

CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS
**RELACIONADAS A
ENFERMEDAD AVANZADA
AL MOMENTO DE
DIAGNÓSTICO Y A LA
MORTALIDAD POR VIH
EN PANAMÁ**

ENERO 2021-MARZO 2022





Investigadores de la Fundación Planta de Generación de Energía Social

Amanda Gabster, PhD, MSc – Investigadora Principal
Gonzalo Cabezas Talavero, MSc, BSc
Rowein Navarro, BSc, MSc(c)

Fundación Planta de Generación de Energía Social:

Sonia Heckadon, MA, Directora Ejecutiva
Gehisis Caballero, Asistente Administrativa

Equipo consultor/investigador de campo:

Karol Batista, MD
Kristall Martínez, MD
Miguel Quintero, MD
Najadi Cedeño, MD
Nicole López, MD
Omar Portillo, MD

Transcriptora:

Dixennia Bejarano

Editor:

Diego Heckadon

Clínicas TARV participantes:

Hospital Santo Tomás
Región de Colón
Hospital Nicolas Solano
Centro de Salud Torrijos Carter
Región de Chiriquí
Región de Comarca Ngäbe-Buglé- San Félix
Región de Comarca Ngäbe-Buglé- Pueblo Nuevo

Con el apoyo técnico de:

Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH de USAID e IntraHealth
Isabel Escobar, MD
Karol Sunum, MD

Ministerio de Salud de Panamá

Carlos Chávez, MD

Financiado por:

USAID/IntraHealth y UNFPA Panamá

Ciudad de Panamá, República de Panamá
Agosto 2025

Prefacio

El presente informe constituye un aporte fundamental al fortalecimiento de las políticas públicas de Panamá en relación con el VIH. Al analizar de manera conjunta los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la enfermedad avanzada y a la mortalidad, así como las barreras estructurales y sociales identificadas, este estudio ofrece una visión integral de los retos que enfrentan las poblaciones más vulnerables en cuanto al acceso a servicios relacionado al VIH, a la enfermedad avanzada del VIH y la mortalidad en personas viviendo con VIH.

Sus recomendaciones buscan apoyar a las autoridades nacionales y a los actores de salud en el diseño de intervenciones que promuevan un diagnóstico temprano, el inicio oportuno del tratamiento, el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de infecciones oportunistas y la reducción de inequidades en la atención integral, libre de estigmas y discriminación.

Los hallazgos aquí presentados no solo brindan evidencia para la toma de decisiones, sino que también ponen de relieve la urgencia de enfrentar las desigualdades persistentes en el acceso a servicios de salud, particularmente en las comunidades rurales e indígenas. De este modo, este estudio contribuye al avance de la respuesta nacional frente al VIH y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel regional y global.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Amanda Gabster, Investigadora Principal, y a su equipo de investigación, Gonzalo Cabezas Talavero y Rowein Navarro; así como a los asistentes de investigación, doctores: Karol Batista, Kristall Martínez, Miguel Quintero, Najadi Cedeño, Nicole López y Omar Portillo, por su compromiso y rigor científico que hicieron posible este trabajo.

Asimismo, extendemos un especial reconocimiento al apoyo financiero y técnico brindado por las Dras. Isabel Escobar y Carol Sunum de IntraHealth y a la Sra. Edith Castillo, Representante Nacional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Panamá.

Deseamos también expresar nuestro agradecimiento al Dr. Carlos Chávez, de la Sección de VIH/ITS del Ministerio de Salud de Panamá, por su acompañamiento y colaboración en este esfuerzo, y a los equipos de salud de las siete instalaciones participantes en el estudio, incluyendo el Hospital Santo Tomás —, cuyo compromiso en la atención y la recopilación de datos resultó esencial para la realización de este análisis. Finalmente, agradecemos al Tribunal Electoral su apoyo en la depuración de la base de datos, condición previa para hacer posible esta investigación.

Sonia M. de Heckadon

Directora Ejecutiva
Fundación Planta de Generación de Energía Social
USMA | UCAB

Panamá, septiembre del 2025

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
Objetivo del análisis	7
MÉTODOS	8
Fase cuantitativa	8
Fase cualitativa	8
Sitios del estudio	8
Muestra	8
Criterios de inclusión	8
Criterios de exclusión	9
Procedimientos del estudio	9
Variables cuantitativas de interés	10
Datos cualitativos	10
CONSIDERACIONES	12
RESULTADOS	13
Hallazgos cualitativos con coordinadores de clínicas TARV	63
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	88
Conclusiones del estudio cuantitativo de expedientes de enfermedad avanzada	88
Conclusiones del estudio cuantitativo de expedientes de mortalidad	88
Conclusiones del estudio cualitativo	88
RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	90
Recomendaciones generales	90
REFERENCIAS	95
APÉNDICES	97
Apéndice 1 Instrumento de enfermedad avanzada	97
Apéndice 2 Instrumento de mortalidad usado	100
Apéndice 3 Instrumento cualitativo	104
Apéndice 4 Formulario de consentimiento informado	107
Apéndice 5 Acuerdo de confidencialidad	109
ANEXOS	111
Anexo A avales del MINSA	111
Anexo B Aval del Comité de Bioética de la Universidad Santa María la Antigua	113

RESUMEN

Fondo

En el año 2021, 38.4 millones de personas vivían con VIH a nivel mundial. Los avances en antirretrovirales han reducido un 54% las infecciones desde 1996, pero el VIH sigue siendo crónico e incurable. Es crucial mantener estrategias para prevenir resurgimientos, combatir desigualdades y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En Panamá, el MINSA y proyectos como USAID-IntraHealth trabajaron para mejorar el acceso a diagnósticos y tratamientos, reduciendo la mortalidad y fortaleciendo la atención integral libre de estigmas.

Métodos

Este estudio combinó métodos cuantitativos y cualitativos para analizar datos de siete clínicas TARV del Ministerio de Salud, apoyadas por USAID e IntraHealth en Panamá. En el enfoque cuantitativo, se revisaron expedientes clínicos en un diseño observacional, retrospectivo y transversal para enfermedad avanzada, y longitudinal para fallecimientos. El componente cualitativo incluyó entrevistas semiestructuradas con coordinadores de las clínicas, permitiendo un análisis integral de los factores asociados a enfermedad avanzada y mortalidad por VIH.

Resultados

El análisis de expedientes de personas que entraron al sistema con enfermedad avanzada durante enero 2021 a marzo 2022 encontró la vulnerabilidad que tienen ciertas personas al estar en esta condición. Durante estos 15 meses, las personas con mayor riesgo incluyeron los hombres jóvenes (especialmente entre 20-34 años), las personas que estaban en condiciones de vulnerabilidad social, incluyendo desempleo, y que tenían en el período de estudio características clínicas particulares: con inmunosupresión severa (CD4 mediana 102 células/mm³), carga viral elevada, y retraso en el inicio a tratamiento antirretroviral. Se encontró que las infecciones oportunistas más frecuentemente reportadas fueron tuberculosis, candidiasis, toxoplasmosis e histoplasmosis. La mayoría se identificaron con diagnóstico clínico, indicando la falta de diagnóstico etiológico por laboratorios. Factores como vivir en las provincias de Panamá, Panamá Oeste o Colón, CD4 <50, y no recibir profilaxis se asociaron con mayor probabilidad de diagnóstico de infecciones oportunistas.

En los expedientes de personas que fallecieron entre el 2021 hasta marzo 2022, se observó que una alta proporción de hombres jóvenes, y personas de la Comarca Ngäbe-Buglé fallecieron. Las causas de muerte fueron predominantemente atribuibles al VIH, sin mayor explicación, y síndrome de desgaste, indicando deficiencias en el registro de datos clínicos clave al momento del fallecimiento. En la Comarca Ngäbe-Buglé, hubo una notoria falta de diagnóstico etiológico al momento de muerte. El análisis cualitativo reveló múltiples barreras estructurales y sociales para el diagnóstico de infecciones oportunistas, y atención oportuna. Sin embargo, los participantes también destacaron respuestas resilientes del personal de salud y comunidades, quienes propusieron estrategias concretas para mejorar la atención y reducir la mortalidad.

Conclusiones

Este estudio describe las poblaciones más vulnerables que entraron al sistema de salud con enfermedad avanzada y más vulnerables a fallecer. Estas poblaciones incluyeron a los hombres jóvenes, especialmente aquellos con condiciones sociales precarias, personas que ingresaron tardíamente al sistema de salud con inmunosupresión severa, y residentes en la Comarca Ngäbe-Buglé.

Los análisis destacan la falta de diagnóstico etiológico para infecciones oportunistas a nivel nacional, y especialmente en la Comarca Ngäbe-Buglé. El análisis cualitativo destacó las fortalezas que tiene el personal del sistema de salud y las comunidades en ser resilientes ante las múltiples barreras sociales y estructurales que limitan la atención médica. Se recomienda una serie de intervenciones a nivel social y estructural. Estas incluyen: fortalecer el diagnóstico temprano y el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral; mejorar la capacidad diagnóstica de infecciones oportunistas; reducir las inequidades en la atención del VIH; fortalecer la coordinación con actores comunitarios y médicos tradicionales, e implementar sistemas de información y captación de datos clínicos más robustos y estandarizados.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de ONUSIDA, en el año 2021 aproximadamente 38.4 millones de personas vivían con el VIH a nivel mundial (1) . Con la expansión del acceso a fármacos como tratamientos antirretrovirales y de prevención pre- y post exposición, la epidemiología del VIH ha experimentado transformaciones significativas. Estos cambios se han reflejado en una disminución tanto de la incidencia de nuevas infecciones cada año, como también de las muertes asociadas a esta infección (2). A nivel mundial en el año 1996, se reportó unos 3.2 millones de personas con nuevas infecciones; en el año 2021 esa cifra se había reducido a 1.5 millones, lo que suponía un descenso del 54%. Las cifras más recientes, del año 2023, siguen esa línea descendente, situando las nuevas infecciones en 1.3 millones de personas, lo que supone una disminución del 13.3% desde el año 2021(3).

De igual manera, la mortalidad asociada al VIH ha ido disminuyendo, gracias, en gran medida, al mayor uso de los tratamientos antirretrovirales. En cifras esta disminución se ve reflejada en el número de muertes. Por ejemplo, en el año 2010, hubo 1.19 millones de muertes; el número de éstas en el año 2021 se situaba en alrededor de 718,000, lo que suponía una disminución de 39.7%(4). Mientras las últimas cifras del año 2023 mantienen esa tendencia negativa con 630,000 muertes asociados al VIH, lo que supone un descenso del 12.25% respecto al año 2021 (3). Desafortunadamente en el año 2025, se espera que estas cifras aumenten, producto del recorte de fondos para los programas de VIH por parte de la nueva administración del gobierno de los Estados Unidos; las Naciones Unidas indica que los niveles de mortalidad podrían regresar a niveles de los años 90 (5).

Por lo tanto, los avances que se tuvieron con el Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH, impulsado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) e IntraHealth, su organización filial, no deben conducir a relajar los esfuerzos en las acciones que se llevan a cabo contra el VIH. USAID e IntraHealth colaboraron con los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de cuatro países de Centroamérica. Su objetivo fue el asegurar que las personas con VIH accedan a un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y logren la supresión viral, logrando esto a través de servicios integrales, de calidad, y libres de estigma y discriminación (6).

Por lo tanto, el trabajo para acabar con el VIH requiere de intervenciones sostenidas y estratégicas, ya que una disminución en la respuesta que se está ofreciendo hasta ahora podría propiciar un repunte de la epidemia. Muchas de las metas globales fijadas para el año 2020 no fueron alcanzadas a nivel mundial, lo que subraya la necesidad de implementar nuevas acciones que tengan un mejor impacto hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Erradicar la epidemia del VIH implica también enfrentar de forma decidida las desigualdades, el estigma y la discriminación que persisten (2).

A pesar de que la introducción de antirretrovirales de alta eficacia ha mejorado considerablemente la supervivencia de las personas que viven con el VIH, ésta sigue siendo una condición crónica e incurable. Por ello, el monitoreo de casos con diagnóstico tardío y su vinculación con enfermedad avanzada, como también las muertes asociadas al VIH, constituyen indicadores claves para evaluar tanto la efectividad de los tratamientos y cuidados, como el impacto de las estrategias de prevención implementadas (7).

Mientras tanto en Panamá, la Sección del Programa VIH del Ministerio de Salud (MINSAL) ha trabajado adoptando recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre nuevos regímenes antirretrovirales. Debido a la implementación de este proyecto y los esfuerzos de parte de USAID, IntraHealth y el Ministerio de Salud de Panamá, es importante realizar un análisis para evaluar las características de las personas que se vincularon tardíamente con cuidados clínicos, ya con enfermedad avanzada, y las características de las personas que fallecieron con VIH durante el año 2021 y los primeros meses del 2022.

El presente análisis representa un esfuerzo conjunto de la Fundación Planta de Generación de Energía Social, el Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH del USAID-IntraHealth y el Ministerio de Salud de Panamá, con el fin de fortalecer la respuesta nacional frente al VIH. El objetivo fue analizar los factores asociados a enfermedad avanzada y mortalidad por VIH, así como las brechas existentes en la recolección de datos en siete clínicas apoyadas por el proyecto, durante el período de 15 meses.

Objetivo del análisis

Describir los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes, de 7 clínicas apoyadas por el Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH en Panamá, que entraron al sistema de salud con enfermedad avanzada o que fallecieron viviendo con VIH, entre enero del 2021 a marzo del 2022, y analizar los factores de riesgo de diagnóstico de infecciones oportunistas en estas dos poblaciones.

MÉTODOS

Este estudio realizado por la Fundación Planta de Generación de Energía Social a través de un equipo de investigadores liderado por la Dra. Amanda Gabster, como investigadora principal, utilizó métodos cuantitativos y cualitativos para cumplir los objetivos.

En línea con el protocolo de investigación, se realizó una revisión de expedientes clínicos de personas que:

1. Se vincularon con enfermedad avanzada a una de las 7 clínicas TARV del Ministerio de Salud, del Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH de USAID e IntraHealth en Panamá, durante enero 2021 a marzo 2022; y,
2. Se vincularon a una de las 7 clínicas TARV del Ministerio de Salud, del Proyecto de la referencia, pero fallecieron durante enero 2021 a marzo 2022.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con coordinadores de cada una de las 7 clínicas TARV del Ministerio de Salud, del Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH de USAID e IntraHealth en Panamá. A continuación, se detallan los métodos utilizados:

Fase Cuantitativa

Este estudio utilizó la revisión de datos sociodemográficos y clínicos de expedientes clínicos encontrados en las Clínicas de Terapia Antirretroviral. El estudio fue observacional, retrospectivo y transversal para los expedientes de enfermedad avanzada; mientras que para los expedientes de personas que habían fallecido, fue observacional, retrospectivo y longitudinal.

Fase Cualitativa

Este estudio utilizó entrevistas semiestructuradas con los coordinadores de las clínicas de Terapia Antirretroviral.

Sitios del estudio

El estudio se llevó a cabo en los 7 servicios de salud del Sistema Nacional de Salud de Panamá, donde el Proyecto de Cuidado y Tratamiento en VIH tenía presencia:

- Región de David
- Región de la Comarca Ngäbe-Buglé – San Félix
- Región de la Comarca Ngäbe-Buglé – Pueblo Nuevo
- Región de Colón
- Región de San Miguelito (Torrijos Carter)
- Hospital Nicolás Solano
- Hospital Santo Tomás

Muestra

Como muestra se utilizó una base de datos generada desde el sistema de alerTAR, que manejaba IntraHealth, que incluía todos los pacientes de las Clínicas TARV que recibían tratamiento antirretroviral. Se cribó la base de datos en función a los criterios de inclusión y exclusión, descritos abajo.

Criterios de Inclusión

- **Expedientes de Enfermedad Avanzada:** Expedientes de personas que iniciaron tratamiento antirretroviral entre enero del año 2021 a marzo del año 2022, a quienes se les realizó un conteo basal de células T CD4+ por debajo de 200/mm³.
- **Expedientes de personas que habían fallecido:** Expedientes de personas vinculadas a las clínicas TARV, que tuvieron el reporte oficial de fecha de defunción entre enero del año 2021 a marzo del año 2022.

Criterios de Exclusión

- **Expedientes de Enfermedad Avanzada:** Expedientes que no pertenecían al listado de Clínicas TARV seleccionado; expedientes con reinicio de tratamiento o traslado; expedientes sin pruebas confirmatorias según el algoritmo diagnóstico; expedientes con restricción de acceso a información.
- **Expedientes de personas que fallecieron:** Expedientes de personas vinculadas a otras clínicas TARV fuera del listado; expedientes de personas con retiro de TARV posterior a fecha de defunción; expedientes sin pruebas confirmatorias según el algoritmo diagnóstico; expedientes con restricción de acceso a información.

Procedimientos del estudio

1. Recolección de datos cuantitativos

El proceso de recolección de datos inició con una base de datos generada a partir del sistema ‘alerTAR’ proporcionada por IntraHealth. La misma, recogía información sobre la identificación y seguimiento de usuarios respecto a su tratamiento TARV. A partir de este sistema, se generó un listado de personas basado en los criterios de inclusión y exclusión según la temporalidad objeto del estudio. Los criterios se aplicaron a los expedientes de las personas que entraron con enfermedad avanzada, así como a aquellas registradas como fallecidas. Se tomó ese listado inicial y se realizó una consulta al Tribunal Electoral de Panamá a fin de confirmar la confiabilidad de los datos. Este paso se introdujo debido a que el alto número de expedientes de mortalidad reportados mostraba una discrepancia significativa con la incidencia previa de mortalidad por VIH en el país. El resultado de esta consulta supuso la reducción del número de expedientes de mortalidad y enfermedad avanzada a revisar.

Los instrumentos de recolección de datos para expedientes de enfermedad avanzada y mortalidad están en el Apéndice 1 y 2. Se utilizaron dos formularios implementados en KoboToolbox (Harvard Humanitarian Initiative, USA), uno para cada uno de los componentes del estudio. Se formularon preguntas en el instrumento (Apéndice 1, 2) de selección simple, múltiple, y preguntas abiertas, para la recogida de la información. Los formularios estaban vinculados a una base de datos que recibía la información al término de la revisión de los expedientes por parte de los recolectores en terreno.

Para la revisión de expedientes médicos se pidió acceso a las clínicas a los directores de cada región y a los coordinadores de las clínicas TARV, mediante notas escritas. Una vez recibida la respuesta confirmando la colaboración, se coordinó un calendario de visitas con los coordinadores de cada una de las clínicas.

Se realizó un pilotaje el 13 de diciembre para comprobar la validez de la herramienta con todos los miembros del equipo de investigadores o recolectores de datos. Se utilizó la Clínica de la Región de Colón para este ejercicio. La prueba resultó satisfactoria, lo que llevó a que se incluyeran algunos cambios identificados en el proceso de trabajo con los expedientes.

2. Recolección de datos cualitativos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con coordinadores de las 7 clínicas TARV. Se utilizó el instrumento diseñado. (Apéndice 3). Luego de tener el aval del Ministerio de Salud para realizar las entrevistas entre sus funcionarios, el entrevistador (GCT) aplicó el consentimiento informado (Apéndice 4) a cada participante antes de iniciar las entrevistas. Las entrevistas fueron grabadas con un celular (audio solamente), formateadas a mp3, y subidas a la nube para su transcripción.

3. Análisis de datos

Datos cuantitativos: Se transfirió la base de datos desde KoboToolbox hacia el programa Stata versión 18.0 (College Station, TX, EE. UU.). Se efectuaron análisis estadísticos descriptivos utilizando tanto promedios como medianas para caracterizar las variables de tipo continuo; y se utilizaron conteos absolutos junto con proporciones para detallar las variables categóricas. Las variables fueron segmentadas según el sexo y el inicio no rápido del tratamiento para llevar a cabo el análisis descriptivo de enfermedad avanzada. En el caso del análisis de mortalidad, la desagregación se realizó según sexo y la interrupción del tratamiento.

Las comparaciones entre los distintos grupos se evaluaron mediante la prueba T de Student para variables numéricas, y mediante la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, dependiendo del número de respuestas disponibles, para las variables categóricas.

Aquellas variables que presentaron un valor de $p < 0.5$ se consideraron estadísticamente significativas. Se realizó un análisis bivariado basado en las variables que podrían salir estadísticamente significativas, basados en la literatura reciente. Debido al tamaño de una muestra muy pequeña, no se realizó un análisis multivariable, ya que el poder estadístico del mismo sería muy bajo.

VARIABLES CUANTITATIVAS DE INTERÉS

Registro de infección oportunista: Esta es la variable de interés para los análisis de regresión bivariante y se definió como registro de diagnóstico de infección oportunista.

Presentación tardía: Corresponde a aquellas personas que acudían a recibir atención con un recuento de CD4 inferior a 350 células/ μL o que presentaban un evento definitorio de SIDA, independientemente del recuento de células CD4. Para el análisis de enfermedad avanzada se consideró la categoría IV según OMS.

Presentación con enfermedad avanzada por VIH: Correspondía a aquellas personas que acudieron a recibir atención con un recuento de CD4 inferior a 200 células/ μL o que presentaban un evento definitorio de SIDA, independientemente del recuento de células CD4.

Interrupción de tratamiento: Corresponde a las personas que no habían retirado el tratamiento por más de 28 días desde la última fecha esperada.

DATOS CUALITATIVOS

Las entrevistas semi-estructuradas, fueron transcritas en español. Las transcripciones fueron organizadas y codificadas en MAXQDA24. Se usó el método de análisis temático, donde los datos fueron analizados de manera esencialista, lo que supone la búsqueda de información relevante a partir de las opiniones y experiencias reales de los participantes, basado en el mapa temático de a continuación:

- Factores asociados a la etnicidad (Dentro de la Comarca Ngäbe Buglé)
 - Barreras
 - Aspectos personales
 - Aspectos socioculturales
 - Aspectos estructurales

- Facilitadores
 - Estrategias implementadas
- Factores Individuales
 - Barreras
 - Aceptación del diagnóstico
 - Infecciones oportunistas y comorbilidades
 - Nutrición
 - Drogas
 - Migración laboral
 - Trabajo
 - Pobreza
 - Estigma y discriminación
 - Distancia a la clínica
 - Facilitadores
 - Educación y salud sexual
 - Pre y post consejerías en los protocolos actuales
 - Entendimiento del diagnóstico y cambios conductuales
 - Apoyo como elemento esencial de la vinculación
- Factores de las Clínicas
 - Barreras
 - Recurso Humano
 - Otros profesionales de la salud
 - Servicios y recursos
 - Infraestructura
 - Facilitadores
 - Recurso Humano
 - Comunicación entre profesionales de la salud
 - Colaboración con organismos internacionales
 - Horario de las clínicas
 - Estrategias implementadas
 - Atención Comunitaria
 - Atención con expertos y cambios de terapias
 - Comunicación con pacientes
 - Estrategia de inicio rápido y TAR
 - Adaptación de guías y desarrollo de protocolos propios
 - Diagnóstico de infecciones oportunistas
 - Facilitar el acceso a medicamentos
 - Programas de transferencia monetaria y apoyo económico
 - Mejora de los equipos de diagnóstico
- Factores del Sistema Sanitario y de Carácter Político
 - Barreras
 - Desafíos en la coordinación y continuidad de la atención
 - Factores a nivel político
 - Desabastecimiento de medicamentos o insumos de diagnóstico y tratamiento
 - Facilitadores
 - A nivel interinstitucional
 - A nivel intrainstitucional

CONSIDERACIONES

Las recomendaciones fueron codificadas a nivel manifiesto y de manera deductiva, de tal manera que los temas a incluir fueron estructurados a priori en base a los objetivos de la investigación. Además de eso, también se dejó que algunos códigos emergieran de manera inductiva desde la data. Este método híbrido de análisis ha sido previamente descrito y demostrado de manera riguroso.

Control de calidad

Se realizó un entrenamiento con todos los recolectores de datos cuantitativos antes de iniciar el proceso de recogida de datos a fin de establecer unos estándares comunes aplicables al proceso de recolección con todos los miembros del equipo. En la capacitación se abordaron temas relacionados al VIH: esquemas de tratamiento de TARV, infecciones oportunistas (profilaxis, diagnóstico y tratamiento).

El equipo consultor y las doctoras encargadas del proyecto de IntraHealth (IE, KS) estuvieron en constante contacto con el equipo recolector de datos, durante la recogida de los datos.

La revisión de la calidad de la información recogida se realizó de forma periódica por parte del equipo consultor y las doctoras encargadas del proyecto de IntraHealth.

Consideraciones éticas y protección de los datos y participantes

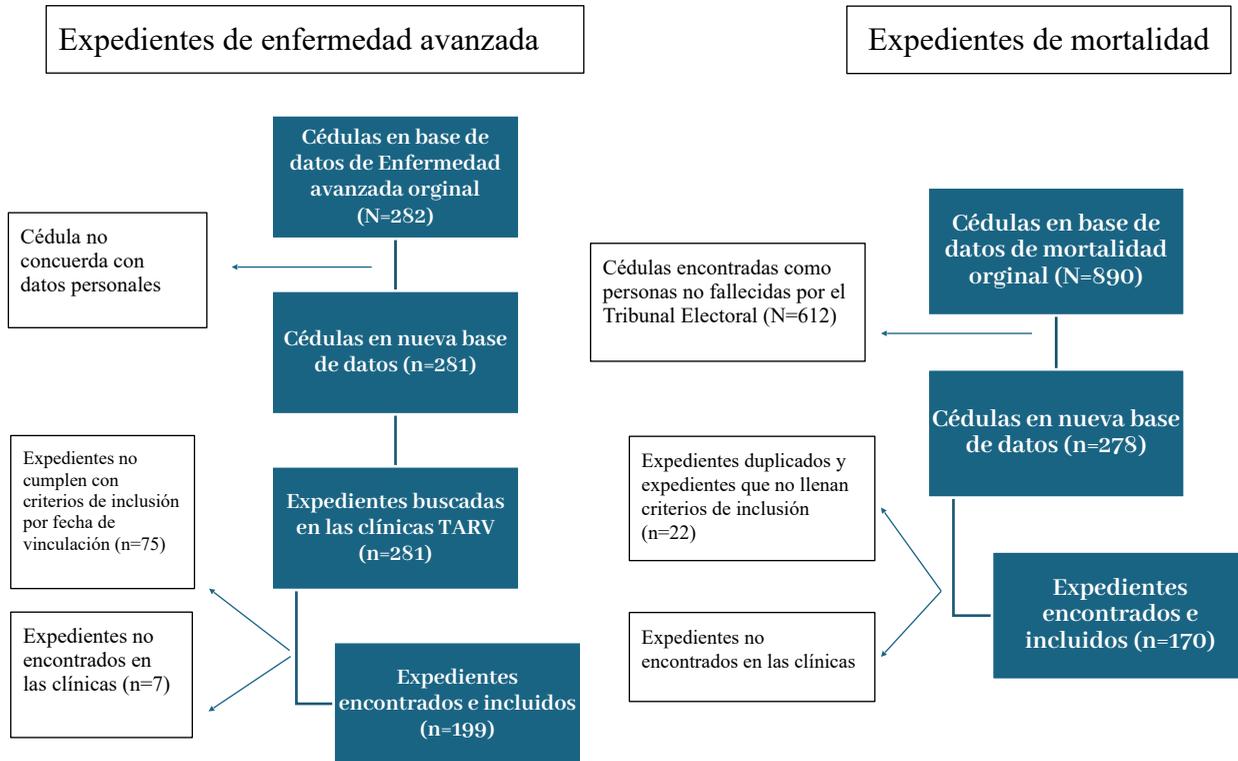
El protocolo de investigación fue aprobado por el Ministerio de Salud (No. 1386/DGSP/DSAIP/No.0119/S/ITS/VIH/SIDA) y el Comité de Bioética de la Universidad Santa María la Antigua (código PT-007.2)

Las entrevistas semiestructuradas con coordinadores de clínicas fueron realizadas luego de conseguir consentimiento informado de parte de cada participante. Cada asistente de investigación que participó en la recolección de datos cuantitativos realizó un curso de buenas prácticas clínicas (<https://globalhealthbioethics.tghn.org>), y firmó un documento de confidencialidad (Apéndice 5).

RESULTADOS

El estudio inicio con una base de datos que contenía 282 expedientes de enfermedad avanzada y 890 expedientes de mortalidad, y luego de cribar los expedientes que no cumplían con los criterios, y los que no se encontraron, el análisis quedó con 199 de enfermedad avanzada y 170 de mortalidad (Flujograma 1).

Flujograma 1. Flujograma de inclusión de expedientes para Enfermedad Avanzada y Mortalidad



En total, se identificaron 199 expedientes de enfermedad avanzada encontrados y 0 no localizados, mientras que en el componente de mortalidad se hallaron 170 expedientes y 86 no fueron encontrados. La mayor parte de los registros provino del Hospital Santo Tomás (n=113 para enfermedad avanzada), seguido por la Región de Chiriquí (n=33) y Ngäbe-Buglé – San Félix (n=28). En mortalidad, destacan los expedientes recuperados de la Región de Salud de la Comarca Ngäbe-Buglé – San Félix (n=56) y de la Región de Colón (n=38) (**Tabla 1**).

Tabla 1: Lista de clínicas TARV, centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud donde actúa el Proyecto de Cuidado y Tratamiento en VIH de donde provienen los expedientes

Región	Hospital/Centro/Clínica	Provincia o Comarca	Expedientes de Enfermedad avanzada encontrados	Expedientes de Mortalidad encontrados	Expedientes de Mortalidad no encontrados
Panamá-Panamá Oeste-Colón	Hospital Santo Tomás	Panamá	113	34	35
	C/S Torrijos Carter	Panamá	0	5	0
	Región de Colón	Colón	10	38	12
	Hospital Nicolás Solano	Panamá Oeste	12	5	8
Región Chiriquí-Comarca Ngäbe Buglé	Región de Chiriquí	Chiriquí	33	13	0
	Región de Comarca Ngäbe-Buglé – San Félix	Comarca Ngäbe-Buglé	28	56	31
	Región de Comarca Ngäbe-Buglé – Pueblo Nuevo	Comarca Ngäbe-Buglé	3	19	0
Total de expedientes			199	170	86

Expedientes de personas que entraron con enfermedad avanzada entre enero 2021 a marzo 2022

De los 199 expedientes analizados en el componente de enfermedad avanzada, el 79% correspondió a hombres y el 21% a mujeres (proporción hombre: mujer de 4:1). La mayoría de los casos se concentró en las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón (68%), siendo el Hospital Santo Tomás el principal centro de atención (113 expedientes, 57%). En Chiriquí y la Comarca Ngäbe-Buglé se registraron 32% de los casos, con predominio masculino, igualmente marcado (razón hombre: mujer de 5:1 en Chiriquí y 6:1 en la Comarca Ngäbe-Buglé). Esta distribución evidencia una alta carga masculina en el ingreso a la atención especializada por VIH en estado avanzado, con concentración en centros hospitalarios de mayor complejidad como el Hospital Santo Tomás (**Tabla 2**).

Tabla 2. Características sociodemográficas del componente de enfermedad avanzada según distribución por sexo y clínica TARV

Región	Hospital/Centro/Clínica	Provincia o Comarca	Total	Hombre	Mujer	Razón M:H
Total de expedientes			199	158	41	1:4
Panamá-Panamá Oeste-Colón			135	105	30	1:4
	Hospital Santo Tomás	Panamá	113	91	22	1:4
	C/S Torrijos Carter	Panamá	0	-	-	-
	Región de Colón	Colón	10	5	5	1:1
	Hospital Nicolás Solano	Panamá Oeste	12	9	3	1:3
Región de Chiriquí			64	53	11	1:5
	Región de Chiriquí	Chiriquí	33	27	6	1:5

Región Chiriquí- Comarca Ngäbe Buglé	Región de Comarca Ngäbe- Buglé – San Félix	Comarca Ngäbe-Buglé	28	24	4	1:6
	Región de Comarca Ngäbe- Buglé – Pueblo Nuevo	Comarca Ngäbe-Buglé	3	2	1	1:2

La edad mediana de las personas con enfermedad avanzada fue de 30 años (RIC: 24–38), sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p=0.279$). El grupo etario más representado fue el de 20 a 34 años, concentrando el 62% de los casos. En particular, los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años representaron el 23% y 20%, respectivamente. El 79% de los casos correspondió a hombres. La proporción de mujeres se mantuvo constante entre los grupos etarios, con un leve aumento en el grupo de 15 a 19 años (10%). **(Tabla 3)**. La mayoría de las personas con enfermedad avanzada pertenecían a la población general (48%), seguida por hombres que tienen sexo con hombres (37%). Respecto a la identidad sexual, el 37% se identificó como heterosexual, 20% como homosexual y 17% como bisexual; un 27% no especificó esta variable ($p < 0.001$). En cuanto a la modalidad de género, el 97% no reportó identidad distinta a la cisnormativa, sin diferencias significativas por sexo ($p=0.400$). Sobre condiciones especiales, se identificaron migrantes (50%), embarazadas (41%), y otras situaciones como privación de libertad y puerperio. **(Tabla 3)**.

Tabla 3. Características sociodemográficas según edad y tipo de población del componente de enfermedad avanzada.

