



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**RESOLUCIÓN No. 1570**  
De 26 de junio de 2024



Que aprueba el Manual de Procedimientos Operativos Estándar para Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves.

**LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá establece como función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social;

Que, el artículo 110 de la Constitución de la República regula que, en materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación;

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

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

Que, en el Decreto Ejecutivo N.º 464 del 27 de octubre de 2016, se regula el de las Clínicas Amigables del Ministerio de Salud para la atención de las poblaciones en mayor riesgo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y en el cual se establece que corresponderá a la Dirección General de Salud Pública a través de las autoridades regionales, la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud y al Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA velar por el funcionamiento adecuado de las Clínicas Amigables;

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

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

Que, la Estrategia Mundial contra el sida 2021-2026 presentada por ONUSIDA, promueve encaminar acciones que acaben con el sida como amenaza para la salud pública hacia el 2030 y recomiendan, además, que las personas que están en riesgo de contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tengan acceso a servicios completos de atención integrados para la detección temprana de este virus y otras infecciones de transmisión sexual en un ambiente libre de estigma y discriminación;



Que, en virtud de lo señalado, y con la finalidad de estandarizar los procedimientos que realizan los proveedores de salud dentro de estas instalaciones, es necesario emitir el Manual de Procedimientos Operativos Estándar para las Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves, con los parámetros que faciliten esta función;

En consecuencia,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Manual de Procedimientos Operativos Estándar para Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves contenida en el Anexo 1 al 27 y que forma parte integral de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Señalar que el Manual de Procedimientos Operativos Estándar para Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves, establecida en el artículo primero de la presente Resolución, es de estricto cumplimiento en todas las instalaciones públicas.

**ARTÍCULO TERCERO:** Facilitar la capacitación y formación a todos los miembros de los equipos de las Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves, que permitan atender las necesidades de salud de las Poblaciones Claves, garantizando estándares de calidad elevados, respeto y dignidad.

**ARTÍCULO CUARTO:** Otorgar a la Sección de ITS, VIH y SIDA del Ministerio de Salud, la responsabilidad de divulgar, monitorear y evaluar el cumplimiento de este Manual de Procedimientos Operativos Estándar a partir de su promulgación.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Constitución Política de la República; Ley No.66 de 10 de noviembre de 1947; Decreto de Gabinete No.1 de 15 de enero de 1969, Decreto Número 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud y Ley 40 de 14 agosto de 2018.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en la ciudad de Panamá, a los *28* días del mes de *junio* de 2024.



**MELBA CRUZ RUIZ**  
Directora General de Salud Pública

MLCP/GMHC/SCA/GM



## ANEXO I





**MINISTERIO  
DE SALUD**



**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN  
SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA**

Manual de Procedimientos Operativos Estándar para Clínicas Amigables y/o Servicios de Atención Integral Amigables para Poblaciones Claves.

<b>Aprobado por:</b>	Dra. Melva L. Cruz P.	Directora General de Salud Pública
<b>Revisado Por:</b>	Dra. Geni M. Hooker C.	Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población
	Dr. Johny A. Castillo R.	Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
<b>Elaborado por:</b>	Mgtra. Astevia I. Avila J.	Coordinadora Nacional de Salud Comunitaria-sección de ITS/VIH/SIDA
<b>Versión 1.2.3</b>	Junio 2024	

**CONTENIDO**

**AUTORIDADES** ..... 4

**ABREVIATURAS Y SIGLAS** ..... 6

**GLOSARIO** ..... 7

**INTRODUCCIÓN** ..... 8

**OBJETIVOS** ..... 9

**ANTECEDENTES** ..... 9

*Reseña Histórica de las CLAM* ..... 10

**MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS Y VALORES DEL MINSA** ..... 11

*Visión:* ..... 11

*Misión:* ..... 11

*Principios y Valores* ..... 12

**MARCO LEGAL** ..... 13

**CONSIDERACIONES GENERALES** ..... 14

**I. Descripción del Flujograma de Atención y Cartera de Servicios de Atención de los servicios amigables para las poblaciones claves** ..... 16

**II. Descripción de puestos** ..... 18

    1. *Funciones del Equipo de Salud* ..... 18

    2. *Capacitación del Recurso Humano que Labora en los Servicios Amigables* ..... 28

**III. Documentos que deben permanecer en los servicios de atención integral amigables** ..... 29

**IV. Procedimientos** ..... 30

**BIBLIOGRAFÍA** ..... 62

**ANEXOS** .....



**AUTORIDADES.**

Dr. Luis F. Sucre. M.  
Ministro de Salud

Dra. Ivette O. Berrios A.  
Viceministra de Salud

Dr. Alessandro C. Ganci C.  
Secretario General

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

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

**Personal Profesional Técnico Administrativo**

Dr. Carlos E. Chávez S.  
Jefe de la Sección de ITS/VIH/SIDA.

Dra. Jisela Ibarra  
Jefa de la Sección de Salud de Adulto.

Dr. Edwin Aizpurúa.  
Jefe de la Sección de Control de la Tuberculosis.

Licdo. David Cortes.  
Jefe del Departamento de Regulación de Laboratorios Clínicos.



El presente documento se elaboró con la colaboración de:

Dra. Josefina De Obaldía.  
Coordinadora de la CLAM de San Mateo, Región de Salud de Chiriquí.

Mgtra. Astevia I. Avila J.  
Coordinadora Nacional Enfermería en Salud Comunitaria.  
Encargada de las Clínicas Amigables.

Mgtra. Lérica Soto.  
Enfermera Encargada de la CTARV/CLAM de la Región de Salud de Colón.

Licda. Belkis Torres.  
Enfermera Encargada de la CLAM de El Chorrillo.

Licda. Yitzel E. Arcia B.  
Enfermera Asistente en Monitoreo y Evaluación de la Sección ITS/VIH/SIDA

Validado por los equipos de salud de las CLAM del país:

INSTALACIONES	RECURSO HUMANO	
<b>CLAM Altos de San Francisco</b>	Dra. Joemis González Licda. Xenia Veces Licda. Evelin Castillo	Licdo. José Vásquez Licda. Yesenia Vásquez
<b>CLAM MINSA CAPSI Finca 30</b>	Dr. Brian Rayo Licda. Yessenia Campos	Licda. Eyanis González Aracelly González
<b>CLAM Colón</b>	Dr. Víctor Peñafiel Dr. Luis Yee	Licda. Lérica Soto Licdo. Simón Barrera
<b>CLAM El Chorrillo</b>	Dra. Lorna Jenkins Licda. Belkis Torres Licdo. Delfin Coronado	Licdo. Fidel Gómez Mahayra Bethancourt
<b>CLAM San Mateo</b>	Dra. Josefina Obaldía Licdo. Irving Araúz Licdo. Edwin Sánchez Licda. Cecilia Serrano	Licda. Gloria Saucedo Licda. Carintia Camarena Licda. Carmen Acosta
<b>CLAM Santa Ana</b>	Dra. Milta Arcia Dra. Yuriseth Nelson Licda. Sol Rivera	Licda. Maribel de Guittens Licda. Damaris Ramos Carlos Martínez



**ABREVIATURAS Y SIGLAS**

AHMNP	Asociación Hombre y Mujeres Nuevos de Panamá
AVP	Asociación Viviendo Positivamente
APPT	Asociación Panameña de Personas Trans
BARR	Presencia de bacilos acidorresistentes (BAAR) en un cultivo de esputo
CLAM	Clinicas Amigables
CTARV	Clinica de Terapia Antirretroviral
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus de 2019
CONAVIH	Comisión Nacional para Control y Prevención del VIH.
DDHH	Derechos Humanos
ECS	Estrategia de contratación Social
EPP	Equipo de Protección Personal
GBHSH	Gais, bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres.
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IM	Intramuscular
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IV	Intravenoso
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
NAC	Notificación Asistida de Contactos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PrEP	Profilaxis Previa Exposición
PEP	Profilaxis Post Exposición
REGES	Registros y Estadísticas de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SALMI	Sistema de Informático de Administración Logística
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil
SURCO	Sistema Único de referencia
TBACV	Técnico en Búsqueda Activa de Casos y Vinculación
TSF	Trabajadora Sexual Femenina
TDF/FTC	Tenofovir Disoproxil Fumarato / Emtricitabina
VICITS	Vigilancia Centinela de ITS
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> principales pruebas para diagnosticar la sífilis.





## GLOSARIO

1. **Anoscopia:** técnica realizada para visualizar el interior del ano, el conducto anal y la parte baja del recto, con objeto de diagnosticar patologías locales, tomar muestras, o tratar afecciones como fisuras, pólipos, hemorroides, infección, inflamación, tumores.
2. **Barrido:** se refiere a la actividad de realización de pruebas de VIH en un lugar específico de la comunidad, la cual ha sido organizada con anterioridad y en la que participa parte del equipo de la CLAM: tecnólogo médico, promotor y/o psicólogo (opcional).
3. **Caso Índice:** es la primera persona notificada, o sea, el primero que toma conocimiento la autoridad sanitaria. En este caso, será la persona con VIH que llega al servicio, a la cual le ofreceremos los servicios de notificación asistida de contactos.
4. **Gay:** La palabra gay, es una manera de designar a las personas homosexuales masculinas, es decir, a aquellos hombres a los que los atraen sexual y emocionalmente otros hombres.
5. **Gais:** el plural de 'gay', que significa lo mismo que homosexual.
6. **Mujeres Trabajadoras Sexuales Independientes (MTS):** son aquellas que ofrecen servicios sexuales en las calles a través de anuncios en periódicos y/o por redes sociales, las universidades, entre otros lugares que no están clasificados como bares, burdeles y/o otro tipo de clubes nocturnos donde se ofrece este servicio.
7. **Notificación Asistida de Contactos (NAC):** proceso sistemático por el cual, las personas que viven con VIH (caso índice) proporcionan su consentimiento para recibir la asistencia y el acompañamiento de un proveedor de salud, para contactar de manera confidencial, recomendando la realización de la prueba de VIH y otros exámenes a sus contactos, para determinar su riesgo potencial a la infección por VIH.
8. **Serodiscordante:** parejas en las cuales uno de ellos vive con VIH.
9. **Supresión viral:** persona que vive con VIH y que tiene menos de 200 copias de VIH por mililitro de sangre<sup>1</sup>.
10. **Población Clave:** Las principales poblaciones clave son los hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (GBHSH), las mujeres trans, las personas que ejercen el trabajo sexual y las personas usuarias de drogas intravenosas<sup>2</sup>.
11. **Profilaxis Preexposición (PrEP):** estrategia de prevención primaria del VIH recomendada por la OPS para la administración oral a las personas que tienen un riesgo significativo de contraer la infección por VIH. Forma parte de las estrategias

<sup>1</sup> [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)



de prevención combinada, basada en el uso de medicamentos antirretrovirales específicos (Tenofovir/ Emtricitabina) para prevenir las nuevas infecciones del VIH<sup>2</sup>.

- 12. Trans:** El término trans, ampara múltiples formas de expresión de identidad sexual o subcategorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes sexuales, u otras identidades de quienes definen su sexo como «otro» o describen su identidad en sus propias palabras.
- 13. Usuario:** se refiere a aquella persona que utiliza los servicios de salud ambulatorios y/o de atención primaria.

## INTRODUCCIÓN

Los grupos de población clave influyen en la dinámica de la epidemia y determinan la naturaleza y la eficacia de la respuesta al VIH. En la mayoría de los países, la cobertura insuficiente y la calidad deficiente de los servicios que reciben los grupos de población clave siguen socavando la respuesta a la epidemia. Todos los países deben tener en cuenta la importancia de llegar a estos grupos de población, comprender sus necesidades y prestar servicios equitativos, accesibles y aceptables<sup>3</sup>.

Este **Manual de Procedimientos Operativos Estándar para los Servicios Amigables de Atención a Poblaciones Claves** tiene la finalidad de servir como herramienta de capacitación, actualización y consulta al recurso humano que labora en estos servicios o que llegue a trabajar por primera vez en ellos; a su vez, permitirá unificar los formularios utilizados, vías de comunicación, actividades, funciones, responsabilidades, entre otros del recurso humano que en ellos trabaja.

En este documento se encuentran descritos los procedimientos que comúnmente se realizan en la atención ofrecida a la población (es) clave (s) y que deben realizarse con cierta periodicidad dependiendo de cada caso, también se encuentran descritos los procedimientos o procesos a seguir en otros aspectos como los relacionados con los derechos de los usuarios, declaración de un asistente a los servicios amigables, cumplimiento del algoritmo nacional de pruebas de VIH, disponibilidad y entrega de condones, entre otros.

El presente manual se le podrán anexar los procedimientos operativos estándar que se vayan incorporando a la atención integral que se ofrezca en los servicios amigables, producto de la implementación de nuevas estrategias y/o actividades para la promoción,

<sup>2</sup> OPS. 2019

<sup>3</sup> Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupo de población clave. OMS. 2016

prevención y atención del usuario de estos servicios. El presente documento se revisará y actualizará cada tres (3) años para mantener su vigencia, actualización e incluir aquellos aspectos que se vayan incorporando a la atención ofrecida.

## OBJETIVOS

### 1. GENERAL

Estandarizar los procedimientos que deben ofrecerse en los servicios amigables para la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento e información de resultados de las ITS, VIH y Hepatitis Virales, de forma oportuna, eficaz y eficiente en población (es) clave (s) dentro del marco legal normativo vigente.

### 2. ESPECÍFICOS

- 2.1. Identificar procedimientos, actividades, funciones y responsabilidades asociadas a procesos de la atención clínica a población clave.
- 2.2. Unificar los procedimientos, actividades, funciones y formularios en la atención ofrecida en los servicios amigables.
- 2.3. Prevenir cambios arbitrarios que impidan la adquisición de información y potenciar la obtención de información.
- 2.4. Facilitar labores de auditorías, supervisiones internas y/o externas.

