en comunidades sobre control de Infecciones de tuberculosis.	Sí	Promotores ayudaron
L.E. 1.2.5	Asegurar la Incorporación del manejo y tratamiento pediátrico en guías y protocolos.			
	1.	Fortalecer el diagnóstico clínico (contacto), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopía y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras) en niños y niñas	Sí	Gestiones de implementación de uso de Xpert en toma de muestras de jugo gástrico en niños y se incluyó código (reg. Médicos) para cuantificar el procedimiento.
	2.	Elaboración, socialización, implementación y supervisión de aplicación de guía para tratamiento pediátrico de la tuberculosis	Sí	No es guía de pediatría en sí. Pero se incluyó el tema pediátrico en la Norma Técnica Nacional y también se ha incluido una en la nueva Norma TBMDR.
	3.	Previsión de terapia preventiva para niños que están en contacto con casos de tuberculosis confinados bacteriológicamente	Sí	Se adquirió isoniácida para tratamiento de TB latente en niños y se planea adquirir nuevos medicamentos que acorten el tiempo de tratamiento incluye rifampentina más isoniácida y se tiene planeado para el próximo año.
Objetivo Específico 3 (OE.3). VIH/TB y comorbilidades. Asegurar la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH y gestión de otras comorbilidades.				
L.E. 1.3.1.	Implementar las actividades de colaboración TB/VIH			
	1.	Conformación/reactivación de Comité Coordinador de Actividades Colaborativas TB/ VIH	Sí	
	2.	Elaboración e implementación de planes operativos para el cumplimiento de las Actividades Colaborativas TB/VIH	Sí	
	3.	Asegurar a todo paciente con TB el tamizaje para VIH y toda persona con VIH el examen para TB.	Sí	Se cumple en 98% de ofrecer la prueba de VIH a pacientes TB.
	4.	Garantizar el tratamiento de la coinfección TB/VIH y seguimiento de reacciones adversas o interacciones medicamentosas de los antitímicos con la TARV.	Sí	
	5.	Prescripción y aplicación de Tratamiento de Infección Tuberculosa Latente y el TARV temprano según norma, a todos los pacientes que la requieran según la norma	Parcial	
	6.	Proporciona TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH según norma	Parcial	No a todos.
	7.	Fortalecer las capacidades del personal de salud en el abordaje de TB/VIH.	Sí	



	8.	Promoción y educación comunitaria, incluyendo la promoción de derechos y deberes de las personas con TB, TB/VIH y reducción de estigma y discriminación	Sí	
	9.	Sensibilización del personal multidisciplinario para brindar atención de calidad, libre de estigma y discriminación en las clínicas VICITS	Sí	
L.E. 1.3.2.	Promover el abordaje conjunto de la tuberculosis y otras comorbilidades que suponen riesgo para padecer tuberculosis, y asegurar la referencia para tratamiento			
	1.	Diagnóstico oportuno de tuberculosis en personas con diabetes y descarte de diabetes en pacientes con tuberculosis	Sí	
	2.	Diagnóstico de tuberculosis en personas con enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC, neumonía) y viceversa.	Sí	
	3.	Promover el diagnóstico precoz de la TB en personas afectadas por determinantes sociales aplicando estrategia de atención a grandes ciudades de OPS/OMS	No	No formalmente
L.E. 1.3.3.	Evaluación Nutricional y emocional, con acceso a tratamiento, así como búsqueda de factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, drogas, salud mental, desnutrición) y referencia a tratamiento			
	1.	Evaluación nutricional a todos los pacientes nuevos de TAES	Sí	Según la norma. Depende de los recursos existentes.
	2.	Proporcionar soporte nutricional a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con desnutrición, asegurando la adherencia	Sí	Según la norma. Depende de los recursos existentes.
	3.	Soporte emocional a personas en tratamiento de TB, especialmente TB-DR y sus familiares, asegurando la adherencia	Sí	Según la norma. Depende de los recursos existentes.
	4.	Capacitar al personal de salud en reconocimiento de problemas de adicciones a tabaco, alcohol y drogas.	Sí	Según la norma.
	5.	Ofrecer incentivo y/o paquete alimenticio para personas con TB-DR adherentes al tratamiento.	Parcial	En algunos lugares. Depende de los recursos existentes.
PILAR 2. POLÍTICAS PARA LA RESPUESTA Y SISTEMAS DE APOYO				
Objetivo Específico 4 (OE.4). Recursos. Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.				
L.E. 2.4.1	Diagnóstico y planificación de dotación y capacitación de recurso humano necesario a nivel local, regional y nacional, para garantizar la sostenibilidad de los logros, atendiendo las necesidades expresadas por las brechas programáticas, incluyendo la adecuación de la curricula universitaria			
	1.	Elaboración de diagnóstico y necesidades de dotación de personal y capacidades de recurso humano para la implementación del Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis 2018-2022	Sí	
	2.	Elaboración e implementación de plan para la dotación de recurso humano según necesidades, para la prevención y el control de la tuberculosis que tenga en cuenta la rotación actual del personal de salud. Comenzando con los grandes	Sí	





		hospitales, asignar o designar una persona que haga de enlace entre los hospitales y la red de atención primaria, para seguimiento de la atención.		
	3.	Revisión y propuesta de adecuación de la curricula universitaria de las disciplinas de salud involucradas en el control de la tuberculosis para su adaptación al estado de la evidencia científica y programática.	Sí	
L.E. 2.4.2.	Integración de las políticas comunitarias, interculturales en la promoción de la salud, prevención y atención de la tuberculosis.			
	1.	Fortalecer las capacidades en gestión estratégica y operativa de la red comunitaria para la identificación y referencia de casos SR en la comunidad, al igual que enfermedades emergentes y situaciones de desastres que surjan en la comunidad.	Sí	
	2.	Elaborar mapeo de recursos comunitarios y de agentes de medicina tradicional en áreas de mayor incidencia.	Parcial	Solo de recursos comunitarios
	3.	Capacitar a los médicos tradicionales y red comunitaria para la identificación de síntomas para la captación y referencia oportuna de casos.	Sí	Agentes de medicina tradicional - se hizo capacitación (Ngäbe)
	4.	Dotar de herramientas educativas y didácticas con abordaje intercultural a pacientes pares para la planificación y desarrollo de acciones preventivas y de atención de la TB y el VIH en las áreas de mayor incidencia de tuberculosis	Sí	Se realizó en la cárcel – grupos pares para atención de TB Intercultural – se utilizaron los existentes
	5.	Elaborar, juntamente con las autoridades comarcales, guías de prevención y control de la TB con abordaje intercultural.	No	
L.E. 2.4.3.	Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en la vigilancia epidemiológica, laboratorio y el monitoreo de la atención de la tuberculosis, incluyendo TB-DR			
	1.	Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el manejo del sistema SISVIG, módulo de TB.	Sí	
	2.	Creación y puesta en funcionamiento del módulo SISVIG TB-MDR.	Sí	
	3.	Capacitación al personal de salud en el correcto funcionamiento del módulo de TB-DR de SISVIG.	Sí	
	4.	Integración de la información del SISVIG y del sistema de información de laboratorio	Parcial	En algunos casos se ha hecho. Pero no hay integración del módulo SISVIGTB a laboratorio. Se puede realizar de forma manual.
	5.	Garantizar la accesibilidad en línea, según necesidad, de la información estadística a fin de obtener de forma rápida y oportuna datos en tuberculosis.	Sí	Falta aún un 10%
	6.	Fortalecimiento del registro de muertes por tuberculosis.	Sí	Se registra lo que se digita en el módulo (no hay control) y en VIGMOR.
	7.	Estandarización de los criterios para inclusión de casos en SISVIG-TB (defunciones no captadas, defunciones en comunidad, defunciones certificadas por el IMELF).	Sí	



	8.	Mejorar la capacidad y frecuencia de análisis de la información estratégica disponible en los niveles nacional, regional y local, incluyendo la instalación de salas virtuales de situación.	Sí	Se han realizado salas virtuales para seguimiento
	9.	Elaboración y publicación de boletines integrados sobre tuberculosis, con participación de todas las instancias públicas y privadas involucradas en la respuesta a la tuberculosis.	No	
	10.	Georreferenciación de los casos de tuberculosis, para facilitar un abordaje efectivo.	Parcial	Se hizo un primer taller de georreferenciación pero no se le ha dado seguimiento
	11.	Medición del financiamiento (presupuesto y gasto) de la respuesta a la tuberculosis en el país.	Sí	
	12.	Elaboración y sustentación de un presupuesto para un plan de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de VIH/TB.	Sí	
	13.	Elaboración y socialización de guía de vigilancia de TB en pacientes con VIH.	No	
	14.	Elaboración de instrumento de supervisión y auditoría de datos de vigilancia epidemiológica de VIH/TB.	Sí	
	15.	Supervisión capacitante y auditoría de datos de la V. E. VIH/TB	Sí	
Objetivo Específico 5 (OE. 5). Participación Social. Facilitar una participación efectiva de la sociedad civil, tanto de las personas afectadas por la tuberculosis (pacientes con tuberculosis y sus familias), como de los grupos de mayor riesgo.				
L.E. 2.5.1	Asegurar la participación efectiva de las organizaciones y grupos de la sociedad civil de personas afectadas por la tuberculosis y grupos más vulnerables a la tuberculosis			
	1.	Dar seguimiento a los grupos de personas afectadas por TB, dotándoles de capacidades y herramientas efectivas de trabajo y lograr el mejor cuidado de la familia y la adherencia al tratamiento, y reducir la brecha de perdidos en el seguimiento.	Parcial	No se hace siempre pues no en todas las regiones se puede
	2.	Capacitar y dotar de medios a las organizaciones que atienden a poblaciones en más alto riesgo para la TB y para el VIH, para la detección y referencia de SR	Sí	Fondos del FM
	3.	Aumentar la oferta de servicios a través de grupos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil en áreas de difícil acceso.	No	A través de grupos de pares y comunitarios
Objetivo Específico 6 (OE6). Protección Social. Revisar la legislación y políticas de protección social intersectorial existentes para asegurar que incluyen la desprotección en casos de personas y familias afectadas por la tuberculosis				
L.E. 2.6.1	Consenso y aprobación de legislación y políticas de protección jurídica, económica y social para derribar las barreras al acceso, incluyendo los gastos relacionados con la atención integral.			
	1.	Elaborar la Política Nacional para el Control y Eliminación de la Tuberculosis	Sí	
	2.	Elaboración y presentación a trámite de un Proyecto de Ley para el Control de la Tuberculosis.	Sí	
	3.	Revisión de políticas de protección social hacia los grupos más vulnerables a la tuberculosis.	No	
	4.	Identificación de brechas en la protección social de los grupos más vulnerables a la tuberculosis y propuesta de ampliación de protección.	No	





	5.	Propuesta de inclusión de medidas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en los programas de protección social existentes	No	
PILAR 3. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN INTENSIFICADA				
Objetivo Específico 7 (OE.7). Investigación. Desarrollar e Implementar una agenda de investigación operativa que facilite la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la tuberculosis en Panamá.				
L.E. 3.7.1		Definición e implementación de una agenda de investigación operativa para optimizar las intervenciones.		
	1.	Estímulo del personal de salud del sistema público de salud para su participación en investigaciones operativas y su publicación, relacionadas con el control de la tuberculosis.		Se hizo diplomado
	2.	Elaboración y aprobación de una agenda de investigación operativa para optimizar las inversiones relaciones con el control de la tuberculosis, que incluya, al menos: <div><div>a. Incrementar el conocimiento sobre las condiciones que intervienen favorables y desfavorables en la detección de los casos TB, en los diferentes niveles de atención para diseñar estrategias de intervención para la detección temprana de TB (actividad coordinada con instituciones formadoras de recursos de salud y sus estudiantes)</div><div>b. Diagnóstico de necesidades de mejoras de laboratorio, clínicas de atención de personas con TB y bodegas y/o farmacias de las instalaciones según prioridades.</div><div>c. Realizar un diagnóstico de factores de riesgo en la transmisión de la tuberculosis y del control de infecciones en los servicios de salud a nivel nacional.</div><div>d. Realizar estudio sobre determinantes sociales en salud asociadas a la presencia de tuberculosis en poblaciones vulnerables: estilos de vida, factores de riesgo, transmisión y otros elementos.</div><div>e. Diagnóstico de necesidades de mejoramiento de ventilación de clínicas de atención del sistema penitenciario.</div><div>f. Estudio para determinar causas y factores de riesgo para el abandono del tratamiento de la tuberculosis en Panamá</div><div>g. Estudio de factores de riesgo de TB e incidencia en personas con VIH y en privados de libertad en sistemas penitenciarios.</div><div>h. Elaboración de mapeo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de</div></div>	<div><div>a. No</div><div>b. Si</div><div>c. No</div><div>d. No</div><div>e. No</div><div>f. No</div><div>g. No</div><div>h. No</div><div>i. No</div><div>j. No</div><div>k. No</div><div>l. No</div><div>m. No</div><div>n. No</div><div>o. No</div></div>	





		la medicina tradicional en las áreas y poblaciones indígenas, para la promoción de la salud, prevención y control de la tuberculosis, para identificar estrategias que permitan la articulación de la medicina tradicional. i. Apoyar la realización de estudios sobre la tuberculosis pediátrica en Panamá. j. Realizar estudio para determinar la incidencia de TB en personas con diabetes y otras inmunosupresiones. k. Estudio de incidencia de tuberculosis en población consumidora de tabaco, alcohol y drogas. l. Estudio de conocimientos actitudes y prácticas acerca de la TB y prevalencia de TB entre la población de personal uniformado. m. Realizar estudio de prevalencia de TB/VIH a nivel nacional. n. Elaborar la línea de base de los establecimientos privados involucrados en acciones de atención y prevención de la tuberculosis. o. Realizar estudio sobre reportes de notificación de reacciones adversas a medicamentos antituberculosos y factores asociados. p. Realizar estudio para determinar gastos catastróficos causados por efectos de la tuberculosis. q. Realizar estudio de medición del gasto en tuberculosis	p. No q. no	
L.E. 3.7.2		Abogacía para la inclusión de la tuberculosis en la próxima Agenda Nacional de Prioridades de Investigación de la Salud.		
	1.	Identificación de brechas de información estratégica y operativa sobre la tuberculosis y la respuesta a la misma al momento de comienzo de preparación de la nueva versión de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud.	No	
	2.	Elaboración e implementación de un plan de abogacía para conseguir su inclusión de la próxima Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud.	No	





Análisis de brechas

Se llevaron a cabo instancias de diálogo con diferentes actores, que permitieron identificar, a partir de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, las brechas existentes para lograr una mayor eficiencia en la respuesta a la TB en Panamá.