Características	Total		Hombre		Mujer		Prueba U de Mann- Whitney diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.279
<15-19 años	9	5%	5	3%	4	10%	
20-24 años	45	23%	37	23%	8	20%	
25-29 años	39	20%	29	18%	10	24%	
30-34 años	38	19%	32	20%	6	15%	
35-39 años	24	12%	19	12%	5	12%	
40-44 años	16	8%	12	8%	4	10%	
45-49 años	14	7%	12	8%	2	5%	
50-54 años	7	4%	7	4%	0	0%	
55-59 años	3	2%	3	2%	0	0%	
60-64 años	1	1%	0	0%	1	2%	
65-69 años	3	2%	2	1%	1	2%	
70-74 años	0	0%	0	0%	0	0%	
≥75 años	0	0%	0	0%	0	0%	
Mediana	32		30		31		

(RIC)		(24-38)		(24-39)		(28-37)	
Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Población*							
Total	261	100%	213	82%	48	18%	
Hombre que tiene sexo con hombre	96	37%	94	44%	2	4%	
Trabajador/a sexual	1	0%	1	0%	0	0%	
Transgénero	2	1%	2	1%	0	0%	
Población general	126	48%	88	41%	38	79%	
Otra población	27	10%	21	10%	6	13%	
Sin especificar	9	3%	7	3%	2	4%	
Identidad sexual							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p < .001
Heterosexual	73	37%	44	28%	29	71%	
Homosexual	40	20%	40	25%	0	0%	
Bisexual	33	17%	32	20%	1	2%	
Pansexual	0	0%	0	0%	0	0%	
Asexual	0	0%	0	0%	0	0%	
Otra orientación	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	53	27%	42	27%	11	27%	
Modalidad de género							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.400
Cisgénero	4	2%	1	1%	3	7%	
Transgénero	1	1%	1	1%	0	0%	
Transexual	0	0%	0	0%	0	0%	
No binario	0	0%	0	0%	0	0%	
Identidad de género otro	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	194	97%	156	99%	38	93%	
Otra condición especial*							
Total	34	100%	16	47%	18	53%	

Embarazada	14	41%	0	0%	14	78%	
Puérpera	1	3%	0	0%	1	6%	
Privado de libertad	2	6%	1	6%	1	6%	
Migrante	17	50%	15	94%	2	11%	

Nota. (*) Estas variables presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría contaba con educación media (24%) y universitaria (21%), mientras que un 18% tenía solo primaria y un 19% premedia, observándose diferencias significativas por sexo ($p = 0.041$). Respecto a la ocupación, predominaban personas desempleadas (33%) y con empleo informal (35%), siendo más común el rol de administradora del hogar en mujeres (39%); esta variable también mostró diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). La mayoría era soltera (66%), aunque el 46% de las mujeres estaban casadas o en unión libre, con diferencias por sexo ($p < .001$). Territorialmente, la distribución fue mayoritariamente urbana (55%) y sin diferencias relevantes ($p = 0.137$). Panamá fue la provincia de residencia más frecuente (47%), seguida de Chiriquí (17%) y la Comarca Ngäbe Bugle (14%), sin diferencias por sexo ($p = 0.520$). Étnicamente, predominó el grupo mestizo (57%), seguido por los pueblos originarios Ngäbe (24%) y otras etnias con menor representación, sin diferencias significativas ($p = 0.060$). (Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p = 0.041
Ninguno	5	3%	2	1%	3	7%	
Primaria	36	18%	25	16%	11	27%	
Premedia	38	19%	29	18%	9	22%	
Media	48	24%	37	23%	11	27%	
Técnica	19	10%	16	10%	3	7%	
Universitaria	41	21%	38	24%	3	7%	
Sin especificar	12	6%	11	7%	1	2%	
Ocupación							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p < .001
Empleado formal (1)	25	13%	23	15%	2	5%	
Empleado informal (2)	69	35%	64	41%	5	12%	
Desempleado	66	33%	55	35%	11	27%	
Administradora de hogar	16	8%	0	0%	16	39%	

Estudiante	10	5%	7	4%	3	7%	
Jubilado o pensionado	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	13	7%	9	6%	4	10%	
Estado Civil							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p < .001
Soltero	131	66%	113	72%	18	44%	
Casado, Unión Libre	48	24%	29	18%	19	46%	
Divorciado	2	1%	0	0%	2	5%	
Viudo	2	1%	2	1%	0	0%	
Sin especificar	16	8%	14	9%	2	5%	
Categoría Territorial							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.137
Urbana	110	55%	92	58%	18	44%	
Rural	84	42%	63	40%	21	51%	
Sin especificar	5	3%	3	2%	2	5%	
Provincia de Residencia							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.520
Bocas del Toro	2	1%	2	1%	0	0%	
Chiriquí	33	17%	26	16%	7	17%	
Coclé	1	1%	1	1%	0	0%	
Colon	9	5%	5	3%	4	10%	
Darién	2	1%	1	1%	1	2%	
Emberá Wounaan	0	0%	0	0%	0	0%	
Guna Yala	0	0%	0	0%	0	0%	
Herrera	0	0%	0	0%	0	0%	
Los Santos	0	0%	0	0%	0	0%	
Naso Tjër Di	0	0%	0	0%	0	0%	
Ngäbe Buglé	28	14%	24	15%	4	10%	
Panamá	93	47%	74	47%	19	46%	
Panamá Oeste	26	13%	22	14%	4	10%	
Veraguas	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	5	3%	3	2%	2	5%	
Grupo étnico							

Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.060
Mestizo	113	57%	94	59%	19	46%	
Ngäbe	47	24%	38	24%	9	22%	
Bugle	4	2%	3	2%	1	2%	
Guna	3	2%	1	1%	2	5%	
Emberá	2	1%	1	1%	1	2%	
Wounaan	1	1%	0	0%	1	2%	
Bri_bri	0	0%	0	0%	0	0%	
Naso Teribe	1	1%	0	0%	1	2%	
Afrodescendiente	13	7%	10	6%	3	7%	
Boketa	0	0%	0	0%	0	0%	
Otro grupo étnico	5	3%	3	2%	2	5%	
Sin especificar	10	5%	8	5%	2	5%	

Nota. (1) Incluye a personas con trabajos estables y contractuales (educador, profesor, agente de logística, gerente, vendedor de empresa privada, recepcionista de hotel, chef, asesor de ventas, policía, secretario administrativo, investigador, ingeniero marítimo, asesor financiero, técnico en odontología, técnico en farmacia, contador, diseñador de interiores, administrador, psicólogo, médico, subgerente, asistente de oftalmología).

(2) Abarca a trabajadores por cuenta propia o con empleos sin contrato fijo (agricultor, estilista, panadero, oficios domésticos, fumigador, trabajadora sexual, ventas por internet, independiente, empacador de supermercado, jornalero, aseador, jardinero, ayudante general, obrero de construcción, mesero, conductor, comerciante, tatuador, reparador de objetos electrónicos, mecánico y chapistero, artesano, trabajador en casa de familia, bar tender, peluquero, electricista, empacador, mensajeros, reciclador, vendedor de ropa).

El 21% de las personas presentaban antecedentes médicos, sin diferencias significativas por sexo ($p = 0.860$). La mayoría de estos casos reportaron un solo antecedente (48%), seguido de dos (14%) y tres (2%), sin asociación estadística significativa con el sexo ($p = 0.059$). En cuanto a los tipos de antecedentes médicos registrados ($n=60$), los más frecuentes fueron los infecciosos (23%), seguidos de cardiovasculares (10%), otros (13%), neurológicos (4%) y ginecológicos (4%); estos últimos únicamente en mujeres. No se realizó prueba estadística en esta categoría debido a que una misma persona puede presentar múltiples tipos de antecedentes.

Respecto a los antecedentes psicológicos, el 38% de las personas había tenido al menos un tipo de antecedente, destacando el abordaje psicológico (26%), seguido de casos aislados de trastorno depresivo (2%) y abuso de sustancias (1%); esta variable incluye múltiples respuestas por participante, por lo que no se realizó prueba estadística. En cuanto al consumo de sustancias, el alcohol fue reportado en 52 personas, siendo mayormente ocasional (33%); el 51% de los registros estaban sin especificar. El consumo de tabaco se reportó en 19 personas, principalmente en hombres, con un 27% catalogado como nocivo y 45% sin clasificación. El consumo de drogas fue notificado en 23 personas, de las cuales 22% tenían uso nocivo y 70% sin especificar el tipo. Dada su escasa frecuencia, no se aplicaron pruebas estadísticas en estas últimas variables. **(Tabla 5).**

Tabla 5. Características clínicas del componente de enfermedad avanzada según antecedentes médicos y psicológicos.

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Antecedentes médicos							
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.860
Sí	42	17%	33	17%	9	18%	
No	124	50%	99	51%	25	50%	
Sin especificar	33	13%	26	13%	7	14%	
Número de Antecedentes médicos							
Total	42	100%	33	79%	9	21%	p=0.059
1	31	48%	26	52%	5	33%	
2	9	14%	6	12%	3	20%	
3	1	2%	0	0%	1	7%	
4	0	0%	0	0%	0	0%	
5	1	2%	1	2%	0	0%	
Tipo de antecedente médico*							
Total	60	100%	42	70%	18	30%	
Infeccioso	21	23%	16	25%	5	18%	
Endocrino	3	3%	2	3%	1	4%	
Renales	1	1%	1	2%	0	0%	
Gastrointestinales	2	2%	2	3%	0	0%	
Cardiovasculares	9	10%	7	11%	2	7%	
Neurológicos	4	4%	2	3%	2	7%	
Ginecológicos	4	4%	0	0%	4	14%	
Hematooncológicos	3	3%	3	5%	0	0%	
Dermatológicos	1	1%	1	2%	0	0%	
Otros	12	13%	8	13%	4	14%	
Antecedentes psicológicos*							
Total	75	100%	57	76%	18	24%	
Abordaje psicológico	27	26%	17	21%	10	45%	
Trastorno depresivo	2	2%	2	3%	0	0%	
Abuso de sustancias	1	1%	1	1%	0	0%	
Sin especificar	45	44%	37	46%	8	36%	

Consumo de alcohol*						
Total	52	100%	45	87%	7	13%
Ocasional	20	33%	16	31%	4	44%
Nocivo	1	2%	1	2%	0	0%
Sin especificar	31	51%	28	54%	3	33%
Consumo de tabaco*						
Total	19	100%	19	100%	0	0%
Ocasional	3	14%	3	14%	0	0%
Nocivo	6	27%	6	29%	0	0%
Sin especificar	10	45%	10	48%	0	0%
Consumo de drogas*						
Total	23	100%	23	100%	0	0%
Ocasional	2	9%	2	9%	0	0%
Nocivo	5	22%	5	22%	0	0%
Sin especificar	16	70%	16	70%	0	0%

Nota. (*) Tipos de antecedente médico y psicológicos presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.

(*) No se realizó prueba estadística para las variables de consumo de alcohol, tabaco y drogas; debido a la presencia de frecuencias observadas muy bajas o nulas en múltiples categorías; estos conteos no cumplen con los supuestos requeridos para la validez de la prueba de Chi-cuadrado, por lo que el análisis se limita a la descripción.

En relación con las características clínicas del componente de enfermedad avanzada, el estado clínico al ingreso más frecuente fue A3 CDC (31%), seguido de C3 CDC (26%), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0.289$). El conteo de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico presentó una mediana de 102 células/mm³ (RIC: 45–147), sin diferencias entre hombres y mujeres ($p = 0.089$). El 52% tenía entre 100 y 200 células/mm³, y el 26% menos de 50. La carga viral al momento del diagnóstico fue mayor a 1,000 copias/mL en el 89% de los casos, sin diferencias por sexo ($p = 0.867$). En cuanto al estado nutricional, el 56% tenía IMC normal, el 16% sobrepeso, y el 9% bajo peso, con diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0.043$).

Respecto a la fecha de diagnóstico, el 86% fue diagnosticado en el año 2021 y el 14% hasta marzo del 2022. En cuanto al ingreso a la clínica TARV, el 80% se vinculó en el año 2021 y el 18% en el primer trimestre del 2022. Sin diferencias por sexo ($p=0.907$; $p=0.31$ respectivamente). El inicio del tratamiento fue tardío (>7 días) en el 72% de los casos, sin diferencias por sexo ($p = 0.367$). El tiempo entre diagnóstico y vinculación tuvo una mediana de 20 días (RIC: 6–26), también sin diferencia significativa ($p = 0.389$). El esquema TARV inicial más frecuente fue TDF+3TC+DTG (91%) sin diferencia significativa (0.778). La gran mayoría (98%) recibió tratamiento de primera línea. (**Tabla 6**).

Tabla 6. Características clínicas del componente de enfermedad avanzada según estado clínico

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Estado Clínico al ingreso	N	%	N	%	N	%	
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.289
A1 CDC	2	1%	0	0%	2	4%	
A2 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
A3 CDC	77	31%	61	31%	16	32%	
B1 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B2 CDC	2	1%	2	1%	0	0%	
B3 CDC	14	6%	12	6%	2	4%	
C1 CDC	1	0%	1	1%	0	0%	
C2 CDC	2	1%	2	1%	0	0%	
C3 CDC	63	26%	51	26%	12	24%	
Sin especificar	38	15%	29	15%	9	18%	
Linfocitos T CD4 al momento de Dx							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
Total	190	100%	150	79%	40	21%	p=0.089
<50	50	26%	42	28%	8	20%	
50-100	40	21%	33	22%	7	18%	
100-200	99	52%	74	49%	25	63%	
>200	1	1%	1	1%	0	0%	
Media (DE)	100	(61)	96	(61)	115	(58)	
Mediana (IRC)	102	(45-147)	104	(43-147)	95	(65-160)	
Carga viral al momento de Dx							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
<1000	22	11%	17	11%	5	12%	p=0.867
>1000	170	89%	134	89%	36	88%	
IMC							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.043
Baja peso (<18.5)	18	9%	14	9%	4	10%	
Normal (18.5-24.9)	112	56%	94	59%	18	44%	
Sobrepeso (25-29.9)	32	16%	24	15%	8	20%	

Obesidad 1 (30-34.9)	14	7%	10	6%	4	10%	
Obesidad 2 (35-39.9)	3	2%	1	1%	2	5%	
Obesidad mórbida (>40)	1	1%	0	0%	1	2%	
Sin especificar	19	10%	15	9%	4	10%	
Fecha diagnóstico VIH							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.907
2022 (enero a marzo)	28	14%	22	14%	6	15%	
2021	171	86%	136	86%	35	85%	
Fecha ingreso a la cTARV							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.831
2022 (hasta marzo 2022)	36	18%	28	18%	8	20%	
2021	160	80%	127	80%	33	80%	
Sin especificar	3	2%	3	2%	0	0%	
Inicio rápido (>7 días)							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Rápido	54	28%	45	29%	9	22%	p=0.367
Tardío	142	72%	110	71%	32	78%	
Clasificación de tiempo desde diagnóstico hasta vinculación a la cTARV							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.389
<7 días	54	27%	45	28%	9	22%	
< 28 días	95	48%	76	48%	19	46%	
< 90 días	34	17%	23	15%	11	27%	
90 días a 1 año	13	7%	11	7%	2	5%	
1-3 años	0	0%	0	0%	0	0%	
> 3 años	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	3	2%	3	2%	0	0%	
Mediana (RIC)	20	(6-26)	18	(6-24)	28	(8-36)	
Esquema de TARV inicial							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	199	100%	158	79%	41	21%	p=0.778
TDF 3TC DTG	182	91%	144	91%	38	93%	

ABC +3TC	1	1%	1	1%	0	0%	
ABC+3TC+DTG	2	1%	2	1%	0	0%	
ABC +3TC+RAL	1	1%	1	1%	0	0%	
ABV, EFV	4	2%	3	2%	1	2%	
BIC-FTC-TAF	5	3%	5	3%	0	0%	
EFV+FTC+TDF	2	1%	1	1%	1	2%	
AZT+3TC	1	1%	1	1%	0	0%	
DRV+RTV+DTG	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	1	1%	0	0%	1	2%	
Línea de TARV*							
1ra	196	98%	156	99%	40	98%	
2da	0	0%	0	0%	0	0%	
3ra	2	1%	2	1%	0	0%	
Sin especificar	1	1%	0	0%	1	2%	

Nota. (*) No se realizó una prueba estadística en la Línea de TARV debido a la presencia de frecuencias observadas muy bajas o nulas en múltiples categorías; estos conteos no cumplen con los supuestos requeridos para la validez de la prueba de Chi-cuadrado, por lo que el análisis se limita a la descripción.

Se observó que el 56% de los pacientes recibió dos tipos de profilaxis y el 24% una sola, sin diferencias significativas por sexo ($p=0.843$). El tipo de profilaxis más recetado fue TMP/SMX (47%), seguido de isoniacida (35%) e itraconazol (11%). Otras profilaxis incluyeron fluconazol (4%), y en menor proporción azitromicina, doxiciclina, ceftriaxona, anfotericina B e ivermectina; esta variable es de selección múltiple, por lo que el total de respuestas supera el número total de personas con profilaxis, no se aplicó prueba estadística. Respecto al número de infecciones oportunistas diagnosticadas, el 47% presentó una sola, mientras que el 16% tenía entre 2 y 4 diagnósticos. El 35% no especificó el número.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0.843$). Entre los tipos de infecciones oportunistas, las más frecuentes fueron tuberculosis (35%), candidiasis (26%), toxoplasmosis (9%), histoplasmosis pulmonar (11%) y Pneumocystis jirovecii (11%). También se identificaron casos aislados de criptococosis, citomegalovirus y herpes zóster. Esta variable también permitió selección múltiple, por lo tanto, el total puede superar el número de participantes; no se aplicó prueba estadística a esta categoría.

Finalmente, los métodos de diagnóstico utilizados fueron predominantemente clínicos (81%), seguidos por pruebas de anticuerpos (11%), antígeno (6%) y PCR (3%); debido a las pequeñas frecuencias no se realizó prueba estadística. (Tabla 7).

Tabla 7. Características clínicas del componente de enfermedad avanzada por infección oportunista

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Número de profilaxis recetado							
Total	145	100%	121	83%	24	17%	p=0.843
1	35	24%	28	23%	7	29%	

2	81	56%	68	56%	13	54%	
3	14	10%	12	10%	2	8%	
4	2	1%	2	2%	0	0%	
5	0	0%	0	0%	0	0%	
6	1	1%	1	1%	0	0%	
Sin especificar	12	8%	10	8%	2	8%	
Tipo de profilaxis*							
Total	253	100%	214	85%	39	15%	
Fluconazol	11	4%	9	4%	2	5%	
TMP/SMX	119	47%	100	47%	19	49%	
Isoniacida	88	35%	77	36%	11	28%	
Itraconazol	29	11%	24	11%	5	13%	
Azitromicina	1	0%	1	0%	0	0%	
Doxiciclina	1	0%	0	0%	1	3%	
Ceftriaxona	2	1%	1	0%	1	3%	
Anfotericina B	1	0%	1	0%	0	0%	
Ivermectina	1	0%	1	0%	0	0%	
Número de infecciones oportunistas diagnosticadas							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	57	100%	46	81%	11	19%	p=0.843
1	27	47%	21	46%	6	55%	
2	5	9%	4	9%	1	9%	
3	4	7%	4	9%	0	0%	
4	1	2%	1	2%	0	0%	
5	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	20	35%	16	35%	4	36%	
Tipo de infecciones oportunistas*							
Total	54	100%	45	83%	9	17%	
Tuberculosis	19	35%	17	38%	2	22%	
Histoplasmosis pulmonar	6	11%	6	13%	0	0%	
Criptococosis	2	4%	2	4%	0	0%	
Toxoplasmosis	5	9%	2	4%	3	33%	
Candidiasis	14	26%	12	27%	2	22%	

Cisticercosis	0	0%	0	0%	0	0%	
Citomegalovirus	1	2%	0	0%	1	11%	
Herpes zoster	1	2%	1	2%	0	0%	
<i>P. jirovecii</i>	6	11%	5	11%	1	11%	
Diagnóstico de infecciones oportunistas							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Clínico	28	78%	23	82%	5	18%	p=0.102
Antígeno	2	6%	2	100%	0	0%	
Anticuerpo	4	11%	4	100%	0	0%	
PCR	1	3%	0	0%	1	100%	
Nota. (*) Tipos de profilaxis e infecciones oportunistas presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.							

Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron la tuberculosis (n=19), principalmente pulmonar (n=10) y extrapulmonar (n=8), tratada mayoritariamente con esquemas sensibles (n=13) y diagnosticada clínicamente en cinco de los casos. Le siguieron la candidiasis (n=14), principalmente oral (n=12) y tratada con fluconazol (n=11), y la toxoplasmosis cerebral (n=5), manejada con TMP/SMX (n=4). También se identificaron casos de histoplasmosis (n=6), en su mayoría extrapulmonar (n=5) y tratados con anfotericina B (n=3), y *P. jirovecii* (n=6), diagnosticado clínicamente o por otros métodos. Otras infecciones como criptococosis, citomegalovirus y herpes zóster fueron poco frecuentes. Los métodos diagnósticos fueron varios, predominando los clínicos y los serológicos, aunque en muchos casos no se especificó. (Tabla 8).

Tabla 8. Características clínicas del componente de enfermedad avanzada por infección oportunista

Infección oportunista	N	Clasificación anatómica	N	Tratamiento	N	Método diagnóstico	N
Tuberculosis	19					Baciloscopia	3
		Extrapulmonar	8	Resistente	0	ADA	0
		Pulmonar	10	Sensible	13	Cultivo	2
		Sin especificar	1	Sin especificar	6	GeneXpert	1
						Clínico	5
						Otro	3
						Sin especificar	10
Histoplasmosis	6					Antígeno	0
		Extrapulmonar	5	Anfotericina	3	Biopsia	1
		Pulmonar	0	Itraconazol	2	Cultivo	0
		Sin especificar	1	Sin especificar	1	Clínico	2
						Sin especificar	3

							0
Criptococosis	2	Pulmonar	1	Anfotericina B	1	Antígeno	0
		Ocular	0	Fluconazol	0	Clínica	1
		Sin especificar	1	Sin especificar	1	Otro	1
						Sin especificar	0
Toxoplasmosis	5					Ac IgM IgG	1
		Cerebral	4	TMP/SMX	4	Imagen	2
		Ocular	1	Sin especificar	1	Clínica	1
		Sin especificar				Sin especificar	1
Candidiasis	14						
		Esofágico	0	Fluconazol	11		
		Oral	12	Clotrimazol	1	Clínica	12
		Genital	0	Itraconazol	1	Sin especificar	2
		Sin especificar	0	Sin especificar	1		
Cisticercosis	0	Cerebral	0	Sin especificar	0	TAC	0
Citomegalovirus	1	Ocular	0	Ertapenem	1	Clínico	0
		Sin especificar	1	Sin especificar	0	Anticuerpos	1
						Sin especificar	0
Herpes zoster	1	Abdominal	1	Fluconazol	0	Clínico	0
				Sin especificar	1	Sin especificar	1
<i>P. jirovecci</i>	6	Pulmonar	5	TMP/SMX	5	Clínico	3
		Sin especificar	1	Aciclovir	0	Otro	2
				Sin especificar	1	Sin especificar	1

En el componente de enfermedad avanzada, las variables con mayor proporción de datos sin especificación fueron: la condición especial (84%) el cual se interpreta que esos participantes no tenían ninguna condición; los antecedentes psicológicos (23%) y los antecedentes médicos (17%). Entre los factores clínicos, destacó un 10% de expedientes sin información sobre infecciones oportunistas y un 10% sin registro de IMC. También se observaron porcentajes menores de no dato en fechas clave: vinculación (2%) e inicio de TARV (2%). En variables clínicas, el 5% careció de información de CD4 y el 4% de carga viral basal. La mayoría de los diagnósticos y localizaciones de infecciones oportunistas específicas

tuvieron registros completos, aunque se identificaron omisiones aisladas, principalmente en la especificación del tratamiento y el método diagnóstico. (Tabla 9).

Tabla 9. Número y porcentaje de datos sin especificar identificados en el componente de enfermedad avanzada.

Características Sociodemográficas Variables	N	%	Antecedentes Variables	N	%
Sexo	0	0%	Fecha de diagnóstico	0	0%
Edad	0	0%	Fecha de vinculación	3	2%
Persona con condición especial	167	84%	Fecha de inicio de TARV	3	2%
Población Clave	9	5%	Antecedentes médicos	33	17%
Escolaridad	12	6%	Antecedentes psicológicos	45	23%
Estado Civil	16	8%	Consumo de drogas	16	8%
Ocupación	13	7%	Consumo de alcohol	31	16%
			Consumo de tabaco	10	5%
			IMC	19	10%
Variables clínicas					
CD4 basal	9	5%	Criptococosis		
CV basal	7	4%	Diagnóstico	0	0%
Esquema TARV	1	1%	Localización	1	1%
Profilaxis	12	6%	Tratamiento	1	1%
Infección oportunista	20	10%	Toxoplasmosis		
Tuberculosis			Diagnóstico	1	1%
Diagnóstico	10	5%	Localización	0	0%
Localización	1	1%	Tratamiento	1	1%
Tratamiento	6	3%	Otras IO		
Histoplasmosis			Diagnóstico	2	1%
Diagnóstico	3	2%	Localización	2	1%
Localización	1	1%	Tratamiento	3	2%
Tratamiento	1	1%			

Las personas que vivían en las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón presentaron mayor probabilidades de diagnóstico de infecciones oportunistas en comparación con aquellas en zonas rurales (OR: 5.70; IC95%: 1.91-16.9; $p < 0.001$). Así mismo, el inicio no rápido del tratamiento antirretroviral mostró una fuerte asociación con este desenlace (OR: 5.00; IC95%: 1.45–17.2; $p = 0.006$), lo que sugiere que el retraso en la atención médica incrementa significativamente el riesgo. Los pacientes con conteo de CD4 entre 100 y 200 células/mm³ tuvieron probabilidades significativamente menores de desarrollar infecciones oportunistas, comparados con aquellos con <50 células/mm³ (OR: 0.217; IC95%: 0.092–

0.512; $p < 0.001$), lo que indica que una mejor condición inmunitaria al momento del diagnóstico actúa como factor protector.

Además, el no recibir profilaxis también se asoció con un mayor riesgo de infección oportunista (OR: 3.20; IC95%: 1.17–8.77; $p = 0.002$). En cambio, variables como sexo, edad, ocupación, tipo de población clave, consumo de alcohol y línea de tratamiento no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de infecciones oportunistas. Las personas que viven en zonas urbanas también tienen mayor probabilidades de iniciar el tratamiento de forma tardía, en comparación con las que viven en zonas rurales (OR: 3.09; IC95%: 1.54–6.00; $p < 0.001$). (Tabla 10).

Tabla 10. Factores asociados con registro de infecciones oportunistas en personas con enfermedad avanzada

Variable	Categoría	OR	IC 95%	Valor P
Sexo	Mujer	1		
	Hombre	1.15	0.459-2.87	0.768
Edad (en años)	<25	1		
	26 a 50	1.8	0.788-4.10	0.160
	>50	2.34	0.646-8.46	0.185
Provincia	Comarca Ngäbe-Bugle, Chiriquí	1		
	Panamá, Panamá Oeste y Colón	5.70	1.91-16.9	<0.01
Ocupación	Formal	1		
	Informal	0.759	0.35-1.65	0.484
	No empleado	1.22	0.585-2.55	0.595
Tipo de población	General	1		
	Clave	1.710	0.766-3.830	0.187
Conteo de CD4	<50	1		
	50 a 100	0.415	0.136-1.27	0.113
	100 a 200	0.217	0.092-0.512	<.001
	>200	3.94	0.240-64.6	0.391
Consumo de alcohol	Ocasional	1		
	Nocivo	0.173	0.0006-4.9	0.18

Inicio rápido	Rápido	1		
	Tardío	5.00	1.45-17.2	0.006
Línea TARV	Primera	1		
	Segunda			
	Tercera	3.92	0.239-64.1	0.303
Profilaxis	Si	1		
	No	3.20	1.17-8.77	0.002

Expedientes de personas que entraron al sistema con enfermedad avanzada en enero del año 2021 a marzo del 2022 y fallecieron entre enero del año 2021 y marzo del 2022

Entre las personas fallecidas con enfermedad avanzada (n=12), todos los casos correspondieron a hombres (100%). El grupo etario más representado fue el de 20 a 24 años (33%), seguido de los grupos de 35 a 39 y 45 a 49 años (ambos con 17%). La mediana de edad fue de 36 años con un rango intercuartílico (RIC) de 23 a 45 (**Tabla 11**).

Tabla 11. Características sociodemográficas según edad y tipo de población del componente de enfermedad avanzada.

Características	Total		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%
Total	12	100%	12	100%	0	0%
15-19 años	0	0%	0	0%	0	0%
20-24 años	4	33%	4	33%	0	0%
25-29 años	1	8%	1	8%	0	0%
30-34 años	1	8%	1	8%	0	0%
35-39 años	2	17%	2	17%	0	0%
40-44 años	1	8%	1	8%	0	0%
45-49 años	2	17%	2	17%	0	0%
50-54 años	0	0%	0	0%	0	0%
55-59 años	1	8%	1	8%	0	0%
60-64 años	0	0%	0	0%	0	0%
65-69 años	0	0%	0	0%	0	0%
70-74 años	0	0%	0	0%	0	0%
≥75 años	0	0%	0	0%	0	0%
Mediana	36		36		0	

(RIC)	34	(23-45)	34	(23-45)	0	(0)
Nota. No se realizaron pruebas estadísticas debido al tamaño muestra (n=12) y la ausencia de casos en uno de los grupos limitado lo que impide el cumplimiento de los supuestos requeridos para pruebas comparativas.						

En la mayoría de los casos (58%), las personas fallecidas por enfermedad avanzada pertenecían a la población de hombres que tienen sexo con hombres, y el 17% a población general. El 33% se identificó como bisexual y el 25% como heterosexual, mientras que otro 33% no especificó su orientación sexual. No se reportaron otras condiciones especiales. **(Tabla 12).**

Tabla 12. Características sociodemográficas

Población*	Total	
	N	%
Total	12	100%
Hombre que tiene sexo con hombre	7	58%
Trabajador/a sexual	0	0%
Transgénero	0	0%
Población general	2	17%
Otra población	0	0%
Sin especificar	3	25%
Identidad sexual		
Total	12	100%
Heterosexual	3	25%
Homosexual	1	8%
Bisexual	4	33%
Pansexual	0	0%
Asexual	0	0%
Otra orientación	0	0%
Sin especificar	4	33%
Otra condición especial*		
Total	0	0%
Embarazada	0	0%
Puérpera	0	0%
Privado de libertad	0	0%
Migrante	0	0%

Nota. No se aplicaron pruebas estadísticas comparativas debido al tamaño reducido de la muestra (n=12), frecuencias nulas en varias categorías y (*) por la naturaleza de las variables población y otra condición especial de respuesta múltiple.

En cuanto al nivel educativo de las personas fallecidas con enfermedad avanzada, predominaron los estudios de premedia y media (25% cada uno), seguidos por primaria (17%) y formación técnica o universitaria (8% cada uno); el 17% no especificó su escolaridad. En términos de ocupación, el 42% se encontraba desempleado, el 25% tenía empleos informales y el 17% empleos formales, mientras que el 17% no lo especificó. Respecto al estado civil, el 67% era soltero, el 8% estaba en unión libre o casado y el 25% no brindó esta información. La mayoría residía en zonas rurales (50%), el 33% en áreas urbanas y el 17% no especificó. Las provincias con mayor frecuencia fueron Chiriquí (33%), Colón (25%) y la comarca Ngäbe Buglé (25%). En relación con el grupo étnico, el 42% se identificó como Ngäbe y el 33% como mestizo; el 25% no lo especificó. **(Tabla 13).**

Tabla 13. Características sociodemográficas del componente de personas fallecidas con enfermedad avanzada

Características	Total	
	N	%
Escolaridad		
Total	12	100%
Ninguno	0	0%
Primaria	2	17%
Premedia	3	25%
Media	3	25%
Técnica	1	8%
Universitaria	1	8%
Sin especificar	2	17%
Ocupación		
Total	12	100%
Empleado formal (1)	2	17%
Empleado informal (2)	3	25%
Desempleado	5	42%
Administradora de hogar	0	0%
Estudiante	0	0%
Jubilado o pensionado	0	0%
Sin especificar	2	17%
Estado civil		
Total	12	100%
Soltero	8	67%
Casado, Unión Libre	1	8%

Divorciado	0	0%
Viudo	0	0%
Sin especificar	3	25%
Categoría territorial		
Total	12	100%
Urbana	4	33%
Rural	6	50%
Sin especificar	2	17%
Provincia de residencia		
Total	12	100%
Bocas del Toro	0	0%
Chiriquí	4	33%
Coclé	0	0%
Colon	3	25%
Darién	0	0%
Emberá Wounaan	0	0%
Guna Yala	0	0%
Herrera	0	0%
Los Santos	0	0%
Naso Tjër Di	0	0%
Ngäbe Bugle	3	25%
Panamá	0	0%
Panamá Oeste	0	0%
Veraguas	0	0%
Sin especificar	2	17%
Grupo étnico		
Total	12	100%
Mestizo	4	33%
Ngäbe	5	42%
Bugle	0	0%
Guna	0	0%
Emberá	0	0%
Wounaan	0	0%

Bribri	0	0%
Teribe naso	0	0%
Afrodescendiente	0	0%
Boketa	0	0%
Otro grupo étnico	0	0%
Sin especificar	3	25%

Nota. No se realizaron pruebas estadísticas debido al tamaño de la muestra (n=12) y la ausencia de casos en uno de los grupos fue limitado lo que impide el cumplimiento de los supuestos requeridos para pruebas comparativas.

1. Incluye a personas con trabajos estables y contractuales (educador, profesor, agente de logística, gerente, vendedor de empresa privada, recepcionista de hotel, chef, asesor de ventas, policía, secretario administrativo, investigador, ingeniero marítimo, asesor financiero, técnico en odontología, técnico en farmacia, contador, diseñador de interiores, administrador, psicólogo, médico, subgerente, asistente de oftalmología).
2. Abarca a trabajadores por cuenta propia o con empleos sin contrato fijo (agricultor, estilista, panadero, oficios domésticos, fumigador, trabajadora sexual, ventas por internet, independiente, empacador de supermercado, jornalero, aseo, jardinero, ayudante general, obrero de construcción, mesero, conductor, comerciante, tatuador, reparador de objetos electrónicos, mecánico y chapistero, artesano, trabajador en casa de familia, bartender, peluquero, electricista, empacador, mensajeros, reciclador, vendedor de ropa).