## ANTECEDENTES

La Estrategia de Vigilancia Centinela de ITS (VICITS) inició en Bolivia en 1992, como vigilancia epidemiológica de VIH y otras ITS en los servicios de atención a mujeres trabajadoras sexuales (MTS). Posteriormente, llega a Centroamérica y se implementa en Honduras (2006), Guatemala (2007), Nicaragua (2011) y por último en Costa Rica, El Salvador y Panamá (2012)<sup>4</sup>. Es una estrategia con un componente de prevención combinada del VIH dirigida a MTS, HSH y mujeres Trans, a quienes se les ofrece servicios de promoción a través de promotores en prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS, así como de VIH por el resto del equipo de salud de los servicios amigables.

Con la puesta en marcha de las clínicas de tratamiento antirretroviral se evidencia la necesidad de atención de personas de las poblaciones (es) clave (s) cuyas pruebas de VIH resultaban negativas, ya que no se contaba hasta ese momento con una clínica que

---

<sup>4</sup> [www.vihccs.com](http://www.vihccs.com)



podiese ofrecerles el servicio de promoción, prevención y tratamiento de las ITS incluido el VIH. Es así como por iniciativa del Programa Nacional de ITS/VIH Y HEPATITIS VIRALES, buscando dar respuesta a las necesidades de atención integral de la población (es) clave(s) se establecen las Clínicas Amigables, iniciándose en el Centro de Salud de Santa Ana con la MTS independientes, ya que estas estaban confrontando la dificultad de no contar con un lugar para su atención, pues en la Clínica de Higiene Social de las instalaciones de salud no eran atendidas por realizar trabajo sexual independiente.

#### Reseña Histórica de las CLAM

##### Clínica Amigable de Santa Ana.

Es una de las primeras en iniciar la atención con las MTS independientes. Inaugura a finales de junio del 2012 ofreciendo atención los martes de 3:00 p.m.-7:00 p.m.<sup>5</sup> Con la finalidad de brindar atención a esta población de mujeres, además de expandir sus servicios a la población de HSH y personas Trans, como parte de la vigilancia centinela de las ITS y el VIH.

##### Clínica Amigable de Colón.

Inicia sus labores un 6 de noviembre de 2012, surge por iniciativa del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, en conjunto con la Comisión para asuntos del VIH (CONAVIH), con la finalidad de abordar a los grupos en riesgo de exposición a la infección del VIH (HSH, MTS y mujeres Trans), para ofrecer servicios de salud tales como: Medicina General, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Laboratorio.

En ese entonces se ubica en calle 9 Amador Guerrero y Justo Arosemena, en el Policentro Dr. Juan A. Núñez, en el primer alto. Luego de 3 años el servicio se ofrece semanalmente los miércoles en horario de 3:00-9:00 p.m. con el recurso humano que labora en el Poli centro en el turno de extensión de horario. En el 2018 se incorpora el servicio de Psicología.

Con el inicio de la pandemia de COVID-19, de marzo a octubre 2020, se suspende la atención en la clínica y para el mes de noviembre de ese mismo año, se traslada la clínica al edificio donde se ubica la Región de Salud, conocido como Antiguo Hospital Dr. Manuel Amador Guerrero, en la planta baja dentro del área de la Clínica de TARV ofreciendo los mismos servicios que ofrecía desde sus inicios.

##### Clínica Amigable de San Mateo, David, Chiriquí.

<sup>5</sup> Artículo de La Estrella de Panamá del 27 de julio del 2014



Este servicio inicia sus funciones el 17 de mayo 2013 en el Centro de Salud de San Mateo y el 22 de diciembre 2013 se extiende la estrategia en el Centro de Salud de Paso Canoas, con un compromiso binacional entre Panamá y Costa Rica.

Esta iniciativa surge a consecuencia de que en el Centro de Salud de San Mateo solo se atendía población HSH y MTS y se requerían la atención de estas MTS del área de Paso Canoas. Es entonces que se toma la decisión de brindar atención en el área fronteriza en el Centro de Salud de Paso Canoas.

#### **Clínica Amigable de Torrijos Carter.**

En la Región de Salud de San Miguelito se da la apertura de estos servicios el 2 septiembre de 2013, por la preocupación de las autoridades de salud de ese entonces: el Dr. Algis Torres, Director Regional de Salud de San Miguelito y la Dra. Millysbeth Ramos, Directora Médica del Centro de Salud de Veranillo, donde inicio esta clínica; ya que para ese momento el Distrito de San Miguelito ocupaba el cuarto lugar en "incidencia de casos de SIDA"<sup>6</sup>, con la finalidad de crear consciencia en las personas de la población clave acerca de las ITS y el VIH. En esta instalación, se estuvo ofreciendo la atención hasta el 2020, por la Pandemia de COVID-2019.

El 23 de marzo de 2021, se reabre la clínica amigable de la Región de San Miguelito, en el Centro de Salud de Torrijos Carter, luego de capacitar al recurso humano de la CTARV de dicho Centro de Salud, ofreciéndose la atención a la población clave, los martes, de 3:30 p.m. a 7:30 p.m. A finales del 2022, con la incorporación de la Profilaxis Previa Exposición, cambia el día de atención a miércoles, con el mismo horario, hasta la fecha.

#### **MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS Y VALORES DEL MINSA**

##### **Visión:**

Cambio en la salud, un compromiso de todos.

##### **Misión:**

Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación



<sup>6</sup> Artículo del Diario Panamá América del 3 de septiembre de 2013.



ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud.

#### Principios y Valores<sup>7</sup>

1. **Universalidad:** el Estado reconoce el derecho de todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, de acceder a servicios de salud de calidad, en función de sus necesidades.
2. **Equidad:** busca satisfacer las necesidades de salud al mayor número posible de personas, con énfasis en las poblaciones vulnerables, manteniendo el equilibrio entre la disponibilidad de recursos y las necesidades de salud.
3. **Eficacia:** es la correcta interacción entre los recursos humanos, infraestructura física, tecnología y gestión, que revela la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas en condiciones ideales, atendiendo a criterios de lugar, tiempo, calidad y cantidad, con el propósito de mejorar constantemente y de manera integral la salud.
4. **Eficiencia:** es la relación entre recursos y resultados. Se refiere a la capacidad administrativa de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos.
5. **Cooperación:** utilización óptima y coordinada de los recursos al alcance de las organizaciones debidamente constituidas y reconocidas, en el ámbito público o privado, para prestar servicios de salud, como de aquellas otras que por sus características y funciones impacten en la prevención, control o eliminación de los factores condicionantes y determinantes de la salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.
6. **Integralidad:** abordaje de la salud, atendiendo sus factores determinantes y condicionantes, potenciando los factores protectores y limitando los factores de riesgo en todas las fases del desarrollo del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, considerando las diferencias de género, edad y las interculturalidades.
7. **Efectividad:** aplicar acciones de salud costo-efectivas en el marco de la promoción, prevención, conservación, restitución, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, para satisfacer de manera oportuna las demandas planteadas por la comunidad, reflejando la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.
8. **Calidad de la Atención:** es la aplicación de normas y protocolos de atención que conlleva la prestación de servicios de salud de forma segura, así como la humanización de la atención, de manera que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.
9. **Humanización de Salud:** es la preocupación por el hombre/mujer y la dignidad del ser humano, en términos de respeto por los valores propios de la humanidad, lo que deriva en una actitud humanista de tratar a las personas con dignidad y

<sup>7</sup> Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025. MINSA

respeto, a modelos de relación y de asistencia centrados en la persona y el tratamiento humano en su conjunto, de una forma integral.

10. **No Discriminación:** todas las instalaciones de salud pública y privada están obligadas a prestar los servicios de salud sin discriminación por razón de etnia, nacimiento, discapacidad, clase social, género, religión o ideas políticas.
11. **Participación:** por medio de la cual la ciudadanía interviene de manera organizada en la toma de decisiones de salud, como también en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades asociadas a la misma.
12. **Solidaridad:** es la forma en el que los miembros de la sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común y asumen mancomunadamente los costos de salud.
13. **Interculturalidad:** es el fomento de la relación horizontal y un diálogo de saberes en el marco del mutuo respeto entre los diversos conocimientos y prácticas existentes, fomenta el enriquecimiento y desarrollo de los sistemas y saberes, orientándolos al logro de la plenitud y armonía de los pueblos.
14. **Sostenibilidad:** se refiere a la capacidad técnica y financiera del sistema de salud que garanticen un conjunto de prestaciones de atención y de salud pública definido con base en estudios demográficos y epidemiológicos, el análisis de la situación de salud, los avances científicos y tecnológicos.
15. **Transparencia:** es un valor aplicado a la conducta humana, que permite que los demás entiendan claramente el mensaje que les estamos proporcionando y perciban un mensaje que exprese lo que realmente deseamos o sentimos. Ser transparente es ser claro, evidente, no expresarse con ambigüedad que permita la interpretación.
16. **Rendición de Cuentas:** es la obligación de una persona, de una entidad o de cuerpos colegiados de presentar ciertos informes respecto a movimientos económicos o financieros, así como de informar y explicar las acciones realizadas de manera transparente y clara, comunicando los resultados de sus acciones ante la sociedad.

## MARCO LEGAL

1. Constitución Política de la República de Panamá.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos.
3. Ley N°12 del 20 de abril de 1995, por la cual se ratifica la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
4. Ley 68 del 20 de noviembre de 2003. Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.



5. Ley N°48 del 5 de diciembre de 2007. Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá.
6. Ley N°40 del 14 de agosto de 2018. Que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las Infecciones de Transmisión Sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.
7. Ley N°81 del 26 de marzo 2019. Sobre protección de datos personales.
8. Decreto Ejecutivo N° 111 del 23 de junio de 1999. Por el cual se establece El Reglamento para la Gestión y Manejo de los Desechos Sólidos Procedentes de los Establecimientos de Salud.
9. Decreto Ejecutivo N° 1617 del 21 de octubre de 2014. Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatorias, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia Laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.
10. Decreto Ejecutivo N° 214 del 17 de mayo de 2016. Que establece la gratuidad de la prueba diagnóstica del VIH, Sífilis y su tratamiento en la República de Panamá.
11. Resolución N° 235 del 17 de abril de 2017. Que Adopta la Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá.
12. Resolución N° 047 del 31 de enero de 2023, Que aprueba el Manual de Procedimientos Operativos Estándar para la Notificación Asistida de Contactos (NAC).
13. Resolución N° 427 de 28 de junio de 2023, Aprueban la norma estandarizada de vinculación y asesoría intensificada de adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) de la República de Panamá.
14. Resolución N° 255 de 24 de abril de 2023, Que aprueba la norma para el manejo de la profilaxis pre exposición (PrEP) al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la República de Panamá.
15. Decreto Ejecutivo N° 464 de jueves 27 de octubre de 2016. Que regula el funcionamiento de las clínicas amigables del ministerio de salud, para la atención de las poblaciones en mayor riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

### CONSIDERACIONES GENERALES

El presente manual es un instrumento que permitirá unificar los procedimientos, actividades y/o acciones que se realizan en la atención de la población clave dentro de las CLAM y/o aquellos servicios amigables que ofrecen las instalaciones de salud en aquellas regiones que no cuentan con CLAM.



Cada servicio amigable establecerá las adecuaciones respectivas de acuerdo con lo ofertado y/o procedimientos asignados a un determinado recurso humano.

El Decreto Ejecutivo 464 que regula las Clínicas Amigables, en su artículo 8 establece que: "las clínicas prestarán atención en un horario adecuado a las necesidades de estas poblaciones, al menos un día a la semana". Actualmente, las CLAM se encuentran en las siguientes regiones de salud y funcionan en los siguientes horarios:

**CUADRO N° 1. UBICACIÓN Y HORARIO DE LAS CLÍNICAS Y/O SERVICIOS AMIGABLES**

REGIÓN DE SALUD	INSTALACIÓN	DIAS DE ATENCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN
<b>BOCAS DEL TORO</b>	MINSA CAPSI Finca 30	Jueves	3:30 p.m. -7:30 p.m.
<b>CHIRIQUÍ</b>	Centro de Salud de San Mateo	Miércoles y jueves	3:30 p.m. -7:30 p.m.
	Centro de Salud de Paso Canoas	Lunes	
<b>COLÓN</b>	Región de Salud de Colón, planta baja	Sábados	7:00 a.m.-12:00 p.m.
<b>PANAMÁ METRO</b>	Centro de Salud de Santa Ana	Lunes	3:00 p.m. -7:00 p.m.
	Centro de Salud de El Chorrillo	Sábados	12:00 m.d. -6:00 p.m.
	Servicio Amigable Centro de Salud Río Abajo	Jueves	7:00 a.m.-11:00 a.m.
<b>PANAMÁ OESTE</b>	Centro de Salud Altos de San Francisco	Martes	3:30 p.m. -7:30 p.m.
	Servicio Amigable Centro de Salud Artemio Jaén	Ultimo viernes de cada mes	11:00 a.m.-1:00 p.m.
<b>SAN MIGUELITO</b>	Centro de Salud Torrijos Carter	Miércoles	3:30 p.m. -7:30 p.m.
	Servicio Amigable Centro de Salud Nuevo Veranillo	Martes	7:00 a.m. -11:00 a.m.
<b>PANAMÁ NORTE</b>	Centro de Salud de Chilibre	Jueves	7:00 a.m.-3:00 p.m.
<b>VERAGUAS</b>	Servicio Amigable Centro de Salud Canto del Llano	Martes	7:00 a.m.-3:00 p.m.

Tomando en cuenta que en los servicios amigables se ofrece atención integral a la población clave, puede darse el caso de presentarse usuarios a los que se les detecten enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, entre otras), en este caso se le ofrecerá a la persona las recomendaciones básicas de acuerdo con la condición detectada y será referido para la atención en la instalación en horario regular (7:00 a.m.-3:00 p.m.).