Todas las barreras identificadas están interconectadas entre sí lo que genera una gran interdependencia entre ellas.

Brecha 1: La Norma Técnica no se cumple a cabalidad por el personal de la salud	
La Normas Técnicas son de alcance nacional y para todo el personal de salud tanto del sector público como el privado. El incumplimiento o el cumplimiento parcial de las NTs supone barreras para la prevención, atención y control de la tuberculosis que permitan alcanzar los objetivos y metas de la estrategia FIN TB. Algunos ejemplos pueden ser: 1. la disposición discrecional de tratamientos por parte del personal de salud 2. el incumplimiento de los protocolos para captación y diagnóstico 3. el registro no eficiente 4. referenciaciones: se enfatiza el uso de los formularios de referenciación del PNCTB 5. desatención a las responsabilidades de cada nivel administrativo en la vigilancia epidemiológica	El cumplimiento de la Norma es fundamental ya que allí se establecen todos los mecanismos pertinentes para la prevención, atención y control de la TB. El incumplimiento de la norma es atribuible a diferentes factores: <ul style="list-style-type: none">- a pesar de los esfuerzos de socializarla, los cambios y reasignación de recursos humanos complican su puesta en funcionamiento- no se cuenta con los recursos humanos y con la infraestructura adecuada para llevar adelante lo que está establecido
Brecha 2: Falta de recursos financieros	
Las líneas presupuestarias son extremadamente bajas para los programas. No se destinan los recursos necesarios para una respuesta efectiva, lo que, sumado a la salida del Fondo Mundial, agudiza la situación ya que, en los últimos años, el aporte del Fondo fue imprescindible para la mejora en varios aspectos que van desde la infraestructura y equipamiento a la capacitación. Esta brecha es transversal a las demás brechas en el sentido de que la mayoría de las deficiencias se deben a cuestiones de falta de recursos para la concreción de actividades.	Se ha demostrado la brecha existente en cuanto a financiamiento para la tuberculosis en el país a pesar de ser un problema de salud en Panamá. La ley establece en su artículo 5 que las normas nacionales vigentes para la prevención y control de la tuberculosis en Panamá son obligatorias. En el art. 6 establece que “La atención integral por parte del Estado incluye acciones de promoción del bienestar y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención especializada según requerimiento de la persona afectada. Por su parte la ley 169 expresa en el Artículo 19 que el MINSA coordinará con las entidades involucradas





	<p>para que en sus formulaciones presupuestarias anuales se incluyan las partidas para realizar las actividades.</p> <p>Y el artículo 33 establece que el Órgano Ejecutivo proporcionará los recursos necesarios para la implementación de esta ley</p>
Brecha 3: Falta de apoyo político de alto nivel	
<p>A pesar de un incremento en la voluntad política que se manifiesta, principalmente a través de la elaboración de la ley 169, existe la necesidad de un mayor involucramiento del alto nivel de gobierno en tanto la tuberculosis es en Panamá, un problema de salud pública y de interés nacional. Se requiere un mayor compromiso político para el cumplimiento de los acuerdos internacionales de los que Panamá es signatario.</p>	<p>Uno de los objetivos específicos relacionados con el objetivo principal de “Aplicar la estrategia Fin TB para disminuir la incidencia y mortalidad por TB en Panamá” establece que deberán realizarse actividades de abogacía ante los tomadores de decisiones a fin de que la TB sea considerada prioridad nacional”.</p> <p>El artículo 34 de la ley 160 establece que el Órgano Ejecutivo reglamentará la ley.</p>
Brecha 4: Existencia de casos de estigma y discriminación	
<p>Se han registrado casos de estigma y discriminación en centros de salud con pacientes e incluso con personal afectado por TB por parte del personal de salud en algunas instituciones, con consecuencias como el abandono del tratamiento, problemas psicológicos y emocionales, afectando la dignidad de las personas.</p>	<p>Uno de los objetivos específicos relacionados con el objetivo principal de “Aplicar la estrategia Fin TB para disminuir la incidencia y mortalidad por TB en Panamá” establece que para reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso de pacientes TB a los servicios con el apoyo de estrategias ACMS (abogacía, comunicación y movilización social) y de participación de las personas afectadas cuya meta establece que el 100% de las regiones sanitarias implementan estrategias ACMS e incorporan a los grupos afectados en actividades de prevención y control de TB</p> <p>Por su parte, el Art. 7 de la ley 169 expresa claramente que se prohíbe la discriminación, estigmatización o segregación de las personas afectadas por cualquier forma clínica de TB”.</p>
Brecha 5: Falta de apoyo social institucionalizado para casos de vulnerabilidad y contexto crítico	
<p>Debido a la desigualdad territorial y económica del país, en zonas de difícil acceso con largas distancias para acceder a servicios de salud, especialmente zonas de islas, se agudizan las barreras para el acceso a la salud. Se han registrado casos de personas afectadas que no pueden concurrir al establecimiento de salud</p>	<p>En “Atención integral y seguimiento” se establece que “El médico debe referir al paciente a nutrición, trabajo social, salud mental, salud bucal, enfermería y cualquier otra especialidad que requiera según su condición de salud” y Todo paciente nuevo de TB debe ser referido a nutrición para evaluación del estado nutricional, orientación nutricional e incluirlo</p>



<p>más cercano por no contar con los fondos para el traslado, personas que no tienen alimentación adecuada para realizar el tratamiento, incluso personas con desnutrición, lo que genera baja adherencia y pérdida de seguimiento de tratamientos.</p> <p>Se requiere de estos apoyos, además, para estimular a los pacientes a continuar los tratamientos.</p>	<p>en el Programa de Alimentación Complementaria (PAC) durante el período de su tratamiento (TAES).y se encuentra especificado para registro en la “TARJETA DE REGISTRO PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS</p> <p>La ley 169 expresa que la persona que participe en acción de prevención y control de TB tiene el derecho a recibir soporte nutricional y otros de acuerdo con lo establecido por el Estado a través de los programas sociales.</p>
Brecha 6: Falta de involucramiento de directivos en el área de la salud para apoyo a los programas nacionales	
<p>Los programas nacionales requieren del involucramiento e internalización en temas de TB de los directivos de los establecimientos de salud para el apoyo al personal de salud destinado a estos programas. Se identificaron casos donde el personal afectado al programa no cuenta con el respaldo de las autoridades para concretar actividades necesarias para el correcto funcionamiento y cumplimiento de la Norma Técnica.</p>	<p>La norma establece que para su implementación y cumplimiento, es fundamental la participación de los gerentes técnicos y administrativos de salud en el nivel local, regional, distrital y central, toda vez que son los que poseen la autoridad y responsabilidad para la gestión de los recursos y facilitación de los procesos para la administración exitosa del Programa de Control de la Tuberculosis y la atención adecuada de los pacientes. (Justificación Técnica)</p>
Brecha 7: Deficiencias en infraestructura	
<p>Se identificaron varios aspectos sobre la infraestructura de algunos establecimientos de salud. Algunos están clausurados, falta de laboratorios en algunas zonas, zonas de alta población cuentan con pocas instalaciones, en algunas zonas, falta de acceso a internet, falta de equipo tecnológico apropiado también impiden el correcto registro. También la falta de acondicionamiento de lugares para la atención adecuada y limitada en riesgos de contagio, tanto en establecimientos de salud como en laboratorios (por ejemplo, falta de campanas laminares), incluyendo elementos de bioseguridad personal.</p>	<p>En la sección “De las medidas de control” se indican todas las medidas de seguridad obligatorias para cortar la cadena de transmisión: administrativas, ambientales y de protección personal, tanto para instalaciones de atención como para laboratorios.</p>
Brecha 8: Recursos humanos escasos	
<p>La falta de personal implica que el personal de salud trabaje de manera multifuncional atendiendo varios programas a la vez, lo que impide la dedicación que cada uno requiere afectando, en el caso de la TB cuestiones como</p>	<p>La norma establece que “Los factores protectores son la cobertura de vacunación con BCG en menores de cinco años, cobertura con TAES, accesibilidad a los servicios, disponibilidad de medicamentos,</p>



la captación y la supervisión. A esta situación se le suman las reasignaciones que impactaron fuertemente en la respuesta a esta enfermedad. Por otro lado, no se han destinado los fondos para el compromiso asumido de contratación social de promotores de salud.	disponibilidad de recurso humano capacitado y otros.”
Brecha 9: Dificultad en el transporte de pacientes/de muestras	
No todos los centros de salud cuentan con medio de transporte adecuado, y muchas veces, a pesar de contar con vehículos, se presentan problemas para el pago de combustible, de seguros, de reparaciones lo que impide el traslado del personal de salud y/o muestras de laboratorio, y también se identifica una priorización de transporte dentro de las instalaciones para personal y/o mensajería del sector administrativo y no al operativo en salud, lo que impacta en: 1. Baja captación y adherencia 2. Atraso en entrega y recibo de muestras 3. Investigación de contactos 4. Este problema se agudiza en zonas vulnerables y de difícil acceso.	Para el caso de muestras: El vehículo para el transporte de la muestra deberá ser proporcionado por la administración de la instalación que envía la muestra. Laboratorio debe informar a la administración que tiene muestras que enviar. Para el caso de visitas: se hacen varias referencias a la necesidad de las visitas domiciliarias: iniciales, por inasistencia, por TAES, por pérdida de seguimiento y otras, incluyendo plazos para realizarlas. Por lo que, tal como las demás actividades que se desarrollan, requieren de la herramienta para realizarla.
Brecha 10: Problemas de referenciación	
Se han registrado problemas de coordinación en la referenciación de pacientes tanto dentro del MINSA, como CSS y entre estos. Este problema se asocia, entre otros, al uso incorrecto de formularios y a la falta de coordinación de logística.	La norma establece que “El médico debe referir al paciente a nutrición, trabajo social, salud mental, salud bucal, enfermería y cualquier otra especialidad que requiera según su condición de salud. Cuando el paciente se traslade a otra instalación de salud, debe llenar la referencia correspondiente”
Brecha 11: La tasa de éxito en pacientes MDR es baja	
Si bien se han realizado importantes esfuerzos y la tasa de éxito viene aumentando, aún se encuentra alejada de la meta esperada del 80% o más. Para el año 2019, la cohorte de MDR presentó un 57% en casos de éxito, pese a la introducción en el año 2017 del esquema acortado.	La elaboración de una nueva norma para MDR es un avance importante. Su implementación y cumplimiento son cruciales para mejorar la tasa de éxito.





Conclusiones de los análisis

Para desarrollar una estrategia nacional deben realizarse esfuerzos para, a través de mecanismos de consulta, contar con el involucramiento del gobierno tanto a nivel nacional, regional y local, de la sociedad civil y las comunidades, del sector privado y de otros actores.

De esta forma, comenzar por identificar cuáles son los espacios de participación es esencial: si no existen, hay que crearlos y si existen, hay que fortalecerlos.

Para el PNCTB, estos espacios multisectoriales se presentan como una oportunidad para redireccionar acciones y enfocarse en las necesidades y las dificultades que impiden que se pueda atender la problemática eficaz y eficientemente. Además, constituyen una manera de ampliar la acción, logrando un mayor alcance poblacional.

Es importante llevar este plan estratégico a cada nivel de gobierno (nacional, regional, local), introducir la temática en la agenda, en especial aprovechando los cambios del contexto legal. Llevar la temática a cada nivel con sus necesidades específicas, requiere un trabajo de coordinación que implica un acercamiento a las realidades de los diferentes lugares y/o poblaciones. En este sentido, el papel del PNCTB es fundamental para promover actividades de prevención, atención y control de forma colaborativa y participativa junto con otras entidades gubernamentales.

En la lógica de un país de renta alta, la brecha financiera para la respuesta a la TB en Panamá debería no existir, sin embargo, es de cerca del 50%⁸⁷. Además, el hecho de ser un país de renta alta –cuya clasificación no tiene en cuenta el grado de desigualdad– trae aparejada la disminución de fondos de cooperación internacional. Por este motivo, y en la medida que el gobierno –cualesquiera sean los motivos– no pueda asumir los compromisos financieros, se deberá reorientar a la búsqueda de recursos a través de nuevos mecanismos. Dentro de estos nuevos mecanismos, la cooperación sur-sur o triangular puede ser una oportunidad para el fortalecimiento, para el intercambio de experiencias y para la conjunción de esfuerzos para mejorar la gestión. Por otro lado, a nivel interno, se proponen convenios público-privados.

Es necesario también, que se asuma la prevención no como un gasto sino como una inversión. La prevención favorece a largo plazo el ahorro de recursos: humanos, estructurales y financieros. En el caso de la TB, por ejemplo, la pérdida de seguimiento del tratamiento significa mayores gastos (y la pérdida de la primera fase con medicamentos de primera línea, atención y uso de infraestructura), generando en algunos de los casos una resistencia que

⁸⁷ Ver Punto 4. Contexto de la TB en Panamá, sección “Financiamiento”





requiere tratamiento con medicamentos de segunda línea que además de ser más caros, implican atención y uso de infraestructura por un período de hasta dos años.

Los problemas psicoemocionales, sociales, económicos, nutricionales muchas veces pasan desapercibidos porque la visión suele centrarse en cuestiones epidemiológicas y biomédicas y quedar en el diagnóstico y tratamiento. Por eso, es fundamental el trabajo conjunto para atender estas otras necesidades que tienen que ver con implementación de planes de protección social y mecanismos de ayuda en coordinación con las entidades correspondientes (MIDES, MEF, MITRADEL, MEDUCA, etc.) lo que ciertamente favorecería la adherencia, con todas las consecuencias y beneficios que ello trae.

EL PNCTB del MINSA en su rol regulador, trabajando en conjunto con el PTB de CSS, puede apoyarse en estas interacciones multisectoriales para abordar esos diferentes aspectos necesarios para brindar una mejor respuesta más allá de la biomédica. Y es en este punto donde nuevamente juegan un rol fundamental la comunidad y las OSC y actores como el sector privado, organismos internacionales, academia e investigación. Y fundamentalmente comenzar el diálogo con las personas afectadas. Esta relación es extremadamente importante pues conocer y abordar las problemáticas durante el tratamiento, las consecuencias y secuelas, sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo y viviendo en condiciones de precariedad, sirve para mejorar la atención integral. Por su parte, los pacientes, actuando a nivel comunitario, contribuyen en visibilizar y sensibilizar al poner rostro a la enfermedad, complementando el perfil epidemiológico y biomédico que se atiende principalmente desde los centros de salud.

En el caso de las OSC es importante el fortalecimiento y la apropiación de estos temas, sobre todo por parte de las personas afectadas, ya que se identifican, además, como potenciales actores para la abogacía y la incidencia política. En esta línea, para mejorar y fortalecer a las OSC, para lo que se recomienda el enfoque EngageTB.