Del total de personas fallecidas con enfermedad avanzada, el 33% presentaba antecedentes médicos, predominando los casos con un solo diagnóstico (75%). Los tipos más frecuentes fueron las infecciones (50%), seguidas de antecedentes gastrointestinales (25%) y cardiovasculares (25%). Solo un caso registró antecedentes psicológicos con abordaje clínico, sin reporte de trastornos depresivos ni abuso de sustancias. En cuanto a hábitos tóxicos, se documentó consumo ocasional de alcohol en un caso (9%), consumo de tabaco en dos personas (18%), de las cuales una no especificó la frecuencia, y un caso de consumo de drogas (9%), también sin detalle. (**Tabla 14**).

Tabla 14. Características clínicas del componente de personas fallecidas con enfermedad avanzada según antecedentes médicos y psicológicos.

Características	Total	
	N	%
Antecedentes médicos		
Total	12	100%
Si	4	33%
No	8	67%
Sin especificar	0	0%
Número de Antecedentes médicos		
Total	4	100%
1	3	75%
2	1	25%
3	0	0%
4	0	0%

5	0	0%
Tipo de antecedente médico*		
Total	4	100%
Infeccioso	2	50%
Endocrinólogo	0	0%
Renales	0	0%
Gastrointestinales	1	25%
Cardiovasculares	1	25%
Neurológicos	0	0%
Ginecológicos	0	0%
Hematooncológicos	0	0%
Dermatológicos	0	0%
Otros	0	0%
Antecedentes psicológicos*		
Total	1	100%
Abordaje psicológico	1	100%
Trastorno depresivo	0	0%
Abuso de sustancias	0	0%
Sin especificar	0	0%
Consumo de alcohol		
Total	1	100%
Ocasional	1	100%
Nocivo	0	0%
Sin especificar	0	0%
Consumo de tabaco		
Total	2	100%
Ocasional	1	50%
Nocivo	0	0%
Sin especificar	1	50%
Consumo de drogas		
Total	1	100%
Ocasional	0	0%
Nocivo	0	0%

Sin especificar	1	100%
Nota. No se aplicaron pruebas estadísticas comparativas debido al tamaño reducido de la muestra (n=12), frecuencias nulas en varias categorías y a la naturaleza de las variables antecedentes médicos y psicológicos con respuesta múltiple.		

Al momento del ingreso, la mitad de las personas fallecidas con enfermedad avanzada se encontraba en estado clínico C3 según la clasificación CDC, y el 17% en estado A3; un 33% no tuvo esta variable especificada. La mediana de CD4 fue de 62 células/mm³ (RIC: 30–91), con 40% de los casos por debajo de 50 células/mm³. El 75% presentaba una carga viral mayor a 1000 copias/ml. En cuanto al estado nutricional, el 17% tenía bajo peso (IMC <18.5) y el 75% presentaba un IMC dentro del rango normal.

El inicio no rápido del tratamiento antirretroviral (TARV) se observó en el 45% de los casos, y la mediana de tiempo entre el diagnóstico y la vinculación a la cTARV fue de 20 días (RIC: 2–22). El esquema inicial más utilizado fue TDF/3TC/DTG (92%), y todos los pacientes se encontraban en tratamiento de primera línea al momento del fallecimiento. **(Tabla 15).**

Tabla 15. Características clínicas del componente de personas fallecidas con enfermedad avanzada

Características	Total	
	N	%
Estado Clínico al ingreso		
Total	12	100%
A1 CDC	0	0%
A2 CDC	0	0%
A3 CDC	2	17%
B1 CDC	0	0%
B2 CDC	0	0%
B3 CDC	0	0%
C1 CDC	0	0%
C2 CDC	0	0%
C3 CDC	6	50%
Sin especificar	4	33%
Linfocitos T CD4 al momento de Dx		
Total	10	100%
<50	4	40%
50-100	3	30%
100-200	3	30%
>200	0	0%
Media (DE)	68	(43)
Mediana (RIC)	62	(30-91)
Carga viral al momento de Dx		

<1000	1	8%
>1000	9	75%
IMC		
Total	12	100%
Baja peso (<18.5)	2	17%
Normal (18.5-24.9)	9	75%
Sobrepeso (25-29.9)	0	0%
Obesidad 1 (30-34.9)	0	0%
Obesidad 2 (35-39.9)	0	0%
Obesidad mórbida (>40)	0	0%
Sin especificar	1	8%
Inicio rápido (>7 días)		
Rápido	6	55%
Tardío	5	45%
Clasificación de tiempo desde diagnóstico hasta vinculación a la cTARV		
Total	12	100%
<7 días	6	50%
< 28 días	4	33%
< 90 días	1	8%
90 días a 1 años	0	0%
1-3 años	0	0%
> 3 años	0	0%
Sin especificar	1	8%
Mediana (RIC)	20	(2-22)
Esquema de TARV inicial, si inició (Panamá)		
Total	12	100%
TDF 3TC DTG	11	92%
ABC +3TC	0	0%
ABC+3TC+DTG	0	0%
ABC +3TC+RAL	0	0%
ABV, EFV	1	8%
BIC-FTC-TAF	0	0%
EFV+FTC+TDF	0	0%

AZT+3TC	0	0%
DRV+RTV+DTG	0	0%
Sin especificar	0	0%
Línea de TARV		
1ra	12	5%
2da	0	0%
3ra	0	0%
Nota. No se realizaron pruebas estadísticas debido al tamaño muestra (n=12) y la ausencia de casos en uno de los grupos limitado lo que impide el cumplimiento de los supuestos requeridos para pruebas comparativas.		

Se documentaron infecciones oportunistas en dos de las doce personas fallecidas con enfermedad avanzada (17%), ambas diagnosticadas clínicamente con tuberculosis. En cuanto a la profilaxis está la TMP/SMX como la más frecuente (56%), seguido por isoniacida (33%) e itraconazol (11%). Esta variable es de selección múltiple, por lo que el total de respuestas supera el número total de personas con profilaxis. El 58% de los casos no especificaron cuántas profilaxis fueron indicadas. No se reportó el uso de fluconazol, anfotericina B, ni otros. **(Tabla 16).**

Tabla 16. Características clínicas del componente de personas fallecidas con enfermedad avanzada por infección oportunista

Características	Total	
	N	%
Número de profilaxis recetado		
Total	12	100%
1	1	8%
2	4	33%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
Sin especificar	7	58%
Tipo de profilaxis*		
Total	9	100%
Fluconazol	0	0%
TMP/SMX	5	56%
Isoniacida	3	33%
Itraconazol	1	11%
Azitromicina	0	0%
Doxiciclina	0	0%

Ceftriaxona	0	0%
Anfotericina B	0	0%
Ivermectina	0	0%
Número de infecciones oportunistas diagnosticadas		
Total	2	100%
1	2	100%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
Sin especificar	0	0%
Tipo de infecciones oportunistas*		
Total	2	100%
Tuberculosis	2	100%
Histoplasmosis pulmonar	0	0%
Criptococosis	0	0%
Toxoplasmosis	0	0%
Candidiasis	0	0%
Cisticercosis	0	0%
Citomegalovirus	0	0%
Herpes zoster	0	0%
P. jirovecii	0	0%
Diagnóstico de infecciones oportunistas		
Clínico	2	4%
Antígeno	0	0%
Anticuerpo	0	0%
PCR	0	0%
Nota. No se aplicaron pruebas estadísticas comparativas debido al tamaño reducido de la muestra (n=12), frecuencias nulas en varias categorías y a la naturaleza de las variables tipo de profilaxis e infecciones oportunistas con respuesta múltiple.		

Entre las infecciones oportunistas registradas en personas fallecidas, la tuberculosis pulmonar fue la más frecuente, diagnosticada únicamente por criterios clínicos en dos casos y tratada con esquema sensible. No se identificaron casos de histoplasmosis, toxoplasmosis, criptococosis, candidiasis u otras infecciones. (Tabla 17).

Tabla 17. Características clínicas del componente de personas fallecidas con enfermedad avanzada por infección oportunista

I n f e c c i ó n oportunista	N	Clasificación anatómica	N	Tratamiento	N	M é t o d o diagnóstico	N
Tuberculosis	2					Baciloscopia	0
		Extrapulmonar	0	Resistente	0	ADA	0
		Pulmonar	2	Sensible	2	Cultivo	0
		Sin especificar	0	Sin especificar	0	GeneXpert	0
						Clínico	2
						Sin especificar	0
Histoplasmosis	0					Antígeno	0
		Extrapulmonar	0	Anfotericina B	0	Biopsia	0
		Pulmonar	0	Itraconazol	0	Cultivo	0
		Sin especificar	0	Sin especificar	0	Clínico	0
						Sin especificar	0
Criptococosis	0						0
		Pulmonar	0	Anfotericina B	0	Antígeno	0
		Ocular	0	Fluconazol	0	Clínica	0
		Sin especificar	0	Sin especificar	0	Otro	0
						Sin especificar	0
Toxoplasmosis	0					Ac IgM IgG	0
		Cerebral	0	TMP/SMX	0	Imagen	0
		Ocular	0	Sin especificar	0	Clínica	0
		Sin especificar	0			Sin especificar	0
Candidiasis	0						
		Esofágico	0	Fluconazol	0		
		Oral	0	Clotrimazol	0	Clínica	0
		Genital		Itraconazol	0	Sin especificar	0
		Sin especificar		Sin especificar	0		
Cisticercosis	0	Cerebral	0	Sin especificar	0	TAC	0
		Ocular	0	Ertapenem	0	Clínico	0

Cítomegalovirus	0	Sin especificar	0	Sin especificar	0	Anticuerpos	0
						Sin especificar	0
Herpes zoster	0	Abdominal	0	Fluconazol	0	Clínico	0
				Sin especificar	0	Sin especificar	0
P. jirovecii	0	Pulmonar	0	TMP/SMX	0	Clínico	0
		Sin especificar	0	Aciclovir	0	Otro	0
				Sin especificar	0	Sin especificar	0

Expedientes de personas que fallecieron durante el período de enero de 2021 a marzo del 2022

Un total de 170 expedientes fueron analizados para este componente. La región que aportó el mayor número de expedientes fue Chiriquí-Comarca Ngäbe Buglé con 88 casos, destacándose la Región de la Comarca Ngäbe-Buglé – San Félix con 56 expedientes. A nivel global, el 72% de los expedientes correspondían a hombres, lo que se traduce en una razón hombre: mujer de 3:1 para el total de las clínicas. La Región de Chiriquí presentó la razón más alta, con 12 hombres por cada mujer (12:1), siendo la más elevada entre el resto de las ubicaciones. **(Tabla 18).**

Tabla 18. Expedientes de mortalidad por clínica

Región	Hospital/Centro/ Clínica	Provincia o Comarca	Total	Hombre	Mujer	Razón M:H
Total de expedientes			170	122	48	1:3
Panamá-Panamá Oeste-Colón			82	54	28	1:2
	Hospital Santo Tomás	Panamá	34	21	13	1:2
	C/S Torrijos Carter	Panamá	5	4	1	1:4
	Región de Colón	Colón	38	25	13	1:2
	Hospital Nicolás Solano	Panamá Oeste	5	4	1	1:4
Región Chiriquí-Comarca Ngäbe Buglé			88	68	20	1:3
	Región de Chiriquí	Chiriquí	13	12	1	1:12
	Región de Comarca Ngäbe-Buglé – San Félix	Comarca Ngäbe-Buglé	56	45	11	1:4
	Región de Comarca Ngäbe-Buglé – Pueblo Nuevo	Comarca Ngäbe-Buglé	19	11	8	1:1

De los expedientes de mortalidad analizados, la mayoría, el 72% (122 casos), correspondió a hombres, con una mediana de edad general de 33 años. Más de la mitad de los casos, el 51% (87/170), se concentraron entre los 25 y 44 años. Notablemente, en el rango de 55-59 años, la proporción era de 8

hombres fallecidos por cada mujer. La prueba U de Mann-Whitney reveló un valor p de 0.611, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas en la mediana de edad entre hombres y mujeres en esta muestra. Del total de personas fallecidas (n=192), el 74% eran hombres.

La población general fue la más frecuente (56%), seguida de HSH (29%). No se registraron personas Transgénero ni trabajadoras sexuales en esta muestra. Respecto a la identidad sexual (n=170), el 46% se identificaron como heterosexuales, siendo más frecuente en mujeres (83%). La bisexualidad (11%) y homosexualidad (9%) se presentaron solo en hombres. Un 34% no registró esta variable. Se evidenció diferencia estadística significativa según sexo (p < 0.001). La modalidad de género no fue reportada en el 95% de los casos. Solo el 5% se identificó como Cisgénero, sin diferencia significativa entre sexos (p = 0.689). En cuanto a otras condiciones especiales (n=11), se identificaron cuatro embarazadas y dos púerperas; tres privados de libertad y dos migrantes, todos hombres. (Tabla 19).

Tabla 19. Características sociodemográficas según edad y tipo de población del componente de mortalidad

Características	Total		Hombre		Mujer		Prueba U de Mann-Whitney diferencias entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.611
<15 años	3	2%	3	2%	0	0%	
15-19 años	4	2%	3	2%	1	2%	
20-24 años	25	15%	19	16%	6	13%	
25-29 años	29	17%	20	16%	9	19%	
30-34 años	35	21%	24	20%	11	23%	
35-39 años	13	8%	9	7%	4	8%	
40-44 años	17	10%	11	9%	6	13%	
45-49 años	13	8%	10	8%	3	6%	
50-54 años	11	6%	9	7%	2	4%	
55-59 años	9	5%	8	7%	1	2%	
60-64 años	7	4%	4	3%	3	6%	
65-69 años	2	1%	1	1%	1	2%	
70-74 años	1	1%	0	0%	1	2%	
≥75 años	1	1%	1	1%	0	0%	
Mediana	33		32		34		
(RIC)	19	(26-45)	21	(26-47)	15	(28-43)	
Características	Total		Hombre		Mujer		χ ² diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Población *							
Total	192	100%	142	74%	50	26%	

Hombre que tiene sexo con hombre	56	29%	56	39%	0	0%	
Trabajador/a sexual	0	0%	0	0%	0	0%	
Transgénero	0	0%	0	0%	0	0%	
Población general	107	56%	63	44%	44	88%	
Otra población	14	7%	9	6%	5	10%	
Sin especificar	15	8%	14	10%	1	2%	
Identidad sexual							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p < .001
Heterosexual	79	46%	39	32%	40	83%	
Homosexual	16	9%	15	12%	1	2%	
Bisexual	18	11%	18	15%	0	0%	
Pansexual	0	0%	0	0%	0	0%	
Asexual	0	0%	0	0%	0	0%	
Otra orientación	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	57	34%	50	41%	7	15%	
Modalidad de género							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.689
Cisgénero	8	5%	5	4%	3	6%	
Transgénero	0	0%	0	0%	0	0%	
Transexual	0	0%	0	0%	0	0%	
No binario	0	0%	0	0%	0	0%	
Identidad de género otro	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	162	95%	117	96%	45	94%	
Otra condición especial*							
Total	11	100%	5	45%	6	55%	
Embarazada	4	36%	0	0%	4	67%	
Puérpera	2	18%	0	0%	2	33%	
Privado de libertad	3	27%	3	60%	0	0%	
Migrante	2	18%	2	40%	0	0%	
Nota. (*) Población y otra condición especial presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.							

En el componente de mortalidad (n=170), la escolaridad más frecuente fue premedia (29%) y media (26%), sin diferencias significativas por sexo (p=0.341). La ocupación informal predominó (32%), siendo mayor en hombres (38%), mientras que el 56% de las mujeres eran administradoras del hogar; se

evidenció diferencia significativa por sexo ($p < 0.001$). El estado civil más común fue soltería (62%), con mayor proporción en hombres (68%), encontrándose diferencia significativa ($p=0.035$). La mayoría residía en áreas rurales (58%) sin diferencias significativas ($p=0.117$). Las provincias más frecuentes fueron Ngäbe Buglé (38%), Colón (22%) y Panamá (21%) ($p=0.488$). El grupo étnico más representado fue Ngäbe (44%), seguido de mestizos (26%) y afrodescendientes (12%), sin diferencias significativas por sexo ($p=0.333$). (Tabla 20).

Tabla 20. Características sociodemográficas del componente de mortalidad

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Escolaridad							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.341
Ninguno	9	5%	5	4%	4	8%	
Primaria	41	24%	25	20%	16	33%	
Premedia	49	29%	39	32%	10	21%	
Media	44	26%	33	27%	11	23%	
Técnica	1	1%	1	1%	0	0%	
Universitaria	9	5%	6	5%	3	6%	
Sin especificar	17	10%	13	11%	4	8%	
Ocupación*							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p < .001
Empleado formal (1)	6	4%	6	5%	0	0%	
Empleado informal (2)	54	32%	46	38%	8	17%	
Desempleado	47	28%	38	31%	9	19%	
Administradora de hogar	27	16%	0	0%	27	56%	
Estudiante	15	9%	12	10%	3	6%	
Jubilado o pensionado	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	21	12%	20	16%	1	2%	
Estado Civil							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.035
Soltero	105	62%	83	68%	22	46%	
Casado, Unión Libre	53	31%	31	25%	22	46%	
Divorciado	1	1%	1	1%	0	0%	
Viudo	1	1%	0	0%	1	2%	
Sin especificar	10	6%	7	6%	3	6%	

Categoría Territorial							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.117
Urbana	68	40%	43	35%	25	52%	
Rural	98	58%	75	61%	23	48%	
Sin especificar	4	2%	4	3%	0	0%	
Provincia de Residencia							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.488
Bocas del Toro	7	4%	4	3%	3	6%	
Chiriquí	16	9%	14	11%	2	4%	
Coclé	0	0%	0	0%	0	0%	
Colon	38	22%	25	20%	13	27%	
Darién	0	0%	0	0%	0	0%	
Emberá Wounaan	0	0%	0	0%	0	0%	
Guna Yala	0	0%	0	0%	0	0%	
Herrera	0	0%	0	0%	0	0%	
Los Santos	0	0%	0	0%	0	0%	
Naso Tjër Di	0	0%	0	0%	0	0%	
Ngäbe Bugle	64	38%	48	39%	16	33%	
Panamá	35	21%	23	19%	12	25%	
Panamá Oeste	8	5%	6	5%	2	4%	
Veraguas	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	2	1%	2	2%	0	0%	
Grupo étnico							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.333
Mestizo	44	26%	30	25%	14	29%	
Ngäbe	74	44%	55	45%	19	40%	
Bugle	2	1%	2	2%	0	0%	
Guna	1	1%	1	1%	0	0%	
Emberá	0	0%	0	0%	0	0%	
Wounaan	0	0%	0	0%	0	0%	
Bri bri	0	0%	0	0%	0	0%	
Teribe Naso	0	0%	0	0%	0	0%	
Afrodescendiente	20	12%	10	8%	10	21%	

Boketa	0	0%	0	0%	0	0%	
Otro grupo étnico	3	2%	2	2%	1	2%	
Sin especificar	26	15%	22	18%	4	8%	

Notas (*):

1. Incluye a personas con trabajos estables y contractuales como administrativo, investigador, asistente de salón de belleza, jefe de promoción, instructor de deporte, celador.
2. Abarca a trabajadores por cuenta propia o con empleos sin contrato fijo como agricultor, estilista, barbero, bartender, taxista, conductor, ayudante general, albañil, jornalero, plomero, comerciante independiente, independiente, mercaderista, oficios domésticos, matadero, vendedor ambulante, motorizado de delivery, limpiador y cuidador de vehículos, ayudante de ventas de comida, doméstica y billetera

El lugar del fallecimiento se reportó en solo el 27% de los casos, siendo más frecuente en nosocomios (21%), sin diferencia significativa por sexo ($p=0.188$). La mayoría de las defunciones no contaban con registro específico del lugar (73%). En cuanto a la documentación sobre la muerte ($n=173$), el 22% contaba con certificado médico y el 19% con nota médica no certificada; un 13% presentó nota no médica en el expediente, y en el 46% no se especificó el tipo de documento. A esta última variable no se le aplicó prueba estadística. (**Tabla 21**).

Tabla 21. Información sobre el lugar de fallecimiento en el componente de mortalidad

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Información sobre lugar de fallecimiento							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.188
Domicilio	10	6%	5	4%	5	10%	
Nosocomio	36	21%	24	20%	12	25%	
Vía Pública	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	124	73%	93	76%	31	65%	
Documento de información sobre defunción*							
Total	173	100%	125	72%	48	28%	
Certificado médico	38	22%	24	19%	14	29%	
Nota médica (no certificado)	33	19%	28	22%	5	10%	
Nota no médica en el expediente	22	13%	16	13%	6	13%	
Sin especificar	80	46%	57	46%	23	48%	

Nota. (*) Tipos de información sobre defunción presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.

Tabla 22. Características Clínicas de expedientes de mortalidad

Características	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Antecedentes médicos							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.216
Si	52	31%	34	28%	18	38%	
No	97	57%	70	57%	27	56%	
Sin especificar	21	12%	18	15%	3	6%	
Antecedentes médicos							
Total	52	100%	34	65%	18	35%	p=0.451
1	30	58%	20	59%	10	56%	
2	12	23%	7	21%	5	28%	
3	5	10%	2	6%	3	17%	
4	3	6%	3	9%	0	0%	
5	2	4%	2	6%	0	0%	
Tipo de antecedente médico*							
Total	78	100%	49	63%	29	37%	
Infeccioso	37	47%	27	55%	10	34%	
Endocrino	9	12%	3	6%	6	21%	
Renales	4	5%	3	6%	1	3%	
Gastrointestinales	3	4%	3	6%	0	0%	
Cardiovasculares	7	9%	3	6%	4	14%	
Neurológicos	7	9%	6	12%	1	3%	
Ginecológicos	2	3%	0	0%	2	7%	
Hematooncológicos	1	1%	0	0%	1	3%	
Dermatológicos	6	8%	3	6%	3	10%	
Otros	2	3%	1	2%	1	3%	
Antecedentes psicológicos*							
Total	95	100%	67	71%	28	29%	
Abuso de sustancias	2	2%	1	1%	1	4%	
Terapia psicológica	42	44%	28	42%	14	50%	
Trastorno de ansiedad	1	1%	1	1%	0	0%	
Trastorno depresivo	3	3%	2	3%	1	4%	
Trastorno de personalidad	0	0%	0	0%	0	0%	

Sin especificar	47	49%	35	52%	12	43%	
Tipo de sustancias consumidas							
Total	95	100%	83	87%	12	13%	p=0.054
Benzodiazepinas	1	1%	1	1%	0	0%	
Cocaína	13	14%	11	13%	2	17%	
Heroína	1	1%	1	1%	0	0%	
Inhalantes	6	6%	6	7%	0	0%	
Marihuana	15	16%	14	17%	1	8%	
Alcohol	34	36%	27	33%	7	58%	
Tabaco	25	26%	23	28%	2	17%	
Nota. (*) Los tipos de antecedente médico y psicológicos presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.							

En el componente de mortalidad (n=170), respecto al inicio del tratamiento, el 93% de los casos ya se encontraba en TARV antes de fallecer, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres (p=0.356). El tiempo desde el diagnóstico hasta la vinculación mostró una amplia variabilidad: 22% se vinculó en menos de 7 días, 16% en menos de 28 días, y 8% entre 3 y 9 años después del diagnóstico. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0.798, U de Mann-Whitney). (Tabla 23).

Tabla 23. Factores clínicos del componente de mortalidad

Tiempo desde diagnóstico hasta vinculación							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.798
<7 días	54	22%	37	30%	17	35%	
<28 días	38	16%	28	23%	10	21%	
<90 días	30	12%	20	16%	10	21%	
90 días a un año	5	2%	3	2%	2	4%	
1 a 3 años	10	4%	6	5%	4	8%	
>3 hasta 9 años	16	8%	13	11%	3	6%	
>9 años	8	4%	6	5%	2	4%	
Sin especificar	9	5%	9	7%	0	0%	
Inicio TARV							χ² diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.356

No	12	7%	10	8%	2	4%	
Sí	158	93%	112	92%	46	96%	

En el componente de mortalidad (n=170), el 40% de los casos presentó estado clínico C3 al momento del diagnóstico, siendo más frecuente en hombres (39%). Un 51% no contaba con datos de CD4 inicial; entre los disponibles, el 20% tenía niveles <200 células/mm³. La mediana general fue de 216 cel/mm³ (RIC: 66–282), sin diferencias significativas entre sexos (p=0.093, prueba U de Mann-Whitney). El 86% presentaba carga viral >1000 copias/mL, aunque no se aplicó prueba estadística en esta variable. Al momento del fallecimiento, el estado C3 persistía en el 22% de los casos, con 88% sin datos de CD4 actualizados. La mediana entre los casos con datos fue de 118 cel/mm³ (RIC: 34–152), sin diferencia significativa por sexo (p=0.261). En cuanto al estado nutricional, se observó un predominio de normopeso tanto al diagnóstico como al fallecer, aunque con alto porcentaje de datos sin especificar. Tampoco se encontraron diferencias significativas por sexo (p=0.057 y p=0.996, respectivamente).

Solo el 1% presentó edema clínico, y otro 1% tenía registro de evaluación de CIA, sin diferencias significativas entre sexos (p=1.000). Un 1% de los expedientes contaba con estudio de genotipificación, encontrándose una mutación relacionada con inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa (INTI). (Tabla 24).

Tabla 24. Características clínicas inmunológicas del componente de mortalidad

Características Inicial	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Estado Clínico							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.071
A1 CDC	8	5%	6	5%	2	4%	
A2 CDC	8	5%	5	4%	3	6%	
A3 CDC	10	6%	10	8%	0	0%	
B1 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B2 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B3 CDC	1	1%	0	0%	1	2%	
C1 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
C2 CDC	17	10%	8	7%	9	19%	
C3 CDC	68	40%	47	39%	21	44%	
OMS III	2	1%	2	2%	0	0%	
Sin especificar	56	33%	44	36%	12	25%	
Linfocitos T CD4 (cel/mm³)							Prueba U de Mann-Whitney
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.093
<50	14	8%	11	9%	3	6%	
51-100	15	9%	11	9%	4	8%	
101-200	21	12%	20	16%	1	2%	

200 a 499	28	16%	17	14%	11	23%	
>500	6	4%	2	2%	4	8%	
Sin especificar	86	51%	61	50%	25	52%	
Mediana (RIC)	216	(66-282)	180	(71-251)	278	(64-341)	
Carga viral							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
<1000	13	14%	8	12%	5	18%	p=0.479
>1000	80	86%	57	88%	23	82%	
Estado nutricional							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.057
Baja peso (<18.5)	27	16%	15	12%	12	25%	
Normal (18.5-24.9)	60	35%	52	43%	8	17%	
Sobrepeso (25-29.9)	14	8%	10	8%	4	8%	
Obesidad 1 (30-34.9)	0	0%	0	0%	0	0%	
Obesidad 2 (35-39.9)	0	0%	0	0%	0	0%	
Obesidad mórbida (>40)	2	1%	1	1%	1	2%	
Sin especificar	67	39%	44	36%	23	48%	
Características al fallecer							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Estado Clínico	N	%	N	%	N	%	
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.579
A1 CDC	1	1%	1	1%	0	0%	
A2 CDC	1	1%	1	1%	0	0%	
A3 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B1 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B2 CDC	0	0%	0	0%	0	0%	
B3 CDC	1	1%	0	0%	1	2%	
C1 CDC	1	1%	1	1%	0	0%	
C2 CDC	2	1%	1	1%	1	2%	
C3 CDC	37	22%	25	20%	12	25%	
Sin especificar	127	75%	93	76%	34	71%	
Linfocitos T CD4 (cel/mm3)							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer

Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.261
<50	11	6%	8	7%	3	6%	
51-100	1	1%	0	0%	1	2%	
101-200	5	3%	3	2%	2	4%	
200 a 499	4	2%	2	2%	2	4%	
>500	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	149	88%	109	89%	40	83%	
Mediana (IRC)	118	(34-152)	136	(16-152)	140	(44-184)	
Carga viral							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
<1000	9	33%	6	38%	3	27%	p=0.580
>1000	18	67%	10	63%	8	73%	
Número de mediciones de CD4 antes de fallecer							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.411
1	52	31%	36	30%	16	33%	
2	8	5%	7	6%	1	2%	
3 o más	13	8%	7	6%	6	13%	
Sin especificar	97	57%	72	59%	25	52%	
Estado nutricional							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.996
Baja peso (<18.5)	7	4%	6	5%	1	2%	
Normal (18.5-24.9)	6	4%	5	4%	1	2%	
Sobrepeso (25-29.9)	2	1%	2	2%	0	0%	
Obesidad 1 (30-34.9)	0	0%	0	0%	0	0%	
Obesidad 2 (35-39.9)	0	0%	0	0%	0	0%	
Obesidad mórbida (>40)	0	0%	0	0%	0	0%	
Sin especificar	155	91%	109	89%	46	96%	
Edema							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.501
No	87	51%	62	51%	25	52%	
Si	2	1%	1	1%	1	2%	
Sin especificar	81	48%	59	48%	22	46%	

Se realizó Consejería Intensificada en Adherencia (CIA)							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=1.000
No	28	16%	16	13%	12	25%	
Sí	1	1%	1	1%	0	0%	
Sin especificar	141	83%	105	86%	36	75%	
Barreras encontradas en CIA (de las personas que se hizo CIA)							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Estudio de genotipificación realizado							
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.798
No	27	16%	16	13%	11	23%	
Sí	2	1%	1	1%	1	2%	
Sin especificar	141	83%	105	86%	36	75%	
Si se realizó genotipificación, mutación encontrada							
INTI	1	100%	1	100%	0	0%	

En los expedientes analizados (n=170) del componente de mortalidad, el inicio de TARV ocurrió en menos de 28 días en el 32% de los casos, sin diferencias significativas entre sexos (p=0.551). Los esquemas más frecuentes al fallecer fueron DTG+3TC+TDF (34%) y TDF+FTC+EFV (29%). El 36% tuvo cambio de esquema posterior, sin diferencia estadística (p=0.062). La mayoría estaba en primera línea (76%), destacando DTG+3TC+TAF (30%) y EFV+FTC+TAF (35%). Solo 9% recibió segunda línea. El 46% estaba en TARV al fallecer (p=0.288). Respecto a la dispensación, 22% retiraba tratamiento mensual y otro 22% cada más de tres meses (p=0.411). El 58% superó los tres años desde el diagnóstico hasta la muerte, y 47% desde el inicio del TARV hasta fallecer, sin diferencias por sexo (p=0.483 y p=0.742). (Tabla 25).