## I. Descripción del Flujograma de Atención y Cartera de Servicios de Atención de los servicios amigables para las poblaciones claves.

Los flujogramas de atención nos permiten ilustrar o representar una serie de procesos a realizarse dentro de una organización por medio de símbolos, en este caso, en el anexo N.º 2 encontrará el diagrama que debe cumplirse en una instalación de salud donde se ofrecen servicios amigables y que de acuerdo con los servicios con que cuente la instalación podrán realizarse los ajustes pertinentes.

Los servicios amigables para la atención de la población clave deben incluir:

1. **Promoción:** intervenciones individuales y colectivas sobre comunicación para cambio de comportamiento y educación en salud sexual que se deben desarrollar con el propósito de:
  - a) Promover la reducción del riesgo sexual para contraer o transmitir las ITS y el VIH.
  - b) Aumentar la demanda y la retención en los servicios que se ofrecen y control de las ITS y VIH, enfatizando la entrega de servicios libres de estigma y discriminación.
  - c) Los comportamientos que se deben promover son: prácticas sexuales seguras, uso del correcto y consistente del condón y lubricante, realización de las pruebas de ITS y VIH.

Estas intervenciones deben desarrollarse en coordinación con la sociedad civil, las organizaciones de base comunitaria, el equipo de salud, las redes interinstitucionales de VIH, entre otros; a través de estrategias innovadoras y efectivas de promoción adaptadas a las necesidades y al contexto de cada uno de los grupos de poblaciones claves con mayor riesgo, como lo son: redes sociales, promoción entre pares, abordajes cara a cara, uso de tecnologías de información y comunicación y entrega de material informativo impreso (trípticos, folletos, volantes u otros).

2. **Prevención:** estos servicios serían los siguientes:
  - a) Asesoría pre y post prueba: Este servicio implica proporcionar orientación y apoyo tanto antes como después de realizarse pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, la sífilis, la hepatitis B y C, entre otras. La asesoría previa a la prueba puede implicar discusiones sobre la importancia de las pruebas, la información sobre cómo se llevan a cabo, qué esperar y cómo interpretar los resultados. La asesoría posterior a la prueba brinda apoyo emocional y orientación para el manejo

de los resultados, incluyendo la información sobre el tratamiento, el seguimiento y la prevención.

- b) Diagnóstico de las ITS: Este servicio implica realizar pruebas médicas para detectar la presencia de infecciones de transmisión sexual como el VIH, la sífilis, la hepatitis B y C, entre otras. Estos exámenes permiten identificar la presencia de la infección en el cuerpo y son fundamentales para un tratamiento temprano y para prevenir la transmisión a otras personas.
- c) Entrega de condones y lubricantes: Proporcionar condones y lubricantes es una estrategia clave para la prevención de las ITS y el VIH. Los condones son una barrera efectiva contra la transmisión de enfermedades sexuales y también ayudan a prevenir embarazos no deseados. Los lubricantes pueden mejorar la comodidad y la efectividad de los condones, reduciendo el riesgo de roturas.

Estos servicios son esenciales para promover la salud sexual y prevenir la propagación de infecciones de transmisión sexual VIH, ofreciendo no solo pruebas y diagnósticos, sino también apoyo emocional, información y suministros para una práctica sexual más segura.

El Decreto Ejecutivo 464 del 27 de octubre de 2016. Que regula el funcionamiento de las Clínicas Amigables del Ministerio de Salud, para la atención de las poblaciones en mayor riesgo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), dice: "**Artículo 6.** Las clínicas serán dotadas de, al menos, los siguientes servicios:

- Médico general
- Laboratorios
- Farmacia
- Salud Mental"

En la práctica y con el transcurrir del tiempo, basado en la experiencia y las necesidades detectadas en los usuarios que acuden en busca de atención, los servicios amigables se han complementado con atención de Enfermería y Trabajo Social.

**A continuación, se detalla la cartera de servicios de las Clínicas Amigables.**

1. Registros Médicos: asignación de cupos (nuevo y/o re-consulta), llenado de los formularios de atención y otra papelería necesaria, asignación de citas de seguimiento.





2. Enfermería: medición de peso, talla, temperatura, toma de muestra de citología vaginal, captación de sintomático respiratorio, aplicación de vacunas e inyectables, orientación según necesidades detectadas.
3. Medicina General: atención integral con toma de muestras (frotis), realización de examen físico, completar el formulario de atención, realización de anoscopia. Una vez se tengan los resultados de laboratorios se realiza asesoría post prueba de VIH y/o ITS, referencia a CTARV en los casos de VIH positivos, tratamiento para ITS y/o profilaxis preexposición (PrEP).
4. Trabajo Social: atención integral, apoyo psicológico, consejería, orientación en temas como educación sexual, estilos de vida saludables, etc.
5. Psicología: orientación pre y post prueba de VIH, orientación acerca de: estilos de vida saludables, nutrición, cambios de comportamientos, uso correcto y consistente del condón y sus respectivos lubricantes.
6. Laboratorio: toma y procesamiento de muestra de sangre para realización de pruebas de VIH, Sífilis, Hepatitis B y C; procesamiento de muestras de frotis oral, anal, vaginal y uretral.
7. Farmacia: entrega de medicamentos y orientación según necesidad del usuario.
8. Promotor: búsqueda de casos en la comunidad, ofrece acompañamiento, orientación a los usuarios y colabora con el equipo de salud durante el horario de atención en la CLAM, participación en los barridos.

## II. Descripción de puestos.

### 1. Funciones del Equipo de Salud.

Entre las características con las que debe contar el profesional que realiza las actividades de promoción, prevención, atención, diagnóstico y tratamiento, en las intervenciones en población clave son las siguientes:

- a) Empatía
- b) Iniciativa
- c) Facilidad de expresión.
- d) Buena coordinación con organizaciones de base comunitaria e institucional.
- e) Sensibilizado en aspectos de igualdad de género, disminución de estigma y discriminación, derechos humanos.
- f) Ética profesional.

#### 1.1. Registros Médicos:

Es la primera persona con la que el usuario entra en contacto al momento de solicitar la atención en los servicios amigables, por lo que deben proyectar una actitud de confianza, amabilidad y cordialidad a las personas que acuden al servicio.



- 1.1.1. Participación en las reuniones y/o docencias organizadas por el nivel local, regional y/o nacional.
- 1.1.2. Colaboración en la recolección, depuración y análisis de datos para la entrega de informes e indicadores nacionales e internacionales.
- 1.1.3. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.
- 1.1.4. Coordinación con los promotores pares de las organizaciones de base comunitaria y de la CLAM los cupos para la atención de los usuarios.
- 1.1.5. Recibe el usuario (nuevos y de reconsultas) al llegar a la CLAM y/o servicio amigable.
- 1.1.6. Solicita cédula para apertura del expediente e ingreso del usuario.
- 1.1.7. Confección del expediente a usuarios nuevos: formulario VICITS, formulario de atención para Trabajo Social, Psicología y otros.
- 1.1.8. Llenado de todos los encabezados de los formularios y antecedentes generales del usuario, nivel educativo y etnia.
- 1.1.9. Entrega de hoja de registro diario de actividades al personal que ofrece atención directa al usuario.
- 1.1.10 Entregar a la enfermera de los expedientes para el inicio de la atención.
- 1.1.11 Orientación al usuario de acuerdo con la necesidad.
- 1.1.12 Asignación de fecha para las citas de seguimiento a los usuarios.
- 1.1.13 Apoyo al equipo de la CLAM y/o servicios amigables en cualquier actividad relacionada con la implementación del servicio.
- 1.1.14 Elaboración de la bitácora de actividades semanales realizadas en el servicio.
- 1.1.15 Archivo de los expedientes de acuerdo con lo establecido por el departamento de registros médicos.

## 1.2. Médico:

Atención de consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, diagnósticos de ITS y/o VIH, así como otros eventos de salud en las poblaciones claves que asisten a los servicios de Vigilancia Centinela de ITS (VICITS).

- 1.2.1. Coordinación de los aspectos administrativos de los servicios amigables en colaboración con el resto del equipo de salud: recolección de datos para indicadores nacionales e internacionales, pedidos de insumos, materiales, medicamentos, condones, lubricantes y equipos necesarios en coordinación con el resto del equipo de salud, entre otros.
- 1.2.2. Participación en reuniones y/o docencias programadas por el nivel local, regional y/o nacional.



- 1.2.3. Coordinación con las organizaciones de base comunitaria y las agencias de cooperación internacional en la respuesta al VIH para la atención en los servicios amigables.
- 1.2.4. Organización de reuniones de equipo para evaluar la información de las atenciones realizadas.
- 1.2.5. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.
- 1.2.6. Atención integral al usuario que acuda a los servicios amigables, libre de estigma y discriminación.
- 1.2.7. Completar el llenado del formulario de atención (VICITS): antecedentes, parte A y B del formulario, formulario de seguimiento y/o consentimiento informado para PrEP (en caso de que sea candidato para optar por ella) así como el de seguimiento (ver anexo N° 3 y 4).
- 1.2.8. Ofrecer privacidad y comodidad al usuario en el momento de la realización del examen físico.
- 1.2.9. Realización y registro del examen físico con énfasis en manifestaciones sugestivas de infección aguda por VIH e ITS, especialmente para aquellos usuarios interesados en iniciar PrEP; este examen, además, debe incluir la toma de citología vaginal, examen ginecológico con espéculo en caso de mujeres trabajadoras sexuales y anoscopia.
- 1.2.10. Identificación de signos y síntomas de Tuberculosis.
- 1.2.11. Búsqueda de ITS sintomáticas en las poblaciones clave que accedan al servicio en las cavidades orofaríngeas, vaginales, anales y uretrales, con las respectivas tomas de muestras.
- 1.2.12. Ofrecimiento y realización del examen con anoscopia a todos los usuarios con prácticas sexuales anales y a los que así lo soliciten.
- 1.2.13. Indicación de pruebas de Sífilis y otras ITS en usuarios, mujeres y/o hombres.
- 1.2.14. Envío al laboratorio de las muestras de secreciones (orales, vaginales y/o anales) recolectadas.
- 1.2.15. Evaluación de antecedentes médicos que sean contraindicaciones para el uso de PrEP (ver Norma de PrEP).
- 1.2.16. Evaluación de antecedentes personales que puedan interferir en la adherencia a PrEP (consumo adictivo de drogas, depresión, ansiedad, violencia de pareja).
- 1.2.17. En caso de identificarse algunos de los antecedentes personales descritos en el punto anterior, postergar el inicio de PrEP y derivar a servicios de Salud Mental, Trabajo Social o grupos de rehabilitación por consumo de drogas.



- 1.2.18. Orientación al usuario acerca de los procedimientos a realizarse durante el examen físico, sobre el uso correcto y consistente del condón y otros temas.
- 1.2.19. Indicación y evaluación del resultado de pruebas de laboratorio: VIH, Sífilis, Hepatitis B y C, Creatinina (en caso de PrEP), exámenes generales, entre otros.
- 1.2.20. Indicación de tratamiento para los usuarios con signos y síntomas de ITS, Tuberculosis u otra enfermedad de notificación obligatoria y llenado del formulario respectivo (ver anexo N.º 12).
- 1.2.21. Reforzar la orientación sobre PrEP y firma del consentimiento informado para ello.
- 1.2.22. Orientación al usuario sobre la periodicidad de las citas de control (cada 3 o 6 meses).
- 1.2.23. Referencia a otros servicios según necesidades detectadas: Endocrinología, Medicina Interna, Gastroenterología, Ginecología, Urología, CTARV u otros.
- 1.2.24. Mantener la confidencialidad en todos los aspectos relacionados con el usuario de los que tenga conocimiento durante la atención.
- 1.2.25. Participación y organización de actividades extra-muro.
- 1.2.26. Promoción de los servicios amigables al resto de los funcionarios de la instalación u otras instalaciones de salud de la región.
- 1.2.27. Ofrecer el servicio de apoyo para la vinculación en caso de usuarios VIH positivos.
- 1.2.28. Llenado del registro diario de actividades, del formulario de atención VICITS en físico y/o plataforma electrónica.

### 1.3. Enfermera:

Miembro del equipo de salud que colabora con el resto del equipo para la realización de una atención integral, oportuna, eficaz, con calidad y alto sentido humanístico; de manera continua al usuario de los servicios amigables, contribuyendo de manera esencial en las actividades de atención, investigación, docencia y administrativas del servicio.

Entre sus funciones están:

- 1.3.1. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.
- 1.3.2. Coordinación con el médico y el resto del equipo de salud para la atención del usuario.
- 1.3.3. Participación en las reuniones y/o docencias programadas por el nivel local, regional y/o nacional.



- 1.3.4. Colaboración activa en la recolección de datos para el cumplimiento y entrega de los informes e indicadores nacionales e internacionales.
- 1.3.5. Elaboración de los pedidos de insumos médico-quirúrgicos, condones, lubricantes y otros en colaboración con el médico coordinador de los servicios amigables y Farmacia.
- 1.3.6. Recepción del expediente procedente de REGES y entrega al médico u otro funcionario de salud, una vez realizada la toma de signos vitales y medidas antropométricas (peso, talla y demás).
- 1.3.7. Medición y registro (en formularios VICITS) de signos vitales.
- 1.3.8. Colaboración con el médico durante la realización del examen físico y recolección de muestras, de ser necesario.
- 1.3.9. Asesoría pre prueba de VIH y llenado de consentimiento informado de prueba de VIH y/o PrEP, así como de otras pruebas de laboratorio.
- 1.3.10. Revisión del esquema de vacunación de los usuarios que acuden a la atención.
- 1.3.11. Administración de inyectables y vacunas.
- 1.3.12. Realización de toma de citología vaginal y autoexamen de mamas.
- 1.3.13. Realización de otros procedimientos que se ameriten: curación de heridas, primeros auxilios, atención de urgencias; en los casos que se requiera en presencia o ausencia del médico.
- 1.3.14. Realización de anotaciones en el expediente clínico de las actividades, procedimientos, orientación y demás acciones realizadas al usuario (ver anexo N.º 14).
- 1.3.15. Orientación al usuario acerca de diversos temas: importancia del Papanicolaou, uso correcto y consistente del condón, estilos de vida saludables, PrEP, entre otro.
- 1.3.16. Orientación al resto del equipo de salud sobre diversos temas relacionados con el VIH, ITS, PrEP y estilos de vida saludables.
- 1.3.17. Llenado de registro diario de actividades y de vacunación.
- 1.3.18. Participación en las actividades de promoción intra y extra-muro organizadas con el equipo de salud.
- 1.3.19. Entrega de condones y lubricantes (de acuerdo con la organización interna de cada CLAM).
- 1.3.20. Promoción de los servicios amigables al resto de los funcionarios de la instalación u otras instalaciones de salud de la región.
- 1.3.21. Orientación enfocada a reforzar la adherencia al tratamiento.