Solo aterrizando sobre las realidades de las diferentes poblaciones y zonas geográficas, se puede abordar de una manera más acorde las necesidades individuales y colectivas, como es el trabajo con las poblaciones originarias y/o remotas, que sufren además de las afecciones biomédicas y psicosociales mencionadas, barreras culturales y geográficas.

Las diferentes poblaciones y territorios deben contar con una visión diferenciada. Así como sectores específicamente vulnerables como los trabajadores de los centros penitenciarios, los privados de libertad y sus visitantes y los migrantes. Las comarcas (y dentro de ellas también considerar sus particularidades) requieren atención especial en cuanto a los factores interculturales y sociodemográficos. Por ello, los abordajes deben contemplar



diferentes aspectos que, a su vez, diferirán de los de las grandes ciudades, donde también existen desigualdades que deben ser atendidas.

Por eso se recomienda especialmente la implementación de enfoques acordes: Grandes Ciudades y/o la Iniciativa ZeroTB ya que ambos proponen metodologías de abordaje diferenciadas e innovadoras.

Finalmente, es necesario entender y asumir que las deficiencias existen y que no solo es bueno, sino que es muy necesario conocerlas para poder concentrarse sobre estas para mejorarlas. No menos importante es reconocer el contexto en el que se trabaja y aborda la TB en Panamá ligado a una brecha financiera de casi un 50% y con un PNCTB con escaso personal en un contexto crítico post-pandemia. Conocer dónde están esas dificultades debe permitir avanzar en la medida que se logre dimensionar la problemática de la TB a nivel nacional y obtener el compromiso real de las autoridades para realmente poner fin a la TB. No solo desde la óptica económica que esto representa en términos de gasto/inversión, sino también de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y de toda la población.



6. Visión y misión del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis

Visión

Este plan tiene una visión de un Panamá libre de tuberculosis, con cero muertes por tuberculosis, cero nuevas infecciones y la desaparición del sufrimiento de las personas, familias y comunidades debido a la tuberculosis.

Misión

La misión del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2023-2027 es fortalecer la respuesta integrada y coordinada a la TB en Panamá y cumplir con los objetivos de la estrategia Fin de TB asegurando las medidas de prevención de la infección y el tratamiento efectivo de las personas infectadas, mediante la provisión de los servicios necesarios establecidos por políticas adecuadas y basadas en evidencia producida tanto a nivel internacional como en investigaciones realizadas en Panamá, que faciliten la comprensión y abordaje requerido de los determinantes sociales de la enfermedad.





7. Aspectos Transversales

Derechos humanos, género, estigma y discriminación

Según UNFPA:

“El enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población”⁸⁸.

En Panamá, la Política Nacional de Salud 2016-2025 de Panamá, dispone que:

“Todas las instalaciones de salud pública y privada están obligadas a prestar los servicios de salud sin discriminación por razón de etnia, nacimiento, discapacidad, clases social, género, religión o ideas políticas”⁸⁹.

Por su parte, la ley 169, en el Capítulo III sobre “Vigilancia del Respeto a los Derechos de las Personas Atendidas por Padecer Tuberculosis” se establecen los derechos de las personas afectadas, incluyendo la prohibición de *“discriminación, estigmatización o segregación de las personas afectadas por cualquier forma clínica de tuberculosis”*.

De esta forma, para el abordaje con enfoque de derechos humanos, en la ejecución de este plan 2023-2027, propone, entre otras cuestiones:

1. Centrar la atención y prevención en el paciente a través de la detección oportuna de casos de TB juntamente con sus determinantes y factores de riesgo: VIH, diabetes, tabaquismo, alcohol y drogas, desnutrición especialmente en poblaciones más vulnerables (indígenas, maternidad e infancia y adolescentes, ppl y migrantes).
2. Sensibilizar al personal de salud y a la comunidad para fomentar entornos saludables, libres de estigma y discriminación.
3. Fomentar el trabajo interinstitucional y multisectorial para apoyar a aquellos pacientes y sus familias especialmente en áreas vulnerables y contextos críticos, con particular atención en mujeres y sus entornos familiares.
4. Promover la interculturalidad.

⁸⁸ UNFPA. El enfoque en derechos humanos <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

⁸⁹ MINSA, “Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025”. Ministerio de Salud. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf





5. Adoptar soluciones inclusivas con las poblaciones clave.

Multisectorialidad

La Estrategia Fin TB plantea la necesidad de la colaboración multisectorial como factor clave para la consecución de los objetivos y sostiene que los PNTB deben trabajar coordinadamente con varios sectores y entidades: otros ministerios, instituciones de ciencia y tecnología, la academia, las OSC y el sector privado y por supuesto, contar con el liderazgo y el apoyo del alto nivel del gobierno.

En la Declaración de Moscú (2017) se establece que el enfoque multisectorial tiene que ver con que:

*“...prevenir la tuberculosis o reducir al mínimo el riesgo de contraer la enfermedad requiere sin duda alguna no solo la adopción de medidas por parte del sector de la salud (como el logro de la cobertura sanitaria universal y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles que son importantes factores de riesgo para la tuberculosis), sino también por parte de otros sectores de desarrollo (como la reducción de la pobreza, la mejora de la seguridad alimentaria, y la mejora de las condiciones de vida y de trabajo).”*⁹⁰

Por su parte, el Informe Global 2020 sobre Tuberculosis expresa que:

“las metas intermedias de la Estrategia Fin a la Tuberculosis para 2020 y 2025 solo se pueden lograr si se prestan servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis en el contexto de los avances hacia la cobertura sanitaria universal (CSU) y si se pone en marcha una acción multisectorial para abordar los determinantes generales que influyen en la epidemia de tuberculosis y sus efectos socioeconómicos”.

Así, cuando se habla de multisectorialidad se hace referencia al desafío de cumplir un objetivo a través de una relación de mutuo beneficio entre los actores involucrados, donde cada uno de ellos debe tener bien definidos sus roles y responsabilidades.

Una de las cuestiones principales es entender que compartir un objetivo común no lleva implícito compartir intereses comunes. Esto es, si bien todos los actores tienen claro cuál es

⁹⁰ OMS (2017) Declaración de Moscú. Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/tb/features_archive/Spanish_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1



el objetivo cada cual podrá tener intereses particulares, pero deberá tener claro el beneficio que genera la acción conjunta. Por ejemplo, para el gobierno, el trabajo con actores de la sociedad civil puede significar un acercamiento a la ciudadanía, para la sociedad civil, por su parte, puede significar generar incidencia o ser escuchados. En el caso de empresas, puede representar una forma de reconocimiento de su aporte a la sociedad; para la academia, la motivación de continuar generando conocimiento; para las personas afectadas por la enfermedad, una manera de compartir experiencias y mostrar sus necesidades, entre otros.

¿Por qué se habla entonces de multisectorialidad, intersectorialidad, de coaliciones, de alianzas? Porque para resolver problemas sociales de esta magnitud, no alcanza con tener una única visión. Los problemas no pueden ser resueltos desde una sola perspectiva y tampoco pueden ser atendidos con los recursos disponibles en forma separada ya que estos, además, son cada vez más escasos. Razón por la cual, realizar acuerdos que permitan la colaboración multisectorial e intersectorial puede ser muy útil para encontrar soluciones en conjunto para problemas complejos, como es la prevención, atención y control de tuberculosis en Panamá.

En esta línea, la ley 169, a través de su artículo 20 crea la “Comisión Técnica para el Monitoreo del Control de la Tuberculosis”, lo que acelera los procesos multisectoriales (ya que esta está conformada por varias entidades) y confirma la necesidad de este enfoque para lograr la sostenibilidad de las intervenciones en TB.

Además de la sanción de esta ley, Panamá avanza sobre las recomendaciones en lo que respecta a las actividades de coinfección. Por lo tanto, el acercamiento interinstitucional se da asociado a las líneas estratégicas que plantean las actividades de trabajo conjuntas TB/VIH. Se trabaja sobre los indicadores, visitas a las regiones para poder crear espacios de comunicación a nivel del personal de salud en cuanto a la profilaxis en conjunto y se programan varias actividades y reformulaciones para atender de manera integral los temas de coinfección. Panamá cuenta con una OSC/VIH relativamente activa y organizada. Con ella se avanza a través de diferentes programas y planes de acción. Si bien estos presentan ciclos de mayor o menor eficiencia y eficacia, sirven de base para replicar modelos, o como ventanas de oportunidad para la realización de acciones conjuntas. Para este último caso, se considera especialmente oportuno, aprovechar aquellas acciones realizadas en plataformas multisectoriales existentes. Esto, además de contribuir con el fortalecimiento del trabajo sobre ambas enfermedades, es una forma práctica de cumplir con la estrategia de trabajo colaborativo.



Sostenibilidad

En el proceso de transición de salida del Fondo Mundial y la disminución de cooperación internacional en general, es importante trabajar para que los esfuerzos realizados hasta el momento no se invisibilicen o se transformen en un gasto (y no en la inversión originalmente intencionada), o exista un retroceso en los avances logrados. En esta línea y tal como se viene promoviendo desde los compromisos de la Declaración de París⁹¹ sobre la eficacia de la cooperación internacional (también ligados a la consecución de los ODS y la Agenda 2030): la apropiación, armonización, alineación, gestión por resultados y mutua responsabilidad, junto con la transparencia, mutua rendición de cuentas y el establecimiento de coaliciones participativas⁹², son cruciales para alcanzar una gestión efectiva, lo que se traduce, en términos generales, en lograr el impacto deseado facilitando la sostenibilidad de las intervenciones.

No menos importante es compartir estos conocimientos. Socializar la información es crucial para que sobre esta base puedan continuar desarrollándose actividades en el futuro.

Por este motivo, es importante dejar capacidades instaladas en todos los sectores: es fundamental lograr la apropiación de la temática por parte de todos los actores para dar continuidad a los progresos logrados. Para esto, es crucial el compromiso político acompañado del debido financiamiento.

El nuevo marco legal, al proporcionar las principales pautas para el abordaje de la TB a través de un enfoque multisectorial, funcionará como un factor catalizador y promotor de mecanismos sostenibles en todos los ámbitos: políticos, económico-financieros, sociales, culturales, técnicos y científicos. Es fundamental que la reglamentación se realice participativamente para definir los aspectos claves a ser atendidos en cada uno de los ámbitos, y muy especialmente el tema presupuestario, para poder contar con los recursos requeridos.



⁹¹ OECD, Declaración de París. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
⁹² Global Partnership for Effective Cooperation: <https://www.effectivecooperation.org/>





8. Metas

Las metas para este Plan Estratégico Nacional 2023-2027 se fijan sobre la base de los avances logrados hasta el momento según las notificaciones del PNCTB y de las metas intermedias de 2025 y los objetivos de 2030 y 2035. De esta forma, se espera con su implementación, para el año 2027, alcanzar una tasa de mortalidad de 1.15 x 100.000 habitantes y una incidencia de 14.5 x 100.000 habitantes y reducir a un 25% las personas que sufren costos catastróficos a causa de la TB.

Metas	Línea de Base 2015	Meta 2025	Meta 2027	Meta 2030	Meta 2035
Mortalidad por TB	6,6	1.65	1.15	0.66	0.33
Incidencia de TB	41,4	20.7	14.5	8.3	4.14
% familias con gastos catastróficos por TB	88%	50%	25%	0%	0%

Elaboración Propia con datos del PENTB

Las metas prioritarias para 2025, son aquellas que también disponen las Normas Técnicas y sobre las que debería trabajarse de forma coordinada siguiendo las directrices que ese documento plantea en cuanto a gestión, administración y cuestiones técnicas para el personal de salud, sobre la base de las líneas estratégicas de este nuevo plan.

Tabla N° 10 – Metas prioritarias para 2025

INDICADOR		META 2025
Cobertura de tratamiento anti-TB*		≥ 90%
Tasa de éxito de tratamiento	Nuevos y recaídas	≥ 90%
	RR/MDR	
Porcentaje de familias afectadas por TB que enfrentan gastos catastróficos por la TB		0%
Porcentaje de pacientes nuevos de TB que fueron diagnosticados mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS		≥ 90%
Cobertura de tratamiento de infección latente por TB	menores de 5 años	≥ 90%
	VIH	≥ 90%





Cobertura de investigación de contactos	≥ 90%
Cobertura de pacientes de TB con resultados de pruebas de sensibilidad a drogas	100%
Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos anti-TB	≥ 90%
Porcentaje de pacientes con TB que conocen su estado de VIH	100%
Tasa de letalidad por TB	≤ 5%

1. Líneas Estratégicas, objetivos y actividades

Este plan se elabora sobre la base de que las Normas Técnicas son de carácter obligatorio a nivel nacional y contienen las directrices imperativas que surgen de los acuerdos internacionales a los que Panamá se ha comprometido.

Estas directrices detalladas en las Normas brindan definiciones necesarias para el mejor entendimiento de los conceptos vinculados al tema. Por otro lado, la entrada en vigor de la ley 169 refuerza varios aspectos que las Norma señalan, agregando otras cuestiones específicas en educación, pacientes, trabajadores de la salud y poblaciones vulnerables, incluidos privados de libertad.

Las directrices abarcan:

- 1. Prevención: tratamiento de ITBL (quimioprofilaxis), tratamientos especiales
- 2. Detección: búsqueda de casos presuntivos
- 3. Diagnóstico: basado en demostración bacteriológica del Bacilo de Koch, a través de diferentes técnicas de laboratorio disponibles en el país y aprobadas por el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública
- 4. Tratamiento: lineamientos generales, tratamiento en adultos (nuevos casos y aquellos previamente tratados, recaídas, fracasos) tratamiento en niños y los resultados
- 5. Manejo de casos especiales de tuberculosis (casos de coinfección con VIH en adultos y niños, embarazo, lactancia, enfermedades hepáticas, renales)
- 6. Manejo de RAFA
- 7. Atención integral y seguimiento: responsabilidades del personal de salud, cumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento, transporte de muestras, bioseguridad, referencias (nutrición, trabajo social, salud mental, salud bucal), consejería, visitas domiciliarias



- 8. Vigilancia epidemiológica: metas, objetivos y propósito del sistema de vigilancia, investigación, estructura organizacional del Sistema de Vigilancia de Tuberculosis que incluye al MINSA, la CSS y otras organizaciones como el Departamento Nacional de Estadísticas Vitales de Contraloría General de la República, Dirección Nacional de Registro Civil, Dirección Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, clínicas, hospitales y laboratorios privados; la responsabilidad administrativa a nivel local, regional y central (de médicos, enfermería, laboratorio, Registros Médicos y Estadísticas de Salud, etc.); fuentes, registro, flujograma y análisis de información; evaluación de la vigilancia
- 9. medidas de control: de infecciones TB y bioseguridad administrativas y gerenciales, en laboratorios, indicaciones para control ambiental y ambientes seguros, protección respiratoria
- 10. abogacía, comunicación y movilización social: multisectorialidad (comprometer a otros actores del sector público y privado, OSC, gremios, líderes comunitarios)
- 11. bioética e investigación científica: prioridades de investigación operativas, aplicadas y básicas y los recursos y fuentes nacionales e internacionales
- 12. sistema de información: fuentes, registro, SISVIG
- 13. programación: elaboración de POA a nivel local, regional y central
- 14. indicadores de seguimiento y resultado
- 15. otras disposiciones



En esta línea, las Normas contienen los algoritmos sobre diagnóstico y tratamiento de la ITBL, para diagnóstico de TB pulmonar y extrapulmonar nuevos, para diagnóstico de casos de TB pulmonar y extrapulmonar antes tratados, para diagnóstico en personas con VIH, para búsqueda de TB en pacientes VIH y tratamiento preventivo para ITBL, entre otros.