Tabla 25. Características clínicas relacionadas al tratamiento del componente de mortalidad

Inicio en Tarv	Total		Hombre		Mujer		Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.551
<7 días	44	18%	30	25%	14	29%	
<28 días	33	14%	24	20%	9	19%	
<90 días	28	12%	20	16%	8	17%	
90 días a un año	8	2%	4	3%	4	8%	
1 a 3 años	12	5%	8	7%	4	8%	

>3 hasta 9 años	18	9%	16	13%	2	4%	
>9 años	14	6%	10	8%	4	8%	
Sin especificar	13	6%	10	8%	3	6%	
Esquemas de tratamiento al fallecer							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.716
3TC + ABC + LPV/r + RAL	1	1%	1	1%	0	0%	
3TC + FTC + TAF	1	1%	0	0%	1	2%	
3TC + LPV/r + TDF	1	1%	1	1%	0	0%	
ABC + 3TC + DTG	1	1%	1	1%	0	0%	
ABC + 3TC + EFV	1	1%	0	0%	1	2%	
ABC + 3TC + RAL	1	1%	0	0%	1	2%	
AZT + 3TC & FTC + TDF	1	1%	0	0%	1	2%	
AZT + 3TC + EFV	5	3%	4	3%	1	2%	
AZT + 3TC + EFV & FTC + TDF + EFV	1	1%	1	1%	0	0%	
AZT + 3TC + LPV/r	4	2%	3	2%	1	2%	
AZT + 3TC + LPV/r + RAL	1	1%	1	1%	0	0%	
AZT + 3TC + LPV/r + TAF	1	1%	1	1%	0	0%	
AZT + 3TC + LPV/r + TDF & DRV + DTG + RTV & DTG + 3TC + TDF (doble dosis) & LPV/r + RAL	1	1%	1	1%	0	0%	
DTG	1	1%	1	1%	0	0%	
DTG + 3TC + FTC	1	1%	1	1%	0	0%	
DTG + 3TC + TAF	1	1%	1	1%	0	0%	
DTG + 3TC + TDF	58	34%	39	32%	19	40%	
DTG + 3TC + TFG	2	1%	2	2%	0	0%	
DTG + LPV/r	1	1%	0	0%	1	2%	
EFV + FTC + TAF	1	1%	0	0%	1	2%	
EFV + FTC + TDF	2	1%	2	2%	0	0%	
EFV + FTC + TDF/TAF	1	1%	1	1%	0	0%	
FTC + LPV/r + RAL + TDF	2	1%	1	1%	1	2%	
FTC + LPV/r + TDF	1	1%	1	1%	0	0%	
FTC + RAL + TDF	2	1%	1	1%	1	2%	
LPV/r	1	1%	1	1%	0	0%	

LPV/r + RAL	2	1%	2	2%	0	0%	
LPV/r + RAL + TDF	1	1%	1	1%	0	0%	
LTD	1	1%	0	0%	1	2%	
RAL + ABC + 3TC	1	1%	1	1%	0	0%	
TDF + FTC + EFV	50	29%	42	34%	8	17%	
TDF + FTC + EFV/TAF	8	5%	4	3%	4	8%	
Sin especificar	13	8%	7	6%	6	13%	
Se cambió la esquema de TARV luego de la esquema inicial							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	1	122	72%	48	28%	p=0.062
No	87	51%	69	57%	18	38%	
Sí	61	36%	40	33%	21	44%	
Sin especificar	22	13%	13	11%	9	19%	
Esquema de tratamiento al fallecer							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Primera							p=0.729
Total	130	100%	95	73%	35	27%	
3TC + FTC + TAF	2	2%	1	1%	1	3%	
ABC + 3TC + DTG	0	0%	0	0%	0	0%	
ABC + 3TC + EFV	2	2%	1	1%	1	3%	
DTG + 3TC + TAF	39	30%	39	41%	0	0%	
DTG + 3TC + TDF	19	15%	0	0%	19	54%	
EFV + FTC + TAF	45	35%	44	46%	1	3%	
EFV + FTC + TDF	13	10%	5	5%	8	23%	
EFV + FTC + TDF/TAF	5	4%	1	1%	4	11%	
FTC + RAL + TDF	5	4%	4	4%	1	3%	
Primera no recomendada*							
AZT + 3TC + EFV	1	100%	0	0%	1	100%	
Segunda*							
Total	12	9%	10	83%	2	17%	
3TC + ABC + LPV/r + RAL	1	8%	1	10%	0	0%	
3TC + LPV/r + TDF	1	8%	1	10%	0	0%	
AZT + 3TC + LPV/r	4	33%	3	30%	1	50%	

AZT + 3TC + LPV/r + RAL	1	8%	1	10%	0	0%	
AZT + 3TC + LPV/r + TAF	1	8%	1	10%	0	0%	
FTC + LPV/r + RAL + TDF	2	17%	1	10%	1	50%	
FTC + LPV/r + TDF	1	8%	1	10%	0	0%	
LPV/r + RAL + TDF	1	8%	1	10%	0	0%	
Otras esquemas*							
Total	14	22%	10	11%	4	11%	
ABC + 3TC + RAL	1	7%	0	0%	1	25%	
AZT + 3TC + LPV/r + TDF & DRV + DTG + RTV & DTG + 3TC + TDF (doble dosis) & LPV/r + RAL	1	7%	1	10%	0	0%	
DTG	1	7%	1	10%	0	0%	
DTG + 3TC + FTC	1	7%	1	10%	0	0%	
DTG + 3TC + TFG	2	14%	2	20%	0	0%	
DTG + LPV/r	1	7%	0	0%	1	25%	
LPV/r	1	7%	1	10%	0	0%	
LPV/r + RAL	2	14%	2	20%	0	0%	
LTD	1	7%	0	0%	1	25%	
AZT + 3TC & EFV + FTC + TDF	1	7%	0	0%	1	25%	
AZT + 3TC + EFV & EFV + FTC + TDF	1	7%	1	10%	0	0%	
ABC + RAL + 3TC	1	7%	1	10%	0	0%	
Sin especificar	13	10%	7	7%	6	17%	
En TARV cuando fallece							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.288
No	68	40%	50	41%	18	38%	
Sí	78	46%	51	42%	27	56%	
Sin especificar	24	14%	21	17%	3	6%	
Tipo de dispensación							χ^2 diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.411
1 mes	37	22%	30	25%	7	15%	
2 meses	13	8%	7	6%	6	13%	

>3 meses	37	22%	26	21%	11	23%	
Sin especificar	83	49%	59	48%	24	50%	
Tiempo de diagnóstico hasta fallecer							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
Total	170	111%	122	72%	48	39%	p=0.483
<7 días	0	0%	0	0%	0	0%	
<28 días	3	2%	3	2%	0	0%	
<90 días	12	7%	8	7%	4	8%	
90 días a 1 año	18	11%	16	13%	2	4%	
1 a 3 años	21	12%	13	11%	8	17%	
>3 a 9 años	53	31%	40	33%	13	27%	
>9 años	46	27%	31	25%	15	31%	
Sin especificar	17	10%	11	9%	6	13%	
Tiempo de inicio de TARV hasta fallecer							Prueba U de Mann-Whitney diferencia entre hombre y mujer
Total	170	100%	122	72%	48	28%	p=0.742
<7 días	1	1%	1	1%	0	0%	
<28 días	8	5%	6	5%	2	4%	
<90 días	11	6%	8	7%	3	6%	
90 días a 1 año	16	9%	14	11%	2	4%	
1 a 3 años	25	15%	13	11%	12	25%	
>3 a 9 años	50	29%	39	32%	11	23%	
>9 años	30	18%	19	16%	11	23%	
Sin especificar	29	17%	22	18%	7	15%	
(*) No se realizó prueba estadística para los esquemas de primera línea no recomendada, segunda y otros esquemas; debido a la presencia de frecuencias observadas muy bajas o nulas en múltiples categorías; estos conteos no cumplen con los supuestos requeridos para la validez de la prueba de Chi-cuadrado, por lo que el análisis se limita a la descripción.							

En el componente de mortalidad, se identificaron 64 personas con causa básica de muerte registrada. Las causas más frecuentes fueron: síndrome de desgaste (34%), VIH sin mayor especificación (17%) y sepsis (17%). En menor proporción se reportaron causas infecciosas específicas como micobacterias (3%), micosis (2%), e infección parasitaria (2%). No se encontraron diferencias significativas por sexo en la causa básica de muerte ($p=0.459$). En cuanto a las causas B ($n=41$), el 68% correspondió a causas infecciosas, destacando micosis (22%), micobacterias (20%) e infecciones inespecíficas (12%). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0.206$), para las causas C ($n=30$), se

reportaron causas infecciosas en el 30% de los casos, especialmente micosis (10%) e infecciones múltiples (7%), la causa más frecuente fue nuevamente VIH sin mayor especificación (40%); no hubo diferencias significativas por sexo ($p=0.912$). Solo 12 personas tenían causa D registrada, las más comunes fueron causas infecciosas (17%), VIH sin mayor especificación (10%) y falla multiorgánica (3%), sin diferencias por sexo ($p=1.000$). (Tabla 26).

Respecto al número de causas infecciosas según CIE-10, el 47% no presentó ninguna causa infecciosa, el 28% tuvo dos causas y el 20% presentó una sola; no se halló asociación significativa entre el número de causas infecciosas y el sexo ($p=0.950$). Finalmente, 37 personas fallecieron por infecciones oportunistas, siendo las más frecuentes: tuberculosis (51%), histoplasmosis (27%) y toxoplasmosis (14%). El 81% presentó una sola infección oportunista, sin diferencia significativa por sexo ($p=0.790$) (Tabla 26).

En la Comarca Ngäbe-Buglé, solo la mitad (50.6%, 38 expedientes de los 75 expedientes de mortalidad encontrados) tuvo una causa de fallecimiento reportado. De éstas, para la causa básica, unos 22 (68.8%) fallecieron por síndrome de desgaste, 7 (21.9%) fueron reportado como VIH sin mayor especificación, 2 (6.3%) como tuberculosis pulmonar, 3 (9.4%) histoplasmosis diseminada, 1 (3.1%) neuro infección por tuberculosis, 1(3.1%) tuberculosis diseminada, 1 (3.1%) toxoplasmosis cerebral y 1 (3.1%) como infección inespecífica. Como antecedentes de fallecimiento, hubo mayor explicación en 6 expedientes, donde uno también tuvo infección por COVID-19, otras 3 como síndrome de desgaste, 1 por VIH sin mayor especificación, y 1 por toxoplasmosis cerebral. Esta información indica que sólo dos personas tuvieron diagnóstico por infecciones oportunistas (tuberculosis y toxoplasmosis cerebral) en toda la región comarcal.

Tabla 26. Causa de muerte del componente de mortalidad

Total	Total		Hombre		Mujer		χ^2 diferencia entre hombre y mujer
	N	%	N	%	N	%	
Causa Básica							
Total	64	100%	45	70%	19	30%	
Infección bacteriana	1	2%	1	2%	0	0%	
Infección parasitaria	1	2%	0	0%	1	5%	
Infección viral	0	0%	0	0%	0	0%	
Micobacteria	2	3%	1	2%	1	5%	
Micosis	1	2%	1	2%	0	0%	
Sepsis	11	17%	7	16%	4	21%	
Infección inespecífica	2	3%	2	4%	0	0%	
Síndrome de desgaste	22	34%	17	38%	5	26%	
Neumológico	4	6%	2	4%	2	11%	
Cardiovascular	4	6%	1	2%	3	16%	
Trauma	1	2%	1	2%	0	0%	
VIH sin mayor especificación	11	17%	8	18%	3	16%	
Shock Hipovolémico	1	2%	1	2%	0	0%	

Falla multiorgánica	2	3%	2	4%	0	0%	
Sin especificar	1	2%	1	2%	0	0%	
Causa B							
Total	41	100%	27	66%	14	34%	p=0.206
Causas infecciosas	28	68%	20	74%	8	57%	
Infección inespecífica	5	12%	4	15%	1	7%	
Infección múltiple	1	2%	1	4%	0	0%	
Infección parasitaria	1	2%	1	4%	0	0%	
Infección viral	2	5%	1	4%	1	7%	
Micobacteria	8	20%	4	15%	4	29%	
Micosis	9	22%	7	26%	2	14%	
Neumonía	1	2%	1	4%	0	0%	
Sepsis	1	2%	1	4%	0	0%	
Cardiovascular	3	7%	2	7%	1	7%	
Falla multiorgánica	1	2%	0	0%	1	7%	
Renal	1	2%	0	0%	1	7%	
Gastrointestinal	2	5%	2	7%	0	0%	
Oncológico	1	2%	0	0%	1	7%	
Síndrome de desgaste	3	7%	1	4%	2	14%	
VIH sin mayor especificación	2	5%	2	7%	0	0%	
Sin especificar	0	0%					
Causa C							
Total	30	100%	18	60%	12	40%	p=0.912
Infecciosas	9	30%	6	33%	3	25%	
Infección bacteriana	1	3%	1	6%	0	0%	
Infección múltiple	2	7%	2	11%	0	0%	
Infección viral	1	3%	1	6%	0	0%	
Micobacteria	1	3%	1	6%	0	0%	
Micosis	3	10%	1	6%	2	17%	
Sepsis	1	3%	0	0%	1	8%	
Cardiovascular	1	3%	0	0%	1	8%	
Oncológico	1	3%	1	6%	0	0%	
Neumológico	3	10%	1	6%	2	17%	

Falla multiorgánica	1	3%	1	6%	0	0%	
Gastrointestinal	1	3%	1	6%	0	0%	
Quirúrgica	1	3%	1	6%	0	0%	
VIH sin mayor especificación	12	40%	7	39%	5	42%	
Otro	1	3%	0	0%	1	8%	
Causa D							
Total	12	100%	7	58%	5	42%	p=1.000
Infecciosas	5	17%	3	17%	2	17%	
Infección no específica	1	3%	1	6%	0	0%	
Micobacteria	2	7%	1	6%	1	8%	
Micosis	2	7%	1	6%	1	8%	
Falla multiorgánica	1	3%	0	0%	1	8%	
Gastrointestinal	1	3%	0	0%	1	8%	
Oncológico	1	3%	1	6%	0	0%	
Trauma	1	3%	1	6%	0	0%	
VIH sin mayor especificación	3	10%	2	11%	1	8%	
Número de causas infecciosas CIE 10							
Total	64	100%	45	70%	19	30%	p= 0.95
1	13	20%	10	22%	3	16%	
2	18	28%	12	27%	6	32%	
3	3	5%	2	4%	1	5%	
4	0	0%	0	0%	0	0%	
Ninguna	30	47%	21	47%	9	47%	
Fallecimiento por Infecciones oportunista*							
Total	37	100%	26	70%	11	30%	
Tuberculosis	19	51%	12	46%	7	64%	
Histoplasmosis	10	27%	8	31%	2	18%	
Criptococosis	0	0%	0	0%	0	0%	
Toxoplasmosis	5	14%	4	15%	1	9%	
Candidiasis	1	3%	0	0%	1	9%	
Cisticercosis	0	0%	0	0%	0	0%	
Citomegalovirus	0	0%	0	0%	0	0%	
Herpes zoster	0	0%	0	0%	0	0%	

P. jirovecci	2	5%	2	8%	0	0%	
Número de causas con infecciones oportunistas							
Total	31	100%	22	71%	9	29%	p=0.790
1	25	81%	18	82%	7	78%	
2	6	19%	4	18%	2	22%	
3	0	0%	0	0%	0	0%	
Nota. (*) Infecciones oportunistas presentan respuestas múltiples por participante, por lo que los totales pueden superar el número total de casos; debido a esta naturaleza de respuesta no exclusiva, no se aplicaron pruebas estadísticas comparativas, ya que violan los supuestos de independencia requeridos.							

El análisis de completitud de los registros en mortalidad reveló altos niveles de datos sin especificar en múltiples variables clínicas al fallecer: el 91% carecía de información sobre el índice de masa corporal (IMC), el 88% sobre linfocitos CD4 iniciales y el 84% sobre carga viral basal. En cuanto a los antecedentes, se observó ausencia de datos en el 85% para consumo de drogas y tabaco, y en el 80% para consumo de alcohol. Entre las variables sociodemográficas, la condición asociada no fue especificada en el 94% de los casos lo cual se interpreta que los participantes no tenían condición asociada, y se encontró entre 6% y 12% de datos faltantes en ocupación, escolaridad, estado civil y población clave. Asimismo, la causa A de muerte no fue registrada en el 32% de los casos, y la causa básica en el 22%. El 8% no tenía esquema TARV consignado, y entre el 2% y 7% no contaba con fechas de diagnóstico, vinculación o inicio de TARV. (**Tabla 27**).

Tabla 27. Número y frecuencia de datos sin especificar por variable:

Características Sociodemográficas	S	N	%	Antecedentes	N	%
Sexo		0	0%	Fecha de diagnóstico	3	2%
Edad		0	0%	Fecha de vinculación	12	7%
Personas con condición especial		159	94%	Fecha de inicio de TARV	12	7%
Población Clave		15	9%	Antecedentes médicos	21	12%
Escolaridad		17	10%	Antecedentes psicológicos	47	28%
Estado Civil		10	6%	Consumo de drogas	145	85%
Ocupación		21	12%	Consumo de alcohol	136	80%
				Consumo de tabaco	145	85%
				Tipo de dispensación	14	8%
Variables clínicas al fallecer						
CD4 basal		149	88%			
CV basal		143	84%			
Esquema TARV		13	8%			
IMC		155	91%			

En el análisis de regresión logística, se identificaron factores significativamente asociados con el registro de infecciones oportunistas al momento del fallecimiento. Las personas residentes en áreas de Panamá,

Panamá Oeste y Colón presentaron mayor probabilidad de haber tenido infecciones oportunistas registradas en comparación con las residentes en áreas de la Comarca Ngäbe-Buglé y Chiriquí (OR=4.82; IC95%: 1.95-11.9; p<0.01). Asimismo, quienes fallecieron fuera de un nosocomio tuvieron mayor probabilidad de presentar infecciones oportunistas (OR=6.55; IC95%: 1.13–37.8; p=0.020). Además, las personas diagnosticadas con VIH entre el 2021-2022 mostraron menor probabilidad de haber tenido infecciones oportunistas registradas (OR=0.227; IC95%: 0.049–1.05; p=0.042). Finalmente, no estar en TARV al momento del fallecimiento se asoció significativamente con mayor probabilidad de tener presencia de infecciones oportunistas (OR=5.15; IC95%: 1.92–13.8; p<0.001). (Tabla 28).

Tabla 28. Factores asociados con registro de infecciones oportunistas al momento de fallecer

Variable	Categoría	OR	IC 95% inf	Valor P
Sexo	Mujer	1		
	Hombre	0.994	0.396-2.50	0.989
Edad (en años)	<25	1		
	26 a 50	2.49	0.991-6.24	0.049
	>50	1.75	0.64-4.8	0.274
Provincia	Comarca Ngäbe-Buglé y Chiriquí	1		
	Panamá, Panamá Oeste y Colón	4.82	1.95-11.9	<0.01
Ocupación	Formal	1		
	Informal	0.628	0.231-1.71	0.360
	No empleado	1.69	0.624-4.60	0.299
Tipo de población	General	1		
	Clave	1.59	0.949-6.250	0.060
Cuento de CD4	<50 a 100	1		
	100 a 200	0.289	0.011-7.57	0.273
	>200	0.556	0.018-16.8	0.46
Carga viral	<1000	1		
	>1000	1.07	0.128-8.98	0.949
Presencia de hábitos tóxicos	No	1		

	Sí	2.340	0.945-5.790	0.06
Lugar de fallecimiento	Nosocomio	1		
	Otro	6.55	1.13-37.8	0.02
Inicio rápido	Rápido	1		
	Tardío	2.09	0.793-5.51	0.132
Fecha desde diagnóstico con VIH	<2015	1		
	2015-2020	0.525	0.225-1.23	0.134
	2021-2022	0.227	0.049-1.05	0.042
	<2015	1		
Fecha de inicio en TARV	2015-2020	0.727	0.306-1.73	0.470
	2021-2022	0.480	0.147-1.57	0.217
	0-29 días	1		
Tiempo de diagnóstico hasta fallecer	31-91 días	0.339	0.039-2.94	0.306
	>91	1.97	0.392-9.86	0.404
	0-29 días	1		
Tiempo de inicio TARV hasta fallecer	31-91 días	0.718	0.136-3.8	0.696
	>91	2.00	0.517-7.74	0.309
En TARV cuando fallece	Si	1		
	No	5.15	1.92-13.8	p < .001

Hallazgos cualitativos con coordinadores de clínicas TARV

La selección de las temáticas a investigar cualitativamente surgió de un proceso mixto. Por un lado, se tomaron los temas del mapa inicial, pero además de éstos, se incluyeron otros códigos que surgieron de una manera más espontánea a lo largo de las entrevistas con los coordinadores de las clínicas TARV. Por lo tanto, el resultado final se estructuró en base a cuatro bloques principales que abordan: los factores asociados a la etnicidad (en concreto dentro de la comarca Ngäbe Bugle y con pacientes indígenas, especialmente Ngäbes y Buglés); los factores individuales; los factores de las clínicas y del sistema sanitario, y los de carácter político. Un último bloque recogió una serie de recomendaciones que los participantes compartieron, entendido éstas como respuestas a las carencias que encuentran ahora y también como elementos que se deberían incluir en el trabajo que se realiza desde las clínicas para que haya una mayor adherencia al tratamiento por parte de los individuos. En otras palabras, una mejoría en el trabajo en las clínicas, y avances hacia una sociedad más inclusiva con un sistema de salud que responda a las necesidades de todos los individuos que la componen independientemente de su origen, tradiciones y creencias.

En cada uno de los cuatro bloques mencionados, se diferenciaron aquellos elementos que los participantes destacaron como barreras, así como aquellos identificados como facilitadores para el tratamiento de personas con VIH.

1. Factores asociados a la etnicidad, respecto a la población indígena afuera y adentro de la Comarca Ngäbe-Buglé

La incidencia (nuevos casos por año) del VIH en Panamá está entre las mayores de la región (8). Cuando atendemos a la realidad del país encontramos que la situación es especialmente preocupante en la Comarca Ngäbe Buglé, donde la incidencia es 4 veces mayor a la de las áreas urbanas (8). Debido a estos datos, se incluyó el análisis de los factores particulares de esta Comarca, con el fin de comprender cómo la enfermedad avanzada y la mortalidad se relacionan con el VIH.

Se aprovecha la parte del estudio cualitativo para, de la mano de los médicos que trabajan más directamente en la Comarca Ngäbe-Bugle, entender posibles factores que estén asociados a esta situación que afecta a sus habitantes de una manera especialmente severa.

Identificamos por lo tanto que hay una serie de valores tanto sociales, culturales como estructurales, que hacen que la población de origen Ngäbe y Buglé tenga dificultades para la vinculación temprana y mantener una adherencia al tratamiento de VIH que provee el MINSA. Destacan elementos de pobreza, abandono y falta de infraestructuras institucionales que se repiten entre la sociedad Ngäbe, en general pero que, dadas las condiciones de la geografía comarcal, establecen una dificultad mayor para la población indígena que vive con VIH. También se identificó un sector de la sociedad que trata de manera diferencial a la población indígena; la discrimina. Para equilibrar la balanza, los profesionales de la salud que están en la zona trabajan desarrollando soluciones creativas y construyendo puentes con personas relevantes dentro de la cultura Ngäbe, como son los médicos tradicionales. A continuación, algunos comentarios que reflejan lo presentado aquí, organizado según si las situaciones resultan barreras o factores facilitadores para el diagnóstico y la adherencia al tratamiento de VIH.

BARRERAS

Factores relacionados con el paciente indígena que dificultan la vinculación a la clínica y aumentan la mortalidad:

○ Aspectos individuales

Resistencia al diagnóstico y al tratamiento, a diferencia de otros grupos poblacionales, especialmente si la persona es asintomática.

“Es difícil, incluso logrando diagnosticar al paciente temprano, es difícil porque ... aunque tú trates de explicarles de la mejor manera, cuesta mucho entender que “yo no tenga ningún síntoma y me estén diciendo que tengo una enfermedad como el VIH, cuando el concepto que yo tengo en mi cabeza de un paciente con VIH es un paciente desgastado”, como dicen los pacientes en la comarca, ellos lo describen

como 'tirado'. Para ellos 'tirado' es una persona que está acostada en una hamaca porque no se puede levantar... pues, en una fase SIDA. ... no entienden mucho esa fase asintomática primaria." (CNB Norte)

○ Aspectos socioculturales

Aspectos socioculturales y vinculados a la cosmovisión de la salud-enfermedad de los pueblos indígenas. Los pacientes consideran que el problema no es médico sino espiritual, presentándolo como una consecuencia de hechizos, embrujos, mal de ojo. Y, por lo tanto, acuden primero a médicos tradicionales y no al tratamiento antirretroviral.

"... el aspecto cultural porque muchos de esos casos ... se consideran "hechizados, embrujados, mal de ojo" ... como el problema no es médico, sino que es para su punto de vista de naturaleza sociocultural, un problema espiritual, de otro tipo. Ellos no buscan solución con la clínica TARV." (CNB Sur)

- Enfoque en la educación de la población joven, para generar mayor conciencia sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento

... "no buscan solución con la clínica TARV... Muchos de nuestros pacientes han sido incitados o motivados a dejar el tratamiento ... o no buscan el manejo oportuno por situaciones de este tipo. Y eso tiene que ver mucho con la falta de educación continua de la gente. Una persona educada no se va a dejar manipular de esa manera... la población joven que está en las escuelas recibe una información dentro del programa de salud escolar ..., que también lo orientan mejor a cómo manejar este tipo de situación y con ello estamos teniendo mejores resultados... se manejan mejor que los pacientes entre 50, 60 años" (CNB Sur)

- Las iglesias evangélicas y adventistas influyen la conducta de los pacientes, coaccionándolos para dejar el tratamiento.

"Hay mucha incidencia de iglesias adventistas, evangélicas y otro grupo de organizaciones. Es muy conocido dentro de nuestra comarca. Situaciones de... iglesias, que han limitado la libertad, incluso de salud de los pacientes ... en donde estas iglesias obligan a actuar de determinada manera. Muchos de nuestros pacientes han sido incitados o motivados a dejar el tratamiento porque Dios los va a curar o porque existe una fuerza espiritual que los va a ayudar, entonces dejan el tratamiento o no buscan el manejo oportuno por situaciones de este tipo." (CNB Sur)

- El paciente indígena es visto como sólo de la comarca, en vez de ser usuario del sistema nacional

"... el paciente va a salir, va a migrar ... las regiones de salud, ... el paciente indígena siempre es visto como que es de la comarca A mí me pasa mucho con los pacientes con tuberculosis. ... yo derivó a un paciente ... que no vive en la comarca y... se pierde o llega, pero el personal de salud que lo recibe, lo recibe lastimosamente con piedras en la mano. ¿Por qué? "Porque Usted es un paciente de la comarca, si Usted es captado en la comarca, ¿por qué no se atiende allá?" ... Siento que quieren limitar las regiones según la etnia y eso no tiene ningún sentido, entonces nosotros mismos (el personal sanitario) estamos discriminando muchísimo a los pacientes. Y eso ... aunque a veces se hable en las reuniones regionales ... en la práctica seguimos viéndolo." (CNB Norte)

○ Aspectos estructurales.

La falta de infraestructura y recursos en áreas rurales y de difícil acceso de la Comarca Ngäbe-Bugle dificulta el diagnóstico oportuno del VIH y esto conlleva a que muchos casos de VIH no se registren y que las personas fallezcan sin haber sido diagnosticadas, lo que impide conocer la verdadera magnitud del problema en esas zonas.

"Yo me atrevo a apostar que en la región norte de la comarca Ngäbe Bugle hay tantos casos como hay en el área sur, solo que no han sido diagnosticados, solo que se "han muerto de maldición" en sus áreas y ya nadie va a saber de ellos, porque ya desaparecieron y hay muchos, quizá por desaparecer, que a los que ni siquiera vamos a llegar a conocer, pero es porque no se registra. ¿Y cómo se va a registrar si no tenemos laboratorios en esas áreas, en un área tan extensa, con una población tan grande? Si ni en su centro de salud central hay laboratorio permanente para cuando ese paciente llegue." (CNB Norte)

- Dificultad de acceso a centros de salud por la distancia y el costo del transporte en las comunidades aisladas.

“Hay áreas donde es muy costoso para ellos ... en pasajes de movilización que son realmente inaccesibles para una persona que vive en pobreza extrema, ..., los pacientes que tenemos que podemos catalogarlo, que de verdad son pacientes de pobreza extrema... Yo tengo pacientes que viven, por ejemplo, en Río Chiriquí, que una lancha para salir, el pasaje puede costar hasta 25 dólares. O sea que si el paciente requiere como 60 dólares para llegar a mi instalación. ... esos pacientes tenían muy mala adherencia, pero ya era una cuestión del factor dinero, no tenían (el recurso) para salir.” (CNB Norte)

FACILITADORES

Estrategias implementadas para mejorar la vinculación y reducir la mortalidad:

- Trabajo conjunto con médicos tradicionales (Asociación de Médicos Tradicionales de la Comarca Ngäbe-Buglé [ASASTRAN]) para capacitarlos en diagnóstico oportuno y referencia a la clínica
“Con los pacientes de mayor edad con un arraigo cultural ... entienden la cosmovisión de la salud -enfermedad de manera distinta y el diagnóstico se retrasa por acudir a médicos tradicionales que a veces tratan esto desde el punto de vista espiritual. Y no desde el punto de vista médico, por eso también estamos haciendo acercamiento con el grupo de ASASTRAN, que es un grupo de médicos tradicionales y parteras empíricas, de tal forma que si ellos le dan un tratamiento cultural, también diagnostiquen oportunamente y hemos hecho capacitación para que ellos hagan pruebas rápidas.” (CNB Sur)
- La importancia de contratar un promotor de adherencia de la misma etnia que hable el idioma autóctono y se pueda comunicar con los pacientes.
“... empezamos con un promotor en adherencia de IntraHealth que nos ayudó muchísimo. ... Y al momento de elegir yo dije, “pero tiene que ser alguien de la comunidad porque yo necesito a alguien que hable bien el ngäbere... que se pueda comunicar bien.” (CNB Norte)
- Abordaje individualizado a cada paciente según sus necesidades, en especial sobre nutrición, para lograr recuperar el sistema inmunológico y evitar la mortalidad temprana.
“... va en la realidad de los derechos ... que tiene cada ser humano ... para no enfermar(se)... si, por ejemplo, existe un paciente que está en franca desnutrición, está desplazado, está hospitalizado, el nutricionista lo va a ver por un apoyo nutricional. Obviamente va a recomendar una prueba de VIH. Y si tiene una prueba de VIH el paciente recibe una suplementación...Nosotros, junto con el Departamento de Nutrición y la licenciada Yarlin ... hemos definido que través de la suplementación oportuna no se incrementan 50 CD4 por año, sino 100. Se duplica el incremento del CD4 si tú le das aportes nutricionales suficientes a este paciente indígena que no está comiendo correctamente ... además el Departamento de Nutrición ... se encarga del manejo de la leche para los niños de las mujeres que no pueden amamantar, de la suplementación con Nutricereal a los pacientes con CD4 entre 200 y 500.” (CNB Sur)
- Acercamiento de los servicios de salud a las comunidades, a través de visitas y pruebas rápidas
“... cuando tengan una prueba rápida puedan referir al paciente a la clínica, Los hemos invitado a la clínica, los hemos acercado a la clínica ... hemos estado... aumentando el nivel diagnóstico, digo más oportunamente.” (CNB Sur)

2. Factores individuales del paciente

A la hora de abordar los factores individuales que llevan a los pacientes de las clínicas a una vinculación temprana y una adherencia al tratamiento, los participantes compartieron una serie de elementos importantes. Para repasarlos, se han organizado los mismos, comenzando por presentar aquellos que tienen que ver directamente con la responsabilidad de la persona, como son la aceptación del diagnóstico, la presencia de infecciones oportunistas y comorbilidades; la nutrición, el uso de drogas recreacionales y la migración laboral. Posteriormente recogemos aquellos que influyen en el individuo pero que se podría decir que son externos a su voluntad o alcance. Encontramos en esta sección: la falta de trabajo, la pobreza, el estigma y la discriminación, y la distancia para acceder a la clínica.

En un segundo bloque se organizaron los comentarios de los participantes que destacan aspectos facilitadores que encuentran las personas. Los comentarios que se recogieron abordan aspectos cognitivos y emocionales a nivel personal, que se concretan en factores que hacen que los individuos tengan una mayor facilidad para beneficiarse de la vinculación temprana y una adherencia al tratamiento, como son: la educación sexual, las consejerías pre- y posprueba, una comprensión sobre el diagnóstico, y el apoyo por parte de familiares, amigos y grupos de iguales.

BARRERAS

Aspectos personales

○ Aceptación del Diagnóstico

- Muchos pacientes no aceptan el diagnóstico, lo que lleva a que no acudan a las citas ni retiren sus medicamentos, lo que empeora su estado de salud.

“la parte psicológica, hay que abordar mucho al paciente en las primeras entrevistas por dificultad en la aceptación del diagnóstico. Muchas veces el paciente no acepta el diagnóstico y por no aceptarlo, pues no acude más a la cita ni al retiro de medicamentos. ... ahí abandonan y ... cuando nosotros tratamos de rescatarlos o ellos nuevamente se reintegran a la clínica por diferentes tipos de enfermedades, ya sea por fiebre, que no saben de dónde viene o síndromes diarreicos que le dan medicamentos y nada que recuperan. Entonces acuden a la clínica ya más deteriorado y pues ya quedan hospitalizados.” (Panamá Oeste)

- Es un reto lograr la vinculación temprana de los pacientes diagnosticados en fase asintomática influenciado por factores como el nivel educativo, las creencias sobre la enfermedad y la necesidad de trabajar.

“...incluso logrando diagnosticar al paciente temprano, es difícil porque ahí va la parte ..del nivel educativo de los pacientes ... les cuesta mucho entender que “yo no tenga ningún síntoma y me estén diciendo que tengo una enfermedad como el VIH, cuando el concepto que yo tengo en mi cabeza de un paciente con VIH es un paciente desgastado”, como dicen los pacientes en la Comarca. Ellos lo describen como tirado... una persona que está acostada en una hamaca porque no se puede levantar... para nosotros un paciente desgastado ya, está en una fase SIDA. ... pero no entienden mucho esa fase asintomática primaria... hay que dedicarle mucho tiempo para que lo entiendan.” (CNB Norte)

- Los efectos adversos de una mala consejería o la ausencia de ésta pueden llevar a no aceptar el diagnóstico

“... tenemos experiencia en donde el paciente no fue bien orientado y obviamente entra en un proceso de crisis, de confrontación, de incluso de duelo y de no aceptación de esa de ese resultado y eso nos hace una brecha entre que el paciente venga, en que el paciente acepte su diagnóstico y reciba su tratamiento... eso maneja una mejor adherencia y motivación a que el paciente acuda a las instalaciones y que uno pueda darle un servicio diferente.” (Chiriquí)

- El abordaje de pacientes a través de las consejerías es esencial, aunque a la hora de implementarlo hay muchas limitantes, por lo que no se llega a cumplir su objetivo.

“Es muy difícil... a un paciente darle un diagnóstico sin haberlo preparado para ese diagnóstico y definitivamente eso juega un papel importante ... A veces tenemos un poquito de esa dificultad porque no

se le hace una buena consejería o quizás el paciente va a una...por decir a un laboratorio ... el que le presta el servicio no tiene esa ... tenemos experiencia en donde el paciente no fue bien orientado y obviamente entra en un proceso de crisis, de confrontación, de incluso de duelo y de no aceptación. ... son pacientes que tienen una sospecha diagnóstica o tiene una situación de riesgo que lo enfrenta a hacerse una prueba.” (Chiriquí)

- Los pacientes que no aceptan el diagnóstico y desaparecen, regresan a la clínica en estados avanzados de la enfermedad.

“Sí, lo que yo he mirado en mi experiencia es que el paciente no acepta su diagnóstico; al no aceptar su diagnóstico, no tiene ni una buena adherencia ni un buen manejo de su situación de salud ... no existió dentro de él ese concepto de “tengo una enfermedad y tengo que asumir la responsabilidad... el paciente, tiene sus obligaciones y no las asumen, algunos de ellos quedan en ese estado de negación y ahí se quedan sintiendo que no tienen ningún problema, negándose a venir a las consultas, negándose a recibir sus tratamientos y definitivamente eso va en deterioro de su estado de salud. Cuando llegan a los hospitales llegan en estados muy avanzados de enfermedades oportunistas, que es lo que realmente causa su situación de fallecer... Qué tanto tú lo prepares para un diagnóstico, y qué tanto tú lo acompañes. ... el paciente de VIH ... necesita es eso.”(Chiriquí)

○ Nutrición

- La nutrición es un factor clave que influye en la vinculación a la clínica y la mortalidad asociada al VIH.