#### 1.4. Psicólogo (a)/Trabajo Social:

Las personas que acuden a las CLAM como parte de la población clave se han visto expuestas a diferentes tipos de situaciones de estigma y discriminación en los



diferentes ámbitos en los que se desenvuelven, por ello, la atención psicológica es importante para ayudar al usuario a controlar, manejar y superar las diversas situaciones por las que ha pasado durante las diferentes etapas del ciclo de vida, además de contribuir al acompañamiento al momento de enfrentar un resultado VIH positivo.

En la instalación pueden estar presentes ambos servicios, como puede que exista uno de los dos; por ello se describen las funciones de cada uno por separado. En el caso de que la CLAM cuente con atención de Psicología, las funciones serían las siguientes:

- 1.4.1. Identificación y seguimiento de la salud emocional y mental del usuario, realizando las anotaciones de la atención ofrecida (ver anexo N.º 15).
- 1.4.2. Acompañamiento de acuerdo con los resultados de las pruebas de laboratorios (ITS/VIH).
- 1.4.3. Orientación basándose en factores de riesgos detectados.
- 1.4.4. Explicación sobre las generalidades de la PrEP con material de apoyo de fácil comprensión por el usuario, actividad que deberá tratar los siguientes aspectos:
  - a) ¿Qué es la PrEP?
  - b) ¿Quiénes son los grupos en donde se recomienda la PrEP?
  - c) ¿Cuál es la eficacia de la PrEP?
  - d) ¿Cuáles son los esquemas recomendados de PrEP?
  - e) ¿Cómo es el seguimiento de un usuario de PrEP?
  - f) ¿Cuáles son los posibles riesgos del usuario de PrEP?
  - g) ¿Dónde puede el usuario tener más información sobre la PrEP?
- 1.4.5. Intervención en crisis.
- 1.4.6. Asesoría pre y post pruebas de VIH, así como resolver dudas sobre PrEP.
- 1.4.7. Aquellos usuarios no interesados en PrEP se les debe culminar con la oferta de la prueba de VIH y reforzamiento sobre el uso correcto y consistente del condón.
- 1.4.8. Verificar pertenencia a la población clave: si la persona no se identifica como tal, evaluar el riesgo significativo de contraer el VIH con preguntas abiertas que exploren sus conductas sexuales en los últimos 6 meses.
- 1.4.9. Se recomienda realizar evaluación de riesgo considerable (ver anexo N.º 3 y 4).
- 1.4.10. Establecer un plan de acción con el usuario para la prevención de VIH e ITS.
- 1.4.11. Consultas de seguimiento: se realiza al mes, tres (3) y/o seis (6) meses para:
  - a) Verificar adherencia y el plan de acción para la prevención de VIH e ITS.



- b) Explicará el uso del calendario para los usuarios que lo deseen (PrEP a demanda).
  - c) Reforzaré la reducción de comportamientos de riesgo.
  - d) Aplicación de la notificación asistida de contactos en los casos que se requieran.
  - e) Ofreceré los servicios de CLAM para controles.
  - f) Estableceré acuerdos con el usuario para mantener la adherencia a PrEP.
  - g) Promueve y ofrece el uso de condones y lubricantes en sus relaciones sexuales.
  - h) Planificación familiar en mujeres en edad fértil.
  - i) Explicación y firma del consentimiento informado para PrEP.
- 1.4.12. Participar en las reuniones y/o capacitaciones organizadas a nivel, local, regional y nacional.
- 1.4.13. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, derechos humanos (DDHH) y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.

En el caso de Trabajo Social: sus actividades se dan sobre la base de la coordinación, colaboración y el trabajo multidisciplinario como una estrategia de intervención eficaz, por ello este recurso humano ofrece:

- a) Asesoría pre prueba de VIH.
- b) Llenado y firma del formulario de consentimiento informado para la realización de la prueba de VIH y PrEP.
- c) Orientación al usuario en temas que promueva y lo ayude a su funcionamiento como individuo: estilos de vida saludable, importancia del tratamiento (ITS/VIH, PrEP), importancia de las citas de control, otros.
- d) Participar con el resto del equipo de salud en la asesoría post prueba de usuarios con pruebas de VIH positivo.
- e) Entrega de condones y lubricantes.
- f) Participar en las reuniones y/o capacitaciones organizadas a nivel local, regional y nacional.
- g) Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.
- h) Colaboración en la recolección de información para la confección de los indicadores nacionales e internacionales.



- i) Realización de las anotaciones pertinentes en la hoja de atención (ver anexo N.º15).

Además de estas funciones, el Trabajador (a) Social, en caso de no contar la CLAM y/o servicio amigable con el servicio de Psicología, asumirá las funciones de este profesional en lo relacionado al tema con el PrEP.

#### 1.5. Tecnólogo (a) Médico (a):

Una parte importante para la atención integral del usuario es la realización de pruebas de laboratorios, con lo cual el médico podrá determinar con certeza la situación de salud que aqueja al usuario con sintomatología sugestiva de ITS, por lo que las funciones de este recurso humano son las siguientes:

- 1.5.1. Revisión rutinaria del equipo necesario para la realización de las pruebas respectivas, así como la preparación del área de trabajo.
- 1.5.2. Orientación al usuario para la toma de muestras de sangre para las pruebas de VIH, ITS, entre otras.
- 1.5.3. Extracción de muestras de sangre para la realización de pruebas de ITS, VIH, Hepatitis B y C u otras.
- 1.5.4. Procesamiento de las muestras de laboratorios (sangre u otras) de los usuarios que acuden al servicio.
- 1.5.5. Registro de las pruebas de ITS y VIH en el libro de registro de pruebas y plataformas electrónicas para este fin.
- 1.5.6. Cumplir con el algoritmo diagnóstico nacional de VIH para el primer nivel de atención.
- 1.5.7. Colaboración en la recolección de información para la confección de los indicadores nacionales e internacionales.
- 1.5.8. Reportar los resultados de las pruebas realizadas y entrega al médico y/o REGES.
- 1.5.9. Enviar a confirmación, al nivel correspondiente, las muestras de sangre de las pruebas de VIH que presenten resultados discordantes.
- 1.5.10. Llevar registros rutinarios de las muestras extraídas, procesadas y enviadas al nivel respectivo para confirmación de resultados y/o control de calidad.
- 1.5.11. Coordinar con el personal asignado, el envío de muestras a los niveles correspondientes.
- 1.5.12. Implementar normas básicas de bioseguridad.
- 1.5.13. Participación en las reuniones y/o capacitaciones organizadas a nivel local, regional y nacional.
- 1.5.14. Solicitud de las pruebas e insumos necesarios en colaboración con el coordinador de los servicios amigables y el coordinador regional de laboratorios.



- 1.5.15. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.

#### 1.6. Farmacéutico:

La vigilancia y el control, así como el buen uso de los medicamentos y otros insumos, está a cargo del departamento de Farmacia de las instalaciones de salud, es por ello que los Farmacéuticos, como el resto de los funcionarios, forman parte esencial del recurso humano que ofrece atención en los servicios amigables, en especial porque son ellos los encargados de dispensar los medicamentos que el usuario necesita para el tratamiento de las ITS y/u otras enfermedades que le sean detectadas.

Como el resto del recurso humano de los servicios amigables, es importante que realice el diplomado virtual como parte de la capacitación establecida para el personal de salud vinculado al programa nacional de ITS/VIH y Hepatitis Virales, SIDA (estigma y discriminación, derechos humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH y NAC).

Entre sus funciones están:

- 1.6.1. Confección de los pedidos de medicamentos e insumos necesarios para el cumplimiento del tratamiento indicado.
- 1.6.2. Custodiar los medicamentos e insumos (condones y lubricantes) existentes en el departamento y que cuenten con registro sanitario y fecha de vencimiento vigente.
- 1.6.3. Mantener actualizada la plataforma (Integrador/SALMI) en cuanto a la recepción, distribución y existencia del medicamento de PrEP.
- 1.6.4. Entrega a los usuarios de los medicamentos indicados por el médico.
- 1.6.5. Orientación a los usuarios de los medicamentos dispensados, en caso necesario.
- 1.6.6. En colaboración con la enfermera, coordinar la aplicación de los medicamentos inyectables indicados por el médico.
- 1.6.7. Asesoría en adherencia y efectos adversos en la toma de medicamentos (PrEP o por ITS).
- 1.6.8. Participar en las reuniones y/o capacitaciones organizadas a nivel local, regional y nacional.
- 1.6.9. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, derechos humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.



### 1.7. Promotor:

Se constituye en agente preventivo-promocional para la disminución de las ITS y el VIH/SIDA. A través de ellos se proveerá información y capacitación en la prevención de ITS, VIH y SIDA a los actores sociales y comunitarios de las poblaciones vulnerables en el marco de las intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud.

Entre sus actividades están:

- 1.7.1. Ubicación de los lugares de ejercicio del trabajo sexual y lugares de socialización y encuentro de las poblaciones claves a alcanzar.
- 1.7.2. Elaboración del diagnóstico de los espacios mapeados que incluyan las características de las personas que acuden a esos lugares y horario para la realización de los abordajes.
- 1.7.3. Promoción de los servicios amigables a las poblaciones claves a través de intervenciones cara a cara, redes para ligar (para conocer posibles parejas) en internet u otras redes sociales utilizadas en el país.
- 1.7.4. Orientación/educación veraz sobre ITS, VIH y otros temas a las personas de los grupos de poblaciones claves a través de intervenciones individuales y/o grupales en los lugares de reunión, servicios amigables u otros.
- 1.7.5. Educación a los usuarios interesados en PrEP y seguimiento de citas, laboratorios y evaluación médica.
- 1.7.6. Facilita enlaces rápidos y personalizados a la atención y acompañamiento a cita médica inicial.
- 1.7.7. Registrar la participación de los usuarios en la lista de asistencia para actividades educativas (ver anexo N.º 17).
- 1.7.8. Participación y apoyo, en conjunto con el equipo de salud de los servicios amigables, en la sensibilización y/o capacitación a los grupos de población clave relacionados con su salud y la prevención de las ITS y el VIH.
- 1.7.9. Coordinación con organizaciones de las poblaciones claves para lograr la referencia oportuna de las personas a los servicios amigables.
- 1.7.10. Establecer comunicación continua con el coordinador de los servicios amigables a nivel local, regional y/o nacional.
- 1.7.11. Asesoría sobre PrEP (consentimiento informado, adherencia, información básica, entre otros) y seguimiento de citas (mensual y trimestrales).
- 1.7.12. Comunicación vía telefónica y acompañamiento al usuario en la vinculación a los servicios amigables y/o de tratamiento antirretroviral.
- 1.7.13. Orientación a las personas acerca de las instalaciones donde se ofrecen los servicios de atención integral a la población clave y los servicios de atención a las personas VIH positivas.



- 1.7.14. Proporcionar información a los usuarios acerca de las pruebas que se realizan en los servicios amigables y los requisitos existentes, si lo hay.
- 1.7.15. Proveer información para aclarar las dudas que pueda tener el usuario de los servicios amigables con relación al VIH, las ITS, la PrEP y la vinculación a los servicios.
- 1.7.16. Seguimiento a los usuarios que resulten con pruebas de VIH e ITS positivas.
- 1.7.17. Mantener registro de los usuarios vinculados a las CLAM, el resultado de las pruebas de VIH y de los vinculados a las CTARV.
- 1.7.18. Colaborar con las CTARV en las áreas necesarias para mejorar el estado emocional y la adherencia del participante.
- 1.7.19. Proporcionar apoyo a los participantes que resulten VIH positivos (si el usuario o desea) a fin de poder prepararlos para establecer una fecha de cita a las CTARV.
- 1.7.20. Participar en las reuniones de equipo y capacitaciones organizadas a nivel local, regional y/o nacional.
- 1.7.21. Participación y apoyo con el equipo de salud en la organización de actividades intra y extramuros.
- 1.7.22. Informar al coordinador de los servicios amigables en caso de no poder asistir a laborar.
- 1.7.23. Haber recibido capacitación en los temas de: estigma y discriminación, Derechos Humanos y atención integral en poblaciones claves, estrategias internacionales y nacionales para la respuesta al VIH, NAC y PrEP, entre otras.

## 2. Capacitación del Recurso Humano que Labora en los Servicios Amigables.

El ser humano desde que nace empieza con su proceso de aprendizaje que ocurre de forma continua, dinámica y en diferentes tiempos y espacios. Una vez crecemos y nos vamos formando hasta ser profesional, si se quiere seguir con el crecimiento personal y profesional, el personal de salud debe continuar adquiriendo y actualizando competencias profesionales en conocimientos, actitudes y destrezas, de acuerdo con los continuos cambios científicos y tecnológicos que ocurren para mejorar la salud del ser humano.