En todas las instancias de intercambio para la elaboración de este plan, se coincidió que con el debido cumplimiento tanto de la Norma Técnica como de la nueva Norma Técnica MDR y de la ley 169, muchas de las brechas encontradas, podrían reducirse y podrían mejorarse tanto en cuanto a la calidad de la atención como en el alcance de las metas e indicadores. Por ello, es prioritaria la concientización sobre la obligatoriedad de estas normas a nivel nacional. En su gran mayoría (salvo casos puntuales) los actores consultados coincidieron en varios factores que les afectan en común y el intercambio de información validó la existencia de las brechas identificadas. En este sentido, este ejercicio de intercambio supone un gran valor agregado ya que brinda un marco sólido para la definición de las líneas estratégicas y las intervenciones necesarias para fortalecer a Panamá en la respuesta a la tuberculosis.





El plan plantea una estrategia de priorización, comenzando por las áreas de mayor incidencia como Bocas del Toro, Guna Yala y Panamá Metro a las de menor, tal como fueron identificadas y clasificadas, aunque se debe considerar el hecho de que en algunas de las regiones la baja incidencia se debe a problemas operativos (no se realiza captación sistemática). Alianzas institucionales con otros ministerios, en principio MIVIOT y MIDES quienes participaron del proceso, demostraron una gran receptividad y disposición para proponer planes de apoyo para las personas afectadas por la TB.

Este plan pretende ser un plan amigable, fácil de entender y seguir y que permita fortalecer al país para mejorar los indicadores de impacto y las metas planteadas proponiendo líneas estratégicas desde una perspectiva macro de la gestión sobre la base de cada pilar de la Estrategia FIN de TB y los lineamientos del Plan Nacional de Salud de Panamá 2016-2025.

Como se ha mencionado anteriormente, las directrices de prevención, tratamiento, atención y control de la tuberculosis están detalladas en las Normas Técnicas por lo que se entiende que el plan, junto con las Normas Técnicas constituyen elementos intrínsecamente relacionados, complementarios y de implementación conjunta.

Para el cumplimiento este plan, es imprescindible:

1. Realizar un constante fortalecimiento y actualización de las capacidades técnicas y operativas del personal de salud.
2. Trabajar con un enfoque multisectorial que incluya la colaboración de la mayor diversidad de actores posible para operativizar todas las intervenciones.
3. Priorizar las actividades de acuerdo con las necesidades de cada región priorizando aquellos grupos de mayor vulnerabilidad (niños, trabajadores de la salud, privados trabajadores de salud, VIH, niños, contactos de casos, retratamientos, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, personas con riesgo social como usuarios de drogas y alcohol, personas en situación de calle) de manera coordinada entre todos los actores de la respuesta a la TB en el país.
4. Basar las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento con un enfoque centrado en los derechos humanos, promoviendo la inclusión, la atención con enfoque diferencial y la lucha contra el estigma y la discriminación.
5. Abordar conjuntamente los determinantes y factores de riesgo realizando acciones conjuntas con los actores asociados a los otros determinantes de la TB ya que *“los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias...”*⁹³

⁹³ OMS, Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/





Las líneas estratégicas están alineadas con los 3 pilares de la Estrategia Fin TB y a partir de estas se proponen 5 objetivos estratégicos y 16 objetivos específicos y actividades para alcanzarlos.

1. Línea Estratégica 1: Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente

En esta línea estratégica se ubican los objetivos en función de las metas intermedias para 2025. Tal como se indica en el Informe Global 2020 sobre Tuberculosis *“las metas intermedias de la Estrategia Fin a la Tuberculosis para 2020 y 2025 solo se pueden lograr si se prestan servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis en el contexto de los avances hacia la cobertura sanitaria universal (CSU) y si se pone en marcha una acción multisectorial para abordar los determinantes generales que influyen en la epidemia de tuberculosis y sus efectos socioeconómicos”*.

Para alcanzar el objetivo estratégico y los objetivos específicos de esta línea, la actividad primordial transversal es asegurar en todos los establecimientos de salud del país, el cumplimiento de las directrices de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento establecidos en las Normas Técnicas por tratarse de un conjunto de metas interdependientes. Junto con esto, impulsar el cumplimiento de la ley 169 y su futura reglamentación, para lo que deberá profundizarse el trabajo de abogacía.

1.1. Objetivo Estratégico 1

Alcanzar los indicadores de impacto prioritarios para el año 2025 de acuerdo con lo que establecen las directrices del marco legal en tuberculosis en Panamá

1.1.1. Objetivo específico 1

Diagnosticar el 90% o más de los casos de tuberculosis sensible y resistente (nuevos y recaídas)

1.1.2. Objetivo específico 2

Tratar exitosamente 90% o más de los casos detectados de tuberculosis sensible y resistente (nuevos y recaídas)

1.1.3. Objetivo específico 3

Tratar exitosamente más del 90% de los casos de tuberculosis infantil y casos de coinfección TB/VIH

1.1.4. Objetivo específico 4

Lograr una cobertura de investigación de contactos de al menos un 90%



1.1.5. *Objetivo específico 5*

Administrar tratamiento completo para tuberculosis latente al 90% o más de los casos elegibles o grupos de riesgo (incluido niños y personas con VIH)

1.1.6. *Objetivo específico 6*

Bajar la tasa de mortalidad y letalidad por TB

1.1.7. *Objetivo específico 7*

Diagnosticar mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS al menos al 90% de los casos

1.1.8. *Objetivo específico 8*

Tratar al menos el 90% de los casos con nuevos medicamentos anti-TB



Actividades

Por tratarse de un conjunto de metas prioritarias interconectadas las actividades que se proponen suponen una acción ajustada para todos los objetivos.

1. Realizar talleres para asegurar en todos los establecimientos de salud del país (públicos y privados) la implementación y cumplimiento de las directrices de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento establecidos en las Normas Técnicas
2. Realizar talleres para asegurar en todos los establecimientos de salud del país (públicos y privados) la implementación y el cumplimiento de la ley 169 y su regulación.
3. Subactividades
 - a. Realizar talleres educativos y campañas de sensibilización para personal de salud y comunidad sobre el PEN, las normas técnicas y la ley 169.
 - b. Realizar estudio para identificar de manera temprana posibles factores que puedan obstaculizar la adherencia al tratamiento.
 - c. Realizar talleres para la implementación de estrategias motivacionales y operativas para reducir pérdidas de detección, tratamiento y seguimiento.
 - d. Realizar talleres para poblaciones clave en temas de coinfección TB/VIH e involucrarlos en los procesos de supervisión y control (especialmente a través de las OSC).
 - e. Mapear instalaciones por regiones, identificar las regiones que requieren instalaciones con pruebas rápidas, priorizando las áreas de mayor incidencia.





- f. Revisar regularmente las Normas Técnicas y asegurar que se indiquen los nuevos medicamentos en el protocolo para su uso obligatorio y realizar estimados de la necesidad de estos medicamentos por instalación de salud.
- g. Supervisar, monitorear y evaluar la implementación y ejecución del PEN y las normativas técnicas y jurídicas aplicables.

2. Línea Estratégica 2: Políticas audaces para la respuesta y sistemas de apoyo

Uno de los compromisos asumidos por Panamá en la Declaración de Moscú es el de “Garantizar financiación suficiente y sostenible”

El financiamiento externo está decreciendo y esto implica que las actividades deberán financiarse con presupuesto nacional para dar sostenibilidad a lo que anteriormente financiaba el FM y otros cooperantes.

Con el fin de mantener los logros alcanzados hasta el momento con ayuda externa y hacerlos sostenibles en el tiempo, deberá incluirse en los presupuestos locales y regionales diferentes intervenciones, actividades y tareas, así como continuar con los compromisos establecidos durante el financiamiento de la cooperación internacional.

Por otro lado, las personas afectadas por TB, especialmente aquellas más vulnerables, no deberían enfrentar gastos asociados a la enfermedad ni que la adherencia al tratamiento se vea afectada por problemas económicos que impidan el traslado o una nutrición adecuada.

Según el Reporte Global sobre TB para cumplir todas las metas se debe *“Aprovechar todos los beneficios de las políticas y los sistemas de salud y desarrollo implicando a un conjunto mucho más amplio de colaboradores procedentes de los gobiernos, las comunidades y el sector privado”* ⁹⁴.

2.2. Objetivo Estratégico 2

Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la prevención, detección, atención y control de la tuberculosis, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.

2.2.1. Objetivo específico 9

Incrementar el financiamiento nacional para la respuesta a la tuberculosis

⁹⁴ OMS, Informe Mundial sobre Tuberculosis 2020 (Global Tuberculosis Report 2020). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>



Tal como se ha mencionado, contar con la voluntad política no es suficiente. La existencia de la ley manifiesta esa voluntad, pero si no viene acompañada por la inversión necesaria, es como si no existiera. Afortunadamente, la ley establece expresamente en el Art. 33 que el Órgano Ejecutivo proporcionará los recursos necesarios para la implementación de esta ley (y el art. 19 establece que el MINSA coordinará con las entidades involucradas en las actividades de prevención y control de la TB para que en sus formulaciones presupuestarias anuales se incluyan las partidas necesarias, incluyendo capacitación a personal de salud y comunidad, entre otras). Para lograr esta sostenibilidad financiera (a largo plazo), es fundamental que el gobierno nacional asuma los compromisos y los incluya en las partidas presupuestarias correspondientes.

Actividades

4. Elaborar el presupuesto anual en cada nivel, tal como establece la NT en su sección “De la programación”.
5. Realizar talleres para socializar las NTs, el PENTB y la ley 169 (LE.1)
6. Realizar reuniones con las instituciones gubernamentales pertinentes para gestionar el aumento de recursos financieros para las partidas presupuestarias ya existentes y abogacía para la inclusión de nuevos rubros que actualmente financia la cooperación externa remarcando los acuerdos de los que Panamá es signatario.



2.2.2. Objetivo específico 10

Usar eficientemente los recursos existentes

Los medicamentos para los distintos tratamientos deben estimarse con tiempo para que pueda realizarse la compra que permita alcanzar precios reducidos. Asimismo, se debe priorizar sobre aquellos mecanismos que permitan comprar los medicamentos al menor costo posible. Por otro lado, tomando en cuenta que la pandemia COVID-19 implicó grandes cambios en la gestión de la salud: adaptaciones de lugares para atención de pacientes, reglamentaciones gubernamentales de distinta índole (uso de mascarilla, prohibición y/o limitación de aglomeraciones, medidas de ventilación para evitar la propagación del virus), adaptación de hábitos de higiene más conscientes por parte de la población, medidas para captación, podrían gestionarse acciones conjuntas entre y dentro de los establecimientos de salud. Todos estos cambios, además de promover la disminución del contagio y propagación de bacterias y virus, brindan un marco de trabajo que puede ser aprovechado para optimizar los recursos. Igualmente sucede con las actividades de coinfección con VIH y otros determinantes y factores de riesgo y conveniencia del uso de plataformas de trabajo existentes.





Actividades

- 7. Estudiar los mecanismos que garanticen el suministro de los medicamentos a menor costo y mayor beneficio.
- 8. Realizar actividades conjuntas con determinantes y factores de riesgo: coinfección VIH, diabetes mellitus, personas que consumen alcohol y drogas, desnutrición y aquellas que permitan maximizar resultados a través de la unión de esfuerzos.

2.2.3. *Objetivo específico 11*

Fortalecer la participación comunitaria de la sociedad civil en la respuesta a la tuberculosis

Las OSC y las comunidades en su conjunto deben coordinarse para ampliar el alcance de la respuesta. La capacidad de incidencia de los actores en su conjunto dependerá en gran medida de generar una estrecha relación con el PNCTB.

Actividades

- 9. Realizar talleres o reuniones para promover la conformación de organizaciones de base comunitaria que colaboren en actividades para la prevención y control de la tuberculosis.
- 10. Generar alianzas con OSC para que colaboren activamente en la difusión, la planeación local e implementación del PENTB.
- 11. Estudiar los enfoques recomendados internacionalmente e identificar los pertinentes (EngageTB, Grandes Ciudades, ZeroTB) que puedan ser aplicados según las características.

2.2.4. *Objetivo específico 12*

Fomentar la participación del sector privado en la respuesta a la tuberculosis

En noviembre de 2017 se realizó Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS “Poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible: una respuesta multisectorial”⁹⁵ desde donde se realizó una declaración donde se exhorta “...al sector académico, técnico, privado y de la sociedad civil, así como a otros asociados pertinentes, a seguir ayudando a los países

⁹⁵ OMS, Declaración de Moscú, 2017 Disponible en:
https://www.who.int/tb/features_archive/Spanish_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1





a formular y llevar adelante argumentos de inversión sin dejar de apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud y una mayor capacidad de absorción”

Panamá cuenta con más de 150 empresas multinacionales registradas bajo la ley de Sedes de Empresas Multinacionales - SEM (Ley 41 de 2007)⁹⁶ entre las que se encuentran Dell, Bayer, Nestlé, Visa, Philips, ABB, entre otras. Por otra parte, el parque empresarial está conformado por más de 92,000 firmas, donde el 80% está compuesto por micro (70%), pequeñas (25%) y medianas (5%)⁹⁷ empresas.

Actividades

- 12. Generar alianzas con el sector privado para que colaboren activamente en la respuesta a la TB. Puede realizarse a través de firma de convenios para implementación de políticas.