“... porque el recurso existe, el tema es que está mal distribuido. Entonces sí sería bueno, yo, o sea, yo le puedo pedir a Trabajo Social que me lo asista con algún Ensure. algún suplemento, pero si la población no mejora económicamente, ... Y cómo yo hago, o sea, hay días que yo digo “¿cómo yo hago para que ellos coman?”, porque muchos te dejan el tratamiento porque dice, “yo me lo tomo y me da dolor porque no tengo comida... no me voy a tomar la pastilla porque si no tengo nada en el estómago.” (Colón)

- La Nutrición deficiente dificulta la efectividad del tratamiento y aumenta la mortalidad temprana

“... Los factores que llevan a las personas... a ser un caso de mortalidad asociada al VIH...(son)... la nutrición... es uno de los más comunes que tiende a ver por qué le podemos dar el medicamento, pero si no tiene alimento con el que sustentarlo un poco...” (San Miguelito)

“...la incidencia o la mortalidad de estos pacientes está ya en un 50%, no importa el nivel de CD4 que tenga. Sobre todo, por situaciones nutricionales, porque en nuestra Comarca hay muy pobre ingesta de algunos aminoácidos esenciales y vitaminas. Lo que nos dificulta el incremento de CD4 como esperamos de 50 por año, cuando el paciente esté en tratamiento.” (CNB Sur)

○ Drogas

- El uso de drogas, como la cocaína y la piedra, es un problema generalizado que dificulta la vinculación a la clínica y aumenta la mortalidad de los pacientes.

“Aquí lo que nos fallan bastante, por ejemplo, es la droga. Cocaína, piedra, cualquiera este tipo de drogas éste... es muy difícil porque por más que le pasen a terapia con salud mental, vive muy... hacinado aquí, entonces el vecino, si yo no quiero fumar, el vecino está fumando al lado...” (San Miguelito)

- El entorno del hacinamiento y la facilidad de acceso a las drogas hacen que sea muy difícil para los pacientes dejar de consumir, incluso si tienen la voluntad de hacerlo.

“... el factor alimentario se puede reducir; el de drogas no. Te digo porque es bien difícil... si salgo a la calle y están consumiendo, me van a invitar a consumir. O sea, es tanto el hacinamiento aquí si lo ha sacado por densidad poblacional, aquí tenemos creo que... una vez lo saqué y tenía, cada persona tiene como 1 metro 50 ... por habitante.” (San Miguelito)

- Migración laboral
- La población indígena que vive fuera de las comarcas.

...de las comarcas, pues yo creo que nosotros siempre acá recibimos más pacientes Ngäbe, son los que normalmente más tienen y esos son los que normalmente tienen un poquito más de migración a nivel del país... tenemos pacientes de Guna Yala, ...con la Comarca Emberá, son pocos los pacientes que yo recuerdo. (HST)
- La falta de oportunidades laborales en las comarcas indígenas hace que algunos pacientes prefieran buscar trabajo en la ciudad, incluso antes que atender su salud.

“diagnosticar, estoy en una fase VIH, pero me siento bien, yo prefiero ir a buscar un trabajo porque lo necesito, soy un hombre joven con una familia que necesito aportar a mi hogar”. En la Comarca no hay oportunidades porque hay que decirlo, no hay oportunidades. “Yo pongo en una balanza y prefiero irme a buscar trabajo.” (CNB Norte)

“El Ngäbe viene a la ciudad por trabajo y si no consigue se mantiene 2, 3 meses y se devuelve para su lugar.” (San Miguelito)
- La presencia de población indígena Ngäbe y Guna enfrentan dificultades económicas cuando vienen a la ciudad en busca de trabajo y no lo consiguen.

“Tenemos ... poblaciones indígenas, Ngäbe y Guna. El Ngäbe viene a la ciudad mucho por trabajo y si no consigue trabajo, se mantiene 2, 3 meses y se devuelve para su lugar. El Guna no viene, es un poquito más estable en cuanto a movilización, pero el recurso económico para ellos es algo desastroso, porque si vienen de su tierra para acá, para buscar trabajo y no consiguen, yo no sé cómo viven.” (San Miguelito)

Factores externos al paciente

- Empleo e informalidad
- La pobreza y la informalidad laboral son factores clave que dificultan el vínculo de los pacientes con la clínica y aumentan su mortalidad.

“Colón es una provincia muy pobre ... no en cuanto a sus ingresos porque el recurso existe, el tema es que está mal distribuido. ... de 700 y tantos de pacientes no asegurados, al menos 500 están desempleados... muchos te dejan el tratamiento porque dicen: yo me lo tomo y me da dolor porque no tengo comida... Yo tengo hijos, yo voy a preferir darle comida a mis hijos... Es difícil.” (Colón)

“...al no tener un trabajo estable se dedican un poco a la informalidad y la informalidad cabe en trabajos de construcción, trabajos a sol y agua, entonces eso a medida que va avanzando el VIH, ... al estar un poquito más expuesto, quizás trabajando en un mercado público que hay de todo, pues entonces hace que ellos desarrollen infecciones oportunistas y entonces cuando ellos vienen aceptando de que estoy mal, no me siento bien, algo está pasando conmigo ... y bueno, se vuelve a tomar los laboratorios y las carga virales súper elevadas con unos CD4 súper bajitos...” (Colón)
- La mayoría de los pacientes tienen trabajos informales y precariedad económica, impidiendo el acceso regular a los servicios de salud.

“hay muy pocos pacientes tienen un trabajo fijo...Hoy vendieron algo, hoy compraron, trabajaron y después la otra semana no tienen dinero.” (San Miguelito)

“hay pacientes que no pueden llegar, y ni pueden estar hospitalizados, ni pueden estar yendo para el control tan seguido, porque “si pierdo mi día de trabajo hoy no me pagan mis 10 dólares, mis 8 dólares ... todo eso hay que analizarlo.” (Chiriquí)
- Pobreza
- Los pacientes con bajos recursos económicos y trabajos informales tienen dificultad para costear transporte y exámenes de laboratorio, afectando su adherencia al tratamiento.

“Entonces el dinero... es una limitante para el paciente porque muchas veces no puede venir. Sobre todo, pacientes que vienen de distancias un poco lejanas. ... hay muchos pacientes que, por el miedo, el estigma, el miedo a ser discriminados ... en los lugares más cerca donde viven, pues deciden aun así venir hasta Panamá a atenderse... y muchas veces no tienen el recurso ... dicen “doctor, no puedo venir porque vengo

de tal lado y son 10, 15 dólares en el pasaje y pues no pude venir por eso. Creo que la parte económica sí beneficia o sí perjudica la atención.”(HST)

- Algunos pacientes temen los costos de hospitalización, impidiendo la atención médica temprana.
“Muchos pacientes tienen temor, por ejemplo, de quedarse hospitalizados porque no saben cuánto le va a costar la hospitalización... vienen y dicen, ¿doctor cuánto nos va a salir la hospitalización? No había querido venir porque no tengo plata para pagarla... tienen ese miedo de cuál es la deuda que él va a tener.” (HST)
- Los pacientes de áreas de difícil acceso y comarcas indígenas enfrentan altos costos de transporte que les impiden acudir regularmente a la clínica.
También no cuentan muchos pacientes (con recursos) para movilizarse.... Hay áreas donde es muy costoso para ellos ... una persona que vive en pobreza extrema.... Yo tengo pacientes que viven, por ejemplo, en Río Chiriquí, el paciente requiere como 60 dólares para llegar a mi instalación. Entonces ... esos pacientes tenían muy mala adherencia, pero ya era una cuestión de que factor dinero, no tenía para salir.” (CNB Norte)
- El hacinamiento y las malas condiciones en las áreas de trabajo y vivienda de los pacientes los predisponen a infecciones oportunistas.
“Y de hacinamiento, por ejemplo, en tema de tuberculosis que hay mucha tuberculosis ... normalmente cuando el paciente vive en la Comarca vive hacinado, pero el paciente migra y también vive hacinado y es que van a cosechas de café y es peor el hacinamiento que hay en los albergues. O sí, por ejemplo, van a Ciudad Panamá, muchos para poder pagar un alquiler lo pagan entre varias personas. Entonces tú ves que generalmente el paciente no vive solo.” (CNB Norte)
- Estigma y discriminación
- El estigma y la discriminación son factores clave que dificultan la vinculación de los pacientes a la clínica y aumentan la mortalidad.
“...la parte de discriminación, muchas veces el paciente no quiere venir porque no quiere que otros lo vean o de repente lo que buscan es que otra persona le retire el medicamento, más no quieren venir acá. Pero lo que sucede en aquellos que sí, no, pues entran en abandono más de 90 días, no acuden a la cita, no acuden a retirar el medicamento, lo que más tenemos es que... o se nos complican.” (Panamá Oeste)
“... nosotros las tenemos que entender porque cada paciente que está en esos diferentes niveles se va a manejar con una situación diferente y la barrera de ellos va a ser diferente, porque el que está muy arriba y tiene acceso a todo, su barrera va a ser más de discriminación social. Entonces tenemos que trabajarle la parte psicológica, su aceptación, su adherencia con esa parte y el que está muy abajo, lo que necesita es dinero...” (David)
- Los pacientes temen ser rechazados y discriminados en sus comunidades si se conoce su diagnóstico de VIH, lo que los lleva a ocultar su condición y retrasar la búsqueda de atención médica.
“Entrevistador: ¿Y qué factores son a lo mejor determinantes para que se pierdan este tipo de pacientes?
Participante: Yo diría que... número uno: estigma y discriminación porque el paciente en la Comarca, una vez diagnosticado con VIH piensa de una vez en ocultarlo primero a la familia, por mucho miedo a la reacción que pueda tener la familia, que pueda tener la comunidad, en general, si se dan cuenta.” (CNB Norte)
“Sin embargo, hay muchos pacientes que, por el miedo, el estigma, el miedo a ser discriminados en su comunidad, en los lugares más cerca donde viven, ... deciden aun así venir hasta Panamá a atenderse, a veces incluso de Los Santos.” (HST)
- La percepción que tienen los pacientes de que incluso el personal de salud y líderes comunitarios pueden discriminarlos, dificulta la creación de redes de apoyo.
“El paciente colonense tiene una característica especial. Vive mucho del qué dirán. Entonces, hay muchas personas que sí conocen a alguien, o sea, estamos hablando de que la mayoría de las personas que

trabajan aquí, los funcionarios de la clínica, somos colonenses, por lo tanto, siempre vas a conocer a uno o dos. Y tienen miedo a que, si yo lo atiendo, por decirte un ejemplo, yo vaya a decir “no, fulanito tiene...”. Entonces esa es una de las cosas que más nos aleja de ellos. Sin embargo, el personal aquí es muy respetuoso, muy muy recatado en cuanto a ese tema y no, no nos préstamos a este tipo de situaciones. Sin embargo, es la percepción que tienen los pacientes.” (Colón)

“Todavía hay gente (Personal médico) en la Comarca que piensa que los pacientes con VIH son pacientes solo-homosexuales que tienen que reunirse todos en un lugar y... incluso algunas personas han dicho, “esta gente tiene que meterlas en un hueco, tirar la escalera y ya”. Yo me quedo con la boca abierta cuando escucho este tipo de comentarios porque denota mucho desconocimiento, falta de tolerancia y sensibilidad humana. Y eso me afecta mucho”. (CNB Sur)

○ **Distancia a la clínica:**

- La distancia a la clínica es un factor clave que afecta el diagnóstico y la vinculación y adherencia de los pacientes al tratamiento, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso.

“Esos diagnósticos van a ser más oportunos en función de la cercanía del paciente a una instancia de centro de salud en la comarca Ngäbe Bugle, porque existen comunidades mucho más distantes que obviamente van a generar diagnósticos mucho más tardíos”. (CNB Sur)

- Los altos costos de transporte y movilización representan una barrera para pacientes en situación de pobreza extrema que viven en zonas remotas.

“Nosotros tenemos una dificultad grande y la dificultad más grande que nosotros tenemos es que nuestra área de responsabilidad es amplia. Entonces el paciente tiene a veces dificultades económicas para poder llegar al servicio, a veces tiene esa dificultad económica lo que trae como consecuencia es que quizás no tenga como movilizarse de lugares que quedan lejos, porque si nosotros decimos Chiriquí. Chiriquí no es solo David y tenemos lugares muy distantes, con difícil movilización, por ejemplo, las áreas de Río Sereno que son 2 horas más o menos para llegar, Tolé también son 2 horas, 2:30 para llegar a ese lugar y eso a veces juega un papel en el estado socioeconómico del paciente, si no tiene el recurso para venir desde ese mismo lugar, pero pues sí, se han establecido estrategias con relación a eso porque identificando esos puntos.. que pues.. son las distancias son los recursos económicos, pues se han establecido algunas modalidades dentro de la clínica TARV de Chiriquí para poder acercar a ese paciente y no perderlo.” (Chiriquí)

FACILITADORES

- La educación y la salud sexual
- Los pacientes que buscan adherirse al tratamiento y realizarse pruebas porque conocen la enfermedad.

... *“(hay pacientes que) tienen un poquito más de ... conciencia de “¿qué puedo y a qué me expongo y a qué debo hacer para poder buscar si tengo o no tengo una infección no?” Quizá yo esa parte quizás es donde cambio un poquito el concepto, en que el paciente sabe... que ... “sí me estoy, me expuse voy a hacer un examen para detectarlo”. (HST)*

- La importancia en la pre y post consejería en los protocolos actuales.

Es esencial cumplir con el protocolo de pre y post consejería. La importancia de estas consejerías se ven en la preparación del paciente para recibir su diagnóstico y, también, para incidir en las prácticas sexuales sin condón.

“Hay que hacer la consejería antes y después, hay que dar una pre-consejería donde se le explica al paciente qué prueba se le va a realizar y él debe firmar un consentimiento. A nadie se le debería realizar una prueba de VIH sin que firme un consentimiento y al entregarle el resultado ya sea negativo o positivo, también hay que dar una post consejería. Es muy importante porque, aunque salga negativo, si tenemos un paciente con factores de riesgo y que esa prueba esté negativa en este momento, pero hay que orientarle que debe volver a repetirla y darle seguimiento prudente”. (CNB Norte)

- La consejería preprueba la pueden brindar diversos profesionales capacitados, como tecnólogos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y médicos, incluyendo también personal comunitario.

“... pre y una post consejería ...Todos deberíamos estar capacitados para darlo tanto médicos como enfermería, como el laboratorista y demás.” (CNB Norte)

“Eso va a depender de donde usted esté captando ese paciente o donde tu ofertes hacer la prueba. Porque no necesariamente tiene que ser una instalación de salud, nosotros tenemos pues algunas otras formas de ofertar pruebas como son giras ... Este tipo de actividades extramuros que también se hacen y que no sólo las hace MINSA, se las hacen a veces, también, con los socios que están trabajando con nosotros como estaba en su momento IntraHealth ahora está PASMO y definitivamente para hacer una consejería preprueba, el que lo hace recibe una capacitación para hacerlo. Y lo hace en la persona que esté capacitado. En este caso hay tecnólogos médicos que son, pues los que hacen las pruebas que están capacitados, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, pero al final también hay comunitarios dentro de estos grupos de que son socios que están capacitados. Lo que uno trata de hacer es que la persona... imprima a ese paciente la posibilidad de tener una prueba positiva y qué significa eso.” (Chiriquí)

- La consejería posprueba es importante para orientar al paciente sobre cambios de estilo de vida necesarios.

“... que después que usted le hace la prueba debe tener una consejería post prueba también.... Porque si ese paciente tuvo una situación que lo ... si sigues haciendo tus conductas de riesgo tienes que modificar.... Y en la post prueba de un positivo no es solamente vamos a darte tratamiento, es que hay que hacer un cambio de estilo de vida totalmente. El paciente que trasnochaba, ya no es lo adecuado. El paciente que no tenía un buen estilo de vida, de alimentación y de ejercicio, tiene que modificarse porque eso va a jugar un papel importante. La conducta de riesgo que lo llevó a tener VIH tiene que modificarse porque si usted sigue teniendo relaciones sin cuidarse y adquiere otro tipo de VIH, eso fluye y a veces se vuelve como resistentes. Entonces ese paciente debe tener un cambio de 360° que no solamente voy a tomar una pastilla y a veces cuando mandamos la prueba la gente no tiene eso dentro de su prisma para trabajar con este tipo de pasos.” (Chiriquí)

- Entendimiento del diagnóstico y los cambios conductuales.

La aceptación del diagnóstico es un factor clave que influye en la vinculación a la clínica y en la mortalidad de los pacientes con VIH.

“... uno de los puntos más importantes para que un paciente tenga una buena adherencia y se pueda vincular de forma efectiva es la educación que uno le da al paciente previo a la realización de las pruebas... ese abordaje que se hace previamente tiene la facilidad de poder sensibilizar a ese paciente a cuáles son los probables escenarios a los cuales se va a enfrentar.” (Chiriquí)

- Hay diferencias de género: las mujeres tienden a aceptar y adherirse al tratamiento más rápidamente que los hombres, especialmente cuando se encuentran asintomáticos.

“Generalmente la mujer se adhiere más rápido que el hombre. La mujer generalmente comprende un poquito más rápido, ... cuando ellos están asintomáticos es increíble... Yo tengo un caso este paciente... se le realizan todos los laboratorios ... sale positivo... entonces él nos solicita, ... que se le haga otra prueba porque él no puede creerlo, ... se le realiza a nivel privado y sigue saliendo positivo. Entonces él, pues de momento no, no acepta el diagnóstico.” (Colón)

- El apoyo como elemento esencial en la vinculación.

El apoyo aumenta la vinculación cuando el paciente cuenta con una red de apoyo de otras personas allegadas como familiares, grupos de pares o personas del mismo grupo sociocultural.

“Muchas personas son capaces de poder atenderse, ... estando solos, sin problema. Sin embargo, siempre la parte esa del apoyo familiar de que, un hermano, un primo, un tío, un padre, una madre; le estén apoyando o lo ayuden por lo menos al inicio, a la vinculación inicial, pero te ayuda. Y en caso tal, pues también la parte de que hay pares, normalmente hay a veces vienen los pacientes con pares con estos promotores que nos ayudan a vincularlos y también sentirse acompañado, los hace quizás perder un poco el miedo de la atención. Entonces creo que ahí eso sería un factor... que facilita la atención, pero también cuando el paciente está muy solo o cuando el paciente por ejemplo, a veces los pacientes de la Comarca tienen una connotación familiar un poco compleja, porque muchas veces o viven muy lejos de sus familiares o cuando sus familiares se enteran que tienen VIH, los echan de la casa, entonces obviamente ya le estás quitando ese apoyo, lo está dejando en la calle, pues el paciente mucho menos va a querer o va a poder venir a atenderse. A veces no tanto por, porque no quiera, sino porque no puede ¿no?, no tiene, no tiene los recursos para poder venir. Quizás esos serían las barreras y los facilitadores de uno y otros.” (HST)

“La trabajadora social intenta abordar el consumo de drogas y alcohol de los pacientes, vinculándolos a redes de apoyo externas cuando es posible, o derivándolos a psicología y psiquiatría cuando es necesario. Por la parte social, también, si tienen algún tipo de consumo de drogas, alcohol o algo que se le pueda apoyar con alguna red de apoyo externa, también lo trata de vincular a otra red de apoyo, en caso tal. Y si no, entonces psicología le hace ese apoyo por esa parte, hasta donde se pueda. Si no, entonces lo referimos como apoyo a psiquiatría, en caso de que lo amerite cada paciente”. (Panamá Oeste)

3. Factores asociados a la Clínica

En esta sección se reunió los comentarios que los participantes expresaron acerca del trabajo que se realiza en las clínicas y cómo éste tiene un impacto en las personas a las que atienden. Algunos de los comentarios giraron en torno a situaciones y circunstancias que evidencian los límites y carencias que se encuentran cuando trabajan. Se recogieron experiencias que hablan del recurso humano dentro de las mismas clínicas y cómo, en ocasiones, es escaso para llegar a completar el volumen y complejidad del trabajo.

También se recogen situaciones que evidencian la dificultad que se encuentra al trabajar con otros profesionales de la salud porque tienen poca formación en temas relacionados al VIH. Después, se abordaron elementos más materiales sobre recursos, insumos o pruebas con ejemplos directamente conectados al VIH, pero también con las infecciones oportunistas. Para cerrar con el tema de las infraestructuras y cómo éstas se encuentran en estados deplorables y poco equipadas para dar un tratamiento digno y seguro a los pacientes que las necesitan.

Posteriormente revisamos elementos que actúan de manera positiva en el servicio de las clínicas, como son: el compromiso del personal y la coordinación con profesionales cercanos que trabajan dentro de la clínica. Varios participantes destacaron la importancia de la intervención y el apoyo que las clínicas reciben de los organismos internacionales, sin la cual, algunos de ellos no podrían realizar su trabajo. La

ayuda que reciben de las mismas que incluye: profesionales, apoyo económico, apoyo material y capacidad, con el fin de que las clínicas se mantengan ofreciendo un servicio lo más integral posible.

Una última sección recoge ejemplos de estrategias que han sido implementadas por las clínicas para llegar a todos los pacientes. Es relevante compartir esta sección pues demuestra cómo ante las dificultades y limitaciones, los profesionales son capaces de reinventarse y elaborar estrategias propias que responden a las necesidades particulares del lugar y el momento donde están.

BARRERAS

○ Recursos Humanos de las clínicas

- La clínica ha logrado aumentar significativamente el número de pacientes atendidos y, muchas veces, el personal se mantiene igual.

“... el personal, aunque es poco... somos los mismos que iniciamos en el año 2009 con 30 pacientes. Actualmente tenemos 2000. Y dije que, con el diagnóstico triplicado, nosotros pensamos tener como entre 7000 a 8000 pacientes para poder alcanzar ese 95. Esperándolo con el mismo número de personas atendiéndolo, o sea, con una carga de trabajo que va en aumento exponencial.” (CNB Sur)

- El limitante de los médicos a ofrecer un servicio por la cantidad de tareas que tienen asignadas.
“Generalmente se le deja al médico hacer consejerías a los pacientes. Pero en realidad todos deberíamos estar capacitados para poder orientar bien a los pacientes, pero una cosa es lo que debería hacerse y otra cosa es... porque no es lo mismo estar dedicado a ver los pacientes con VIH, con tuberculosis, y darles el extra... a estar en una consulta de urgencia, viendo urgencias, viendo al que salió con VIH, viendo al niño deshidratado y atendiendo 1000 cosas más, ¿no? entonces, no, no va a ser lo mismo.” (CNB Norte)

- El personal insuficiente del MINSA asignado a la clínica genera sobrecarga de trabajo.
“Desde que yo estoy aquí y cada vez es mucho más complejo porque cada vez hay más pacientes, hay más cosas que hacer, hay más pacientes que seguir, hay más pacientes que escribirle, hay pacientes con quien coordinar. Y somos, y ahora sí, desde hace que... 4, 5 años somos los mismos. Somos los mismos, pero queremos responder con mayor cantidad de situaciones.” (HST)

“La región de Ñokribo, por ejemplo, que nosotros vemos, fácilmente la población supera las 100 mil personas en un área muy extensa con riesgos geográficos innumerables, ... Solamente somos 2. Desde que iniciamos la cantidad de pacientes ha ido incrementando, pero la cantidad de personal que define el Ministerio de Salud al control de esta población sigue siendo la misma. Somos 2 y esta enfermera tiene multiplicidad de funciones porque ni siquiera puede estar plenamente ayudándome en la clínica porque es enfermera distrital, o sea que ella tiene que llevar muchísimos otros programas.” (CNB Norte)

- Retos para atender a los pacientes nuevos cuando el personal está ocupado con actividades de mejora.
“Nos vamos a las 6:00 de la mañana con ... con el médico especialista en adultos y en lugar de ir al paciente ... a veces cuando no estamos porque estamos resolviendo esto, llegan personas de inicio y entonces ¿quién los atiende allá?” (CNB Sur)

○ Otros profesionales de la salud

- El personal del sector privado es poco conocedor del VIH y la realidad de diagnóstico.
“... este momento para una persona (paciente) es conflictivo y se pierde de vista cuando la persona (técnico de salud) no está capacitada para hacer la orientación preprueba y lo hace de manera muy somera... aquí hemos tenido experiencia de... reportes ... que hacen los laboratorios privados, ... yo llamo a ese laboratorio porque estaba incompleto el formulario de notificación... Entonces, esa persona pierde de vista lo que pasa, si no tenemos bien el dato y si no dimos una buena sensibilización.” (Chiriquí)

“Dar mucha más educación y como poner mucho más enfoque en el VIH, en la parte de la docencia. Porque hay personal médico que no sabe cómo lidiar con un paciente VIH positivo: “hacia dónde lo envío,

quién lo recibe, cómo es el seguimiento de ese paciente si no quiere ir para allá, cómo le puedo hacer, facilitarle...". Porque hay muchos laboratorios privados aquí, y en realidad sí le entregan una prueba positiva, pero... que ellos hagan el enlace o la conexión con alguna clínica (TARV). Quizás sí lo notifiquen, pero ¿quién le da seguimiento a ese paciente? Entonces es ... una conexión que, de repente, me gustaría porque así siento que el paciente no se pierde. Se puede orientar un poquito mejor a ellos y vincularlos más rápido." (Panamá Oeste)

○ Servicios y recursos de las clínicas

- La falta de medicamentos adecuados para tratar las IOs.

"No es posible que nos quedemos sin medicamentos y terapia para histoplasmosis o para manejo de toxoplasmosis con primeras líneas terapéuticas, sino que nos tengamos que ir a unos antibióticos de segunda línea porque no tenemos los de primera y en cantidades suficiente." (CNB Sur)

- Las limitaciones en la farmacia, que solo cuenta con antirretrovirales y no otros medicamentos necesarios.

"Solamente estamos manejando los medicamentos, o sea la triple terapia, ya. No tengo un acetaminofén, no tengo un itraconazol, no tengo fluconazol, no tengo otro medicamento para darle al paciente que llega hasta aquí a atenderse. Si él tiene alguna otra morbilidad que necesita otro tratamiento que no tenga nada que ver con su triple terapia tiene que ir a otra farmacia." (Colón)

- Los pacientes deben retirar sus medicamentos en farmacias separadas, lo que los expone y aumenta el rechazo de la comunidad.

"...yo de aquí tengo que salir y brincar a calle 9 a buscar medicamento, a calle 4 a buscar la terapia de tuberculosis. Porque sí la tenemos, pero la tenemos en otro Centro, no la tenemos aquí. Y tengo que ir a... Sabanitas a sacarme los laboratorios generales, el paciente no lo va a hacer... allí dice un sello que yo voy de la clínica TARV... reforzamos entonces el estigma de esta población." (Colón)

- La clínica tiene limitaciones en cuanto a los servicios de farmacia o giras, ya que no cuentan con todos los recursos necesarios, y dependen de los socios para poder ofrecer un servicio completo.

"En el caso de, bueno en laboratorio ya te comenté, ¿no? Ya esa la podemos descartar. Tenemos limitante con farmacia porque yo no tengo farmacia aquí adentro. De momento PASMO me contrató farmacia por 4 horas, ya que no puede, o sea de momento no tenía como el ingreso para pagar las 8 horas diarias de la licenciada. Al tenerla 4 horas nos ayuda porque al menos se puede dar por 4 horas el tratamiento." (Colón)

"cuando el transporte no está acá, ellos hacen giras y lo único que hacen es, bueno la gira y el carro es de PASMO. Pero si el carro de nosotros no se gestiona de manera adecuada y si PASMO no tuviese el dinero, no se hace la gira." (Chiriquí)

- La brecha con áreas de difícil acceso para entrega de medicamentos.

hay algunos que viven en áreas donde de repente no tienen cerca un Centro de Salud, ni siquiera en el área que viven. Entonces ahí esos pacientes, generalmente, cuestan un poco más hacer una red, crear una red de apoyo cuando nosotros no podemos llegar." (CNB Norte)

- La ausencia de un laboratorio en la clínica dificulta el seguimiento y monitoreo de los pacientes.

Como te digo, en eso si estamos un poco limitados porque todos los laboratorios de infecciones oportunistas no lo realizamos acá. (San Miguelito)

"hay un asunto de equipos... los tienen en el Chicho Fábrega y que todo se concentra sea en el Chicho Fábrega... Tenemos el laboratorio de vigilancia que se tiene aquí mismo de este lado de acá que puede darles cobertura a la Comarca y a Bocas ...tiene todas las partes de calidad y seguridad ... entonces ver si la empresa puede poner que ya dijeron que sí, un equipo, el asunto sería que Panamá soltara." (Chiriquí)

- Dificultades previas para el diagnóstico oportuno de IOs por falta de acceso a pruebas de laboratorio
“Obviamente diagnosticar oportunistas es difícil porque nosotros no contamos con laboratorio en la institución, entonces ya cuando el paciente viene con síntomas floridos es como que ya lo sospechan y aun así, aunque le envíes los laboratorios al paciente, él no va a poder ir a una entidad de la Caja del Seguro Social que es la que tenemos y hacerlo de manera gratuita.... muchas veces puedes derivar a un paciente a un cuarto de urgencias en un hospital porque está sospechando, pero no tiene ningún laboratorio que respalde su sospecha clínica. Entonces lo que va a pasar es que el paciente lo van a estabilizar y le van a dar un egreso sin que su oportunista sea diagnosticada.” (CNB Norte)
- El personal, infraestructura y equipamiento de la clínica fueron provistos, mayormente, por los organismos extrainstitucionales, ya que la institución pública no ha brindado el apoyo necesario.
“Todas esas necesidades la han visto solo los organismos extrainstitucionales, incluyendo cosas tan básicas como es como una silla, como un escritorio, una silla donde pueda sentarse el paciente porque es un Puesto de Salud que cuando llegamos estaba totalmente deteriorado, lleno de murciélagos. Yo decía “el paciente se va a exponer a más oportunistas aquí, porque yo estoy sentada aquí y siento el guano. Como si pusiera un guano de murciélago en mi rostro”. Por más que limpiemos esto requería también arreglos, por lo menos tapar los huecos a la estructura como tal para poder erradicar los murciélagos de la instalación. Después pidiendo se hizo, se mejoró un poco esa parte, pero cuando llegamos así estaba..... transcurre el tiempo y seguimos en la misma instalación, simplemente, por lo menos se sacaron los murciélagos, se pintó un poquito ya, pero más allá de eso nada. A tal punto que, por ejemplo, farmacia; nuestro técnico de farmacia, que es de AHF.” (CNB Norte)
- Los desafíos tecnológicos tales como fallas en los sistemas informáticos afectan el funcionamiento de la clínica y la atención a los pacientes.
“La computadora está dañada y las 2 enfermeras tienen que introducir los datos en la misma computadora. Estamos esperando ...todo lo que es las computadoras. Sin embargo, hasta que no lleguen es algo que... hay que tener fe...en el sistema de que puedan llegar. Pero si estamos teniendo muchas dificultades, inclusive hoy se me congeló la computadora y yo tuve que seguir a la antigüita con hojas... Entonces eso atrasa todo. Al no tener todavía el sistema de las farmacias, directamente por el sistema, pues no hay problema porque los medicamentos se retiran con receta, pero en el momento que yo empiece a dispensar los medicamentos, que es lo que estamos buscando por medio del sistema SEIS, que yo envío la receta digital a la farmacia y se me ‘frizza’ el sistema, se forma un caos.” (Colón)
- Infraestructura
 - La falta de espacio físico adecuado en la clínica es una barrera importante para la atención de los pacientes.
“Aquí tenemos un largo pasillo que cuando se abre esa puerta, todo el que está a la entrada de la región de Colón que está esperando, echa un ojito.... O sea, es algo complicada la situación. Si nos dieran otra estructura... donde la entrada a la clínica fuera un poquito diferente con un área de recepción, donde el área de espera pues no tenga el resto de la población que verlo, sería un poquito más cuidadoso. Y pienso que todo esto influiría, impactaría positivamente, tanto en el inicio temprano como en la adherencia al tratamiento.” (Colón)
 - El espacio reducido limita la capacidad de realizar entrevistas y atender a los pacientes de manera privada y cómoda.
“Los consultorios no nos alcanzan, entonces tenemos que estar rotándonos... que de repente que sale un médico, que entra otro médico, y eso limita la atención, debilita la atención... no solamente que la debilita porque obviamente todo el mundo va rápido para poder ver que el otro médico entre y son cosas que no, que son cosas que han ido pasando y que bueno, eso quizás es la mayor limitante” (HST)
 - La falta de espacio y recursos dificulta la coordinación de las diferentes actividades y servicios que se brindan en la clínica.

“Nuestro técnico de farmacia..., él por autogestión viendo la necesidad de tener un lugar de almacenamiento adecuado para los medicamentos y no tenerlos todos encajetados, él mismo autogestionó para poder hacer unos anaqueles con madera muy sencillos, muy rudimentarios, pero tiene los medicamentos bien almacenados como debe ser. Pero lo tuvo que hacer por autogestión porque ni en esa parte tú ves que tu región como tal tenga algún tipo de intervención o que haya alguna supervisión, por lo menos para ver las necesidades. Yo no lo he visto en los años que tengo de trabajo, no la he visto. ¿Entonces, cómo van a conocer nuestras necesidades? Yo siento a veces que los organismos extrainstitucionales conocen más nuestras necesidades que nuestra propia Región de Salud.” (CNB Norte)

FACILITADORES

- Recurso Humano
 - Recurso Humano comprometido con el objetivo de la clínica y con la población.