La formación profesional sienta las bases para que las personas podamos ofrecer un servicio acorde a las necesidades, tomando en cuenta que la ciencia avanza constantemente y más en el tema de VIH/SIDA, es importante mantener actualizado al personal de salud en los programas y estrategias para la promoción y prevención de esta enfermedad. Por lo que surge la necesidad de que el recurso humano participe en actividades de educación continua, para complementar su formación

profesional, desarrollando así las habilidades y destrezas, de mejorar su desempeño e intercambiar ideas, discutir problemas con un grupo de colegas, agregando a sus pensamientos nuevas ideas, conocimientos, aptitudes y prácticas.

Por lo antes mencionado, y tomando en cuenta que, en relación, a la epidemia del VIH, constantemente se diseñan nuevas estrategias de abordaje a la población, medicamentos, recursos para mejorar la calidad de la atención, entre otros, que permitirán disminuir y/o controlar la epidemia; es que el personal de salud que labora en los servicios amigables recibe capacitación y actualización constante en los temas siguientes temas:

- a) Derechos Humanos.
- b) Prejuicios, Estigma y Discriminación.
- c) Prevención del VIH: enfoque basado en disminución de riesgos.
- d) Proveedores de salud y población clave.
- e) Promoción de los Servicios de Salud.
- f) Sexualidad y VIH.
- g) Profilaxis Preexposición.
- h) Terminología Relacionada con el VIH.
- i) Derechos Sexuales y Reproductivos.
- j) Estrategias Internacionales y Nacionales para la Respuesta del VIH.
- k) Notificación Asistida de contactos.
- l) Formularios de atención VICITS y PrEP.

### III. Documentos que deben permanecer en los servicios de atención integral amigables.

1. Historia Clínica de ITS para Mujeres.
2. Historia Clínica de ITS para Hombres y Trans.
3. Formulario de Evaluación de Riesgo de Oferta de PrEP.
4. Formulario de Evaluación Inicial de PrEP.
5. Formulario de Seguimiento de PrEP.
6. Formularios de Solicitud de Laboratorios (prueba de VIH, laboratorios generales y otros).
7. Formulario de Notificación e Investigación de Casos de VIH-SIDA y Niños Expuestos.
8. Formulario de Notificación Obligatoria.
9. Solicitud para Diagnóstico de Tuberculosis.
10. Registro diario de atención.
11. Registro diario de vacunación.



12. Tarjetas de control de Papanicolaou para la usuaria.
13. Formulario de atención para Trabajo Social, Psicología y Enfermería.
14. Informe de Investigación por Sospecha de Violencia.
15. Solicitud e Informe de Citología Vaginal.
16. Formulario del sistema único de referencia y contrarreferencia (SURCO).
17. Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual.
18. Norma de Atención Integral a la Población Clave.
19. Libro de registro diario de pruebas de VIH y otras ITS.
20. Libro de registro diario de pruebas de Laboratorios.
21. Libro de registro de Papanicolaou.
22. Listado de participación en charlas y/o educación en servicio.
23. Formulario de Vinculación de usuarios a los servicios.



#### IV. Procedimientos

##### 1. Derechos de los Pacientes (Ley 68, Ley 40).

Son muchos los derechos contemplados en estas leyes con relación a la atención ofrecida a los usuarios, como lo son: el derecho a la información, al "respeto a su personalidad" (Art. 4 de la ley 68), el derecho a la confidencialidad, igualdad (Art. 35 al 37 de la ley 40), no discriminación entre otros; así como los contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que se aplican sin distinción a todas las personas, en todos los países del mundo.

**Objetivo:** Dar a conocer a las personas y el equipo de salud los derechos de que son objeto los asistentes a los servicios de atención.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud de los servicios de atención amigables
2. Asistentes a los servicios de atención.

**Actividades:**

1. Durante las horas de atención de usuarios de la población (es) clave (s), se tendrá en lugar visible los derechos de los pacientes.
2. El equipo de salud de la instalación que ofrece los servicios a la población (es) clave (s) recibirá capacitación en temas de estigma y discriminación, entre otro.
3. El equipo de salud podrá ofrecer orientación a los usuarios acerca de los pasos a seguir para hacer denuncias, quejas y/o consultas ante la Defensoría del Pueblo:

- a) En la recepción de las oficinas de la Defensoría del Pueblo hay que informar que se acude para presentar una denuncia, queja o a realizar una consulta sobre violación de derechos humanos.
  - b) La persona de la recepción lo dirigirá a la oficina de Orientación al Ciudadano donde se le tomará su declaración.
  - c) Esta declaración es enviada a la Dirección de la Unidad Especializada correspondiente para que se siga el procedimiento que corresponde, ya sea llamar a las partes para un acuerdo o emitir una resolución en caso de no darse un acuerdo entre las partes.
4. Las quejas y/o denuncias que se pueden tramitar ante la Defensoría del Pueblo son por actos de violación a los Derechos Humanos que han sido realizados en instituciones públicas.

## 2. Clasificación del Usuario como parte de la Población Clave.

Los servicios de atención de la salud deben estar disponibles para una variedad de comunidades multifacéticas en ciudades, poblaciones, regiones y países en todo el mundo. De igual manera, se ha reconocido la importancia de los servicios de salud sexual como componente importante de los servicios de salud disponibles para una comunidad. Los hombres gais y otros HSH tienen necesidades específicas de salud sexual, muchas de las cuales se pasan por alto en las clínicas y servicios de salud convencionales. Dadas las elevadas y crecientes tasas de ITS, incluyendo el VIH, en estas comunidades, la atención primaria de la salud de calidad y los servicios de salud sexual son extremadamente importantes para mitigar el efecto del VIH y otras enfermedades infecciosas<sup>8</sup>.

**Objetivo:** Identificar a las personas que acuden por primera vez a la instalación, en busca de atención como parte de una población clave específica (HSH: Hombre que tiene sexo con hombre, TSF: trabajadora sexual femenina y mujeres y hombres Trans).

### Dirigido a:

1. REGES
2. Psicología
3. Trabajo Social



<sup>8</sup> Norma de Atención Integral para Poblaciones Claves. MINSA. 2020. Pág. 10

**Actividades:**

1. En caso de ser una persona referida por un promotor par u otro, el miembro del equipo de salud de REGES llenará la Historia Clínica que corresponda.
2. En los casos de demanda espontánea o redes sociales, se le explicará al usuario en el departamento de REGES a quienes va dirigida la atención en la instalación.
3. Si la persona comunica no ser miembro de alguna de la población (es) clave (s), el funcionario de REGES lo dirigirá a Enfermería, Psicología y/o Trabajo Social.
4. El personal de salud entrevistará al usuario para determinar su identidad de género y/o orientación sexual.
5. De continuar la persona negando su identidad como una persona de población clave, se le llenará la Declaración de la Persona que Acude a los Servicios Provisto por las Clínicas Amigables y/o Instalaciones de Salud para la Atención de Poblaciones Claves (ver Anexo N.º 5).
6. Si luego de explicar el formulario anterior, este es firmado por el usuario, el mismo será referido a la instalación de salud en horario regular.

### 3. Declaración de la Persona que Acude a los Servicios Provistos por las Clínicas Amigables y/o Instalaciones de Salud que Ofrecen Atención a Poblaciones Claves para ITS y no Forma Parte de Esta Población.

Con la implementación de la ECS (Estrategia de contratación social) surge la necesidad de documentar la asistencia a los servicios amigables para población (es) clave (s) de personas que acuden en busca de los servicios allí ofertados, pero que niegan ser de esta población, ya sea porque no aceptan abiertamente su identidad de género u orientación sexual.

Este formulario se le llenará a toda persona que acude a la instalación de salud que ofrece servicios amigables y/o CLAM, al momento de su evaluación, ya sea por Medicina General, Enfermería, Trabajo Social y/o Psicología y que refiera no ser miembro de la población clave; por lo que alcance va dirigido a todos los funcionarios de las CLAM del país, así como a los funcionarios de las instalaciones de salud que ofrecen atención a las poblaciones claves como parte de la ECS.

Todos los funcionarios que laboran en las CLAM y/o instalaciones de salud que ofrecen servicios amigables, deberán conocer el formulario, el cual permanecerá en los consultorios de los profesionales que ofrecen la atención para cuando sea necesario.

En el caso de las instalaciones de salud que ofrecen atención a la (s) población (es) clave (s), la **Declaración de un Asistente a CLAM** estará en el Departamento de Registros Médicos y al iniciar la consulta a la persona en el día y la fecha asignada,



se le proporcionará al médico el documento para que lo tenga accesible en caso de necesitarlo. De no utilizarlo, al final del día, deberá devolver los que no haya utilizado.

**Objetivos:**

1. Estandarizar el uso de la **Declaración de la Persona que Acude a los Servicios de Clínicas Amigables para Poblaciones Claves** en busca de atención, ya sea por referencia de promotores pares, por demanda espontánea u otras.
2. Contar con un documento, en el expediente, que evidencie la asistencia de personas de la población general que acudieron en busca de atención en las Clínicas Amigables.
3. Orientar a las personas de la población general acerca de los servicios que ofrece la instalación de salud para ellos, en horarios regulares.

**Dirigido a:**

1. Personal de salud de las CLAM y/o instalaciones de salud amigables.
2. Personas que acuden a las clínicas amigables o instalaciones de salud que ofrecen servicios amigables que no corresponden a la población clave.

**Actividades:**

1. En caso de asistir a la atención una persona que no sea de la población clave, en cualquier punto de la atención ofrecida por el profesional de salud, sea Médico, Enfermera, Trabajo Social u otro, se llenará la **Declaración de un Asistente a CLAM** (ver Anexo N.º 5).
2. Se orientará a la persona sobre el tipo de población objetivo de las CLAMS, los servicios que se ofrecen, así como los servicios a los cuales ella puede acudir en el horario regular de la instalación de salud.
3. También se le explicará la razón por la que se llena la **Declaración de un Asistente a CLAM**.
4. Acto seguido se le entregará a la persona el documento para su llenado, en presencia del funcionario que le está brindando la atención, y la persona incluirá los motivos por los que fue referida a la CLAM.
5. Una vez llenado el documento, la persona lo firmará colocando la fecha y hora del llenado y así mismo el funcionario que brinda la atención, quien además de su firma colocará su sello con número de registro y el sello de la instalación de salud.
6. El profesional de salud que ofrece la atención llenará el SURCO para que la persona pueda acudir a la instalación de salud en horario regular, una copia de este deberá reposar junto con el documento de **Declaración de un**



**Asistente a CLAM** en el expediente que se le confeccionó a la persona y devuelto a REGES al terminar el turno.

**4. Aplicación y seguridad de inyectables**

Existen cuatro (4) vías de administración de medicamentos inyectables; ellas son: intramuscular, subcutánea, intravenosa e intradérmica (ver figura N° 1).

En cuanto a la aplicación de medicamentos inyectables por vía intramuscular, existen tres (3) áreas, con una absorción más rápida que la aplicación subcutánea, debido al flujo sanguíneo de los músculos, cada una de ellas con una cantidad de solución límite a inyectar. Estas áreas son: el deltoides en el que se puede aplicar hasta 3 cc., la cara lateral interna y/o externa del muslo pudiéndose aplicar hasta 4 cc. y el cuadrante superior externo del glúteo donde se podrá inyectar hasta 5 cc.

VÍA PARENTERAL 4 FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLES		Vía	Usos	Aplicación	Utilidad
	Intramuscular	Vacunas, analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, corticoides, etc.	Medicación en el músculo, no más de 15 ml. Suele utilizarse el cuadrante superior externo del glúteo, deltoides y vasto lateral de la pierna. Para niños menores de 3 años, se aplicará en el vasto lateral de la pierna.	Absorción más rápida que la subcutánea. El efecto aparece a los 15 minutos debido a la vascularización del músculo.	
	Subcutánea	Vacunas, heparinas e insulinas.	Introducir entre 1,5 ml y 2 ml. Las zonas más usadas para esta vía son la cara externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido laxo del abdomen y la zona escapular de la espalda.	Absorción lenta	
	Intravenosa	Medicación urgente, tratamientos de sueroterapia y administración de fármacos diluidos.	Mediante la canalización de una vía venosa periférica o un catéter central.	Absorción inmediata.	
	Intradérmica	Pruebas cutáneas, vacunas.	Introducir en la dermis una cantidad de medicamento no superior a 0,3 ml. La zona más usada para el uso de esta vía es la cara anterior del antebrazo.	Fines terapéuticos, preventivos o de diagnóstico con el fin de observar si desencadena una respuesta inflamatoria local: Test de Mantoux, Test de Shick o pruebas de alergia.	

Figura N° 1: Vías de administración de medicamentos inyectables.

**Objetivo:** Ofrecer tratamiento oportuno y seguro al paciente que requiera la aplicación de medicamentos inyectables como tratamiento de ITS (IM, IV y/o subcutáneo).

**Dirigido a:**

1. Enfermeras.

**Actividades:**

1. Una vez el médico evalúe los resultados de las pruebas de laboratorios en los cuales se diagnostique alguna ITS, llenará el formulario de notificación obligatoria (ver Anexo N.º 12) y la indicación de la inyectable a aplicar.
2. Al llegar el usuario a Enfermería con la receta, la enfermera lo orientará para que lleve la receta a la Farmacia.
3. La Farmacia entregará el medicamento al usuario para que la Enfermera le aplique la inyectable.

- a) **Inyección Intramuscular (figura N.º 2):** limpie un área de aproximadamente 5 cm de diámetro alrededor del punto de inyección, en el área seleccionada, con movimientos circulares del centro hacia afuera. En el caso de tratarse de medicamentos, el algodón con que se limpia el área debe estar humedecido con alcohol, para aplicación de vacunas se humedecerá con agua.

Proceda a la inserción de la aguja en el lugar seleccionado previamente, en posición vertical, creando un ángulo imaginario de 90° con la superficie de la piel, retire levemente el émbolo para comprobar que la aguja no se introdujo en un vaso sanguíneo, si no fluye sangre inyecte el medicamento; de fluir sangre hacia la jeringuilla retire la jeringuilla, cambie la aguja y vuelva a inyectar. En caso de que el medicamento se llene mucho de sangre, hay que volver a prepararlo.