2.3. Objetivo Estratégico 3

Asegurar la infraestructura necesaria para la adecuada atención en las instalaciones de salud incluyendo elementos de bioseguridad al personal de la salud

Entre las brechas identificadas se detectó la necesidad de mejorar la infraestructura de algunas instalaciones, reactivar otras y proveer elementos de bioseguridad mínimos para los establecimientos de salud y su personal. Asimismo, dentro de la infraestructura y medidas de bioseguridad necesarias (tanto estructurales como para el personal de salud), existen zonas que aún no poseen elementos que les permitan trabajar adecuadamente con el sistema de vigilancia por no contar con la tecnología adecuada (computadoras obsoletas o en mal estado) y conexión a internet.

2.3.1. Objetivo específico 13

Procurar que las instalaciones de salud cuenten con infraestructura e insumos acorde a las necesidades

Para que se pueda brindar una atención adecuada se requiere de espacios y elementos esenciales con los que algunas de las instalaciones no cuentan. El personal de salud estar

⁹⁶ Ley N° 41 del 24 de agosto de 2007 que crea el régimen especial para el establecimiento y la operación de sedes de empresas multinacionales y la comisión de licencias de empresas multinacionales y cita otras disposiciones. Disponible en: https://www.superbancos.gob.pa/superbancos/documentos/leyes_y_regulaciones/leyes/Ley412007.pdf
⁹⁷ Según Franklin Martínez, Presidente de UNPYME en el Foro organizado por Asociación Panameña de Exportadores (APEX) disponible en: <https://www.facebook.com/unpyme/videos/573096656937443>



provisto de todos los materiales necesarios y debe asegurársele medidas de seguridad adecuadas.

Actividades

- 13. Mapear las instalaciones que requieren mejoras en infraestructura y definir niveles de necesidades, priorizando por áreas de mayor incidencia.
- 14. Solicitar y gestionar la readecuación de las instalaciones que así lo requieran.
- 15. Supervisar que se implementen estrictamente los protocolos de bioseguridad en todas las instalaciones (incluyendo laboratorios y transporte de muestras) y procurar que se cuente con los elementos necesarios para el trabajo eficiente.



2.3.2. Objetivo específico 14

Fomentar y procurar garantizar el acceso al sistema de vigilancia electrónico en todo el territorio nacional

Dentro de la infraestructura y como parte de la gestión es crucial contar con las herramientas tecnológicas adecuadas para el registro y control de los pacientes ya que esto redundará en un mejor manejo de la información imprescindible para la toma de decisiones y para los requerimientos de información en plataformas internacionales.

Actividades

- 16. Identificar las instalaciones de salud que presentan problemas tecnológicos o de infraestructura y colaborar con su solución
- 17. Realizar capacitaciones sobre uso de tecnologías y el programa de sistema de vigilancia.

2.4. Objetivo Estratégico 4

Asegurar el acceso a las estrategias de protección social del 90% de los pacientes con tuberculosis que así lo requieran

Al momento la TB no se incluye dentro de ninguno de los planes sociales de Panamá. Sin embargo, durante el diseño de este plan, se realizaron reuniones de carácter multisectorial, que permitieron iniciar diálogos sobre la posibilidad de incluir a personas afectadas en planes ya existentes, o crear nuevos. Asimismo, el estudio sobre gastos catastróficos evidenció un porcentaje muy alto de pacientes afectados con estos (88% en promedio). Por ello, es crucial que las PATs se vean beneficiadas por programas de asistencia social que colaboren en el cumplimiento de la meta de la eliminación de gastos catastróficos para las familias.





2.4.1 *Objetivo específico 15*

Lograr el apoyo de las entidades que correspondan para que las familias afectadas por TB no enfrenten gastos catastróficos por la TB

Eliminar los gastos catastróficos (0%) es uno de los 3 objetivos de la Estrategia Fin TB. Este objetivo, además, está asociado con el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento.

Actividades

- 18. Realizar un mapeo de la oferta de programas gubernamentales y no gubernamentales de protección social.
- 19. Realizar reuniones para estudiar, dentro de los programas de protección social, la inclusión de la tuberculosis entre los beneficiarios, especialmente aquellos en situación de extrema vulnerabilidad y en zonas de alta incidencia.
- 20. Incorporar las personas con tuberculosis que lo requieran en un programa de protección social.

3. Línea Estratégica 3: Innovación e investigación intensificada

3.5. Objetivo Estratégico 5

La investigación operativa debe realizarse en función de los requerimientos del país de acuerdo con la situación y los determinantes, priorizando las diferencias existentes en los territorios y grupos poblacionales para colaborar en la reducción y eliminación de las brechas existentes y para acelerar el control de la TB.

3.5.1. Promover el desarrollo de investigaciones en temas relevantes a la situación actual de Panamá

3.5.1. Objetivo específico 16

Contar con investigaciones clínicas, epidemiológicas u operativas en temas relevantes y acordes a la situación del país

En el plan anterior, especialmente debido a la falta de presupuesto no se logró realizar las actividades previstas en cuanto a investigación. Con la salida de la cooperación, se visualiza un escenario aún más complicado para efectivizar este objetivo. Sin embargo, se proponen actividades como la búsqueda de financiamiento externo a través de redes de investigación, intercambio cultural y mecanismos de cooperación sur-sur.

- 21. Conformar una red multidisciplinaria de investigación
- 22. Realizar un estudio/mapeo de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)/ de recursos humanos en investigación de TB





23. Diseñar una agenda de investigación operativa en TB priorizando las temáticas más relevantes
24. Obtener financiamiento externo a través de programas de financiamiento por mecanismos de cooperación internacional o sector privado para el desarrollo de investigaciones.
25. Promover el desarrollo de investigaciones en las temáticas más relevantes

Resumen de actividades y subactividades

LÍNEA ESTRATÉGICA 1		
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS CENTRADA EN EL PACIENTE		
Objetivo Estratégico 1		
Alcanzar las metas prioritarias para el año 2025 de acuerdo con lo que establecen las directrices del marco legal en tuberculosis en Panamá, diagnosticando y tratando exitosamente más del 90% de los casos de tuberculosis sensible o resistente.		
#	Objetivo específico	Actividades
1.1.1.	Objetivo específico 1 Diagnosticar el 90% o más de los casos de tuberculosis sensible y resistente (nuevos y recaídas)	<div>1. Realizar talleres para asegurar en todos los establecimientos de salud del país (públicos y privados) la implementación y cumplimiento de las directrices de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento establecidos en las Normas Técnicas</div> <div>2. Realizar talleres para asegurar en todos los establecimientos de salud del país (públicos y privados) la implementación y el cumplimiento de la ley 169 y su regulación.</div> <div>3. Subactividades<div>a. Realizar talleres educativos y campañas de sensibilización para personal de salud y comunidad sobre el PEN, las normas técnicas y la ley 169.</div><div>b. Realizar estudio para identificar de manera temprana posibles factores que puedan obstaculizar la adherencia al tratamiento.</div><div>c. Realizar talleres para la implementación de estrategias motivacionales y operativas para reducir pérdidas de detección, tratamiento y seguimiento.</div><div>d. Realizar talleres para poblaciones clave en temas de coinfección TB/VIH e involucrarlos en los procesos de supervisión y control (especialmente a través de las OSC).</div><div>e. Mapear instalaciones por regiones, identificar las regiones que requieren instalaciones con pruebas rápidas, priorizando las áreas de mayor incidencia.</div><div>f. Revisar regularmente las Normas Técnicas y asegurar que se indiquen los nuevos medicamentos en el protocolo para su uso obligatorio y realizar estimados de la necesidad de estos medicamentos por instalación de salud.</div><div>g. Supervisar, monitorear y evaluar la implementación y ejecución del PEN y las normativas técnicas y jurídicas aplicables.</div></div>





2.2.1.	Objetivo específico 9 Incrementar el financiamiento nacional para la respuesta a la tuberculosis	4. 5. 6.	Elaborar el presupuesto anual en cada nivel, tal como establece la NT en su sección "De la programación". Realizar talleres para socializar las NTs, el PENTB y la ley 169 (LE.1) Realizar reuniones con las instituciones gubernamentales pertinentes para gestionar el aumento de recursos financieros para las partidas presupuestarias ya existentes y abogacía para la inclusión de nuevos rubros que actualmente financia la cooperación externa remarcando los acuerdos de los que Panamá es signatario.
2.2.2	Objetivo específico 10 Usar eficientemente los recursos existentes	7. 8.	Estudiar los mecanismos que garanticen el suministro de los medicamentos a menor costo y mayor beneficio. Realizar actividades conjuntas con determinantes y factores de riesgo: coinfección VIH, diabetes mellitus, personas que consumen alcohol y drogas, desnutrición y aquellas que permitan maximizar resultados a través de la unión de esfuerzos.
2.2.3.	Objetivo específico 11 Fortalecer la participación comunitaria de la sociedad civil en la respuesta a la tuberculosis	9. 10. 11.	Realizar talleres o reuniones para promover la conformación de organizaciones de base comunitaria que colaboren en actividades para la prevención y control de la tuberculosis. Generar alianzas con OSC para que colaboren activamente en la difusión, la planeación local e implementación del PENTB. Estudiar los enfoques recomendados internacionalmente e identificar los pertinentes (EngageTB, Grandes Ciudades, ZeroTB) que puedan ser aplicados según las características.
2.2.4.	Objetivo específico 12 Fomentar la participación del sector privado en la respuesta a la tuberculosis	12.	Generar alianzas con el sector privado para que colaboren activamente en la respuesta a la TB. Puede realizarse a través de firma de convenios para implementación de políticas
Objetivo Estratégico 3 Asegurar la infraestructura necesaria para la adecuada atención en las instalaciones de salud incluyendo elementos de bioseguridad al personal de la salud			
2.3.1.	Objetivo específico 13 Asegurar que todas las instalaciones de salud cuenten con infraestructura acorde a las necesidades y medidas de bioseguridad	13. 14. 15.	Mapear las instalaciones que requieren mejoras en infraestructura y definir niveles de necesidades y priorizar por áreas de mayor incidencia. Solicitar y gestionar la readecuación de las instalaciones que así lo requieran. Supervisar que se implementen estrictamente los protocolos de bioseguridad en todas las instalaciones (incluyendo laboratorios y transporte de muestras) y proveer los elementos necesarios para el trabajo eficiente.
2.3.2.	Objetivo específico 14 Asegurar el funcionamiento de los sistemas de información y garantizar el acceso al sistema de vigilancia electrónico en todo el territorio nacional	16. 17.	Identificar las instalaciones de salud que presentan problemas tecnológicos o de infraestructura y colaborar con su solución Realizar capacitaciones sobre uso de tecnologías y el programa de sistema de vigilancia.
Objetivo Estratégico 4 Asegurar el acceso a las estrategias de protección social del 90% de los pacientes con tuberculosis que así lo requieran			
2.4.1	Objetivo específico 15 Lograr el apoyo de las entidades que correspondan para que las familias afectadas por TB no enfrenen gastos catastróficos por la TB	18. 19. 20.	Realizar un mapeo de la oferta de programas gubernamentales y no gubernamentales de protección social. Realizar reuniones para estudiar, dentro de los programas de protección social, la inclusión de la tuberculosis entre los beneficiarios, especialmente aquellos en situación de extrema vulnerabilidad y en zonas de alta incidencia. Incorporar las personas con tuberculosis que lo requieran en un programa de protección social.
LÍNEA ESTRATÉGICA 3			
Objetivo Estratégico 5 Promover el desarrollo de investigaciones en temas relevantes a la situación actual de Panamá			





3.5.1.	Objetivo específico 16 Contar con investigaciones clínicas, epidemiológicas u operativas en temas relevantes y acordes a la situación del país	21. Conformar una red multidisciplinaria de investigación 22. Realizar un estudio/mapeo de conocimientos, actitudes y prácticas (IAP)/ de recursos humanos en investigación de TB 23. Diseñar una agenda de investigación operativa en TB priorizando las temáticas más relevantes 24. Mapear las instancias de cooperación internacional que permitan obtener financiamiento externo o sector privado para el desarrollo de investigaciones. 25. Promover el desarrollo de investigaciones en las temáticas más relevantes
--------	---	---

9. Plan de Monitoreo y Evaluación

Objetivo

Asegurar el seguimiento sistemático de la implementación del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027 para facilitar la toma de decisiones informada y ordenada para alcanzar sus objetivos.

Objetivos específicos

- 1. Medir los indicadores que se utilizarán para valorar el avance hacia los resultados esperados del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027.
- 2. Optimizar el sistema de información en salud a las necesidades de monitoreo de la situación de la tuberculosis en el país.
- 3. Informar periódica y sistemáticamente a las autoridades sobre la evidencia que pueda sustentar la toma de decisiones respecto de la implementación del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027.

Resultados esperados

Información veraz y oportuna sobre los indicadores para valoración del avance hacia los resultados esperados del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2023-2027 generada a partir de los registros.

Sistema de información que permita el monitoreo de los indicadores adaptado a las necesidades del Plan y en funcionamiento coordinado en todo el país

Informes semestrales de monitoreo y boletines epidemiológicos trimestrales producidos y diseminados.

El objetivo del monitoreo y evaluación está centrado no solo en el seguimiento sino también en estrategias que aseguren la credibilidad de la información para la toma de decisiones eficiente. Esto se relaciona con la metodología, pero también con el acceso a la información pertinente, acertada y confiable. Solo de esta forma se podrá cumplir con los objetivos estratégicos del plan.



La creación de valor de los resultados surgirá de la sinergia de las intervenciones estratégicas entre los recursos, las metodologías y los principios sobre los que se sustenta la Estrategia Fin TB.

Este plan de monitoreo y evaluación es responsabilidad del PNCTB en colaboración con la CSS y las coordinaciones regionales⁹⁸ y utilizará diversas fuentes de verificación:

- 1. Notificación mensual de casos
- 2. Notificación de actividades de la Red Nacional de Laboratorios en TB
- 3. Análisis de cohortes
- 4. Informes de visitas técnicas
- 5. Informes de capacitaciones
- 6. Resultados de investigación operacional y epidemiológica



Es fundamental que la recolección de información sea continua, integral y sistemática, idealmente apoyada sobre un soporte digital estandarizado.

La evaluación se realizará de forma anual a través de reuniones para este fin organizadas por el PNCTB.

Indicadores de monitoreo y evaluación

Indicadores de Impacto – Estrategia FIN TB

De acuerdo con la información que se manejó en el PEN 2018-2025, los indicadores de impacto, tomando como base el año 2015, son los siguientes:

Indicador	Detalle	Meta
Mortalidad por TB	Tasa de mortalidad por tuberculosis Numerador: Número total de muertes estimadas por tuberculosis Denominador: Número total de la población de Panamá, para un año dado. Se expresa por 100,000 habitantes.	0.7 X 100.000
Incidencia de TB	Tasa de incidencia de tuberculosis Numerador: Número de casos nuevos de tuberculosis y recaídas registrados en un año específico. Denominador: Número total de la población de Panamá, para un año dado. Se expresa por 100,000 habitantes.	8,3 X 100.000
% familias con gastos catastróficos por TB	Gastos catastróficos ocasionados por la tuberculosis Numerador: Número de personas tratadas por TB (y sus hogares) que incurren en gastos catastróficos (tanto directos como indirectos) Denominador: número total de personas tratadas por TB.	0%

⁹⁸ La sociedad civil orientada a la tuberculosis se encuentra actualmente incipiente y sin capacidad operativa consolidada. Una vez que esta se consolide y fortalezca debería ser incluida en estas acciones.