“...el recurso humano, bueno es limitado. Pero las personas que están la fortalecen. Es que están muy sensibilizadas, o sea, el trabajo ahí no es fácil. Y las personas asumen sus roles desde su perspectiva y su competencia, incluso a veces más allá de lo que involucra la parte profesional. Eso es una fortaleza.” (Chiriquí)
 - Comunicación entre profesionales de salud de la clínica.
 - La coordinación entre diferentes profesionales (médico, enfermera, trabajador social, salud mental) para brindar atención integral

“Somos ya, somos 5 médicos generales ... Los infectólogos siguen siendo casi lo mismo, las enfermeras también han crecido, ya son 4 enfermeras más salud mental sería la 5ta, hay un psicólogo también que nos ayuda mucho en la parte de la clínica. Están los promotores, tenemos una promotora, 3 promotores, ahorita mismo, 2 flebotomistas... hay otra chica que nos ayuda mucho en la parte de organización de contactar a los pacientes, localizarlos para tomar la carga viral, ... los múltiples promotores que están acá y hacen consejería intensificada de adherencia, notificaciones, significativa de contactos. El otro nos ayuda al seguimiento, parte de lo que hace también el seguimiento allá ... en los pacientes hospitalizados, nos ayuda a vincular los nuevos, nos ayuda a vincular los abandonos, nos ayuda a vincular a pacientes que vienen de traslado.” (HST)
 - La importancia de la comunicación ágil y oportuna entre los Centros de Salud para dar seguimiento a pacientes referidos o que cambian de Centro.

“Estos pacientes que vienen generalmente referidos del hospital...Se trata al paciente que sale del hospital de una vez a atenderlo. Eh, darle su cita si es necesario lo más pronto posible. Muchas veces, si son nuevos recién diagnosticados en su ingreso, tratamos de ... verlo el mismo día que viene a sacar el cupo para poder obtener los datos, a ver cómo está, cómo se siente ... la verdad es que si el personal es muy sensible con eso y se trata de ayudar muchas veces.” (Colón)

...no hay una barrera con cuarto de urgencia en caso tal, donde yo presento el caso y ellos me reciben al pacientito. Le hacen toda su evaluación en cuarto de urgencia, pero por delante, siempre, la que queda enterada es la infectóloga. Queda enterada del caso y apenas el paciente sea ya evaluado y todo eso con sus laboratorios y todo ya esté completo, entonces lo suben a sala... siempre se mantiene una buena comunicación, pero si el paciente se me va de cuarto de urgencia y no logran atenderlo pierdo de una vez el seguimiento de él hacia hospitalización.” (Panamá Oeste)
 - Colaboración con organismos internacionales.
 - Se notó la importancia de la colaboración de organizaciones no gubernamentales (ONGs), y filiales de USAID, como IntraHealth, que aportan personal como trabajadores sociales, psicólogos, promotores de adherencia, etc.

“Tengo Trabajo Social por parte de IntraHealth, no por parte de MINSA. Sin embargo, ella sí está permanentemente aquí, pero tengo una sola trabajadora social, está de vacaciones ahora mismo, o sea todos los pacientes que estoy atendiendo de momento no están recibiendo atención por parte de Trabajo

Social. Así es que sí lo tengo, pero en este momento, pues está de vacaciones que sería perfecto que existieran por lo menos dos.” (Colón)

“los más grandes facilitadores que tenemos son los miembros de la ONG. Que ellos pues tratan mucho, creo que algunos de ellos son psicólogos y hacen su labor de psicólogo gratis, tratando de conversar con los pacientes cuando le hacen el resto de sus entrevistas y demás.” (Colón)

“Es personal de PASMO actualmente. Ellos buscan a estos pacientes. Tenemos una lista ahora mismo de 55 pacientes que tienen más de 3 meses que no vienen a cita.” (Colón)

“...los organismos extrainstitucionales han ayudado mucho al iniciáramos nosotras dos nada más, después empezamos con un promotor en adherencia de IntraHealth que nos ayudó muchísimo.” (CNB Norte)

- Promotores como recurso valioso para dar seguimiento a pacientes y ayudarlos a superar barreras. El rol de los promotores es muy valioso porque hacen un seguimiento cercano de los pacientes, contactándolos si no acuden a retirar sus medicamentos o a sus citas, y los ayudan a superar barreras como la distancia o la falta de recursos económicos.

“Los promotores vienen de IntraHealth primero y después pasaron a otra, a PASMO. Entonces esos promotores recibieron también inducción y capacitación. Entonces los dividimos, el promotor de adherencia, promotor de medicamentos y promotor de carga viral. Entonces cada uno tiene su función, el de carga viral me está buscando en la base de datos: ¿quién nos ha hecho la carga viral en este año? ¿quién está suprimido? ¿y quién hay que hacerle carga? El del medicamento: me está llamando al paciente, ¿por qué no viniste a recoger? Y el de adherencia: chequeando la carga viral y dice, “oye, supuestamente estás tomando un medicamento y tienes la carga viral alta, ¿por qué?”. Eso nos ha permitido, nos permitió hasta el año, en enero de este año haber superado los tres 95%. Y entonces nosotros ... eso lo presentamos a nivel nacional cual fue la estrategia para que las otras clínicas adoptaran el mismo sistema. Porque pasamos de un 60 al 90% de indetectabilidad.” (San Miguelito)

- Las Organizaciones facilitan recursos para costear pruebas, transporte y acceso de los pacientes a la clínica.

“Las veces que hemos conseguido algo adicional ha sido por instancias externas, por ejemplo, AID for AIDS que nos tira la toalla, ... O PASMO sobre todo con compras de casette para diagnóstico de carga viral. Compra de insumos nutricionales cuando los tenemos, es a través de los esfuerzos de AHF o AIDS Healthcare Foundation Panamá. Existen esos salvavidas y ... hemos podido estructurar esas ayudas en el tiempo y en la organización, de tal forma que podamos hacer que el trabajo sea más eficiente dentro de las dificultades obviamente.” (CNB Sur)

“Bueno, tenemos contratado a través de PASMO, buscadores, así rastreo... se llama estrategia RAV, Rastreo, Adherencia y Vinculación. Entonces tenemos nuestro RAV en la Comarca y hacemos un listado de pacientes que tienen 28, 60 y 90 días de abandono para buscarlos con prioridad y ellos van a las comunidades pagados por PASMO, con un vehículo alquilado por PASMO para poder hacerlo, pero cuando PASMO no esté ¿qué vamos a hacer?” (CNB Sur)

“... obviamente le da la información para que el paciente pues se trate inmediatamente y tenga la adherencia esperada... en la consejería intensificada en adherencia nos damos cuenta de que el mayor volumen de abandono se da por falta de dinero para acceder ...tenemos una reflexión. Pregunté “¿cuánto cuesta movilizarse de tu casa acá? generalmente son entre 20 o 10 dólares al mes” ... si requieren algún apoyo, pues están las organizaciones externas como PASMO, anteriormente IntraHealth, Viviendo Positivamente, AHMNP, incluso Cuerpo de Paz que trabaja con nosotros y algunas veces les facilita el dinero para poder acceder.” (CNB Sur)

“La parte económica... muchas veces el paciente vive en la montaña, muy lejos, no hay transporte. Nosotros pues estamos contando con la organización ahorita mismo de PASMO, que es el que nos está apoyando más con todos estos tipos de pacientes que no tienen cómo salir de sus casas ... Porque este es un factor ... imponente acá por parte en Panamá Oeste, el factor económico.” (Panamá Oeste)

- El horario de las clínicas.
- La ampliación de horarios favorece el acceso a personas con flexibilidad limitada.

“... tenemos pacientes como te dije trabajando o estudiando en periferia de la Comarca. En el último Censo de Población y Vivienda, dice que de los 226,000 habitantes que tiene la Comarca, más o menos la mitad de esa población, no vive dentro de la comunidad porque las plazas de trabajo y estudios no están

dentro de la Comarca ... abrimos una clínica de extensión de horario para estos pacientes desde las 6:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche. En donde el paciente puede llegar... él me manda una nota en donde motoriza, por ejemplo, que le diga a la farmacia que por favor le envíen medicamento y ellos lo reciben desde David, bajo mi consejería y bajo mi, por lo menos mi tutoría, mi visión de que sí lo está recibiendo y de esa manera se manejan algunos pacientes.” (CNB Sur)

○ *Estrategias implementadas para mejorar la atención comunitaria*

- Estrategias de atención en la comunidad para pacientes de zonas más alejadas.

“...el paciente está distante como, por ejemplo, la salida de Santa Catalina, río Chiriquí, Kusapín. Que son áreas de costa en donde las estrategias que estamos habilitando es asistirlos desde un punto más cercano, en este caso Calovébora. Coordinar la asistencia integral del paciente y que no solamente sea una entrega de medicamentos, sino una toma de carga viral, CD4, con evaluación por farmacia, salud mental y los laboratorios de carga viral y CD4 basal que necesitamos con esos pacientes. Entonces, de esa manera nos vamos organizando para este año realizar esas jornadas más... por así decirlo, en comunidad, para que los pacientes puedan acudir a una asistencia más integral.” (CNB Sur)

- La atención con expertos y cambios de terapias.

- Reuniones periódicas (‘Café con el Experto’) para revisar casos complejos y recibir orientación del especialista.

“Acumulamos esas historias clínicas y esos resúmenes de casos y hacemos una estrategia que hemos definido: ‘Un Café con el Experto’. Nos vamos a las 6:00 de la mañana con un café con el médico especialista en adultos y en lugar de referir al paciente vamos nosotros con los resúmenes de casos. Le presentamos todos los casos y él nos dice... Él firma en la contrarreferencia su recomendación”(CNB Sur)

- La comunicación entre profesionales de la salud con los pacientes.

Es importante que el personal de salud sepa abordar al paciente de manera adecuada, evitando que el paciente se sienta regañado o juzgado, y transmitiendo una actitud de preocupación y acompañamiento.

“Sí, muchas veces en la atención, y eso es parte del quizás de las limitaciones, de las barreras... es que el paciente puede sentirse un poquito... regañado. Eso es una de las cosas que ... uno trata de explicar al paciente... “no es un regaño porque tú eres una persona adulta. Entiende que nuestra preocupación es que tú estés bien al 100%, ... muy bien de VIH que estés controlado, que estés indetectable, pero que empieces a ser diabético y que te digamos eres diabético y no te atiendas la diabetes que en 1 año o 2 años vas a tener un problema renal” ... Si tú le explicas esas cosas quizás el paciente ... no se sienta tan regañado, se siente bien, más que todo es preocupación.”(HST)

“ La relevancia en el acompañamiento y apoyo emocional que el equipo de salud brinde al paciente, haciéndolo sentir que no está solo y que cuenta con un aliado, es fundamental para mejorar la adherencia. Siento que el paciente de VIH lo que necesita es... sentirse acompañado, sentirse apoyado, sentirse que no está solo.... Así es. Y sentir que el equipo de salud es un aliado y no un enemigo...Y sentir que, si tienen una situación, aquí pueden venir. Eso es muy importante y hay muchos pacientes que sí lo han entendido y generalmente ese paciente es un paciente que lleva muy, muy buen manejo ...que tengan esa confianza de cuando surge una situación como esa; acercarse, tener un equipo que está dispuesto y apoyarlo.” (Chiriquí)

- El equipo de salud debe tener una actitud empática y evitar regañar o culpar a los pacientes, sobre todo cuando regresan después de haberse ausentado, ya que esto puede alejarlos aún más del sistema de salud.

“No juzgar, porque hay muchos que se hicieron el diagnóstico, se perdieron, de repente aparecen con una infección oportunista en el hospital, ingresan de más y no es la hora de decir “sí porque te fuiste, porque evitar ese regaño y decirle, “bueno, ya lo que pasó, no importa de aquí en adelante tienes que hacer el tratamiento, tienes que venir a atenderte por lo menos 2 veces al año si te sientes mal.” (Colón)

- Seguimiento frecuente de pacientes en abandono y con recaídas, con pruebas de laboratorio.

“Nosotros estamos realizando pruebas para detectar IOs ¿sí?, a tiempo, tratar de darle seguimiento a esos pacientes, más que todos los pacientes que han entrado en abandono, al recuperarlo le vamos dando seguimiento de manera bastante frecuente con pruebas en laboratorio molecular con diferentes tipos de paneles de infección de transmisión sexual por histoplasmosis, cripto dependiendo de los CD4, tanto en abandono como los pacientes activos. Si de repente vemos una recaída o algo, entonces ahí empezamos a darle como ese seguimiento bastante estrecho, realizarle pruebas ¿no?, para ir descartando, ya sea una IGRA para descartar tuberculosis latente, o diferentes tipos de pruebas moleculares que hemos implementado ahora acá en la clínica para entonces ir detectando ¿no? diferentes tipos de problemáticas que tenga el paciente.” **(Panamá Oeste)**

- La implementación del programa de "inicio rápido" de TARV.

“Inicialmente tratamos de ser lo más flexible posible, igualmente, para darle chance a que el paciente pueda tener, obviamente organizarse, estar un poquito mejor. ... antes éramos, era muy estrictos, la clínica era muy estricta en recibir..., ahora los promotores nos ayudan mucho a que el paciente llegue, coordinar con el paciente para que pueda venir una fecha; un poquito más... más flexibles. Y otra cosa que ayudamos mucho es ...dar al paciente, su constancia, ... porque sabemos que la parte laboral muchas veces le exige que tenga una constancia...desde el 2018, nos vinculamos e iniciamos el Programa de Inicio Rápido (Fast Start). El programa inició rápido, nos ayudó a cambiar un poquito la dinámica de trabajo y entender que el paciente necesitaba ser atendido lo más pronto ... nos ayudó a vincular más pacientes...tenemos que ver el paciente lo más pronto que se pueda.” **(HST)**
- Si el paciente llega con un resultado positivo de un laboratorio privado, se le repiten los exámenes de forma gratuita en la clínica y se le vincula de inmediato.

“.. el otro escenario es, que si el paciente ya tiene su prueba de la parte de laboratorio privado ¿sí? viene de fuera, ya viene con un resultado positivo; al ingresar acá a la clínica, dependiendo de dónde venga, si es privada, pues nosotros le repitamos acá los laboratorios, acá gratis... De ser así, luego de que caen todos esos resultados positivos por epidemiología, ellos activan acá la clínica TARV, ellos nos llaman y nos reportan al paciente.”**(Chiriquí)**
- Cuando se da un resultado positivo, Epidemiología trae directamente al paciente a la clínica el mismo día.

“Bueno, mira nosotros lo que hemos realizado acá en la clínica como estrategia para realizar el vínculo temprano, es en el momento de que el paciente se le da su resultado por parte de epidemiología, ellos se encargan directamente de traer el paciente personalmente a la clínica.” **(Panamá Oeste)**
- El mismo día se le realizan todos los exámenes de laboratorio de forma gratuita.

“Ese mismo día que el paciente aún no se le da cupo ni nada, ese paciente es prioridad para la clínica, así es que él ingresa ese mismo día y de una vez se manda al laboratorio. Una de las estrategias con el laboratorio que se implementó es que los mismos fueran gratis, así que todos los pacientes de “Novo”, no tienen que pagar sus exámenes más que todo por la parte del factor económico, que es lo que más resalta en la población de Panamá Oeste... así es que para iniciar lo más pronto posible, nosotros decidimos brindarles a estos pacientes, pues la gratuidad de los laboratorios.” **(Panamá Oeste)**
- El paciente inicia el tratamiento ese mismo día, con la participación de todo el equipo de la clínica.

“Ese mismo día se le inicia el tratamiento, se le hace todo el abordaje con todo el equipo, enfermera, trabajo social, la promotora, psicología. Todo el equipo que está acá lo ve ese mismo día y de allí entonces pasa a farmacia y en farmacia entonces retira su medicamento. Es la única manera que hemos visto viable hasta el momento para poder como quien dice, vincular de manera temprana al paciente y no que darle una cita a posteriori, porque muchas veces lo que ocurría era que el paciente no regresaba, no venía a la cita correspondiente y perdíamos el vínculo.” **(Panamá Oeste)**
- Los laboratorios tienen un protocolo para atender rápidamente a los pacientes nuevos, dándoles los resultados el mismo día o máximo en 48 horas.

“Todos los laboratorios para el vínculo del paciente son gratis, ... hay que colocarles que es paciente nuevo y ellos también son primordiales en laboratorio, no le dan cupo, no le dan nada, son atendidos el mismo día, independientemente de la hora que sea. Si llegan temprano, se les da el resultado el mismo día muchas veces y si ya viene un poquito más tarde 1:00, 2:00 de la tarde, nosotros trabajamos hasta las 3:00 de la tarde, entonces los citamos para al día siguiente o en 48 horas como máximo, para darle los resultados del laboratorio.”(Panamá Oeste)

- La farmacia también le da al paciente una charla detallada sobre el tratamiento y sus efectos adversos.

“Bueno en farmacia también... tenemos un protocolo, ellos le dan como una pequeña charla a los pacientes; les explican los efectos adversos, las contraindicaciones en caso tal, todo le explican todo, cómo tomarse su medicamento, toman bastante tiempo con el paciente, al igual que nosotros acá”. (Panamá Oeste)

- La adaptación de guías y desarrollo de protocolos propios

- El desarrollo de protocolos propios basados en guías nacionales.

“Bueno nosotros acá en la clínica estamos implementando, pues guías, protocolos de IOs. En nuestro plan, pues yo hice la rotación de infectología con la misma infectóloga que es mi apoyo ahorita mismo, y pues entre los 2 hemos desarrollado un buen plan. Como ya sé cómo trabaja la doctora, pues pude armar mi protocolo en la clínica, es un protocolo, pues sí basado en guías también nacionales, porque pues a nivel nacional existen guías más que todo, por ejemplo, de la tuberculosis, como darle seguimiento al paciente de tuberculosis, los laboratorios y todo lo demás, siempre utilizando como guía, disculpé la redundancia, las guías nacionales que nos faciliten.” (Panamá Oeste)

- La adaptación de guías a las capacidades y recursos disponibles en la clínica

“... tomando en cuenta nuestro alcance ... tanto guías nacionales como internacionales nos piden ciertos tipos ... de laboratorios necesarios para hacer un diagnóstico... Pero muchas veces estos reactivos son tan costosos que a nivel nacional nosotros no podemos adquirirlos. Así es que nos ajustamos si no tenemos algún tipo de reactivo, pues el que tengamos a la mano lo utilizamos para... poder llegar a un diagnóstico.” (Panamá Oeste)

- El diagnóstico de IO

- La realización de pruebas de detección temprana de IOs.

“Hemos mejorado la coordinación con laboratorios para trabajar correos de muestras. Entonces, digamos lo que hacemos es que los días de carga viral y CD4, se aprovecha y se hace una extracción mayor de sangre para poder hacer hemograma químico y una serología que incluya, por lo menos, prueba de sífilis, hepatitis B, hepatitis C y toxo, si es posible, no siempre hay toxo pero también. Entonces eso nos ha ayudado, por lo menos en el transcurso del año pasado a poder captar más tempranamente o al menos sospechar y buscar y ver de qué manera se puede ayudar a este paciente para llegar a un diagnóstico de un oportunista de manera más temprana.” (CNB Norte)

- Facilitar el acceso a medicamentos

- La entrega multi mensual de medicamentos y coordinación de citas para reducir costos de transporte.

“El doctor también le da citas más largas con sus medicamentos por más tiempo, buscando facilitarle que no esté faltando tanto al trabajo porque también lo necesita. No le vas a tenerlo todos los meses aquí, todos los meses y que lo van a botar.” (David)

“Tuvimos que aplicar modelos diferenciados, que es la atención en el sitio o apoyarnos del equipo local para poder hacer el envío de medicamentos y ... ha mejorado mucho esa parte”. (CNB Norte)

“... también el Departamento de Farmacia hace entrega multi mes, para que el paciente no tenga que hacer ese gasto... la profilaxis primaria que estamos dando con una trimetoprima sulfá y rifampicina para tuberculosis, toda la entrega se haga en una sola visita para que no tenga que estar viniendo como rally, un rally todos los meses en diferentes momentos.” (CNB Sur)

- La entrega de tratamiento antirretroviral (TARV) a pacientes con VIH a través de soluciones creativas.

“En una ocasión tuvimos, por ejemplo, un cierre de calles importante en nuestro país ... y estábamos muy preocupados por cómo hacer llegar los medicamentos a la gente. Entonces había enfermeros que con motos se iban hasta Cerro Punta, donde estaban los pacientes atrapados porque estaban en la cosecha del café o en cosecha de legumbres. Nos llamaban desesperados, y nosotros a través de esa moto, podíamos hacerle llegar los insumos. A veces también por vehículos de transporte dentro de la Comarca o a través de carros ... del Sistema de Salud o a través de los carros de los mismos funcionarios que a veces se desplazaban a las áreas y aprovechábamos.” (CNB Sur)

“Caja Roja, que es una estrategia de bajo costo y de alto impacto. En donde cada Centro de Salud que atiende a una mujer embarazada en labor de parto tiene que realizarle una prueba rápida o sí o sí, es decir, la estrategia PITC, la estrategia de prueba impuesta por el proveedor ... se le debe dar a la mujer embarazada y los antirretrovirales que el niño debe recibir en las primeras horas de vida. Además, tiene ... las leches maternizadas ... tiene los kits diagnósticos, ... la caja también tiene el... la tripla, de tal forma que se le puede ofertar antes o durante el momento del diagnóstico en el embarazo.” (CNB Sur)

- La coordinación con farmacia para facilitar cambios de terapia y manejo de casos especiales.
“Y entonces con esta recomendación, farmacia nos permite hacer las transiciones o los cambios de terapia que requiera cada paciente ... No en todos los casos, hablo de los casos más complicados sobre los casos que requieran, por ejemplo, cambios a líneas terapéuticas de segunda a tercera línea o rescate en terapia antirretroviral, porque la norma dice que tiene que estar avalada por un médico infectólogo.” (CNB Sur)

- Los programas de transferencia monetaria y apoyo económico para fomentar la adherencia
Se implementó una estrategia exitosa que brindaba un bono económico y una tarjeta para comprar alimentos a pacientes que cumplían con ciertos requisitos como adherencia al tratamiento, indetectabilidad, salud mental y trabajo social. Esto ayudó a que los pacientes se mantuvieran adherentes e indetectables.

“Hubo un momento que recibimos mucho apoyo de la alcaldía ... vamos a darle un bono de 50 dólares a cada paciente” ... que cumpliera con ciertos requisitos: adherencia, indetectabilidad, exámenes completos, salud mental que diera el visto bueno, trabajo social que diera el visto bueno. Con esas 5 cosas hicimos un expediente, invitamos a la Contraloría y la Alcaldía daba un bono y una tarjeta para hacer (compra de) comestibles en cualquier súper y nos sirvió. Fue antes del (2019) 19 y esa estrategia nos... nos sirvió para que los pacientes se mantuvieran adherentes y así indetectables.” (San Miguelito)

- Mejora de equipos de diagnóstico.
- Las mejoras en el equipamiento del laboratorio han facilitado la implementación de los protocolos.
“...el laboratorio molecular ha estado en este último año equipándose muy bien para la detección de IOs, así es que eso nos ha favorecido bastante. Hemos como reforzado nuestros protocolos y nos ha ayudado ... para poder llevar a cabo los estudios acá en la clínica.” (Panamá Oeste)

4. Factores del sistema sanitario

Los factores del sistema sanitario y su organización y gestión como recursos públicos afectan el cuidado y la atención de personas viviendo con VIH, como también su vinculación y mortalidad temprana. Se incluye en esta sección aquellos aspectos que se encargan de regular la vida social e imponer normas que organizan la vida en comunidad.

Los participantes compartieron cuáles son los elementos con los que encuentran dificultades para poder llevar a cabo su tarea de manera fluida dentro de la clínica, como los desafíos en la coordinación y continuidad con la atención de los pacientes, que se ve constreñida por largas listas de espera y pocos profesionales de algunas especialidades. Otros elementos tienen un carácter más político y tienen que ver con la dificultad de coordinar y aunar esfuerzos con otros gremios para la implementación de estrategias médicas de intervención. A pesar de lo establecido en las normas, su implementación requiere del consenso y la voluntad de todos para llegar a concretarse. Se tocará también en el acápite No. 5, como el

VIH no es un tema prioritario en la agenda política y por ello, los participantes sienten que no hay un apoyo más notorio desde la Administración Pública. Y finalmente se vuelve a un tema que se esbozaba en el apartado anterior que es el tema del desabastecimiento de medicinas e insumos.

A pesar de las barreras también se pudo recoger algunos elementos que conviene destacar dentro de este apartado como son aspectos interinstitucionales, referentes a la relación entre el MINSA y la Caja de Seguro, y otros elementos más como el cambio de personal en puestos de decisión, la relación con las Direcciones Medicas de los Centros de Salud y de los Hospitales.

BARRERAS

- Desafíos en la coordinación y continuidad de la atención.
 - La falta de comunicación entre niveles de atención (hospitalario y ambulatorio).
“Teníamos otra dificultad que hemos ido poco a poco sobrellevando para eliminar esa brecha de la adherencia de los pacientes y era que nosotros tenemos un hospital de referencia para pacientes adultos, que es de la Caja del Seguro Social... y nosotros que somos MINSA... el paciente, entraba a ir hospitalizado en la Caja porque, pues ahí se hacen las hospitalizaciones de los pacientes adultos. El paciente se identificaba positivo, sí se reportaba, pero a la hora que egresaba no teníamos feedback.” (Chiriquí)
 - Las largas listas de espera y demoras en las citas con especialistas.
“Una barrera está en el tiempo, porque también uno de los, quizás, pros y los contras en nuestra manera de atención es que el paciente se acostumbra, quizás, a que el médico me está viendo muy rápido... Sin embargo, cuando va a otro servicio, es totalmente distinta la atención porque entras dentro del buzón del médico, como todos los demás pacientes. Entonces muchas veces la cita, por ejemplo, de coloproctología, tiene una cita ... cada año de cupo, porque nada más hay 3, 2 coloproctólogos ... eso es una limitación y el paciente muchas veces puede malinterpretar “se están demorando ¿por qué no me quieren ver?”. Y en verdad no es cierto porque ...el cupo lo da el sistema.” (HST)
“Es muy difícil que el médico te diga “voy a verlo de una vez”. Hay algunas ocasiones, también cuando nosotros evaluamos el paciente y ameritamos que el paciente no requiera hospitalizarse, pero que sí requiere que el médico le eche un vistazo un poquito pronto. A esa, nosotros vamos allá donde el médico decimos, “oye, mira doctor, está pasando esto, esto, ¿usted cree que me lo puede ver un poquito antes?” (HST)
 - La pérdida de una cita genera una discontinuidad en la atención.
“El paciente perdió la cita, y tiene que empezar todo de cero... eso puede ser una barrera para el paciente y puede llevar a complicaciones... probablemente haya consecuencias ... tratamos de educar al paciente porque es una limitante seria ... Nosotros nos damos cuenta en el sistema y el paciente (dice): “Ah, ese era el papelito que me dio el médico... No, no, no me fijé doctor” ... Entonces ya pierden una continuidad.” (HST)
“... quizás es parte que el sistema también tiene que hacer más campaña de “¡no pierdas tu cita,” “hay que estar pendiente” o “verifica que estés pendiente a tu cita o tratar de programarla”. “Llevas tu agenda”, “usa tu celular”, “¡escribela allí!” (HST)
 - El déficit en la capacitación y sensibilización del personal de salud, especialmente del sector privado.
“Entonces yo siento que la red de la parte institucional no tiene tanto problema...creo que hay un poquito todavía de falencia en algunos laboratorios privados porque son muchísimos... hay que hacerles visita, hay que sensibilizarlos ...que tengan los conceptos de todo el proceso que lleva un paciente VIH con su consejería pre y post prueba, aclararles qué es eso.” (Chiriquí)
5. Factores a nivel político y de política pública
- Las dificultades en la implementación de nuevos programas o regulaciones por la complejidad de convencer y llegar a consensos entre los diferentes actores involucrados.
“Yo puedo decir; “sí, estoy de acuerdo”, pero al momento de implementarla, pues ahí ... hay que ver cómo se hace el proceso, que cómo se da el seguimiento, el aperturado y todo lo demás. ... normalmente se

demora bastante en poder llegar a esos objetivos, ¿no? Porque se dice sí ahorita, pero a veces hasta 6 meses, 1 año para entonces que esa política llegue... requiere cambios.... El ejemplo más fácil fue ahorita... la auto prueba de VIH, que tomó un buen rato ... convencer a todos los actores de ese proyecto ... también lograr consenso... se trata más que todo de beneficiar al paciente.” (HST)

- La necesidad de espacios de diálogo y sensibilización a nivel político y comunitario sobre el VIH, para reducir el estigma y la discriminación.
“Básicamente yo lo que pienso es que tiene que haber desde los congresos regionales y los congresos generales, oportunidades y espacios para conversar el tema de VIH en la comarca Ngäbe Bugle. Para que esos tomadores de decisión sepan y entiendan que la responsabilidad es compartida desde las bases culturales y de las bases políticas, tanto tradicionales como no tradicionales. Y solo cuando lo comprendan y solo cuando lo tengan bien asumido ... se podrán tomar las decisiones adecuadas.” (CNB Sur)
- La falta de priorización del tema de salud, incluyendo el VIH, en las agendas políticas.
“Siento que la política podría hacer algo, pero no politizando sino actuando por medio de leyes y de, de voluntad para poder mejorar la salud en Panamá. Pero es un tema difícil aquí en Panamá, hay mucho clientelismo ... Entonces muchos de los políticos o de los financiadores de políticos, que son grandes industrias médicas, no les conviene que la salud pública mejore porque disminuye la cantidad de pacientes que van a sus consultas privadas.” (Colón)
- La necesidad de un enfoque más inclusivo y de responsabilidad compartida en el sistema de salud para mejorar la atención a poblaciones vulnerables.
“Así tú escuchas que se expresan profesionales de salud: “tenemos buenas estadísticas, pero cuando viene la comarca con sus estadísticas, daña nuestras estadísticas” Y suena muy feo... En qué momento vamos a iniciar un camino de verdad a mejorar la situación que tenemos, si no rompemos esas barreras y estas mentalidades de estigma y discriminación que la tenemos desde la persona que es analfabeta y el propio paciente que termina discriminándose muchas veces a sí mismo, hasta nosotros, los profesionales de salud y esfera superior?” (CNB Norte)
- Desabastecimiento de medicamentos o insumos de diagnóstico y tratamiento.
Los desabastecimientos frecuentes en el Seguro Social lo que conlleva una imposibilidad de cumplir con los protocolos de diagnósticos debidamente.
“El mismo hospital de la Caja de Seguro Social, muchas veces nada más tiene un solo, una sola marca de prueba rápida de VIH y eso es lo que está sucediendo, por ejemplo, en este momento. ... hay un protocolo que cumplir para que ese paciente realmente pueda ser diagnosticado. Si a mí una prueba me sale reactiva yo tengo que hacer una extracción de sangre, llevarla al hospital para que un laboratorista cumpla el protocolo de 2 pruebas rápidas de diferentes marcas, ¿verdad? Y que yo pueda trabajar con ese diagnóstico e ingresar ese paciente con una seguridad de que ese paciente realmente sea positivo y se cumplió el protocolo como debe ser.” (CNB Norte)
- El impacto en la atención y continuidad del tratamiento cuando hay desabastecimiento de ciertas pruebas y medicamentos específicos.
“Sí, porque a veces sabemos que no, no hay suficiente... por ejemplo, voy a decirlo, itraconazol o fluconazol ..., entonces hay que jugar con lo que tenemos para algunas cosas.... No es posible que nos quedemos sin medicamentos y terapia para histoplasmosis o para manejo de toxoplasmosis con primeras líneas terapéuticas ... que nos tengamos que ir a unos antibióticos de segunda línea porque no tenemos los de primera y en cantidades suficiente. ... pero también el diagnóstico no solamente es clínico, el diagnóstico es por laboratorio, así que hay que tener las pruebas de laboratorio suficiente. Serología para criptococo, casete de PCR, GeneXpert para tuberculosis y eh... histoplasmosis en orina. Entonces todas esas cosas hay que tenerlas siempre, y no solamente de referencias. ... el paciente no va a esperar ... que se le haga la prueba y esperar y regresar, sino que muchas veces se hace la prueba y, ¿cómo le notificas que está positiva? En ese tiempo puede pasar cualquier cosa, incluyendo la muerte.” (CNB Sur)
“Estoy hablando de las compras, de los insumos de terapia antirretroviral, los insumos para el manejo de infecciones oportunistas. Hay veces que esos insumos no están llegando de manera oportuna, ... nos hemos

quedado sin (nombre de un medicamento), sin isoniacida, ya te lo mencioné en un momento del año, la terapia antirretroviral pediátrica está a medias ..., por lo tanto, no la podemos ofertar.” (CNB Sur)

- La falta de disponibilidad de pruebas de CD4 ha dificultado el monitoreo adecuado de los pacientes.
“Te puedo decir que en este momento no tenemos CD4 a nivel de MINSA, se acabaron ya. Van a empezar a enviarlos al Gorgas Carga viral de momento sí tenemos aquí en el laboratorio y si se excede un poquito, pues lo envían también al Gorgas, sin embargo, para los asegurados no tienen reactivos de CD4 desde el mes de febrero, marzo del año pasado. O sea que todos los pacientes que son asegurados que se han hecho sus laboratorios por consulta externa, que se hace aquí mismo en el laboratorio del hospital Manuel Amador Guerrero, en la parte de consulta externa, no tienen resultados de CD4. Estoy hablando que son 330 y algo de pacientes aproximadamente asegurados que no tenemos CD4 casi de 1 año completo... vamos a tratar de manejarlos con carga viral y priorizar los CD4 para estos pacientes que son nuevos, o los que se nos presenten con VIH avanzado, o los que vienen de abandono, pero sí es una gran limitante.” (Colon)
- Los cambios de gobierno generan suspensiones temporales en la compra de medicamentos, lo que limita la disponibilidad.
“Bueno, mira los cambios de gobierno siempre afectan el funcionamiento porque siempre ese periodo en el que ... hay una suspensión de compra de todos. Es muy difícil, no se compran medicamentos, están limitados los recursos... por suerte la experiencia de otros años se trató de prever que iba a pasar eso.... Yo creo que el Ministerio de Salud sí jugó un papel importante, por lo menos lo que están en la administración del Programa Nacional y del MINSA en prever y cubrir todo lo que era más o menos el año y sabiendo de que ya probablemente iban a poder comprar hasta el otro año 2025. Así que esa parte no nos ha afectado, en verdad no nos ha afectado. La anterior, en el gobierno anterior tampoco hubo cambio del personal del Programa Nacional y ... también nos ayudan mucho a darle continuidad porque ... empezar de cero todo siempre trae limitaciones, a veces cambios buenos y a veces no tan buenos.” (HST)

FACILITADORES

- A nivel interinstitucional
- La red institucional (MINSA y CSS) funciona bien en cuanto a la notificación y comunicación.
“... entonces yo siento que la red de la parte institucional no tiene tanto problema porque una u otra manera, si es el laboratorista que hace el examen avisa o si es el médico que le pasan el paciente o la enfermera, siempre hay comunicación y la Caja, pues como yo le dije, ha mejorado mucho la comunicación también de los pacientes que les llegan a ellos que son nuevos.” (Chiriquí)
- A nivel intrainstitucional
- Los cambios de personal directivo no han afectado significativamente la dinámica de trabajo, gracias a la continuidad y el respeto a la parte técnica del programa.
“... después de julio (tras el cambio de Gobierno) hubo un cambio. El doctor Chávez, que es el Jefe del Programa; ahí no hubo cambios... él continúa siendo nuestro Jefe Nacional de Programa y pues vino y se sentó con el nuevo director regional. Nosotros también y el Doctor no hizo grandes cambios con respecto a la administración de la clínica, que en este caso es una dependencia directa de salud pública y debajo de salud pública está epidemiología y la clínica es manejada por el jefe de Epidemiología, en este caso el jefe de epidemiología y de salud pública es el mismo, que soy yo. Entonces no ha habido un cambio.” (Chiriquí)
- Los retos por cambios en la Dirección Médica, que requieren esfuerzo para mantener la unidad del equipo y mostrar la importancia de la clínica.
“Bueno, mira, nosotros este año tuvimos cambio de Dirección Médica. ... lo más importante... va a ser el equipo. Tener un equipo unido, que tenga los mismos objetivos, porque, pues, yo como Coordinadora no puedo hacer mucho si no tengo un equipo de respaldo. Entonces, como equipo, a pesar de que hubo cambios en la Dirección Médica, siento que la unificación de todos y mostrarle a la Dirección Médica la importancia de la clínica y de llevarla a siguientes niveles, ... El programa de VIH, pues, es costoso... fue

importante el poder darles el pantallazo a los directivos de lo que es la clínica y que ellos sientan la importancia del apoyo.” (Panamá Oeste)

- La importancia de una buena planificación y coordinación entre diferentes áreas para identificar fortalezas y debilidades de la clínica y trabajar en mejorarlas.