Recuerde no dar masajes luego de la inyección, coloque un algodón seco o curita en el sitio de la inyección para evitar salida del medicamento y/o sangre.

4. Luego de la aplicación de la inyectable, la enfermera descartará la jeringuilla de acuerdo con lo establecido en las normas de bioseguridad para el descarte de punzocortantes.
5. Con relación a la aplicación de vacunas, las mismas serán inyectadas en el área del deltoides, de acuerdo con el esquema de vacunación nacional vigente y/o previa evaluación médica.



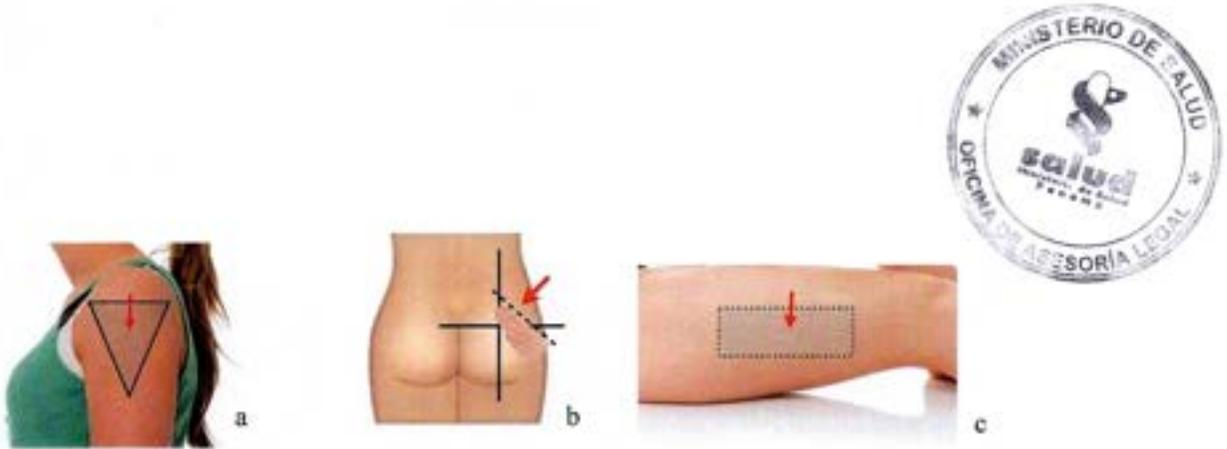


Figura N.º 2: Áreas de aplicación de inyecciones intramusculares: a) deltoides, b) cuadrante superior externo del glúteo y c) cara lateral externa del muslo.

#### 5. Control de Infección por Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad en la que inciden muchos determinantes sociales, culturales y económicos, por lo que la participación de autoridades de gobiernos locales, municipales y circuitales, así como de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la medicina tradicional, agencias de cooperación externa y la participación social, deben ser integradas en el análisis y respuesta a la situación de la tuberculosis en Panamá.

La principal estrategia de prevención consiste en detectar las fuentes de infección (casos bacilíferos) y proporcionarles tratamiento para cortar la cadena de transmisión.

Se debe realizar la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno estrictamente supervisado a todos los casos de Tuberculosis<sup>9</sup>.

**Objetivo:** Identificar sintomáticos respiratorios entre las personas que acuden a atención en los servicios amigables.

#### Dirigido a:

1. Médico
2. Enfermera

#### Actividades:

1. La Enfermera durante la toma de signos vitales evaluará si el usuario tiene síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis; de ser así se le coloca mascarilla N95 y se le da prioridad para la atención.
2. Se le comunica al médico para que el usuario sea atendido y se le llenen los formularios de laboratorios y las pruebas diagnósticas para tuberculosis (ver anexo N.º 13).

<sup>9</sup> Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá, 2017, pág.



3. Una vez llenos los formularios, pasa donde la enfermera para recibir orientación acerca de la recolección de las muestras de esputo por BAAR (primera y segunda muestra) y cuidados generales acerca de la enfermedad.
4. Se indican las pruebas de sensibilidad y cultivo, en aquellas instalaciones que las tengan, en el caso de aquellas que no cuenten con ello, referir al usuario a la instalación de salud más cercana.
5. En la instalación deberá existir un mural, afiche, volante u otro tipo de información escrita alusivo al tema de tuberculosis.

#### 6. Cumplimiento del Algoritmo y Pruebas de Laboratorios (ver anexo N° 6).

El algoritmo es la secuencia de pasos a seguir para establecer la condición de VIH de una persona. Usualmente, incluye 2 o 3 pruebas diferentes. Cada resultado de prueba establece si se necesita una segunda prueba adicional o una tercera. El algoritmo busca estandarizar a nivel de los servicios amigables, la adquisición de pruebas y suministros sea simplificada, que la capacitación sea uniforme y haya un buen monitoreo de la calidad de las pruebas.

También se quiere asegurar la entrega de resultados confiables de manera inmediata, por ello el uso de pruebas rápidas, las cuales son: robustas, fácil de usar, no necesitan equipos, asequibles, diagnóstico y consejería el mismo día, incrementar el acceso a la prevención y las intervenciones.

El diagnóstico de VIH positivo se basa en dos (2) o más pruebas diferentes, cuando las dos (2) primeras pruebas son discordantes, debe realizarse una tercera prueba de conformidad con el algoritmo del país. El resultado de la tercera prueba es el resultado del algoritmo. (ver anexo 6).

**Objetivo:** Asegurar la entrega oportuna del resultado de la prueba de VIH realizado en las instalaciones que ofrecen servicios amigables.

#### **Dirigido a:**

1. Laboratorio clínico.

#### **Actividades:**

1. Una vez el usuario reciba la asesoría pre prueba de VIH, será enviado al laboratorio con los formularios indicados para la realización de la prueba de VIH y otras ITS.
2. El Tecnólogo Médico orientará al usuario acerca de las pruebas a realizar y el tiempo que tomará el procedimiento.



3. Una vez extraída la muestra de sangre, el Tecnólogo Médico procederá a procesar la misma para la realización de las pruebas indicadas por el médico.
4. También se procesarán las placas por Gram para muestra bucal, uretral o vaginal y anal.
5. El Tecnólogo Médico será garante de que los resultados entregados al usuario sean correctos y clínicamente confiables, utilizando los medios para evitar, detectar y corregir errores.
6. El Tecnólogo Médico deberá mantener los libros de registros actualizados, con la información clara para facilitar el seguimiento a la calidad de las pruebas, determinar el número de pruebas realizadas y la cantidad de insumos que necesita.

### 7. Disponibilidad de condones y lubricantes

“Cuando se usan correctamente y en todas las prácticas sexuales, desde el comienzo hasta su fin, los condones son el método de barrera más efectivo para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH. Esto significa usar un condón por cada práctica; sea esta vaginal, oral o anal”<sup>10</sup>

**Objetivo:** Promover el uso correcto y consistente del condón entre personas de la población clave.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud

**Actividades:**

1. El profesional de la salud que realiza la evaluación de riesgo, entre ellos Trabajo Social, la Enfermera u otro, será quien realice la entrega de los condones y lubricantes a los usuarios de la población (es) clave (s).
2. Orientar a los usuarios acerca del uso correcto y consistente del condón.
3. Se entregarán 12 condones y lubricantes en la primera visita y 6 en las visitas subsecuentes para todas las poblaciones clave (s).
4. La entrega de condones y lubricantes deberá registrarse en el formulario de atención (VICITS).
5. La instalación deberá realizar periódicamente los pedidos de condones y lubricantes al Programa Nacional de ITS/VIH y Hepatitis Virales, dependiendo de la cantidad que requiera para un periodo determinado de tiempo.
6. Este pedido lo realizará la Enfermera en colaboración con el coordinador del servicio.

<sup>10</sup> Guía de Prevención VIH/SIDA para Hombres que Tienen Relaciones Sexuales con otros Hombres. Ministerio de Protección Social. Colombia. 2011. Pag.44



Figura N° 3. Colocación correcta del condón.

#### 8. Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH.

Se trata de una estrategia de prevención primaria que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda administrar a personas que tienen un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH, como parte de las estrategias de prevención combinada y se basa en el uso de medicamentos antirretrovirales específicos para prevenir nuevas infecciones asociadas al VIH.

Actualmente, existe para administrarse por vía oral.

Esta estrategia se ofertará en las clínicas y/o servicios amigables, ya que para ello se requiere que el servicio cuente con el equipo básico de salud. El esquema recomendado para PrEP oral en Panamá es Tenofovir 300 mg/ Emtricitabina 200 mg (TDF/FTC). Por ello:

1. La PrEP debe ser ofertado activamente por el personal de salud de las clínicas y/o servicios amigables.



2. La valoración individual de cada usuario ayuda a promover la adherencia y retención en los servicios de salud.
3. El personal de salud que oferta PrEP debe conocer los recursos disponibles en su región en cuanto a apoyo emocional, tratamiento antirretroviral o grupos de autoapoyo según las necesidades del usuario.

La población por beneficiarse con la estrategia son los HSH, los trabajadores sexuales de ambos sexos, las mujeres trans, las personas seronegativas cuya pareja vive con VIH (pareja positiva que no haya ingresado a terapia antirretroviral o no haya alcanzado la supresión viral estando en tratamiento) y otras personas en riesgo según criterio médico.

Para el inicio de PrEP se deben tomar en consideración los siguientes criterios:

1. Personas mayores 18 años.
2. Adolescentes de 16 o 17 años que acudan con su tutor legal.
3. Personas con factores de riesgo para la infección de VIH.
4. Tener una prueba serológica de VIH confirmada como negativa según el algoritmo de prueba diagnóstica de VIH del país.
5. Función renal adecuada (depuración de creatinina >60 ml/min.)
6. Firma de consentimiento voluntario de PrEP y aceptación de compromisos de seguimiento.

Las personas que no podrá recibir PrEP serían aquellas que viven con VIH, personas con contraindicaciones para recibir los medicamentos contenidos en el esquema de PrEP como: personas con enfermedad renal, quienes hayan sostenido una relación sexual de riesgo en las últimas 72 horas y/o aquellas que presenten síntomas que sugieran infección de VIH aguda.

**Objetivo:** Describir los pasos a seguir, para la atención de usuarios que deseen PrEP en las clínicas y/o servicios amigables del país.

**Dirigido a:**

1. Equipo de Salud

**Actividades:**

1. Los usuarios de PrEP podrán acudir a la CLAM y/o servicios amigables a través de los siguientes medios de derivación:
  - 1.1. Por organizaciones de la sociedad civil de población clave, quienes contarán con un listado previo de interesados o reclutar a partir de su abordaje a la población.



- a) La organización designará a una persona que coordinará la cita con el TBACV para la extracción de muestras de laboratorios y atención para valoración médica en la CLAM y/o servicio amigable.
  - b) La asignación de la cita se realiza a través del TBACV.
  - c) Se le debe reforzar al usuario la importancia de asistir a su cita y solicitar su anuencia para recordar la misma, a través de llamada telefónica.
- 1.2. Derivación por CLAM: toda persona que acuda a atención en la clínica y/o servicio amigable se le ofertará la PrEP.
  - 1.3. Derivación a través de otro actor clave:
    - a) Las personas interesadas para recibir este servicio deben coordinar con el TBACV de la CLAM para asignar la fecha de la atención.
    - b) El llenado del formulario de solicitud de laboratorios se realizará al momento de que el usuario se presente a la instalación.
2. Llenado de formularios de solicitud de laboratorios.
- 2.1. Todo usuario que desee ingresar a PrEP deberá realizarse las pruebas de Hepatitis B, Sífilis, Creatinina y VIH.
  - 2.2. Para el llenado de los formularios de las pruebas se utilizará bolígrafo y letra imprenta legible.
  - 2.3. La prueba de VIH debe realizarse al ingreso y cada vez que el usuario acuda a cita de control.
  - 2.4. El llenado de la Solicitud de la prueba de VIH (ver Anexo N° 7), deberá incluir:
    - a) En la sección de "nombre", "N.º de identidad personal" y "Sexo al nacimiento"; debe ser completado con los datos del usuario interesado en PrEP según su documento legal (cédula o pasaporte).
    - b) Número de celular y correo electrónico. Se le debe reforzar al usuario que esta será la vía de contacto para recordatorios o notificaciones relacionados con la PrEP.
    - c) En la sección "Describir el grupo poblacional" marcar con un gancho (✓) o cruz (X) dentro del recuadro al grupo que corresponde. Este campo es de selección múltiple, es decir, puede marcar varios campos a la vez de aplicar al usuario.
    - d) En la sección de "Firma del Usuario", explíquese a la persona donde debe firmar, en el caso de que esté de acuerdo en la realización de la prueba de VIH.
    - e) Este documento debe contar con una copia, una vez este el resultado, se le entrega el original al usuario y la copia quedará en el expediente.
  - 2.5. Para la realización de las pruebas de Hepatitis B, Creatinina y Sífilis, se utilizará el formulario de "Otros Exámenes" y/o formularios diseñados



especialmente para este fin; a los cuales se le colocará en la solicitud el nombre del usuario, número de identificación personal, fecha, edad y sexo; además de escribir y/o marcar los nombres de las pruebas solicitadas.