Indicadores prioritarios

Los indicadores prioritarios fueron tomados dentro de los objetivos específicos, de acuerdo con la siguiente relación:

INDICADOR		META	META 2025	OBJETIVO ESPECÍFICO
Cobertura de tratamiento anti-TB*		≥ 90%		Oe1
Tasa de éxito de tratamiento	Nuevos y recaídas	≥ 90%		Oe 2
	RR/MDR			Oe 2
Porcentaje de familias afectadas por TB que enfrentan gastos catastróficos por la TB		0%		Oe 15
Porcentaje de pacientes nuevos de TB que fueron diagnosticados mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS		≥ 90%		Oe 7
Cobertura de tratamiento de infección latente por TB	menores de 5 años	≥ 90%		Oe 5
	VIH	≥ 90%		Oe 5
Cobertura de investigación de contactos		≥ 90%		Oe 4
Cobertura de pacientes de TB con resultados de pruebas de sensibilidad a drogas		100%		Oe 7
Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos anti-TB		≥ 90%		Oe 8
Porcentaje de pacientes con TB que conocen su estado de VIH		100%		
Tasa de letalidad por TB		≤ 5%		Oe6





Indicadores prioritarios y nacionales

LÍNEA ESTRATÉGICA 1 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS CENTRADA EN EL PACIENTE				
Objetivo Estratégico 1 Alcanzar los indicadores de impacto prioritarios para el año 2025 de acuerdo con lo que establecen las directrices del marco legal en tuberculosis en Panamá				
1.1.1.	Objetivo específico 1 Diagnosticar el 90% o más de los casos de tuberculosis sensible y resistente (nuevos y recaídas)	% de cobertura del tratamiento antituberculosos	Num: <u>N° de casos nuevos y recaídas que fueron notificados y tratados</u> Den: Total de casos de TB en el mismo año Se desglosará para las que también cuentan con diagnóstico de VIH o de otra comorbilidad priorizada	<90%
		% de registro del estado serológico con respecto al VIH en pacientes con tuberculosis	Num: N° de pacientes con TB (nuevos y recaídas) que tienen documentado el estado serológico respecto al VIH Den: Total de casos de TB en el mismo año	<90%
1.1.2	Objetivo específico 2 Tratar exitosamente el 90% o más de todos los casos detectados de tuberculosis	% de éxito del tratamiento antituberculosis	Num: <u>N° de pacientes tratados con éxito (curado o que termina tratamiento)</u> Den: N° de pacientes notificados con TB (se incluyen los pacientes con TB sensible y TB DR)	<90%
1.1.3	Objetivo específico 3 Tratar exitosamente el 90% de los casos de tuberculosis infantil y casos de coinfección TB/VIH y otra comorbilidad priorizada	% de éxito del tratamiento antituberculosis en niños y personas con VIH	Num: <u>N° de niños de cinco años o menos tratados con éxito (curado o que termina tratamiento)</u> Den: N° de niños de cinco años o menos notificados (se incluyen los pacientes con TB sensible y TB DR)	<90
			Num: <u>N° de personas con estado serológico positivo tratados con éxito (curado o que termina tratamiento)</u> Den: N° de personas con estado serológico positivo notificados (se incluyen los pacientes con TB sensible y TB DR)	
1.1.4.	Objetivo específico 4 Lograr una cobertura de investigación de contactos de al menos un 90%	% de cobertura de investigación de los contactos de casos con diagnóstico bacteriológico	Num: <u>N° de contactos de las personas con TB bacteriológicamente confirmada en los que se investigó la presencia de TB</u> Den: Total de contactos de TB bacteriológicamente confirmados.	<90%
1.1.5.	Objetivo específico 5 Administrar tratamiento completo para tuberculosis latente al 90% o más de los casos elegibles o grupos de riesgo (incluido niños y personas con VIH)	% de cobertura del tratamiento de la ITBL	Num: <u>N° de contactos con VIH que reciben tratamiento completo para la ITBL</u> Den: N° de contactos con VIH que cumplen los requisitos para el tratamiento Num: <u>N° de contactos de 5 años o menos que reciben tratamiento completo para la ITBL</u> Den: N° de contactos de 5 años o menos que cumplen los requisitos para el tratamiento	<90%
1.1.6.	Objetivo específico 6 Bajar la tasa de mortalidad y letalidad por TB	% de letalidad de la tuberculosis % mortalidad de la tuberculosis (ver Tabla 17 de NT – indicadores 3 y 4)	Num: <u>N° de muertes por TB en un año dado</u> Den: N° reportado de casos nuevos en el mismo año, expresado como porcentaje	<90%
			Num: <u>N° de muertes por TB en un año dado</u> Den: Población total	





1.1.7.	Objetivo específico 7 Diagnosticar mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS al menos al 90% de los casos	% de cobertura de la prueba de sensibilidad a los medicamentos antituberculosis para pacientes con tuberculosis	Num: <u>N° de pacientes con TB con resultados de una prueba de sensibilidad al menos para la rifampicina</u> Den: N° total de casos notificados (nuevos y de retratamiento) en el mismo año. La cobertura de la prueba de sensibilidad incluye resultados de pruebas moleculares (por ejemplo, Xpert MTB/ RIF) así como de pruebas fenotípicas convencionales.	<90%
		% de pacientes con tuberculosis (casos nuevos y recaídas) sometidos a una prueba de detección en el momento del diagnóstico con una prueba rápida recomendada por la OMS	Num: <u>N° de pacientes sometidos a una prueba rápida recomendada por la OMS en el momento del diagnóstico</u> Den: N° total de pacientes de TB (casos nuevos y recaídas)	<90%
1.1.8	Objetivo específico 8 Tratar al menos el 90% de los casos con nuevos medicamentos anti-TB	% de cobertura del tratamiento con nuevos fármacos antituberculosis	Num: <u>N° de pacientes con TB tratados con regímenes que incluyen nuevos fármacos anti-TB</u> Den: N° de pacientes notificados que cumplen los requisitos para el tratamiento con nuevos fármacos anti-TB	<90%
LÍNEA ESTRATÉGICA 2 POLÍTICAS AUDADES PARA LA RESPUESTA Y SISTEMAS DE APOYO				
Objetivo Estratégico 2 Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.				
2.2.1.	Objetivo específico 9 Incrementar el financiamiento nacional para la respuesta a la tuberculosis	% de incremento de presupuesto sobre las necesidades estimadas	Num: <u>Monto de presupuesto adicional asignado a tuberculosis en un ejercicio fiscal determinado</u> Den: Monto de presupuesto adicional que se estaba previsto asignar a tuberculosis en dicho ejercicio fiscal	100%
2.2.2	Objetivo específico 10 Usar eficientemente los recursos existentes	% de ahorro en compras de medicamentos e insumos	Num: <u>Monto real de gasto en medicamentos e insumos</u> Den: Monto estimado de gasto en medicamentos e insumos	100%
		% del recurso humano identificado en el diagnóstico de necesidades de recurso humano para la implementación del PENTB 2018-2022 que ha sido asignado	Num: <u>N° de unidades de recurso humano asignadas al programa según solicitado</u> Den: N° de unidades de recurso humano adicionales identificadas en el diagnóstico	100%
		N° de actividades de coinfección/otros determinantes/factores de riesgo realizadas	Refiere al uso de plataformas conjuntas, capacitaciones de dos o más áreas de la salud realizadas para maximizar recursos	15
2.2.3.	Objetivo específico 11 Fortalecer la participación comunitaria de la sociedad civil en la respuesta a la TB	N° de representantes de organizaciones y/o grupos organizados de personas con TB que participan de manera regular	Refiere a las personas participando activamente en grupos organizados desde la sociedad civil y trabajan en temas de tuberculosis	100
2.2.4.	Objetivo específico 12	N° de empresas o entidades del sector privado que participan de manera regular	Refiere a las empresas que participando activamente de grupos organizados desde	20



	Fomentar la participación del sector privado en la respuesta a la TB	y que colaboran en la respuesta a la tuberculosis	la sociedad civil que trabajan en temas de tuberculosis	
Objetivo Estratégico 3 Asegurar la infraestructura necesaria para la adecuada atención a las instalaciones de salud incluyendo elementos de bioseguridad al personal de la salud				
2.3.1.	Objetivo específico 13 Asegurar que todas las instalaciones de salud tengan la infraestructura acorde a las necesidades	% Instalaciones de salud con infraestructura y bioseguridad acorde	Num: <u>N° de instalaciones que cumplen con la infraestructura y medidas de bioseguridad</u> Den: N° de instalaciones de salud a nivel nacional Se desglosará por rubros: infraestructura (espacios, ventilación, elementos de bioseguridad, etc.)	100%
2.3.2.	Objetivo específico 14 Asegurar el funcionamiento de los sistemas de información y garantizar el acceso al sistema de vigilancia electrónico en todo el territorio nacional	% registros a través del SISVIG	Num: <u>N° de Registros a través del Sistema de Vigilancia</u> Den: N° total de registros verificados	100%
		% Instalaciones de salud con acceso al SISVIG	Num: <u>N° de instalaciones con acceso a internet y equipamiento tecnológico acorde</u> Den: N° total de instalaciones total a nivel nacional	100%
Objetivo Estratégico 4 Asegurar el acceso a las estrategias de protección social del 90% de los pacientes con tuberculosis que así lo requieran				
2.4.1	Objetivo específico 15 Lograr el apoyo de las entidades que correspondan para que las familias afectadas por TB no enfrenten gastos catastróficos por la TB con especial énfasis en poblaciones vulnerables	N° de políticas o programas de protección social a grupos más desfavorecidos del país que contemplan las necesidades de las personas con tuberculosis.	Refiera a acuerdos realizados multisectorialmente para incluir a personas en situación de vulnerabilidad en los planes de ayuda social preestablecidos o por crearse	3
LÍNEA ESTRATÉGICA 3 INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN INTENSIFICADA				
Objetivo Estratégico 5 Promover el desarrollo de investigaciones en temas relevantes a la situación actual de Panamá				
3.5.1.	Objetivo específico 16 Contar con investigaciones clínicas, epidemiológicas u operativas en temas relevantes y acordes a la situación del país	Red multidisciplinaria de investigación con énfasis en investigación operativa	Se deberá realizar un mapeo/estudio de capacidades para conocer las áreas de conocimiento y para maximizar recursos	1
		N° de investigaciones clínicas, epidemiológicas u operativas en temas relevantes y acordes a la situación nacional desarrolladas	Si bien el énfasis serán las investigaciones operativas por su reconocida importancia en el desarrollo de estrategias en la salud se fomentará el desarrollo de investigación en todas las áreas	3



10. Plan Operativo Anual - POA

Para la correcta implementación de este plan, es importante consolidar e integrar esfuerzos entre las distintas áreas e instituciones que intervienen en el desarrollo y logro de las metas, objetivos estratégicos y específicos. Así, es muy importante el proceso de planificación estratégico y operativo que esté alineado con la estrategia de salud nacional.

Este plan presenta 3 líneas estratégicas alineadas con los pilares de la Estrategia Fin TB que a su vez se alinean con las estrategias del país, 5 objetivos estratégicos y 16 específicos y una serie de actividades entendidas como básicas para alcanzar los indicadores.

Para este proceso de planificación se propone este Plan Operativo Anual, consensuado con el PNCTB con el fin de definir la ruta a seguir para alcanzar estas intervenciones estratégicas.

Para la implementación se requiere un trabajo coordinado que incluya la socialización de todos los documentos a todo el personal involucrado en la respuesta a la TB en el país, (incluyendo todos los actores de todos los niveles y sectores) con el fin de lograr generar el compromiso necesario para la maximización de los esfuerzos y por ende de los resultados.

El Plan Operativo Anual deberá ser monitoreado de manera constante para ir corroborando el nivel de cumplimiento de las actividades y como parte del monitoreo del PENTB en general, de esta forma podrán corregirse desvíos o ajustar las necesidades que surjan de la realidad que atraviese el país y que no hayan sido previstas.

Las actividades que se definieron en el PENTB responden a lineamientos generales, así como las que se proponen en el POA, donde por su naturaleza se obvian aquellas actividades rutinarias operativas implícitas en el correcto desarrollo del programa. El POA incluye actividades estratégicas concretas para el correcto cumplimiento de las directrices establecidas y detalladas en las Normas Técnicas.





PLAN OPERATIVO ANUAL

Objetivos estratégicos	Indicador/es	Resultados esperados Responsables	Fecha-Meses											
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Alcanzar los indicadores de impacto prioritarios para el año 2025 de acuerdo a lo que establecen las directrices del marco legal en tuberculosis en Panamá														
Actividad 1.1.: Asegurar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el cumplimiento de las directrices de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento establecidos en las Normas Técnicas	Metas prioritarias para 2025	La socialización de las normativas es fundamental para cumplir los objetivos estratégicos. Se realizarán talleres PNCTB central y coordinaciones regionales												
Subactividad 1.1.1.: Talleres de socialización de normativa legal	N° de talleres de socialización realizados N° de recurso humano capacitado	Mínimo 2 talleres por región realizados Mínimo 90% del personal de salud con conocimientos sobre las Normas Técnicas, la Ley 169 y el PENTB 2023-2027 PNCTB central y coordinaciones regionales												
Actividad 1.2.: Identificar de manera temprana posibles factores que puedan obstaculizar la adherencia al tratamiento.	Metas prioritarias para 2025	Socializar las buenas prácticas llevadas a cabo en las instalaciones de salud para obtener el compromiso de las personas involucradas y de la alta dirección PNCTB central y coordinaciones regionales												
Subactividades: Reuniones virtuales o presenciales de buenas prácticas donde se presentan indicadores y formas de gestión que permiten identificar mejoras y replicar métodos	4 reuniones de buenas prácticas realizadas por instalación de salud	Intercambio de experiencias, réplica de buenas prácticas, intercambio de información oportuna, solución de dudas. PNCTB central y coordinaciones regionales												
	2 reuniones de buenas prácticas realizadas por región	Promoción del intercambio, aprendizaje mutuo, mejora de gestión PNCTB central y coordinaciones regionales												
	1 reunión de buenas prácticas realizadas a nivel nacional	Reconocimiento de mejores prácticas, identificación de problemas y cuestiones prácticas.												