“Yo siento que la planificación inicial, ... con el apoyo hospitalario de la Dirección Médica, pues ellos estuvieron bien pendientes ... de mejorar. Nosotros acá a nivel de la clínica, nos hacen una evaluación nacional, entonces, de las evaluaciones, uno siempre tiene que cómo aprender a ver, cómo llevar a mejorar la clínica. Y dentro de reuniones con la Dirección Médica, con el director médico, con Planificación, Administración, laboratoristas, farmacéuticos e Infectología, pues creo que se unificó todo. Se unificó, se indicó cuáles eran las debilidades, cuáles eran las fortalezas de la clínica, y creo que, pues, hemos podido sobrellevar las debilidades poco a poco a mejor... ajustándonos a nuestro presupuesto a nivel hospitalario, y también a nivel regional.” (Panamá Oeste)

- La coordinación entre los programas de VIH y tuberculosis ha sido fundamental desde el inicio, lo que ha fortalecido el manejo integral de los pacientes.

“Nosotros creemos primordial que el Programa de VIH lleve la coordinación con el Programa de Tuberculosis, y nosotros somos coordinadores de VIH y de tuberculosis en la región. Lo mismo mi enfermero..., coordina desde enfermería ambos programas, porque si no, no existiría ... esa integralidad en el manejo. Yo siento que eso nos ha fortalecido si no fuera así, estuviésemos peor... Desde el inicio de la terapia antirretroviral en la Comarca, nosotros ya tenemos 15 años de estarlo manejando juntos.” (CNB Sur)

Recomendaciones de los coordinadores de las clínicas

Finalmente, se capturaron aquellas ideas que los participantes compartieron en sus entrevistas que consideraron serían positivas para mejorar el diagnóstico temprano y la adherencia de pacientes al tratamiento de manera adecuada. Las mismas, se han organizado según los niveles a los que se refiere.

○ A nivel individual

- Educar en la responsabilidad personal de la salud sexual y los chequeos regulares.

“... es un proceso temporal ... ver ese quizá un poquito más asociado al paciente mismo que al que solamente lo sean las organizaciones las que ayuden al paciente ... la educación sexual que debe empezar ... a ser un poquito más permeable en los jóvenes. Sobre todo, porque cuando tú ves un poquito la parte de la sexualidad en los jóvenes, pues se va quedando muy, muy por debajo ... tú debes querer que el paciente llegue a cuestionarse ... sobre ¿cuándo voy a hacerme las pruebas? ¿A qué estoy expuesto?, ¿qué estoy haciendo para cuidarme y qué estoy haciendo para poder diagnosticarme una ITS que yo sospecho? Más allá de que tengas que ir a la persona y decirle “oye, mira te ofrezco esta prueba, háztela”. Porque todavía hoy hay muchos pacientes que van a una jornada de salud de repente y se encuentran con... nos encontramos con pacientes que no se han hecho una prueba de VIH nunca y tienen 30, 40 años. Entonces a esa parte todavía no hemos llegado, quizás a ese punto de que ya el paciente solito sea el que vaya y esté buscando, buscando, buscando hacer su control.” (HST)

- Priorizar el apoyo nutricional a las personas con VIH puede tener un impacto significativo en mejorar los resultados de salud.

“Entrevistador: ¿Qué ese sería la mejor recomendación tanto para la vinculación temprana como para reducir los casos de mortalidad?

Participante: Si le puedo dar de comer; ...Bueno, le estamos dando... con el suplemento nutricional que vamos a dar a un grupo reducido.” (San Miguelito)

○ A nivel de las clínicas TARV

- Mejorar la dotación de los equipos profesionales ampliando plantillas y capacitando, para poder brindar un mejor seguimiento y control de la enfermedad.

“¿Y cómo se va a registrar si no tenemos laboratorios en esas áreas, en un área tan extensa, con una población tan grande? Si ni en su Centro de Salud central hay laboratorio permanente ... Y puede ser que se sospeche, pero ... quizá va a ser diagnosticado y en una fase SIDA cuando lo pudiste haber diagnosticado en una fase temprana de la enfermedad. Eso ha mejorado un poco es por la malaria, ... pero ese laboratorista tiene una misión y es leer las placas de malaria.” **(CNB Norte)**

“Un recurso humano que es fundamental ... es psicología porque muchos de estos pacientes, por no decirte que todos, necesitan en su momento una entrevista con un psicólogo, por lo menos ... recibir ese, esa voz de aliento ... para poder lograr que el paciente pues acepte su tratamiento, pase este periodo como de luto ... acepten, se adhieran más fácil y puedan sentirse plenos con una vida normal ... una vida con calidad”. **(Colón)**

“... la docencia. Dar mucha más educación y cómo poner mucho más enfoque en el VIH... porque hay personal médico que no sabe cómo lidiar con un paciente VIH positivo... hay muchos laboratorios privados aquí, ... entregan una prueba positiva, pero... ¿quién le da seguimiento a ese paciente? Entonces es como un vínculo...se puede orientar un poquito mejor a ellos y vincularlos más rápido.” **(Chiriquí)**

- Las clínicas TARV deben tener espacios propios y adecuados.
“...clínica de terapia antirretroviral y que no sea un espacio que esté cedido y que habilitado suficiente o no para un grupo agente.” **(CNB Sur)**
- Las clínicas deben contar con horarios ampliados.
“Una clínica de extensión de horario para estos pacientes desde las 6:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche. En donde el paciente puede llegar... “porque mi estudio, no me permiten salir de mi Universidad o yo estoy trabajando y mi jefe no me permite.” **(CNB Sur)**
- Las compras de medicamentos deben hacerse basándose en las estadísticas.
“...El Programa Nacional puede definir ... la norma nacional tenga como obligación el tener los insumos para el manejo de las infecciones oportunistas en cantidades suficientes según las estadísticas anuales de cada región y sobre todo en el área de difícil acceso. No es posible que nos quedemos sin medicamentos y terapia para histoplasmosis o para manejo de toxoplasmosis con primeras líneas terapéuticas, sino que nos tengamos que ir a unos antibióticos de segunda línea porque no tenemos los de primera y en cantidades suficiente... hay que tener las pruebas de laboratorio suficiente. Serología para criptococo, casete de PCR, GeneXpert para tuberculosis y eh... histoplasmosis en orina. Entonces todas esas cosas hay que tenerlas siempre, y no solamente de referencias.” **(CNB Sur)**
- El aumento de la inversión en salud pública y los valores que ésta representa.
“Entonces hay que mejorar mucho la actitud y la aptitud del personal de salud también, hablándote desde los médicos...Bueno, mejorar como te dije la actitud y la aptitud del personal y mayor apoyo económico para que todas estas situaciones que te mencione anterior: farmacia, laboratorio, personal, estructura; se mejore. Si está en un lugar más acogedor donde puedo llegar y resolver toda mi situación el paciente va a venir a su consulta. El paciente va a tomarse su medicamento porque se va a sentir bien, se va a sentir atendido y va a sentir que todas sus situaciones se resuelven en un solo lugar. Pero si yo de aquí tengo que salir y brincar a calle 9 a buscar medicamento, a calle 4, a buscar la terapia de tuberculosis porque sí la tenemos, pero la tenemos en otro centro, no la tenemos aquí. Y tengo que ir a no sé a... Sabanitas a sacarme los laboratorios generales, el paciente no lo va a hacer.” **(Colón)**
- Descentralizar la atención de pacientes con VIH, capacitando al personal de salud de los Centros más cercanos a las comunidades.
“...que llegue un momento en el que vayamos descentralizando, ... que el paciente con VIH tenga la oportunidad de ser visto en su instalación de salud más cercana y que los profesionales de salud de cualquier Centro de Salud tengan la capacidad de recibir la medicación y poder hacer intervenciones adecuadas con el paciente ... incluye obviamente que sea capacitado este personal... y creo que hay que pensar en eso porque el número cada vez va a ir aumentando y si mejoramos nuestro primer pilar, la captación va a ser mucho mayor.” **(CNB Norte)**

- Implementar estrategias para aumentar los diagnósticos como la "Caja Roja" para realizar pruebas rápidas a todas las mujeres embarazadas en el momento del parto.
"... es una estrategia de bajo costo y de alto impacto. En donde cada Centro de Salud que atiende a una mujer embarazada en labor de parto tiene que realizarse una prueba rápida o sí o sí, es decir, la estrategia PITC, la estrategia de prueba impuesta por el proveedor o prueba que genere el proveedor, aumente los diagnósticos también temprano, sobre todo en este grupo de mujeres que en el momento de dar a luz tendrán un niño en riesgo o no... se le debe dar a la mujer embarazada los antirretrovirales que el niño debe recibir en las primeras horas de vida... las leches maternizadas para omitir la lactancia materna y tiene los kits diagnósticos ... nos ha ayudado con las parteras empíricas." (CNB Sur)

- El testeo intensivo para detección y vinculación temprana según el perfil de los pacientes.
"... Yo estoy aplicando entre 18000 a 20000 pruebas anuales... el que busca encuentra, y yo siempre busco. Y buscamos en todos los sintomáticos respiratorios, tuberculosis y si tiene VIH, busca tuberculosis; si tiene tuberculosis, busca VIH y si estás desnutrido, buscas VIH y si viene por 1 año enterrada y estás en un grupo etario de riesgo, buscas VIH, o sea, y siempre estamos ahí. Ese es el discurso de... la evangelización que tenemos con los médicos a lo largo de todo el territorio comarcal, que esté buscando. Porque el que tratemos y se vincule, entrará indetectable. Nos va a ayudar a disminuir la incidencia y es lo que se quiere. Entonces, en ese sentido, yo pienso que estamos evangelizando bien porque estamos haciendo muchas pruebas, estamos diagnosticando muchas personas que tenemos." (CNB Sur)

- A nivel Social, Político y Administrativo
- El enfoque saludable de salud sexual.
"... educación sexual para que el paciente busque por sus medios también para hacerse la prueba y quieran conocer. Porque muchas veces está la información, pero el paciente por miedo no quiere saber de una prueba, no quiere saber de ¿cómo está mi salud en cuanto mi vida sexual?" (HST)

- La promoción de valores como la autoestima, el autocuidado y el respeto al cuerpo, en lugar de un discurso centrado únicamente en el uso del condón para abordar problemas de salud pública.
"El VIH y la tuberculosis son problemas de salud pública en número uno en la comarca Ngäbe Bugle. Por lo tanto, se convierten en líneas transversales en todos los programas de salud, tanto en los programas de salud materno infantil como los programas de salud escolar, como los programas de promoción y prevención y educación comunitaria... nosotros lo que queremos con ello es que... el tema de VIH no se nos escape de la parte que corresponde a las visitas escolares. Y si es posible, mejor aún que aquellos estudiantes que hayan iniciado vida sexual activa, se realicen una prueba de VIH. De esa manera se están haciendo diagnósticos tempranos... hablar de salud sexual... en función de... ¿qué es lo que quiere ese estudiante al final de su vida? el estudiante quiere ser feliz y para ser feliz hay que completar ciertas cosas, como, por ejemplo, auto perdón, autoestima y trazarse metas en la vida. Entonces, como tú te estimas y tú tienes todos esos valores llenos, entonces tú respetas tu cuerpo y porque respetas tu cuerpo, respetas tu salud hormonal, te proteges para la salud... va en la realidad de los derechos de la responsabilidad que tiene cada ser humano consigo mismo para no enfermar. Entonces, en ese sentido, creo que fue mejor aceptado y ese es el discurso que llevamos." (CNB Sur)

- El enfoque integral sobre la salud para mejorar la vinculación a la clínica y reducir la mortalidad de los pacientes.
"... entonces se quiere a veces ver como algo cultural, pero es un tema bien delicado ... porque son pacientes que muchas veces traen todos estos traumas; que no reciben una atención psicológica también como es debido; porque no tenemos psicólogos y ese es otro tema que yo también abordé bastante. La necesidad tan grande que tiene la región de la comarca Ngäbe Bugle, de tener profesionales en la salud... a la salud mental no se le da importancia. ... los pacientes... están ávidos de información..., vienen con muchos tabús, vienen con la promesa de un suquia (los médicos tradicionales indígenas)." (CNB Norte).

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Conclusiones del estudio cuantitativo de expedientes de enfermedad avanzada

En este análisis sobre personas con enfermedad avanzada por VIH, se identificó una alta proporción de hombres jóvenes, principalmente entre 20-34 años. La mayoría pertenecía a la población general, aunque una proporción considerable eran hombres que tienen sexo con hombres. La mayoría de los pacientes se encontró desempleado o en empleos informales y presentaban condiciones de vulnerabilidad social, incluyendo la migración. Clínicamente, los pacientes ingresaron con estados avanzados de inmunosupresión (CD4 mediana 102 células/mm³), y cargas virales elevadas, con inicio no rápido del tratamiento antirretroviral en el 72% de los casos.

Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron tuberculosis, candidiasis, toxoplasmosis e histoplasmosis, con diagnóstico clínico predominante y uso limitado de pruebas etiológicas. Los análisis de regresión mostraron que el retraso en el inicio de tratamiento antirretroviral, vivir en provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón, no recibir profilaxis y tener un conteo de CD4 inferior a 50 células/mm³ fueron factores asociados al diagnóstico de infecciones oportunistas en estos pacientes. Asimismo, las personas en zonas urbanas presentaron mayor probabilidad de iniciar tratamiento de forma tardía, lo cual evidencia inequidades en el acceso oportuno a la atención en estas zonas.

Conclusiones del estudio cuantitativo de expedientes de mortalidad

El análisis del componente de mortalidad evidencia que la mayoría de las personas fallecidas eran hombres jóvenes, pertenecientes a la población general (no clave), y con residencia en áreas rurales, especialmente en la Comarca Ngäbe-Buglé. A pesar de que la mayoría había iniciado tratamiento antirretroviral antes de fallecer, se identificó una alta proporción de datos clínicos incompletos al momento del deceso, particularmente en variables críticas como CD4 y carga viral. Las causas de muerte más frecuentes fueron relacionadas con el VIH, destacando el síndrome de desgaste y diversas infecciones oportunistas como tuberculosis, histoplasmosis y toxoplasmosis.

En el análisis multivariado, se encontró que vivir en las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón, fallecer fuera de un nosocomio y no estar en tratamiento antirretroviral al momento del fallecimiento, se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de registrar infecciones oportunistas como causa de muerte. Por el contrario, haber sido diagnosticado recientemente mostró una asociación con menor probabilidad de tener un diagnóstico de estas infecciones, lo que podría reflejar mejoras en el acceso temprano a diagnóstico y tratamiento. Es importante subrayar que en la Comarca Ngäbe-Buglé la mitad de los expedientes tuvieron una causa de muerte reportada, y de éstas, sólo dos tuvieron un diagnóstico por una infección oportunista. Estos datos demuestran la falta de diagnóstico de causa en el momento de fallecer, y la falta de diagnóstico de infecciones oportunistas en esta región.

Conclusiones del estudio cualitativo

El análisis cualitativo profundizó en las condiciones que podrían contribuir a la vinculación tardía ya en fase de enfermedad avanzada del VIH y la mortalidad temprana asociada al VIH en Panamá. Las entrevistas se realizaron con los y las coordinadores de 7 clínicas TARV en Panamá. El enfoque en todas las entrevistas planteó abordar la conversación a fin de entender las realidades individuales, sociales y culturales, de la clínica y las realidades más amplias estructurales y políticas. Hubo un énfasis especial para entender las realidades de la Comarca Ngäbe-Buglé, donde se concentra una carga desproporcionada de nuevos casos y muertes relacionadas.

Las entrevistas demuestran que, a nivel estructural, los factores están entrelazados y dificultan tanto la detección temprana, vinculación a tiempo y la adherencia al tratamiento antirretroviral sostenida. Las barreras estructurales, como personal capacitado limitado, el desabastecimiento de medicamentos y las condiciones precarias dentro de las instalaciones médicas, se suman a barreras sociales como el estigma,

la discriminación y la pobreza extrema. La agregación de estos factores juntos genera un entorno desfavorable para el cuidado continuo de los y las pacientes.

A pesar de este conjunto de barreras, el análisis cualitativo identificó esfuerzos significativos por parte del personal de salud y actores comunitarios, quienes han desarrollado estrategias adaptadas a las realidades locales, incluyendo oportunidades para la colaboración con médicos tradicionales y el acompañamiento a nivel comunitario. Estas experiencias dan cuenta de una capacidad de respuesta resiliente y de propuestas valiosas que pueden guiar intervenciones más eficaces y culturalmente pertinentes. Las recomendaciones surgidas desde el propio personal de salud ofrecen una hoja de ruta concreta para fortalecer el acceso temprano al diagnóstico, vinculación oportuna y mejorar la adherencia al TARV en diversas poblaciones para así prevenir la muerte temprana.

RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Recomendaciones generales

- **Fortalecer el diagnóstico temprano y el acceso oportuno al TARV.** Debido a que el 72% de las personas con enfermedad avanzada ingresaron con inicio no rápido de TARV, con una mediana baja (102 células/mm³) y cargas virales elevadas, urge aumentar el tamizaje de VIH a nivel comunitario para así captar casos con enfermedad no avanzada, y vinculación rápida en cuidados y tratamiento. Un método nuevo que se podría incluir es el uso de autopruebas de VIH (9, 10), donde se podría incluir estrategias que han sido efectivas a nivel mundial para aumentar el testeo. Estas estrategias incluyen distribución de autopruebas por parejas sexuales, a través del Internet, y dentro de hospitales y centros de salud(11). Adicionalmente, se debe diversificar el tamizaje universal del VIH, implementando el testeo en ambientes médicos no tradicionales para el testeo de VIH, incluyendo en cuartos de urgencia y entre pacientes que buscan otros cuidados médicos. Esta práctica ha demostrado ser costo-efectiva en diagnosticar y mejorar la vinculación en los cuidados de clínicas TARV(12). El análisis cualitativo evidenció que la vinculación tardía está influenciada por varios niveles, incluyendo estigma, educación, y barreras económicas y geográficas. Por lo tanto, una diversidad de sitios de testeo y la inclusión universal en el testeo a nivel nacional son importantes.
- **Fortalecer cuidados psicológicos y resolución de no-adherencia o abandono a la clínica TARV.** IntraHealth puso en práctica un programa de Consejería Intensificada de Adherencia (CIA) para resolver de forma psicológica problemas de no-adherencia y abandono; sin embargo, dentro de los expedientes de mortalidad, sólo hubo un reporte de uso de CIA(13). Por lo tanto, o las personas que entran en CIA no fallecen, o no se implementó durante los años del estudio. Otros programas de fortalecer la adherencia incluyen los que se enfocan en factores individuales e interpersonales como el manejo de situaciones discriminatorias. Normalmente sólo duran un tiempo limitado, sin embargo, las intervenciones que se enfocan en la resolución de barreras estructurales, como accesibilidad, inequidad en acceso a servicios y pobreza deben ser priorizados(14). Adicionalmente, intervenciones que dan recordatorios educativos y de comportamiento podrían ser efectivos especialmente cuando se da el acompañamiento por miembros de la comunidad o pares(15). Por último, nuevas tecnologías, como el uso de salud digital con recordatorios de tomar medicamentos en el celular, y nuevas tecnologías farmacéuticas como TARV inyectable de larga duración se deben implementar lo más pronto posible a nivel nacional (14, 16) .
- **Mejorar la capacidad diagnóstica para infecciones oportunistas a nivel nacional y especialmente en la Comarca Ngäbe-Buglé:** a través del aumento de dotación de tecnologías nuevas de testeo point-of-care para las infecciones oportunistas más comunes en Panamá, incluyendo la tuberculosis (TB-LAM), histoplasmosis, y mediante el aumento en la dotación de insumos y contratación de tecnólogos médicos para correr estas pruebas. Adicionalmente, se requiere trabajar a nivel mundial en el desarrollo de pruebas de flujo lateral de otros patógenos como P. jirovecci, para ser usado en conjunto con radiografías, lo mismo es imperativo para mejorar el diagnóstico clínico de esta infección (17).
- **Reducir las inequidades sociales en la atención médica relacionada al VIH y fortalecer la coordinación con actores comunitarios, médicos tradicionales y el MINSA.** A nivel nacional se pueden enfocar los recursos relacionados a los cuidados de VIH para que sean culturalmente relevante para las áreas del país que sirven. Por ejemplo, en algunos lugares del país, como es la Comarca Ngäbe-Buglé, la integración de personal tradicional podría ganar la confianza de algunos pacientes(18). Esta integración no debe ser sólo lingüística sino también el apoyo con el diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva Ngäbe y Buglé. Estos programas podrían mejorar la aceptabilidad cultural de los servicios de salud, promover la adherencia al tratamiento y reducir

el estigma relacionada al VIH. De igual forma, debido a las barreras sociales, económicas y geográficas que viven los pacientes en esta Comarca, se debe invertir en programas y tecnologías que apoyan al paciente en su retención en cuidados médicos y adherencia al TARV. Estos programas pueden incluir (como es mencionado en el componente cualitativo), programas de transferencia económica condicionada a la retención en cuidados (19-21), programas de tratamiento de adicciones, y TARV inyectable de larga duración (22).

- **Implementar sistemas de información más robustos y estandarizados:** Debido a la alta proporción de expedientes clínicos incompletos, especialmente expedientes de personas fallecidas, se recomienda utilizar formularios estandarizados de recolección de datos del ingreso, post hospitalización, y datos clínicos relacionados al VIH (CD4, carga viral, otros diagnósticos), a través de expedientes electrónicos, para así orientar adecuadamente las respuestas de salud pública y la vigilancia epidemiológica.
- **Prevenir nuevas infecciones con mayor acceso a PrEP, especialmente PrEP oral e inyectable de larga duración:** Aunque PrEP está siendo implementado a nivel nacional para poblaciones claves y en parejas serodiscordantes, la prevención preexposición utilizando estrategias nuevas como TARV inyectables y PrEP oral de larga duración en poblaciones más amplias, sería ventajoso para la prevención de nuevos casos de VIH. Especialmente entre las personas que tienen comportamientos que les ponen en mayor riesgo de adquisición, por ejemplo las personas con muchos cambios de parejas sexuales (23) .

Instrumento propuesto para la recolección de datos de enfermedad avanzada

Otros comentarios sobre demografía, historial de parejas o actividad sexual	

PERFIL CLÍNICO	
Medidas antropométricas _____ Kg	_____ M IMC(kg/m2) _____
Fecha de diagnóstico de VIH: ___/___/___	Fecha de ingreso a clínica antirretroviral (TARV): ___/___/___
Ha iniciado TARV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Esquema inicial de TARV _____ Fecha inicio TARV ___/___/___	Ha tenido cambios en uso de TARV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Esquema pasada _____ Fecha de cambio: ___/___/___ Esquema pasada _____ Fecha de cambio: ___/___/___
Categoría clínica CDC al ingreso A1 _____ A2 _____ A3 _____ B1 _____ B2 _____ B3 _____ C1 _____ C2 _____ C3 _____	Estado inmunológico al momento del diagnóstico Linfocitos T CD4+ (cel/mm3) _____ Fecha: ___/___/___ Carga viral (copias/ml) _____ Fecha: ___/___/___
Otros antecedentes médicos	

Antecedentes psicológicos/psiquiátricos (incluir riesgo de suicidio actual y en el pasado, riesgo de violencias actual y en el pasado, trastornos de sueño, neurocognitivos, delincuencia, etc)	

Hábitos de sustancias	
Uso de alcohol (tipo de alcohol + número de días y cantidad por semana)	
Uso de tabaco/productos de nicotina	
Uso de otras drogas (cuales y número de días por semana o mes):	
Profelaxis y diagnóstico de Infecciones oportunistas	
Recibió profelaxis de infección oportunista <input type="checkbox"/> Sí (continuar al lado) <input type="checkbox"/> No	Ppx dado _____ Fecha inicio Ppx ___/___/___ Ppx dado _____ Fecha inicio Ppx ___/___/___ Ppx dado _____ Fecha inicio Ppx ___/___/___ Ppx dado _____ Fecha inicio Ppx ___/___/___
Diagnóstico de infección oportunista <input type="checkbox"/> Sí (continuar abajo) <input type="checkbox"/> No	
Dx _____	Fecha Dx ___/___/___ Tx dado _____ Método Dx _____
Dx _____	Fecha Dx ___/___/___ Tx dado _____ Método Dx _____
Dx _____	Fecha Dx ___/___/___ Tx dado _____ Método Dx _____
Dx _____	Fecha Dx ___/___/___ Tx dado _____ Método Dx _____
Otras observaciones	

Instrumento propuesto para la recolección de datos de mortalidad

Esquema inicial _____	Fecha de inicio TARV: ___/___/___
Esquema anterior _____	Fecha de cambio: ___/___/___ Razón de cambio _____
Esquema anterior _____	Fecha de cambio: ___/___/___ Razón de cambio _____
Esquema anterior _____	Fecha de cambio: ___/___/___ Razón de cambio _____
Esquema anterior _____	Fecha de cambio: ___/___/___ Razón de cambio _____
Esquema anterior _____	Fecha de cambio: ___/___/___ Razón de cambio _____
Historial de abandono de TARV, uso de consejería intensificada en adherencia, etc:	

Historial de estado inmunológico: Conteo CD4+ y Carga Viral (CV) últimos 3 años	
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___ CV
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	: _____ Fecha de reporte: ___/___/___
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___
CD4+ : _____ Fecha de reporte: ___/___/___	CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___
Al fallecer CD4+ : _____ Fecha: ___/___/___	Al fallecer: CV : _____ Fecha de reporte: ___/___/___
Historial profilaxis de infecciones oportunistas	
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Ppx _____	Fecha de Ppx: ___/___/___ Comentarios _____
Historial diagnóstico de infecciones oportunistas	
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Dx _____	Fecha de Dx: ___/___/___ Tx _____ Método de Dx _____
Antecedentes médicos	

REFERENCIAS

1. ONUSIDA. Informe global sobre el sida 2022. 2022.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.; 2021.
3. ONUSIDA. Informe para el día mundial del SIDA 2024, Sigamos el camino de los Derechos. . 2024.
4. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. La epidemia mundial del VIH y SIDA Online; 2025. Available from: <https://www.hiv.gov/es/informacion-basica/descripcion-general/datos-y-tendencias/estadisticas-mundiales>.
5. Noticias ONU. ONUSIDA advierte de una vuelta a la mortalidad de los 90 por el VIH si EE.UU. no restablece la financiación Online: ONU; 2025 [Available from: <https://news.un.org/es/story/2025/03/1537476>].
6. USAID. HIV Care and Treatment Project Online [cited 2025 Enero]. Available from: <https://www.IntraHealth.org/projects/usaids-hiv-care-and-treatment-project>).
7. Ministerio de Salud. Informe nacional de vigilancia de VIH y SIDA. 2023.
8. Panamá. 2024-2025 Report 2024 [cited 2025 July]. Available from: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/informe_nacional_de_mye_2024-2025.pdf.
9. Ayieko J PM, Charlebois ED, Brown LB, Clark TD, Kwarisiima D, Kanya MR, Cohen CR, Bukusi EA, Havlir DV, Van Rie A., A Patient-Centered Multicomponent Strategy for Accelerated Linkage to Care Following Community-Wide HIV Testing in Rural Uganda and Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;80.
10. Sibanda EL NM, Tumushime M, et al.,. Community-based HIV self-testing: a cluster-randomised trial of supply-side financial incentives and time-trend analysis of linkage to antiretroviral therapy in Zimbabwe. *BMJ Global Health*. 2021;6(e003866).
11. Eshun-Wilson I, Jamil MS, Witzel TC, Glidded DV, Johnson C, Le Trouneau N, et al. A Systematic Review and Network Meta-analyses to Assess the Effectiveness of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Self-testing Distribution Strategies. *Clin Infect Dis*. 2021;73(4):e1018-e28.
12. White DAE, Giordano TP, Pasalar S, Jacobson KR, Glick NR, Sha BE, et al. Acute HIV Discovered During Routine HIV Screening With HIV Antigen-Antibody Combination Tests in 9 US Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2018;72(1):29-40 e2.
13. Miriam Lasso. Aprueban norma de adherencia al tratamiento antirretroviral. Panamá America. 2023 2023/07/06.
14. Whiteley LB, Olsen EM, Haubrick KK, Odoom E, Tarantino N, Brown LK. A Review of Interventions to Enhance HIV Medication Adherence. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;18(5):443-57.
15. Pugh LE, Roberts JS, Viswasam N, Hahn E, Ryan S, Turpin G, et al. Systematic review of interventions aimed at improving HIV adherence to care in low- and middle-income countries in Sub-Saharan Africa. *J Infect Public Health*. 2022;15(10):1053-60.

16. National Institutes of Health. Long-acting HIV treatment benefits adults with barriers to daily pill taking and adolescents with suppressed HIV Online2024 [cited 2025 August]. Available from: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/long-acting-hiv-treatment-benefits-adults-barriers-daily-pill-taking-adolescents-suppressed-hiv>.
17. Jaramillo Cartagena A, Asowata OE, Ng D, Babady NE. An overview of the laboratory diagnosis of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. *J Clin Microbiol*. 2025;63(3):e0036124.
18. Gabster A, Socha E, Pascale JM, Cabezas Talavero G, Castrellon A, Quiel Y, et al. Barriers and facilitators to antiretroviral adherence and retention in HIV care among people living with HIV in the Comarca Ngabe-Bugle, Panama. *PLoS One*. 2022;17(6):e0270044.
19. Yotebieng M, Thirumurthy H, Moracco KE, Kawende B, Chalachala JL, Wenzel LK, et al. Conditional cash transfers and uptake of and retention in prevention of mother-to-child HIV transmission care: a randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2016;3(2):e85-93.3
20. Giordano J, Lewis-Kulzer J, Montoya L, Akama E, Adhiambo HF, Nyadieka E, et al. Experiences and perceptions of conditional cash incentive provision and cessation among people with HIV for care engagement: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1104.
21. Guimaraes NS, Magno L, de Paula AA, Silliman M, Anderle RVR, Rasella D, et al. The effects of cash transfer programmes on HIV/AIDS prevention and care outcomes: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Lancet HIV*. 2023;10(6):e394-403.
22. Zakumumpa H, Alinaitwe A, Kyomuhendo M, Nakazibwe B. Long-acting injectable antiretroviral treatment: experiences of people with HIV and their healthcare providers in Uganda. *BMC Infect Dis*. 2024;24(1):876.
23. Flexner C. The future of long-acting agents for preexposure prophylaxis. *Curr Opin HIV AIDS*. 2022;17(4):192-8.

APÉNDICES

Apéndice 1 Instrumento de enfermedad avanzada

COMITÉ DE BIOMETRÍA
EN LA INVESTIGACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
REVISADO
Firma: 
Fecha: 31/10/2024

Código de participante:

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 1

Título: "Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022".