- 2.6. Las pruebas de Hepatitis se realizarán al ingreso y cada año, al igual que la Creatinina, según la condición del usuario y a criterio del médico; en el caso de la prueba de Sífilis, se realizarán al ingreso y en cada control.
- 2.7. La solicitud de la prueba de VIH debe acompañarse de la asesoría preprueba de VIH.
3. Gestión de cupos:
  - 3.1. Los cupos serán asignados según orden de llegada a la instalación. No se asignarán cupos especiales ni se reservarán fuera de este proceso.
  - 3.2. Los cupos estarán disponibles dos semanas antes de la cita en la clínica y/o servicio amigable, por lo que el TBACV y/o promotor par confirmarán la asistencia a la cita por lo menos dos (2) días antes de la fecha.
  - 3.3. El listado de los usuarios que han solicitado el servicio será enviado al punto focal para la coordinación in situ de las citas del laboratorio con un mínimo de 24 horas de anticipación.
4. Extracción, análisis y gestión de muestras: este proceso se llevará a cabo en cada una de las CLAM y/o servicios amigables donde se ofrece la PrEP.
  - 4.1. Los cupos serán asignados de acuerdo con la disponibilidad de laboratorios de la CLAM y/o servicio amigable.
  - 4.2. El usuario debe llegar con la solicitud de las pruebas laboratorio a realizar con firma del médico o el funcionario asignado para ello.
  - 4.3. Completado el proceso de extracción de muestras, los resultados serán impresos (original y copia) y entregados a REGES para anexarlo al expediente (copia) para la evaluación médica y el original se entregará al usuario.
5. Atención en la CLAM y/o servicio amigable: el horario de atención para recibir PrEP será de acuerdo con el establecido en cada una de las CLAM y/o servicios amigables.

REGES confeccionará los expedientes clínicos, ingresando los resultados de laboratorio, y los formularios de atención VICITS y de PrEP.

6. Acciones para realizar en el caso de usuarios elegibles para PrEP.
  - 6.1. Si el usuario es elegible para PrEP se le recetará el medicamento y explicará el esquema de administración según sus necesidades, reforzando la importancia de la adherencia.
  - 6.2. Se explicarán los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos.

- 6.3. Ofrecer la posibilidad de que si los efectos secundarios son intolerables pueda consultar antes de la próxima cita. Seguimiento, efectos secundarios, reacciones adversas y discontinuación.
  - 6.4. Considerar efectos leves al inicio de PrEP durante las primeras semanas. (cefalea, malestar estomacal, pérdida de apetitos y náuseas). Dar asesoría en adherencia sobre estos posibles efectos.
  - 6.5. Otros efectos pueden ser la elevación de creatinina sérica al inicio, la cual se normaliza posteriormente (considerar la ingesta de suplementos por parte del usuario) y la discreta disminución de la densidad mineral ósea sin riesgo de padecer fracturas óseas.
  - 6.6. Reforzar que esta profilaxis no tiene contraindicaciones por uso de hormonización femenina.
  - 6.7. En caso de contar con pruebas de Hepatitis B negativa, indagar historial de vacunación y vacunar si corresponde.
  - 6.8. Orientar sobre los pasos a seguir si olvida tomar el medicamento o si presenta alguna reacción adversa.
  - 6.9. Prueba de Hepatitis Positiva: referir a gastro o infectología para tratamiento; no es impedimento para iniciar PrEP.
7. Las acciones que realizar en los casos no elegibles a PrEP serían:
- 7.1. Prueba de VIH positivo: oferta, navegación y vinculación a la CTARV y aplicación de NAC (consultar Manual de Notificación Asistida de Contactos).
  - 7.2. Ha tenido riesgo reciente de adquirir VIH: citar para realización de prueba de VIH nueva valoración.

#### 9. Vinculación de Usuarios con Pruebas de VIH Positivo a las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral (CTARV).

"Toda persona tiene derecho a recibir una atención oportuna y de calidad, en el marco del respeto y la privacidad que conlleva. Las personas con VIH tienen igual derecho y es por ello por lo que deben recibir una atención integral que busca no solamente brindar atención médica y de seguimiento, sino también asesoría nutricional, psicológica y por trabajadores sociales que ayuden en conjunto a mejorar su entorno, abordando aspectos sociales y culturales, y en consecuencia optimizando la adherencia al tratamiento que necesitan para lograr un mejor estado de salud"<sup>11</sup>.

**Objetivo:** Ofrecer tratamiento oportuno del VIH a usuarios con pruebas de VIH positivas.

<sup>11</sup> Norma para la Atención Integral a las Personas con VIH. 2016. Pág. 21



**Dirigido a:**

1. Equipo de salud.

**Actividades:**

1. Una vez el médico tenga el resultado de la prueba de VIH, de esta ser positiva realiza la asesoría post prueba al usuario.
2. Informado el usuario del resultado de la prueba, se llenará el formulario de notificación e investigación de VIH-SIDA (ver anexo N.º 11), el formulario de notificación obligatoria y el SURCO para referir a la clínica de tratamiento.
3. Se le entregará al usuario el formulario en original de la solicitud de la prueba de VIH y el SURCO para el trámite de su cita en la clínica de tratamiento.
4. Proceso de vinculación:
  - a) Se orienta al usuario acerca de las diferentes clínicas de tratamiento existentes.
  - b) Se le dará la opción de ser vinculado a la clínica de tratamiento a través de promotores pares o de vinculación.
  - c) De aceptar la vinculación a través del promotor, se le pondrá en contacto con el mismo.
5. Confirmación de ingreso del usuario a la CTARV.
  - a) Establecer comunicación con el promotor de vinculación para saber si fue vinculado y asistió a la cita en la CTARV.
  - b) A través del libro de registro de los casos positivos diagnosticados en la instalación de atención de servicios amigables
  - c) Contrarreferencia.
  - d) Enlaces entre servicios de salud amigables y clínicas de tratamiento (llamadas).
6. La metodología utilizada por la instalación debe estar bien identificada por el equipo de salud.

**10. Notificación asistida de contactos (NAC)**

La notificación asistida a los contactos permite aumentar la utilización de los servicios de detección del VIH por parte de contactos sexuales y otros tipos de contactos, incrementando el número de personas que conocen su diagnóstico y vincularlos a los servicios de atención integral en las Redes de Servicios de Salud<sup>12</sup>.

El abordaje de los contactos, así como su búsqueda activa, en la comunidad y los establecimientos de salud de atención y tratamiento del VIH, deben de ir acompañados de información sobre la importancia de que sus contactos sexuales

<sup>12</sup> Manual para Proveer Servicios de Notificación Asistida de Contactos. MINSA. 2021. Pág. 6



reciban atención médica, asegurándoles que toda la información será confidencial y reafirmando la importancia del abordaje integral de ambos. El profesional de la salud debe de apoyar en la sensibilización, vinculación a otros servicios, manejo de las emociones y educación de la prevención para la adherencia del tratamiento, sin olvidar el seguimiento de otros contactos<sup>13</sup>.

El director médico de la instalación o en su defecto, el médico de los servicios amigables, en conjunto con el equipo de salud, definirá quién o quiénes de los miembros del equipo ofrecerá la NAC a los usuarios de los servicios durante la asesoría pre prueba, ya que para aquellos usuarios que resulten con pruebas de VIH positivo, esta será ofrecida/reforzada por el médico y dependiendo de la situación emocional de la persona, con el apoyo de Psicología y/o Trabajo social.

**Objetivo:** Buscar los contactos de personas VIH positivo dentro de la población clave asistente a los servicios de atención amigables para poblaciones claves.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud.

**Actividades:**

1. El equipo de salud ofrecerá el servicio de NAC a toda persona que asista a los servicios de atención amigables.
2. Se promocionará durante la asesoría pre prueba y se ofertará a los usuarios en la asesoría post prueba por resultado de VIH positivo.
3. Orientación al usuario (caso índice) acerca de los diferentes tipos de contactos existentes (sexuales y no sexuales) así como de las modalidades de abordaje (por contrato, dual, por el proveedor a través de llamada telefónica y/o por redes sociales).
4. Continuar con los pasos de la Guía para Proveer NAC de acuerdo con la modalidad de abordaje seleccionada por el usuario.

## 11. Manejo de casos de Violencia Sexual.

La violencia es un fenómeno social con serias implicaciones en el área de la salud, ya que afecta las condiciones de vida de las personas e interfiere con un adecuado desarrollo emocional.

<sup>13</sup> Manual para Proveer Servicios de Notificación Asistida de Contactos. MINSA. 2021. Pág. 7



La violencia, como productora y reproductora de enfermedad, amenaza la integridad personal y el funcionamiento orgánico, emocional y social, trayendo como consecuencia discapacidad, minusvalía física, mental, social y laboral, a la vez que afecta la calidad de vida de las personas, directa e indirectamente involucradas<sup>14</sup>.

**Objetivo:** Brindar atención, apoyo y guía a los usuarios que hayan sido víctimas de violencia sexual y/o intrafamiliar.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud.

**Actividades:**

1. En el caso de que algún usuario manifieste haber sido víctima de violencia sexual o violencia íntima de pareja, se le ofrecerá la atención de acuerdo con el flujograma de atención de violencia.
2. Evalúa al usuario utilizando el formulario VICITS, en la sección de antecedentes sexuales.
3. En caso de que el usuario responda que sí a la pregunta ¿Ha sufrido abuso sexual? Se documentará en una hoja de atención y/o de evolución la información acerca de los hallazgos clínicos, el diagnóstico y la incapacidad provisional del usuario.
4. El caso de violencia debe ser registrado en el Formulario de Notificación por Sospecha de Violencia, por el funcionario que realiza la atención del usuario.
5. El formulario de notificación cuenta con varias copias<sup>15</sup>:
  - a) Blanca: enviarse al Ministerio Público.
  - b) Rosada: queda en un archivo específico de REGES.
  - c) Verde: en el expediente del paciente.
6. Consejería pre prueba de VIH y firma del consentimiento informado para la realización de esta.
7. realización de pruebas de laboratorios: exámenes generales (hemograma completo, glicemia, urinalisis, otros), prueba de VIH, Hepatitis B y otras ITS.
8. Referir al usuario a Salud Mental (Psiquiatra, Psicología, Enfermera Especialista), Trabajo Social u otro servicio que se requiera.
9. Evaluación de los resultados de laboratorios.
10. Confección de receta para la entrega de medicamento establecido para la profilaxis post exposición (PEP).
11. Entrega de condones y lubricantes.

<sup>14</sup> Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia. MINSA. 2019. Pág. 16

<sup>15</sup> Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia. MINSA. 2019. Pág. 93

12. Orientación del usuario acerca de la ingesta del medicamento y los controles posteriores, además de la frecuencia de realización de las pruebas de VIH (cada 3 meses por un periodo de un año).

13. Anotar en el registro diario de actividades la atención.

#### 14. Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios

De acuerdo con el Decreto Ejecutivo N.º 111 del 23 de junio de 1999, que en su capítulo II, artículo N.º 3 se definen los desechos hospitalarios como: "todos aquellos desechos generados de servicios asistenciales a los que se refiere el artículo 2 del presente decreto".

La clasificación de los desechos sólidos está basada en los criterios adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales establecen que "la sangre y los líquidos corporales de todos los pacientes deben ser considerados potencialmente infectantes".

El Decreto Ejecutivo arriba mencionado, en su artículo 4, describe de la clasificación de los desechos:

1. "Desechos Comunes: son aquellos desechos no peligrosos, similares por su naturaleza a los desechos domésticos.
2. Desechos Anatomopatológicos: tejidos, órganos, partes del cuerpo, fetos humanos, y cadáveres de animales, así como sangre y fluidos corporales.
3. Desechos Infecciosos: aquellos que contienen patógenos en cantidad suficiente como para representar una amenaza seria, tales como: cultivos de laboratorios, desechos de cirugías y autopsias de pacientes con enfermedades infecciosas.
4. Objetos Punzocortantes: cualquier artículo que pueda causar corte o punción"<sup>16</sup>.

**Objetivo:** Disponer de manera correcta de los desechos generados durante la atención de los usuarios en las diferentes áreas de la instalación.

#### Dirigido a:

1. Equipo de salud
2. Personal de aseo

#### Actividades:

1. Todas las áreas de atención (consultorios, cuartos de urgencia, laboratorios) contarán con recipientes para la disposición de desechos comunes y desechos peligrosos.



<sup>16</sup> DE N°111 del 23 de junio de 1999. Por el cual se Establece el Reglamento para la Gestión y Manejo de los Desechos Sólidos Procedentes de los Establecimientos de Salud, art. 4.



2. En cada uno de los recipientes se depositarán los desechos que correspondan así:
  - a) Recipiente de Desechos Comunes: papel, envases de refrescos o jugos, entre otros. Este recipiente se le colocará bolsas plásticas negras, doblando los bordes hacia afuera sobre la orilla del recipiente y deben llenarse hasta un máximo de tres cuartas partes ( $\frac{3}{4}$ ) de su capacidad para que puedan ser selladas o amarradas.
  - b) Recipiente de Desechos Peligrosos: en este recipiente se descartarán las gasas luego de realizados los procedimientos, los guantes desechables y/o estériles, espéculos o anoscopios, entre otros. El mismo estará cubierto con bolsas rojas de la misma forma que en el recipiente anterior y se llenará hasta un máximo de  $\frac{3}{4}$  partes de su capacidad. Se retirará la bolsa roja al final del turno o cada vez que sea necesario; se sellará y rotulará.
  - c) Los objetos punzocortantes (agujas, bisturís y otros) se colocarán en los recipientes destinados para este propósito y se llenarán hasta  $\frac{3}{4}$  partes de su capacidad, se procederán a su sellado una vez estén llenos.
3. La recolección de los desechos se realizará de forma rápida y segura, mínimo una vez al día o en cada turno (si la instalación cuenta con dos o más turnos de atención).
4. Cada instalación establecerá la ruta de recolección, estableciendo horarios y frecuencia en función de la cantidad y tipo de desechos generados, tomando en cuenta que la actividad de recolección y traslado no interfiera con los demás servicios y/o atención.
5. La instalación deberá contar con un área apropiada para la disposición de los desechos en espera de ser trasladados al lugar de tratamiento, reciclaje o disposición final.
6. El depósito para almacenamiento temporal de los desechos sólidos en la instalación de salud debe reunir los siguientes criterios técnicos:
  - a) Lo suficientemente alejado de las áreas de atención, administrativas, depósitos de medicamentos y/o alimentos, material médico, áreas de tránsito y áreas de uso común.
  - b) Con fácil acceso para el recurso humano que hace la recolección y disposición de los desechos.
  - c) Facilidad de acceso al camión recolector.
  - d) Área con facilidad de limpieza para evitar roedores, artrópodos y otros vectores.
  - e) El área debe ser utilizada exclusivamente para la disposición de los desechos.
  - f) Si la infraestructura lo permite, deberá existir un área para desechos comunes y otra para los desechos peligrosos. De no ser posible, deberá existir entre ambos, un muro para evitar que se mezclen.