		PNCTB central y coordinaciones regionales																	
Actividad 1.3.: Mapear instalaciones por regiones, identificar las regiones que requieren instalaciones con pruebas rápidas, priorizando las áreas de mayor incidencia.	N° de instalaciones que requieren pruebas rápidas Meta: que el 100% cuenten con acceso a pruebas rápidas	Conocer la situación en cada instalación de salud para el acceso a pruebas rápidas PNCTB central y coordinaciones regionales, red de laboratorios																	
2. Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.																			
Actividad 2.1.: Gestionar el aumento de recursos financieros para las partidas presupuestarias ya existentes y abogacía para la inclusión de nuevos rubros que actualmente financia la cooperación externa remarcando los acuerdos de los que Panamá es signatario.	% incremento en el financiamiento nacional para la respuesta a la tuberculosis Ley 169 en proceso de reglamentación	A través de abogacía, acciones de sensibilización dirigidas a las altas autoridades especialmente para la reglamentación de la ley 169. PNCTB, autoridades MINSA, MEF																	
Actividad 2.2.; Promover la conformación de organizaciones de base comunitaria que colaboren en actividades para la prevención y control de la tuberculosis.	N° de organizaciones de base comunitaria o OSC que colaboran en actividades de TB	Organizar espacios para el diálogo con organizaciones PNCTB																	
Actividad 2.3: Generar alianzas con el sector privado para que colaboren activamente en la respuesta a la TB. Puede realizarse a través de firma de convenios para implementación de políticas	N° de empresas del sector privado que colaboran en actividades de TB	Organizar espacios para el diálogo con organizaciones PNCTB																	
3. Asegurar la infraestructura necesaria para la adecuada atención a las instalaciones de salud incluyendo elementos de bioseguridad al personal de la salud																			
Actividad 3.1.: Mapear las instalaciones que requieren mejoras en infraestructura y definir niveles de necesidades y priorizar por áreas de mayor incidencia.	N° de instalaciones que cuentan con infraestructura en funcionamiento desagregado por rubros	PNCTB central, regiones, red de laboratorios, servicios penitenciarios																	
Actividad 3.2.: Inicio de readecuación de instalaciones de salud	N° de instalaciones que inician	PNCTB central, regiones, red de laboratorios, otras áreas requeridas, servicios penitenciarios																	



[illegible]



11. Bibliografía

- APNEWS. (Diciembre 4, 2020). *Presidente panameño sanciona ley para crear comarca indígena*. <https://apnews.com/article/noticias-d499b2bd0d3f3417621c68320fe9d82e>
- ASAMBLEA GENERAL, 2020. *Proceso del proyecto de ley 361*. https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2020/PDF_SEG_2020/2020_P_361.pdf
- AUCI. (2016) *Glosario y tipologías de la cooperación internacional*. Agencia Uruguay de Cooperación Internacional. Disponible en: https://www.gub.uy/agencia-uruguay-cooperacion-internacional/sites/agencia-uruguay-cooperacion-internacional/files/documentos/publicaciones/09_GlosarioT%C3%A9rminosCI_1.2.pdf
- Austin, J. E. (2005). *Alianzas sociales en América Latina: Enseñanzas extraídas de colaboraciones entre el sector privado y organizaciones de la sociedad civil*. IDB. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/alianzas-sociales-en-america-latina-ensenanzas-extraidas-de-colaboraciones-entre-el-sector-privado>
- Banco Mundial (2021, 6 de octubre) *El Banco Mundial en Panamá. Panamá: Panorama General*. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview#1Acceso>
- Global. (2017). *Informe de País: Panamá. Análisis de la Preparación para la Transición, Informe final 2017*. https://www.acesoglobal.org/wp-content/uploads/2020/05/PanamaReport_esp_070917_FINAL.pdf
- Banco Mundial (s.f.). *Datos de libre acceso del Banco Mundial*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.TOTL?locations=PA>
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups/> <http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/CLASS.xls> (Panamá se encuentra en la fila de países en el número 152)
<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CN?locations=PA>
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CN?locations=PA>
- Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. (2020). *Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas*. Rev Panam Salud Pública.. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.153>
- Caja de Seguro Social (CSS). (2018 28 de octubre). *Caja de Seguro Social atiende a más del 80% de la población panameña*. <http://www.css.gob.pa/web/28-octubre-2018b.html>
- Caja de Seguro Social (CSS). (2018 diciembre). *Memoria Año 2018*. CSS. <http://asamblea-dspace.metabiblioteca.com/bitstream/001/201/1/MEMORIA%20CSS%202018.pdf>
- CEPAL, *Panorama Social de América Latina, 2019*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
- Dick, A,. (2020, 7 de febrero). *Informe Económico. Estimaciones sobre el crecimiento de la economía panameña y el sector industrial manufacturero al tercer trimestre del año 2019 y perspectivas para el año 2020*. Sindicato de Industriales de Panamá. <https://industriales.org/wp-content/uploads/2020/02/INFORME-ECON%3%93MICO-INDUSTRIA-2019-2020.pdf>
- Estrada Ortiz, MN (2020), *Asistencia técnica para el diseño una estrategia multisectorial para la prevención y control de la tuberculosis*. PNUD.
- Martínez, F..(2020) *Presidente de UNPYME en el Foro organizado por Asociación Panameña de Exportadores (APEX)*. Facebook.





- <https://www.facebook.com/unpyme/videos/573096656937443>
- Gordon, I., (2021, 28 de febrero). *La tasa de natalidad en Panamá tiene tendencia al decrecimiento*. La Estrella de Panamá. Nacional.
<https://www.laestrella.com.pa/nacional/210228/tasa-natalidad-panama-tendencia-decrecimiento>
- Gutiérrez, R., Avella, L. F., & Villar, R. (2006). *Aportes y desafíos de la responsabilidad social empresarial en Colombia*. <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/20960>
- ICGES (s.f.). *Vigilancia y Análisis de Riesgos a la Salud Pública* <http://www.gorgas.gob.pa/red-nacional-de-laboratorios/>
- INEC. Estadísticas vitales – Volumen II – Nacimientos y Defunciones fetales: Año 2018.
https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=974&ID_CATEGORIA=3&ID_SUCATEGORIA=6
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud. *Vigilancia y Análisis de Riesgos a la Salud Pública*. Red Nacional de Laboratorios. <http://www.gorgas.gob.pa/red-nacional-de-laboratorios/>
- Maher, Dermot, Boldrini, Francesca, Pathania, Vikram, Alli, Ben, Gabriel, Phyllis. et al. (2003). *Guidelines for workplace TB control activities : the contribution of workplace TB control activities to TB control in the community* / Dermot Maher ... [et al.] ; with Phyllis Gabriel, Sophie Kisting, Pierre-Yves Norval. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42704>
- Ministerio Público. (s.f.). *Constitución Política de la República de Panamá*. MINPU
<https://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/uploads/2016/09/constitucion-politica-con-indice-analitico.pdf>
- MINSA. (2015) *Manual de Organización y Funciones-MOF*.
<https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=109#:~:text=El%20Manual%20de%20Organizaci%C3%B3n%20y,dependencia%20y%20coordinaci%C3%B3n%20de%20los>
- MINSA. (2015). "Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025". Ministerio de Salud.
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf
- MINSA. (2017) *Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis, 2017*.
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/10sept_norma_tb_digital.pdf
- MINSA. (2020) *Listado de Instalaciones de salud año 2020*. Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/listado_de_instalaciones_de_salud_ano_2020.pdf
- MINSA. (2022) *Norma Técnica Nacional para el Manejo Clínico del Paciente con Diagnóstico de Tuberculosis Drogoresistente*. https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29350_A/86620.pdf
- Moreno, O., Guerra, J., Diéguez, H., (2018) *Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá - Año 2018*. Dirección de Análisis Económico del Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá. <http://www.gabinetesocial.gob.pa/wp-content/uploads/2019/12/MED-DAES-Informe-del-%C3%8Dndice-de-Pobreza-Multidimensional-de-Panam%C3%A1-2018.pdf>
- OECD. (2008). *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
- Ogliastri, E..(2003). *Alianzas cívicas y la empresa social: una introducción*. An introduction to civic alliances and social enterprise. Academia. Revista Latinoamericana de Administración, (31),5-14.
- OMS (2015) *Estrategia Fin de TB*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>





- OMS. (2014). *Toolkit to develop a National Strategic plan for TB prevention, care and control*. Organización Mundial de la Salud
<https://www.tbdiah.org/resources/publications/toolkit-to-develop-a-national-strategic-plan-for-tb-prevention-care-and-control-methodology-on-how-to-develop-a-national-strategic-plan/>
- OMS. (2014). *ENGAGE-TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: Manual de capacitación - Programa y guía del moderador*. Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145001/9789243507095_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2017). *Declaración de Moscú*. Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/tb/features_archive/Spanish_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1
- OMS. (2017) *Comunicado de prensa "Nuevo compromiso mundial para poner fin a la tuberculosis"*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. *Datos sobre TB*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OMS. *Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2019). *Political declaration of the UN General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>
- OMS. (2020). *Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis, 2020*. https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/overview-progress-unga.pdf?sfvrsn=e8ad804d_1
- OMS. (2022) *Reporte Global 2021*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- OMS. (2021) *Reporte Global sobre Tuberculosis 2020*. Disponible en inglés en:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- OPS. (2013). *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis – Revisión 2013*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf>
- OPS. (2016) *Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 2016. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-marco-trabajo-tb-grandes-ciudades.pdf>
- OPS. (2016). *Tuberculosis y coinfección por el VIH*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14832:tuberculosis-and-hiv-co-infection&Itemid=40682&lang=es
- OPS. (2020). *Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019*. Organización Panamericana de la Salud.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8
- OPS. (2017). *Salud en las Américas 2017. Informe de país: Panamá*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/panama&lang=es



SEGIB (2020). *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2019*.
<https://www.informesursur.org/>

Stop TB Partnership. (s.f.) *Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la lucha contra la Tuberculosis. Objetivos y compromisos clave para 2022*. UNOPS.
<https://www.stoptb.org/file/8729/download>

TBFACTS. (sf) *Bangladesh MDR TB treatment regime*. <https://tbfacts.org/bangladesh-regimen/#:~:text=The%20Bangladesh%20regimen%20is%20a,largely%20now%20of%20historical%20interest.>

The Global Fund (sf). *Plan de Acción para las Poblaciones Clave 2014-2017*. Publicaciones.
https://www.theglobalfund.org/media/5952/publication_keypopulations_actionplan_es.pdf

Thompson, M., Victoria, J.. (2018). *Hacia la salud universal en Panamá, 2018*. OPS/OMS.
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=421-agua-saneamiento-e-higiene-en-panama-avances-y-desafios-2018&category_slug=publications&Itemid=224

UN Global Compact (sf) *Pacto Mundial Red España*. <https://www.pactomundial.org/>

UNDP. (2020). *Human Development Indicators. “Desigualdades del Desarrollo humano en el Siglo XXI. Nota informativa para los países acerca del Informe sobre Desarrollo Humano 2019”* Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/es/PAN.pdf

UNFPA. (s.f.). *El enfoque en derechos humanos*. <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

UNICEF. (s.f.). *Derecho a un nivel de vida adecuado*. Capítulo de publicación.
<https://www.unicef.org/panama/media/1651/file/Derecho%20a%20un%20nivel%20de%20vida%20adecuado.pdf>





ANEXOS





Anexo I - Enfoques, iniciativas y mecanismos multisectoriales en TB

A continuación, se presentan enfoques e iniciativas recomendadas internacionalmente para el abordaje de la TB como herramientas para las acciones planteadas en la estrategia.

Enfoque Engage TB/OMS

ENGAGE-TB es un enfoque para integrar las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las OSC⁹⁹. Dentro del enfoque multisectorial para dar respuesta a la TB, todas las recomendaciones internacionales, establecen que las OSC son actores fundamentales para colaborar con los Programas de Tuberculosis. Pero para que estas alianzas funcionen, es necesario contar con una OSC operativa y funcional. Para ello, la OMS recomienda el enfoque ENGAGE-TB, que se presenta con orientaciones operacionales, manual de aplicación y manual de capacitación para aquellas OSC que desean incorporar la temática de la TB a sus líneas de acción (o que quieran comenzar a trabajar con ella). Es un enfoque dirigido tanto a las OSC como a los PTB, pues plantea orientaciones para ambos y para los demás actores de estos mecanismos multisectoriales. ENGAGE-TB define los requerimientos de las OSC para poder colaborar con los PTB. Para la aplicación del enfoque, se definen 6 componentes donde es fundamental la participación de las OSC y de los programas nacionales de TB coordinadamente. Estos componentes son: análisis de situación, entorno propicio, directrices e instrumentos, identificación de tareas, seguimiento y evaluación y fortalecimiento de la capacidad. Este enfoque permite, además, medir el impacto que producen las actividades de las OSC para la respuesta a la TB a través de indicadores para el seguimiento de la ejecución. Algunas de las actividades que se proponen, incluyen la colaboración en detección temprana de casos, apoyo en tratamiento, actividades de prevención y control de determinantes sociales.

Iniciativa Grandes Ciudades

Es una iniciativa de la OPS/OMS¹⁰⁰ que plantea un enfoque multisectorial para el abordaje de la TB en grandes ciudades. Plantea que en América Latina existe un crecimiento exponencial de la urbanización dado que la mayor parte de la población se concentra en grandes ciudades, y que dentro de estas existe una gran desigualdad de acceso a servicios y altos índices de pobreza, entre otras de las barreras para el control de la enfermedad. De

⁹⁹ OMS, ENGAGE-TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: Manual de capacitación - Programa y guía del moderador, 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145001/9789243507095_spa.pdf?sequence=1

¹⁰⁰ Organización Panamericana de la Salud Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2016. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-marco-trabajo-tb-grandes-ciudades.pdf>



esta forma, promueve la articulación de los gobiernos nacionales y locales para disminuir la incidencia de la tuberculosis, entendiendo que los gobiernos locales son los que están más cerca de la población y conocen sus realidades y las especificidades de cada área.

Establece que los siguientes componentes deben incorporarse a los planes estratégicos u operativos de las localidades donde se desarrollan, de acuerdo con las realidades y particularidades de cada población (contextos estructurales, sociales y políticos diferentes):

- 1) Compromiso político y coordinación con autoridades de salud.
- 2) Mapeo epidemiológico de la TB e identificación de poblaciones de riesgo.
- 3) Mapeo de proveedores de salud existentes.
- 4) Atención de salud adaptada a las necesidades de las poblaciones de riesgo.
- 5) Abordaje interprogramático y atención integral.
- 6) Trabajo intersectorial y programas de protección social.
- 7) Participación de la sociedad civil.
- 8) Sistema de monitoreo y evaluación sistemática.