Nombre del investigador responsable: Amanda Gabster, Versión del protocolo: 4.0

ANEXO 1. Instrumento de enfermedad avanzada por VIH

COMPONENTE DE ENFERMEDAD AVANZADA

NOMBRE DEL CLÍNICA TAR _____ FECHA ___/___/___ CÓDIGO _____
Recolector: _____ # expediente Clínica TAR _____ # Expedientes Hospital _____

I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 2. Sexo: Mujer ___ Hombre ___
2. Estado civil: Soltero (a) ___ Casado (a) ___ Unión libre ___ Divorciado (a) ___ Viudo (a) ___ ND ___
3. Categoría territorial: Urbana ___ Rural ___ ND: ___
4. Lugar de residencia: Departamento ___ Provincia ___ Barrio/aldea/colonia _____
ND: ___
5. Analfabetismo: Analfabetismo absoluto: ___ Alfabetado: ___ ND: ___
6. Escolaridad: Ninguna ___ Pre-básica/Pre-Escolar ___ Primaria/Básica ___ Secundaria Ciclo común ___ Secundaria Diversificada ___ Técnico superior ___ Superior no universitario ___ Superior universitario licenciatura ___ Posgrado ___ Maestría ___ Doctorado ___ ND: ___
7. Ocupación: : _____ No tiene: ___ ND: ___
8. Grupo étnico: Mestizo ___ Ngabe ___ Buglé ___ Kuna ___ Emberá ___ Wounaan ___ Bri Bri ___ Teribe/Naso ___ Afrodescendiente ___ Boketa ___ Otros ___ ND ___
Especifique _____
9. Orientación sexual: Heterosexual ___ Homosexual ___ Bisexual ___ Pansexual ___ Asexual ___
Otro ___ ND _____
10. Tipo de población clave: HSH ___ Trabajador/a sexual ___ TRANS ___ Población general ___
Otro ___ Especifique _____ ND _____
11. Identidad de género: Cisgénero ___ Transgénero ___ Transexual ___ No binario ___ Otro ___
ND _____
12. Condición: Embarazada ___ (Semanas de gestación: []) Puerpera (40 días) ___ Privado de libertad (PPL) ___ Migrante _____

II. PERFIL CLÍNICO, INMUNOLÓGICO, VIROLÓGICO

1. Fecha diagnóstico VIH: ___/___/___ ND: ___
2. Fecha de ingreso a clínica TAR (vinculación): ___/___/___ ND: ___
3. Fecha inicio de TARV: ___/___/___ No inicia TAR ___
Esquema de TARV: _____ Línea de TAR: 1ra ___ 2da: ___ 3ra: ___ |
4. Fecha de fallecimiento: ___/___/___ (en caso de defunción al momento de revisión de expediente)
5. Fecha de registro de fallecimiento ___/___/___
6. Medidas antropométricas: Peso (Kg) ___ Talla (m) ___ IMC (Kg/m²) ___ Edema en la medición Si ___/No ___
7. Categoría clínica CDC/ OMS al ingreso: _____

CDC			OMS		
A1	A2	A3	I		
B1	B2	B3	II		
C1	C2	C3	III		

8. Estado inmunológico al momento del diagnóstico (CD4+ inicial y CVP basal):

Linfocitos T CD4+ (cel/mm³) [____] / Fecha: __/__/__ **Carga viral plasmática** (copias/ml) [____],
 Fecha: __/__/__

9. Antecedentes médicos: No ____ Sí ____ ND ____

10. Tipo de antecedente médico Describa:

11. Antecedentes psicológicos/psiquiátricos: No ____ Sí ____ ND ____

Violencia Sexual	Trastorno bipolar y trastorno relacionado
Violencia psicológica	Trastorno depresivo
Violencia física	Trastorno de ansiedad
Problemas económicos	Trastornos disociativos
Traumas y otros trastornos relacionados con factores de estrés	Trastornos disociativos
Problemas de delincuencia y sistema legal	Disfunciones sexuales
Trastornos de alimentación	Disforia de género
Trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados	Trastornos parafilicos
Trastornos de sueño y vigilia	Trastornos de personalidad
Trastornos del control impulsivos y conductas disruptivas	Trastornos neurocognitivos
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastornos por el uso de sustancias y trastornos adictivos
12. Hábitos tóxicos/adicciones:	

13. Hábitos tóxicos/adicciones:

	Drogas			Alcohol			Tabaco		
	Sí	No	ND	Sí	No	ND	Sí	No	ND
Frecuencia de consumo									
Ocasional									
Diario									
Semanal									
Mensual									
ND									
Tipo de sustancia									
	Marihuana:____ LSD:____ Heroína____ Metanfetaminas____ Inhalantes____ Benzodiazepinas____						Cigarrillos Cigarrillos electrónicos		

III. INFECCIONES OPORTUNISTAS

14. Recibió profilaxis para infecciones oportunistas: No ____ Sí ____ ND: ____ Describa:

a. TMP-SMX____ b. Fluconazol____ c. Azitromicina____ d. Isoniacida____
 e. Itraconazol____ f. Ninguno____ Otro____ Describa: _____

15. Recibió manejo para infecciones oportunistas: No ____ Sí ____ ND: ____ Describa:

2.a. Tuberculosis: No ____ Sí ____ ND: ____ Fecha dx __/__/__ **Hospitalización:** Sí ____ No ____
Método diagnóstico: Bc ____ ía ____ Gene Xpert ____ Cultivo ____ Otro ____
Tipo de tuberculosis: Pulmonar ____ Extrapulmonar ____

Tratamiento: Sensible___ Drogo resistente___ Especifique:___ Mono
 resistente___ poli resistente___ Multidrogoresistente___

2.b. Histoplasmosis: No___ Sí___ ND:___ Fecha dx ___/___/___ **Hospitalización:** Sí___ No___

Método diagnóstico: Buffy coat___ Ag orina___ Cultivo___ Otro___

Tipo de histoplasmosis: Pulmonar___ Extrapulmonar___

Tratamiento: Anfotericina liposomal___ Anfotericina
 deoxicolato___ fluconazol___
 Itraconazol___ Voriconazol___

2.c. Criptococosis: No___ Sí___ ND:___ Fecha dx ___/___/___ **Hospitalización:**
 Sí___ No___

Método diagnóstico: Biopsia___ Ag sangre___ Cultivo___ Otro___

Tipo de criptococosis: Pulmonar___ Extrapulmonar___

Tratamiento: Anfotericina B___ Flucitosina___ Fluconazol___ Itraconazol___

2.d. Toxoplasmosis: No___ Sí___ ND:___ Fecha dx ___/___/___ **Hospitalización:** Sí___ No___

Método diagnóstico: Ac IgG/IgM___ Imagen___ Otro___

Tipo de toxoplasmosis: Cerebral___ Extracerebral___

Tratamiento: Pirimetamina___ Sulfadiazina___ Ácido fólico___
 Clindamicina___ TMP/SMX___ Atavacuona___

2.e. Candidiasis: No___ Sí___ ND:___ Fecha dx ___/___/___ **Hospitalización:** Sí___ No___

Método diagnóstico: KOH___ Cultivo___ Otro___

Tipo de candidiasis: Esofágica___ Oral___ Vulvo-vaginal/glande___

Tratamiento: Nistatina___ Fluconazol___ Itraconazol___ Anfotericina B___
 Voriconazol___ Clotrimazol___

2.f. Otras infecciones oportunistas: No___ Sí___ **Describe:** Fecha dx, ___ hospitalización, ___
 método diagnóstico, ___ tipo de IO anatómico, ___ tratamiento___

OBSERVACIONES:

Apéndice 2 Instrumento de Mortalidad usado



Código de participante:

ANEXO 2. Instrumento de mortalidad por VIH INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2

Título: "Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022".

Nombre del investigador responsable: Amanda Gabster, **Versión del protocolo:** 4.0

COMPONENTE DE MORTALIDAD

NOMBRE DEL CLÍNICA TAR _____ FECHA ___/___/___ CÓDIGO _____
Recolector: _____ # expediente Clínica TAR _____ # Expedientes Hospital _____

IV. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ 2. **Sexo:** Mujer ___ Hombre ___
2. **Estado civil:** Soltero (a) ___ Casado (a) ___ Unión libre ___ Divorciado (a) ___ Viudo (a) ___ ND ___
3. **Categoría territorial:** Urbana ___ Rural ___ ND: ___
4. **Lugar de residencia:** Departamento ___ Provincia ___ Barrio/aldea/colonia _____
ND: ___
5. **Analfabetismo:** Analfabetismo absoluto: ___ Alfabeta: ___ ND: ___
6. **Educación:** Ninguna ___ Pre-básica/Pre-Escolar ___ Primaria/Básica ___ Secundaria Ciclo común ___ Secundaria Diversificada ___ Técnico superior ___ Superior no universitario ___ Superior universitario licenciatura ___ Posgrado ___ Maestría ___ Doctorado ___ ND: ___
7. **Ocupación:** : _____ No tiene: ___ ND: ___
8. **Grupo étnico:** Mestizo ___ Ngabe ___ Buglé ___ Kuna ___ Emberá ___ Wounaan ___ Bri ___ Bri ___ Teribe/Naso ___ Afrodescendiente ___ Boketa ___ Otros ___ ND ___
Especifique _____
9. **Orientación sexual:** Heterosexual ___ Homosexual ___ Bisexual ___ Pansexual ___ Asexual ___
Otro ___ ND _____
10. **Tipo de población clave:** HSH ___ Trabajador/a sexual ___ TRANS ___ Población general ___
Otro ___ Especifique _____ ND _____
11. **Identidad de género:** Cisgénero ___ Transgénero ___ Transexual ___ No binario ___ Otro ___
ND _____
12. **Condición:** Embarazada ___ (Semanas de gestación: []) Puerpera (40 días) ___ Privado de libertad (PPL) ___ Migrante _____

V. PERFIL CLÍNICO, INMUNOLÓGICO, VIROLÓGICO

1. **Fecha diagnóstico VIH:** ___/___/___ ND: ___
2. **Fecha de ingreso a clínica TAR (vinculación):** ___/___/___ ND: ___
3. **Fecha inicio de TARV:** ___/___/___ No inicia TAR ___
Esquema de TARV inicial: _____ **Línea de TAR: 1ra_ 2da: ___ 3ra: ___**
Nuevo esquema de TAR: _____ **Línea de TAR: 1ra_ 2da: ___ 3ra**
Cambios esquema si: ___ no: ___ ND: ___
Tipo de fallo: Viroológico ___ Inmunológico ___ Clínico ___ Desabastecimiento ___ No descrito ___
1. **Tiempo de última dispensación de TARV (mes):** 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
6 ___ o más ___

2. **Antecedente de abandono TARV:** No ___ Si ___ Describa número de abandonos
 []

4. **Fecha de último retiro de TAR:** ___/___/___
 5. **Fecha de fallecimiento:** ___/___/___
 6. **Fecha de registro de fallecimiento** ___/___/___

7. **Medidas antropométricas:**

Vinculación		Al Fallecer	
Peso	ND: _____	Peso	ND: _____
Talla	ND: _____	Talla	ND: _____
IMC		IMC	
Edema: SI ___ No ___		Edema: SI ___ No ___	
Fecha		Fecha: _____	

8. **Categoría clínica CDC/ OMS**

Ingreso		Fallecer	
CDC	OMS	CDC	OMS
A1 ___ A2 ___	I ___	A1 ___ A2 ___	I ___
A3 ___	II ___	A3 ___	II ___
B1 ___ B2 ___	III ___	B1 ___ B2 ___	III ___
B3 ___		B3 ___	
C1 ___ C2 ___		C1 ___ C2 ___	
C3 ___		C3 ___	

9. **Estado inmunológico al momento del diagnóstico (CD4+ inicial y CVP basal):**

	Linfocitos T CD4+ (cel/mm ³)	Carga viral (copias/ml)	Linfocitos T CD4+ (cel/mm ³)	Carga viral (copias/ml)
Inicial			-	-
Fallecer			-	-
1 año antes de fallecer				
2 años antes de fallecer				
3 años antes de fallecer				

10. **Antecedentes médicos:** No ___ Sí ___ ND ___

11. **Tipo de antecedente médico** Describa:

12. **Antecedentes psicológicos/psiqu**

___ Sí ___ ND ___

Violencia Sexual	Trastorno bipolar y trastorno relacionado	
Violencia psicológica	Trastorno depresivo	
Violencia física	Trastorno de ansiedad	
Problemas económicos	Trastornos disociativos	

Traumas y otros trastornos relacionados con factores de estrés	Trastornos disociativos
Problemas de delincuencia y sistema legal	Disfunciones sexuales
Trastornos de alimentación	Disforia de género
Trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados	Trastornos parafilicos
Trastornos de sueño y vigilia	Trastornos de personalidad
Trastornos del control impulsivos y conductas disruptivas	Trastornos neurocognitivos
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastornos por el uso de sustancias y trastornos adictivos

13. Hábitos tóxicos/adicciones:

	Drogas			Alcohol			Tabaco		
	SI	No	ND	SI	No	ND	SI	No	ND
Frecuencia de consumo									
Ocasional									
Diario									
Semanal									
Mensual									
ND									
Tipo de sustancia									
	Marihuana: ___ LSD: ___ Heroína ___ Metanfetaminas ___ Inhalantes ___ Benzodiazepinas ___						Cigarrillos Cigarrillos electrónicos		

14. Si **resultado de carga viral al fallecer fue mayor a 1000 copias/ml**, describa acciones realizadas:

- a. **Se realizó CIA:** No ___ Si ___ Número de sesiones [___] Barreras: _____
- b. **Factores identificados en CIA** _____
- c. **Se realizó estudio de genotipificación para VIH:** No ___ Si ___
 - i. **Describe mutación según familia ARV:** INTI ___ INNTI ___ IP ___

VI. DEFUNCIÓN

Domicilio	Nosocomio	Vía Pública	ND
	Fecha de Ingreso:		
Causa según certificado Causa A: Causa B: Causa C: Causa D:			
Causa según nota médica expediente (no certificado) Causa A: Causa B: Causa C: Causa D:	Causa según nota médica expediente (no certificado) Causa A: Causa B: Causa C: Causa D:	Causa según nota médica expediente (no certificado) Causa A: Causa B: Causa C: Causa D:	Causa según nota médica expediente (no certificado) Causa A: Causa B: Causa C: Causa D:
Causa según nota No médica en expediente:			

--

3. Si causa de muerte fue relacionada a IO, describa:

- a. Fecha de diagnóstico IO: ___/___/___
- b. Tipo de infección oportunista: _____
- c. Método diagnóstico utilizado para diagnóstico IO: _____
- d. Localización de IO: _____
- e. Describa esquema de tratamiento para IO: _____

OBSERVACIONES:

Abreviaturas: **CIA**= Consejería Intensificada en Adherencia // **INTI**= Inhibidor Nucleósido de Transcriptasa Inversa // **INNTI**= Inhibidor No Nucleósido de Transcriptasa Inversa // **IP**= Inhibidor de Proteasa // **TARV**= Terapia antirretroviral // **NAC**= Notificación asistida de contactos // **IO**= Infección oportunista //

Apéndice 3 Instrumento cualitativo



Título: "Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022".

Nombre del investigador responsable: Amanda Gabster, **Versión del protocolo:** 4.0

ANEXO 3. Guía de entrevista a coordinadores de las clínicas TARV

Guía de entrevista a coordinadores de las clínicas TARV

La presente guía forma parte de los instrumentos utilizados en la contratación de servicios técnicos de consultoría "**Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022**".

La cual está a cargo de los consultores: Fundación Planta de Generación de Energía Social (PGES)

Para comunicación directa: iescobar@intrahealth.org

Objetivo: Identificar las brechas, barreras y oportunidades relacionadas con la vinculación temprana de las personas con VIH.

Indicaciones generales: A continuación, se le entrevistará con preguntas abiertas que buscan cumplir el objetivo de la encuesta, en la Clínica TAR a su cargo. Se le agradecería que responda de la manera más verídica posible para que así el producto alcanzable sea de beneficio tanto para el personal de salud como para el paciente.

Debido a que el análisis cualitativo lo realizará un profesional distinto a quien lo entrevista se le agradecería que permitiera que la entrevista fuese grabada a través de un teléfono inteligente. La información recabada y analizada no se entregará a nadie exceptuando al equipo cooperante para la toma de decisiones.

Aspectos generales:

Lugar:	Fecha:
Nombre del entrevistado:	
Edad:	Sexo:
Profesión u ocupación:	

Categoría	Preguntas
1. Factores de la guía/normativa,	Inicio Temprana: ¿Actualmente cuáles normativas, estrategias, políticas, etcétera dificultan la

Categoría	Preguntas
estrategia, programa o política	<p>vinculación temprana de personas con VIH? ¿Cuáles facilitan la vinculación temprana?</p> <p>Mortalidad: ¿Actualmente cuáles normativas, estrategias, políticas, etcétera dificultan la reducción del número de casos de mortalidad asociada a pacientes con VIH? ¿Cuáles facilitan la reducción de casos de mortalidad?</p>
2. Factores individuales del equipo de la clínica.	<p>Inicio Temprana: ¿Cuáles son las facilidades que tiene usted en la Clínica TAR para establecer la vinculación e inicio temprano de pacientes con VIH? ¿Cuáles son las principales barreras?</p> <p>Mortalidad: ¿Cuáles son las facilidades que tiene usted en la clínica para reducir el número de casos de mortalidad asociada a pacientes con VIH? ¿Cuáles son las principales barreras?</p>
3. Factores del paciente	<p>Inicio Temprana: ¿Qué factores relacionados con el paciente facilitan vincularlo e iniciar rápido el tratamiento?</p> <p>Mortalidad: ¿Qué factores relacionados con el paciente lo llevaron a ser un caso de mortalidad asociada a VIH?</p>
4. Interacciones profesionales	<p>Inicio Temprana: ¿De qué manera la relación a través de interconsultas con los demás servicios asociados (consulta externa, salas de hospitalización, emergencias) facilita o dificulta la vinculación temprana en pacientes con VIH?</p> <p>Mortalidad: ¿De qué manera la relación a través de interconsultas con los demás servicios asociados (consulta externa, salas de hospitalización, emergencias) facilitan o dificultan la atención de los los casos de morbilidad en pacientes con VIH?</p>
5. Incentivos y recursos	<p>Inicio Temprana: ¿De qué manera la asignación de recursos que actualmente recibe la clínica influye en la vinculación temprana de pacientes con VIH?</p>

Categoría	Preguntas
	<p>Mortalidad: ¿De qué manera la asignación de recursos que actualmente recibe la clínica influye en el manejo de los casos de mortalidad asociada a VIH?</p>
<p>6. Capacidad de cambio organizacional</p>	<p>Inicio Temprana: ¿De qué manera los cambios organizativos influyen en la capacidad de respuesta de la clínica para vinculación temprana de pacientes con VIH? (Ej. Cambio de puestos por nuevas autoridades local, regional, central; nuevo director (a) del establecimiento de salud, etcétera)</p> <p>Mortalidad: ¿De qué manera los cambios organizativos influyen en la capacidad de respuesta de la clínica para el manejo de los casos de mortalidad asociada a VIH? (Ej. Cambio de puestos por nuevas autoridades local, regional, central; nuevo director (a) del establecimiento de salud, etcétera)</p>
<p>7. Factores sociales, políticos y legales</p>	<p>Inicio Temprana: ¿Qué factores del entorno social, político, legal facilitan o, por el contrario, obstaculizan el proceso de vinculación e inicio temprano de pacientes con VIH?</p> <p>Mortalidad: ¿Qué factores del entorno social, político, legal facilitan o, por el contrario, obstaculizan el manejo de casos de mortalidad asociada a VIH?</p>
<p>8. Recomendaciones</p>	<p>Inicio Temprana: ¿Qué recomendaciones proporcionaría para mejorar la vinculación temprana y reducir la vinculación e inicio tardío de los pacientes de la clínica?</p> <p>Mortalidad: ¿Qué recomendaciones proporcionaría para reducir los casos de mortalidad asociada a VIH?</p>

Apéndice 4 Formulario de Consentimiento Informado



Título: "Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022".

Nombre del investigador responsable: Amanda Gabster, **Versión del protocolo:** 4.0

ANEXO 4. Formulario de consentimiento

Código de participante:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Entrevista con (coordinador de clínica)

Declaro

Que el integrante del equipo de profesionales que fueron contratados por IntraHealth, me ha informado que:

- a) IntraHealth apoya al Ministerio de Salud para garantizar que personas que viven con VIH reciban un diagnóstico, tratamiento y alcancen la supresión viral, por medio de servicios integrales mediante la implementación de **El Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH de USAID-IntraHealth**.
- b) IntraHealth ha seleccionado a un equipo consultor para la implementación de la consultoría titulada **"Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022"** con el objetivo identificar áreas de oportunidad para disminuir la mortalidad relacionada a enfermedad avanzada por VIH.
- c) El estudio tiene un componente **cuantitativo** que involucra la revisión de expedientes mediante una boleta de recolección de datos de **Enfermedad Avanzada y Mortalidad** reportadas durante enero 2021 a marzo 2022.
- d) El estudio tiene también un componente **cuantitativo**, dirigido a los coordinadores de las clínicas mediante una entrevista semiestructurada, contemplada en el presente consentimiento
- e) La investigación es liderada por el equipo de IntraHealth regional y nacional por parte de la **Dra Isabel Escobar (Guatemala)** y **Licda. Guadalupe Madrid (Panamá)**. Se ejecuta bajo la Fundación Planta de Generación de Energía Social, Fundación PGES, cuya directora es la **Licda. Sonia M. de Heckadon. La PhD MSC Amanda Gabster** ha sido seleccionada como la Investigadora Principal del Estudio y el **Ing. Gonzalo Cabezas** como el Especialista en tecnología, recolección y procesamiento de datos. Estos a su vez contarán con un equipo de campo quienes serán responsables, bajo la orientación técnica de la PhD. Gabster, de la recolección de la información.
- f) Me han invitado a participar para conocer la **perspectiva de la coordinación de la Clínica TAR "_____"** sobre el tema de **vinculación e inicio tardío con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá**.
- g) Participar en esta entrevista, es de carácter voluntario y confidencial, pudiendo decidir si deseo participar o no.
- h) Si deseo participar, la entrevista durará una hora y media. Esta conversación será grabada en audio para no perder ningún detalle. Solamente el equipo del estudio tendrá acceso a ella. La grabación será transcrita para el análisis.
- i) Puedo elegir no participar en esta actividad. La participación es totalmente voluntaria. No hay consecuencias al no participar en ella. Pudiendo retirarme o desistir en cualquier momento.
- j) Si acepto participar en este estudio, no recibiré ningún beneficio directo por participar. Sin embargo, la colaboración aportará ideas valiosas en el proceso de adecuación y mejora de los servicios, protocolos y procedimientos para reducir la mortalidad asociada a VIH.
- k) No existen riesgos físicos por participar en esta actividad, ya que no será sometido a ninguna intervención.
- l) Existen riesgos emocionales debido a que se tratarán temas sensibles, estos pueden causarle incomodidad o molestia. También existe la posibilidad de que haya ruptura de confidencialidad, sin embargo, se tomarán todas las medidas posibles para reducir estos riesgos. Por ejemplo, no se utilizarán los nombres reales de los participantes, sino que se les asignarán códigos para que los nombres no aparezcan ni en el audio ni en documentos escritos.
- m) La información es confidencial, lo que significa que la información brindada durante la entrevista no será compartida con personas ajenas a este estudio. La información nunca llevará registrado el nombre, sino se utilizarán códigos. Si la información de este estudio se publica, el nombre y otros datos personales no serán usados.

Título: "Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022".
Nombre del investigador responsable: Amanda Gabster, **Versión del protocolo:** 4.0

Código de participante:

- n) En caso de duda, solicitud de información o presentar una queja, puedo comunicarme con **Isabel Escobar** responsable de la implementación del estudio por parte de **IntraHealth-Regional** al +502 5595-4696 o iescobar@intrahealth.org o con **Guadalupe Madrid** de **IntraHealth-Panamá**, al +507 6569+7869 o gmadrid@intrahealth.org; si está relacionado al Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad Católica Santa María La Antigua CBI-USMA se podrá comunicar con Milagros Vargas, Secretaria Técnica al teléfono +507 2308200 ext. 8364 y correo cbi@usma.ac.pa; mvgasr@usma.ac.pa

Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. He recibido una copia de este documento. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la actividad en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del informante

Nombre investigadora

Firma o huella del informante

Firma de la investigadora

Fecha

Código asignado

Apéndice 5 Acuerdo de Confidencialidad



Acuerdo de Confidencialidad

ANEXO 5. Acuerdo de confidencialidad

La confidencialidad es un principio ético o derecho legal que implica que el personal del estudio mantendrá en secreto toda la información relacionada con su trabajo, incluyendo información recolectada sobre un participante, a menos que el mismo autorice previamente que sea revelada. Es de suma importancia que cada colaborador del estudio se comprometa a mantener la confidencialidad de toda la información que se obtenga de los pacientes, procedimientos y resultados que deriven del mismo y otras actividades relacionadas. Toda información de participantes, protocolos de trabajo, bases de datos, cuestionarios y detalles del procesamiento de muestras y todos los resultados obtenidos deberán mantenerse de forma confidencial.

Como usuario de la información del estudio **“Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022”**, usted puede desarrollar, usar, o mantener:

1. Información relacionada con un paciente/participante de un estudio/proyecto,
2. Información relacionada con el personal, o
3. Información confidencial de los proyectos y terceras personas o programas relacionados con los mismos.

Esta información puede provenir de cualquier fuente y en cualquier forma incluyendo, pero no limitada a, escrita, oral, audiovisual, y/o electrónica. Toda información es **estrictamente confidencial**.

Es requisito del proyecto Cuidado y tratamiento en VIH de USAID – IntraHealth , que todos los usuarios (p. ej. Médicos, consultores, estudiantes internos y externos, enfermeros y afiliados) deben respetar y mantener la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información. Las violaciones a esta política incluyen, pero no están limitadas a:

- Divulgar información de un participante a cualquier persona fuera del estudio, incluyendo divulgar información identificable del participante por medios electrónicos o verbales, no teniendo precaución al conversar con personal del proyecto en presencia de terceros, y otros.
- Acceder información que no corresponde a las actividades que le fueron asignadas;

- Publicar sin la autorización adecuada;
- Revelar a otra persona sus códigos de acceso o contraseñas para acceder a cualquier información confidencial electrónica (incluyendo computadoras, tabletas, etc.);
- Utilizar el código de acceso o contraseña de otra persona para acceder a información confidencial electrónica;
- Manejar mal o destruir información confidencial (incluyendo el envío de comunicaciones con información confidencial);
- Revelar información del personal del estudio o proyecto.

Al firmar esta hoja, certifico que he leído y comprendo el Acuerdo de Confidencialidad del estudio "**Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022**", y me comprometo a realizar las actividades relacionadas con el proyecto de acuerdo con los principios éticos conforme al presente documento.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Área de trabajo (marque las que correspondan, y especifique donde sea necesario):

Laboratorio

Hospital/Centro/Puesto de Salud: _____

Departamento/ Área: _____

ANEXOS

Anexo A avales del MINSA



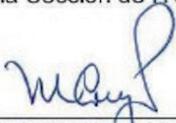
MINISTERIO DE SALUD

CIRCULAR No.166/DGSP/DSAIP/No.71/S/ITS/VIH/SIDA
4 DE JUNIO DE 2024

**PARA: DIRECTORES REGIONALES DE PANAMÁ OESTE, SAN MIGUELITO,
CHIRIQUÍ, COMARCA NGABE BUGLE y COLÓN.
COORDINADORES DE VIH
DIRECTORES DE INSTALACIONES CON CLÍNICA DE TERAPIA
ANTIRETROVIRAL
COORDINADORES DE CLÍNICAS**

DE: 
DR. CARLOS E. CHAVEZ S.
Jefe de la Sección de ITS/VIH/SIDA


DRA. GENI M. HOOKER C.
Jefa del Departamento de Salud
y Atención Integral a la Población

P/C: 
DRA. MELVA L. CRUZ P.
Directora General de Salud Pública

ASUNTO: ESTUDIO DE VIH AVANZADO Y MORTALIDAD

La Dirección General de Salud Pública y el Departamento de Salud de Atención Integral a la Población, a través de la Sección de ITS/VIH/SIDA, en la Nota No. 1386/DGSP/DSAIP/No.0119/S/ITS/VIH/SIDA da el aval para la realización del estudio "Factores asociados al diagnóstico y vinculación tardía con VIH avanzado y mortalidad en Panamá" por parte del socio cooperante PASMO, dicho estudio ya ha sido registrado en la plataforma RESEGIS del Ministerio de Salud y se encuentra en la fase de aprobación por parte del Comité de Bioética de la USMA, dicho comité solicita nota de visto bueno por parte de las clínicas donde se realizará el estudio.

Por lo antes expuesto, solicitamos que se les pueda dar el aval por parte de sus regiones de salud o instalaciones donde se encuentra la clínica de terapia antirretroviral.

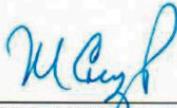
Agradeciendo de antemano, el apoyo que brindan.

Atentamente,

CECHS/yb

No.1386/DGSP/DSAIP/No.0119/S/ITS/VIH/SIDA
20 de abril de 2023

Licenciado¹¹
RAFAEL PITTI
Representante de País
IntraHealth
En Su Despacho

P/C: 
DRA. MELVA L. CRUZ P.
Directora General de Salud Pública

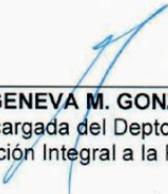
Respetado Licenciado:

En atención a su solicitud sobre el diagnóstico titulado: "Factores asociados al diagnóstico y vinculación tardía con VIH avanzado y mortalidad en Panamá", me permito informarle que el Equipo Técnico de la Sección de ITS/VIH/Sida del Ministerio de Salud después de haber revisado el documento da el aval correspondiente, por lo que cuenta con la aprobación y entera satisfacción.

Le recordamos que cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este diagnóstico deberá ser enviado al Equipo Técnico de la Sección previo a su implementación.

Atentamente,


DR. CARLOS E. CHAVEZ S.
Jefe de la Sección de
ITS/VIH/SIDA


DRA. GENEVA M. GONZALEZ T.
Jefa Encargada del Depto. de Salud y
Atención Integral a la Población

CECHS/yibq

Anexo B Aval del Comité de Bioética

 CBI- usma Comité de Bioética en la Investigación	Universidad Católica Santa María La Antigua Comité de Bioética en la Investigación CBI-USMA Plantilla de Trabajo
Código: PT-007.2	Aprobación de Protocolo
Versión: 1.0	Fecha: 17 de noviembre 2021

Aprobación de protocolo

Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada la fecha (10/07/2024) de la reunión donde se emitió dictamen luego de revisión se decidió **APROBAR** el protocolo en referencia.

No. Interno de Seguimiento:	2024-P014.
Número del Protocolo:	2024-P014.
Título de Protocolo:	Factores asociados al diagnóstico y la vinculación tardía con la presencia de enfermedad avanzada y mortalidad asociada a VIH en Panamá. Enero 2021 a marzo 2022.
Patrocinador:	IntraHealth International.
Investigador Principal:	Guadalupe Madrid & Sonia Isabel M. de Heckadon.
Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	Fundación Fundación (Planta de Generación de Energía Social) PGES – USMA.
Fecha de aprobación:	11/07/2024.
Fecha de vencimiento de aprobación:	11/07/2025.

Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos			
Nombre	Versión	Fecha	Idioma
Protocolo de Investigación.	Versión 3.	26/06/2024.	Español.
Consentimiento Informado.	Versión 3.	26/06/2024.	Español.
Manual del investigador.	Versión 3.	26/06/2024.	Español.

La aprobación está sujeta al cumplimiento de las siguientes responsabilidades del Investigador Principal, quien deberá velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de investigación a su cargo:

- Conducir la investigación de acuerdo al protocolo aprobado.

 CBI- usma Comité de Bioética en la Investigación	Universidad Católica Santa María La Antigua Comité de Bioética en la Investigación CBI-USMA Plantilla de Trabajo
Código: PT-007.2	Aprobación de Protocolo
Versión: 1.0	Fecha: 17 de noviembre 2021

- *Conducir la investigación en observancia a las Buenas Prácticas Clínicas, regulaciones locales e internacionales aplicables.*
- *Conducir la investigación en observancia a los acuerdos y condiciones establecidas durante el proceso de revisión y aprobación.*
- *Delegar las funciones del estudio a personal calificado, con la experiencia y educación que respalden su capacidad para desempeñar las funciones delegadas.*
- *Desarrollar y supervisar personalmente la investigación.*
- *Obtener aprobación del CBI-USMA previo a incorporar cambios en el protocolo; exceptuando aquellos casos en que sea necesario para proteger la vida y seguridad del sujeto, estos casos deberán notificarse inmediatamente al CBI-USMA.*
- *Obtener y documentar adecuadamente el consentimiento informado de cada sujeto participante o potencialmente participando, haciendo uso de las formas vigentes aprobadas por el CBI-USMA.*
- *Reportar dentro de las 24 horas de conocimiento todo evento adverso serio ocurrido a los sujetos participantes en el sitio de investigación.*
- *Reportar dentro de 30 días toda información de seguridad recibida del patrocinador.*
- *Presentar oportunamente los reportes continuos y final del desarrollo de la investigación.*
- *Recibir y atender las visitas del CBI-USMA al sitio de investigación cuando lo solicite.*
- *Atender los requerimientos del CBI-USMA relacionados al desarrollo de la investigación u otros aplicables a la conducción de estudios clínicos en sitios de investigación.*

Por este medio se certifica que la información arriba descrita es fiel y verdadera según se refleja en los archivos y documentación del CBI-USMA.


Profesor Nelson José Da Fonte R.
Presidente del CBI-USMA


**COMITÉ DE BIOÉTICA
 EN LA INVESTIGACIÓN**
 UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS
RELACIONADAS A
ENFERMEDAD AVANZADA
AL MOMENTO DE
DIAGNÓSTICO Y A LA
MORTALIDAD POR VIH
EN PANAMÁ

ENERO 2021-MARZO 2022



CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS
**RELACIONADAS A
ENFERMEDAD AVANZADA
AL MOMENTO DE
DIAGNÓSTICO Y A LA
MORTALIDAD POR VIH
EN PANAMÁ**

ENERO 2021-MARZO 2022