Iniciativa CeroTB (Zero TB Initiative)

Es una iniciativa¹⁰¹ que propone una estrategia integral y multisectorial a través de tres grupos de indicadores de procesos:

- 1. Buscar.
- 2. Tratar.
- 3. Prevenir.

Plantea la búsqueda activa de casos, el tratamiento eficaz y con apoyo y la prevención a la exposición y tratar a quien haya sido expuesto. Cada uno de estos grupos se presenta como una cascada de pasos que permiten medir la proporción de personas que se mueven de un paso a otro. Es una estrategia flexible. Promueve “**islas de eliminación**” enfocándose en ciudades, regiones y distritos. Promueve, asimismo, la coalición de gobiernos locales, empresas y la sociedad civil.



¹⁰¹ ZeroTB Initiative.





Anexo II – Propuesta de convenios con el sector privado¹⁰²

Tanto en Panamá como en el mundo, existe un gran número de estrategias para dar respuesta a enfermedades o, como en el caso del Sello de Igualdad de Género, como respuesta a una problemática social. Por ello, hay que explorar estos mecanismos innovadores para dar respuesta a la problemática de la tuberculosis (y otras enfermedades) no solo en el corto, sino planificar para una sostenibilidad de financiamiento a largo plazo y es por ello por lo que el sector privado debe ser un aliado fundamental.

Incluir mecanismos innovadores para cubrir necesidades para dar respuesta a la TB que, por diferentes motivos, no pueden cubrirse a nivel país, es una realidad que debe concretarse.

Con base en recomendaciones, experiencias y modelos, se visualiza que el sector privado de Panamá se presenta como una oportunidad potencial, que puede ofrecer situaciones de ganar-ganar. Por un lado, la empresa invierte socialmente fortaleciendo su RSE y su imagen corporativa al promover y colaborar en la respuesta a un problema nacional como es la TB y, por otro lado, el Estado, a través de estos reconocimientos y convenios, aumenta la llegada y el aterrizaje a un amplio sector de la sociedad.

Como se ha mencionado, Panamá cuenta con la reciente ley 169 obligatoria tanto para el ámbito público como privado, y además “*se prohíbe la discriminación, estigmatización o segregación de las personas afectadas por cualquier forma clínica de tuberculosis*”. En este sentido, los convenios, además de contar con un marco regulatorio, promueven el cumplimiento y mayor alcance de la ley. Y las empresas, además de comprometerse corporativamente, se aseguran el cumplimiento de este marco regulatorio.

Debido a lo variado del parque empresarial de Panamá, se propone la realización de diferentes tipos de convenios. También se proponen otros mecanismos de reconocimiento, que puedan implementarse de forma gradual para lograr el acercamiento, la sensibilización y la colaboración del sector privado para dar respuesta a la TB. En este sentido, idealmente muchos de estos convenios podrían realizarse en el marco de las actividades conjuntas de coinfección TB-VIH en el que Panamá ha avanzado.

Mecanismos de reconocimiento

Un reconocimiento es una forma de dejar constancia pública de la participación, mediante diferentes acciones, colaboraciones o contribuciones de los actores de la sociedad en la

¹⁰² Estrada Ortiz, MN (2020), Asistencia técnica para el diseño una estrategia multisectorial para la prevención y control de la tuberculosis. PNUD.





respuesta a la TB. Por un lado, es un agradecimiento a la voluntad y compromiso de actores y por otro, una motivación para continuar los esfuerzos propios e incentivar a otros actores a involucrarse en la temática.

Con el fin de promover y dar a conocer este tipo de convenios y acciones dentro del sector privado, se propone el otorgamiento de reconocimiento a empresas que hayan realizado actividades o que han venido demostrando un alto nivel de compromiso para la respuesta a la TB y que constituyan un ejemplo para futuros reconocimientos. De esta forma, se presentan pautas para realización de reconocimientos y convenios a través de una serie de textos que pueden utilizarse dependiendo del tipo de actor que los reciba.

Los tipos de reconocimientos propuestos son:

1. **Reconocimiento público:** Como mérito a la trayectoria, compromiso, colaboración para dar respuesta a la TB en Panamá en cualquiera de sus formas.
2. **Convenios público-privados:** Elaborados para aquellas empresas que deseen comprometerse incluyendo políticas de prevención y control a la TB y/o colaboración para dar respuesta a la TB en cualquiera de sus formas.

la necesidad de respuesta para la prevención, atención y control de la TB requiere del acercamiento del sector público con la mayor cantidad de sectores. Esto convierte el proceso de acercamiento en un engranaje que implica la colaboración de actores con intereses diferentes e incluso, muchas veces, opuestos.

“Aprovechar todos los beneficios de las políticas y los sistemas de salud y desarrollo implicando a un conjunto mucho más amplio de colaboradores procedentes de los gobiernos, las comunidades y el sector privado”¹⁰³

La alineación de estos intereses, si bien es fundamental, puede convertirse en el principal obstáculo, dadas las características propias de los actores involucrados. Por eso, es fundamental conocer no solamente cuáles son los intereses que cada uno persigue, sino también identificar cuál será el beneficio de este trabajo conjunto, entendiendo que el objetivo es aquel que tiene que ver con el *“bien público y de resolver problemas de grupos vulnerables de la sociedad”¹⁰⁴*. En este caso particular, la unión de esfuerzos a través de un

¹⁰³ QMS, *Estrategia Fin a la Tuberculosis*. Op. Cit.
¹⁰⁴ Ogliastri, Enrique (2003). *Alianzas cívicas y la empresa social: una introducción An introduction to civic alliances and social Enterprise*. Academia. Revista Latinoamericana de Administración, (31),5-14. ISSN: 1012-8255.



convenio multisectorial es celebrada para colaborar y colaborar para dar respuesta en la prevención, atención y control de la tuberculosis en el lugar de trabajo¹⁰⁵.

Para que este engranaje funcione, deben definirse claramente para cada actor:

1. Roles y funciones.
2. Responsabilidades, obligaciones y competencias.
3. Dimensión de la inversión social¹⁰⁶ (recursos, gestión, experiencia, intermediación etc.).
4. Comunicación efectiva y eficiente.



Varias organizaciones internacionales han dispuesto una serie de recomendaciones en varios ámbitos que van desde la igualdad de género hasta la prevención de enfermedades transmisibles. En particular en el tema de TB, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo en conjunto, elaboraron, en 2012 una guía para abordar esta enfermedad en el lugar de trabajo, que sirve de guía para estas recomendaciones¹⁰⁷. En este marco, la Alianza Alto a la Tuberculosis, apunta tanto en su “Plan Global hacia el Fin de la Tuberculosis:2018-2022, Cambio de Paradigma”¹⁰⁸ como en el documento “*StopTB Field guide: Finding Missing People with TB by Engaging the Private Sector*”¹⁰⁹ a la necesidad de innovar en mecanismos para acelerar y efectivizar la respuesta, incluyendo al sector privado como pieza fundamental.

Algunas de las principales razones por las que el sector privado puede verse beneficiado de participar de este engranaje, se explican a través de algunos hechos en relación con la tuberculosis:

1. La población más afectada se encuentra en la edad productiva¹¹⁰ (entre los 15 y 54 años). Esta población destina varias horas a diario en el lugar de trabajo.
2. Su atención permite bajar costos de productividad asociados al ausentismo, tiempo y/o costo de reemplazos de personas afectadas por TB.
3. El trabajador afectado por TB una vez que ha sido diagnosticado y comienza su tratamiento tempranamente, puede volver al trabajo en un período de entre 2 y 4 semanas, sin presentar riesgo de contagio.

¹⁰⁵ Austin, J. E. (2005). *Alianzas sociales en América Latina: Enseñanzas extraídas de colaboraciones entre el sector privado y organizaciones de la sociedad civil*. IDB. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/alianzas-sociales-en-america-latina-ensenanzas-extraidas-de-colaboraciones-entre-el-sector-privado>

¹⁰⁶ Gutiérrez, R., Avella, L. F., & Villar, R. (2006). *Aportes y desafíos de la responsabilidad social empresarial en Colombia*. Disponible en: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/20960>

¹⁰⁷ Ídem.

¹⁰⁸ “Cambio de Paradigma: Plan Global Hacia el Fin de la TB: 2018-2022” Op.cit.

¹⁰⁹ Stop TB (2019). *StopTB Field guide: Finding Missing People with TB by Engaging the Private Sector*. https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STOFG_10.pdf

¹¹⁰ Información disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>



4. Al incluir políticas internas de prevención y lugares de trabajo seguros, las empresas colaboran con la disminución de la transmisión de la TB y otras enfermedades fortaleciendo a los mecanismos de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) ¹¹¹ su imagen pública y que puede constituir una ventaja competitiva en el mercado.

Por otro lado, además de los 10 Principios del Pacto Global mencionados, existen diversas herramientas que pueden ayudar a las empresas a entender mejor cuáles son los beneficios de apoyar actividades que contribuyan a cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre ellos¹¹²:

SDG Compass¹¹³ que provee una guía para que las empresas comprendan cómo alinear sus estrategias, medir y gestionar su contribución con los ODS. Esta Plataforma fue desarrollada por GRI¹¹⁴ (Global Reporting Initiative, organización internacional independiente), Pacto Mundial de Naciones Unidas (Global Compact, una iniciativa internacional que promueve la implementación de los 10 principios mencionados) y el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible (WBCSD por sus siglas en inglés, una asociación mundial de empresas de la que Panamá es parte con más de 20 empresas asociadas).¹¹⁵

Guía de implantación de los principios rectores sobre empresas y derechos humanos¹¹⁶, que ayuda, entre otras cosas, a formular la estrategia de derechos humanos en la empresa y permite diagnosticar cuál es la situación actual.

Llamada a la acción empresarial¹¹⁷, una alianza multilateral promovida por PNUD, que cuenta con una serie de herramientas para ayudar a las empresas a implementar estrategias de negocios contribuyendo a las metas de desarrollo sostenible.

Las políticas

Las políticas por implementar dependerán del tipo de empresa: tanto del rubro, como del tamaño, alcance, ubicación, infraestructura y contexto socioeconómico de sus empleados.

¹¹¹ Maher, Dermot, Boldrini, Francesca, Pathania, Vikram, Alli, Ben, Gabriel, Phyllis. et al. (2003). Guidelines for workplace TB control activities : the contribution of workplace TB control activities to TB control in the community / Dermot Maher ... [et al.] ; with Phyllis Gabriel, Sophie Kisting, Pierre-Yves Norval. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42704>

¹¹² Fuente: <https://www.pactomundial.org/>

¹¹³ <https://sdgcompass.org/>

¹¹⁴ <https://www.globalreporting.org/>

¹¹⁵ <https://www.wbcds.org/>

¹¹⁶ <https://compactlink.pactomundial.org/guia-principios-rectores>

¹¹⁷ <https://www.businesscalltoaction.org/>



Naturalmente, aquellas empresas que presentan mayor posibilidad de contagio deberían ser las que contraigan mayores responsabilidades para con su personal.

Estas empresas pertenecen principalmente a los siguientes grupos:

1. Industria minera.
2. Industria de gas /petróleo.
3. Hospitales y centros de salud (con alto riesgo de salud ocupacional).
4. Empresas con fuerza de trabajo migrante.



Las políticas deberían orientarse:

1. a la protección de los derechos fundamentales de las empleadas y los empleados, contemplando la no discriminación y estigmatización tanto durante el período de reclutamiento como de retención.
2. a ofrecer lugares de trabajo seguros.
3. a garantizar la conservación del empleo a las personas afectadas y promover la adherencia al tratamiento.

Las acciones deberían:

1. incluir al personal y preferentemente hacerse extensivas a sus familias y a la comunidad en general, para lograr un mayor impacto en la sociedad. De hecho, la implementación de estas políticas debería ser vista como inversión, más que como costos o gastos.

Tanto las acciones como las políticas deberían regirse por estos principios¹¹⁸:

1. Reconocimiento de la tuberculosis como problema en el lugar de trabajo al afecta la salud de las trabajadoras y los trabajadores.
2. No discriminación ni estigmatización: ninguna persona dentro de la empresa será plausible de experiencias discriminatorias de ningún tipo y en ninguna circunstancia (tenga o no TB).
3. Confidencialidad: proteger a los afectados con normas claras de confidencialidad y no divulgación de información personal.
4. Ambiente laboral saludable¹¹⁹: promover un lugar de trabajo seguro, con normas de higiene y protección de la salud.
5. Asistencia y apoyo a personas afectadas y sus familiares, con flexibilidad para la adaptación a la medicación, horarios y turnos de trabajo.
6. Diálogo social: promoción del diálogo en base colaborativa entre líderes y la fuerza de trabajo.

¹¹⁸ Guidelines for workplace TB control activities: the contribution of workplace TB control activities to TB control in the community. Op. cit.

¹¹⁹ Las orientaciones pueden encontrarse en la Norma Técnica “Indicaciones que deben cumplirse para un ambiente seguro”



Sobre las formas de colaboración

Las empresas pueden realizar varias actividades para cumplir con los principios mencionados. Las actividades, así como las políticas, dependerán del tipo de empresa y podrán incluir:

1. En aquellas empresas donde existan centros de salud pueden colaborar en la implementación de estrategia TAES y los que no, promoverla.
2. En las internacionales que puedan registrarse con seguros privados, considerar el tema de la tuberculosis en caso de tratamiento y ausentismos.
3. Crear un comité de salud o en caso de que exista, capacitarlos en temas de TB y otras enfermedades.
4. Campañas de sensibilización y atención para la prevención sobre la importancia del reconocimiento de síntomas y diagnóstico temprano, información general sobre la TB con énfasis en que es una enfermedad curable cuando se realiza debidamente el tratamiento.
5. Actividades de seguimiento y apoyo a pacientes con TB durante el tratamiento.
6. Donaciones financieras o en especie.
7. Promoción de actividades especiales el día Mundial de la Tuberculosis.
8. Movilización y sensibilización de la comunidad en donde desarrollan las actividades.
9. Funcionar como modelo para que otras empresas se comprometan con la causa.
10. Extender las actividades a proveedores y colaboradores externos.
11. Acondicionamiento del lugar de trabajo con medidas que pueden o no requerir inversión (dependiendo del tipo de empresa), por ejemplo: promoción de lavado de manos, formas apropiadas para toser y estornudar, normas de comportamiento (saludo, distanciamiento, reconocimiento de síntomas), equipos de protección, uso espacios, medidas de limpieza, sistemas de ventilación, acondicionamiento de sistemas de flujo de aire, rotación de personal, promoción del teletrabajo.