- g) El área debe reunir las condiciones físicas y estructurales que impidan que la acción del clima (sol, viento, lluvia) ocasione daños o accidentes y/o que personas no autorizadas o animales ingresen al área.
  - h) El área deberá tener buena iluminación y ventilación.
  - i) Piso antideslizante con un declive hacia el desagüe que permita el lavado y la desinfección.
  - j) Identificación del área y contar con las señales correctas que adviertan la peligrosidad.
7. Por ningún motivo deben mezclarse los desechos peligrosos con los comunes, ni en las mismas bolsas de basura, ni en el depósito de almacenamiento.

#### 15. Medidas de seguridad para los laboratorios en la realización de pruebas.

La seguridad implica tomar las medidas y precauciones necesarias para protegerse, proteger al usuario y a otras de las infecciones, accidentes y/o lesiones.

Los laboratorios constituyen medios ambientales de trabajo especiales que pueden presentar riesgos químicos, físicos o biológicos. Uno de los aspectos a considerar es el cumplimiento de los requisitos de calidad relacionados con la bioseguridad, para lo cual es necesario establecer e implementar procedimientos estándares generales y particulares para cada laboratorio, disponer de equipos de bioseguridad unidos al cumplimiento de normas de calidad para la protección del personal, del usuario, las muestras, la comunidad y el medio ambiente<sup>17</sup>.

Todas las muestras, así como los equipos y materiales que entran en contacto con ellas, se consideran como infecciosas.

**Objetivo:** Establecer medidas de seguridad para el personal de salud, el usuario y las muestras durante el procesamiento de las pruebas de laboratorio.

**Dirigido a:**

1. Personal de laboratorio

**Actividades:**

1. Una vez iniciado el turno, el Tecnólogo Médico se colocará su equipo de protección personal (EPP) de acuerdo con la naturaleza de las pruebas a realizar, es importante señalar que antes y después de colocarse los guantes, el personal deberá realizar el lavado de manos correspondiente.

<sup>17</sup> Manual de Bioseguridad para Laboratorios Clínicos de las CLAM/VICITS. Panama.2016. Pág. 3



2. El equipo de protección incluirá:

- a) Bata: éstas deberán estar abotonadas hasta arriba y no deben utilizarse fuera del área de Laboratorios. Por razones de la pandemia de COVID-19, las batas pueden ser desechables.
- b) Mascarillas: se utilizará la N95 cuando se trate de la realización de los frotis de esputo y no debe utilizarse fuera del laboratorio; por la pandemia de COVID-19, se utilizará mascarilla permanentemente dentro y fuera de las áreas del laboratorio.
- c) Guantes: para evitar la contaminación de las manos con muestras de sangre o cualquier otro tipo de fluido, se utilizarán guantes desechables para la extracción de muestra de sangre a los usuarios, así, como para el procesamiento de las diferentes muestras que se manejen durante el turno. Estos deberán cambiarse cada vez que sea necesario y en caso de rotura de los mismos.

Si el personal tiene la necesidad de salir del laboratorio, contestar una llamada u otra actividad que no implique la manipulación de secreciones, se retirará los guantes.

- d) Calzado: preferiblemente completamente cerrados y de un material que se pueda limpiar y/o desinfectar con facilidad, evitar usar Crocs u otro material similar (para evitar los posibles accidentes por caídas de agujas u objetos cortantes).

**Cuadro N.º 2. Equipo de Protección Personal**

EQUIPO	PELIGRO EVITADO	CARACTERISTICAS DE SEGURIDAD
Batas	Contaminación de la ropa	Cubrir la ropa de calle y/o uniforme.
Calzado	Impactos y salpicaduras	Punta cerrada, sin orificios.
Mascarillas	Inhalación de aerosoles	Desechables, tipo quirúrgicas de un solo uso, purificadoras de aire.
Guantes	Contacto directo con microorganismos, salpicaciones o cortes.	De látex, vinilo o nitrilo con aprobación para uso microbiológico. Desechables. Protección de las manos.

3. Para el resto de las medidas de bioseguridad, consultar el Manual de Bioseguridad para los Laboratorios Clínicos de las CLAM/VICITS.

16. **Medidas de bioseguridad.**

La exposición ocupacional es una urgencia médica y se debe garantizar la administración del medicamento profiláctico a tiempo, antes de dos (2) horas.



Las características de la exposición deben ser evaluadas para definir el potencial de transmisión del VIH. Para ello se debe tomar en consideración el tipo de sustancia corporal involucrada, ruta y severidad de la exposición. La exposición a tejidos, sangre, líquidos que contengan sangre visible u otros líquidos potencialmente infectados (incluyendo semen, secreción vaginal u otros), pueden ser causa de adquirir una infección.

La exposición a estos fluidos o tejidos a través de una lesión percutánea (con agujas u otro evento relacionado con objeto punzocortante) o a través del contacto con membranas mucosas, son situaciones que poseen riesgo para la transmisión del virus y requieren ser evaluadas.

En el caso del VIH, la exposición a una aguja hueca llena de sangre sugiere un mayor riesgo que la exposición con una aguja sencilla utilizada para aplicar una inyección. Cualquier contacto directo con un concentrado viral en un laboratorio de investigación (sin equipo de protección o con equipo insuficiente para proteger piel y membranas mucosas) es considerado una exposición que requiere evaluación clínica.

Cuando se producen exposiciones de piel, el seguimiento está indicado únicamente cuando la exposición involucra algunos de los fluidos previamente enlistados y existe evidencia de compromiso en la integridad de la piel (dermatitis, abrasión o herida abierta).

En la evaluación clínica de mordeduras humanas se debe considerar la posible exposición de ambos: la persona mordida y la que produce la mordida. Si la mordida conlleva exposición de sangre para alguna de las personas, se debe dar el seguimiento post exposición<sup>18</sup>.

**Objetivo:** Minimizar factores de riesgo durante la atención a través de la promoción de acciones seguras tanto para el usuario como para el equipo de salud.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud

**Actividades:**

1. Todo el personal de salud debe mantener al día su esquema de vacunación, Papanicolaou, controles de salud y demás.

<sup>18</sup> Bioseguridad en la Práctica Bucodental: Normas Técnicas y Manual de Procedimientos. MINSA-CSS\_AOP. 2006. Pág. 26

2. La instalación debe contar con los insumos necesarios que forman parte del equipo de protección personal (EPP) según evento o atención, priorizada temporada de aumento de enfermedades respiratorias u otras que requieren protección para la realización de procedimientos y durante el tiempo que dure la pandemia de COVID-19.
3. Durante la atención, el personal de salud debe practicar las siguientes medidas:
  - a) Mantener el cabello recogido y/o utilizar gorros cuando se hagan procedimientos que originen aerosoles y mientras dure la pandemia de COVID-19.
  - b) Las heridas en manos y brazos deben ser cubiertas con apósitos para evitar cualquier tipo de contaminación de estas.
  - c) Preferiblemente no utilizar joyas (anillos, pulseras y/o pendientes largos) durante la atención.
  - d) No tocar ninguna parte del cuerpo, ropa y equipo de trabajo (teléfono, computadoras, expedientes clínicos u otros) mientras este con guantes puestos.
  - e) Las batas y los uniformes se cambiarán diariamente y/o cada vez que sea necesario.
  - f) Mantener las uñas limpias y cortas, preferiblemente sin esmaltes de uñas.
  - g) Utilizar zapatos cerrados.
4. Durante la atención a usuarios de la población clave, el equipo de salud realizará los procedimientos tomando en cuenta todas las medidas asépticas:
  - a) Lavado de manos.
  - b) Uso de mascarilla y/o equipo de protección personal cuando sea necesario y mientras dure la pandemia de COVID-19 (ver anexo N° 26 y N°27).
  - c) Distanciamiento físico.
  - d) Uso de pantalla facial cuando sea necesario y mientras dure la pandemia de COVID-19.





Figura N° 4. Lavado de Manos.

5. La instalación deberá contar con afiches, murales u otro material alusivo a las medidas de bioseguridad.
6. El equipo de salud vigilará que los usuarios que permanecen dentro de la instalación cumplan con las medidas de bioseguridad.
7. En los casos de procedimiento que impliquen el manejo de secreciones corporales, se deberá contar con el equipo de protección requerido, dependiendo del procedimiento a realizar, las bolsas para segregación de los desechos peligrosos y la rotulación de estas y las cajas para desechos de punzocortantes.
8. En caso de accidentes laborales con objetos punzocortantes, la instalación debe contar con la guía y/o flujo de atención para estos casos (ver anexo N.º 8, 9 y 10):
  - a) El funcionario de salud deberá notificar con urgencia del accidente laboral a su jefe inmediato.
  - b) El supervisor de turno llenará el formulario de notificación y referencia en original y copia (ver anexo N° 10); le será entregado al funcionario



para que acuda inmediatamente a riesgo profesional para recibir atención con carácter de urgencia y antes de las 24 horas de ocurrido el accidente; y la copia quedará en el expediente del funcionario.

- c) El trabajador de salud deberá ser evaluado y atendido dentro de las primeras dos (2) horas de haber ocurrido el accidente por Medicina Interna o en su defecto por el médico del cuarto de urgencias.
- d) Debe ser evaluado por médico general durante las 72 horas siguientes e iniciar inmediatamente el tratamiento (PEP) se determine que hubo exposición ocupacional al VIH o virus de Hepatitis B u otra enfermedad infectocontagiosa de riesgo.
- e) En el formulario de Reporte de Exposición Ocupacional al VIH, virus de Hepatitis B y/o virus de Hepatitis C se anotarán las circunstancias de la exposición y su manejo. (ver anexo N° 10)<sup>19</sup>

9. Cuidados inmediatos de la zona expuesta<sup>20</sup>:

- a) Si la herida sangra, permitir el sangrado de forma profusa, eliminar los posibles cuerpos extraños y lavar con agua y jabón.
- b) Si se contamina piel no intacta, hay que lavarla con agua y jabón; si es la mucosa oral, se realizarán enjuagues con agua limpia.
- c) Si se afecta la conjuntiva hay que hacer irrigaciones con agua estéril.

10. Los trabajadores de la salud que sufran una exposición accidental deben recibir la orientación necesaria por parte del equipo de Salud Mental, de no contar con este recurso la consejería la realizará cualquier miembro del equipo de salud capacitado en el tema.

**Cuadro N.º 3. Evaluación del Grado de Severidad de la Exposición al VIH**

TIPO DE EXPOSICIÓN	GRADO DE SEVERIDAD
Piel intacta	0
Membrana mucosa con poco volumen de secreción	1
Membrana mucosa con gran volumen o exposición prolongada	2
Exposición percutánea con aguja sólida o rasguño superficial	2
Exposición percutánea más severa con aguja hueca, heridas cortantes, sangre visible en la aguja o aguja empleada en un vaso sanguíneo	3

Fuente: propuesta del Servicio de Infectología del CHMAAM

<sup>19</sup> Bioseguridad en la Práctica Bucodental: Normas Técnicas y Manual de Procedimientos. MINSA-CSS-AOP. 2006. Pág. 25

<sup>20</sup> Bioseguridad en la Práctica Bucodental: Normas Técnicas y Manual de Procedimientos. MINSA-CSS-AOP. 2006. Pág. 26



#### 17. Recolección y análisis de datos.

Esta información se basa en actividades realizadas durante las atenciones que se ofrece a los usuarios de las poblaciones (es) clave (s) que acuden a los servicios amigables en busca de atención. La misma permitirá una fácil interpretación de los datos y responder a los indicadores nacionales e internacionales solicitados por la sección de Monitoreo y Evaluación de la Sección de ITS/VIH/SIDA, así como aquellas que solicitan organismos internacionales cooperando en la respuesta al VIH en el país.

La información se enviará mensualmente, en los formatos establecidos para ello, los cuales se les proporcionará en un archivo de Excel. Cada cuadro, en las columnas de totales al final y hacia el lado derecho, tienen fórmulas (por eso se observa el número cero en dichos espacios); por lo que, en los espacios en blanco de las columnas y filas del tipo de población y grupo de edad, solo tienen que colocar la cantidad que corresponde al número de usuarios y automáticamente se realizará la sumatoria de las cantidades.

El archivo de Excel cuenta con las siguientes pestañas:

1. Atenciones (ver anexos N.º 21): se refiere a todas las realizadas en el mes; son cuatro (4) cuadros, uno para extensión de horario (3:00 p.m.-7:00 p.m.), uno para el horario regular (7:00 a.m.-3:00 p.m.) de la instalación, otro para los usuarios ingresados a PrEP y el cuarto para los usuarios que acudieron a citas de control de PrEP.

Cada CLAM y/o servicio amigable, llenará el cuadro de acuerdo con el horario en el que se ofrezca la atención y los cuadros de atenciones de PrEP en aquellos que se oferte esta estrategia; registrando de acuerdo con el tipo de población y por grupos de edad, la cantidad de usuarios atendidos en el mes.

Si el usuario acude es ingresado o acude por cita de seguimiento de ser reportará en los cuadros correspondientes; en caso contrario, se registrará en el cuadro de atenciones de acuerdo con el horario que corresponda (atenciones en horario regular o atenciones en horario extendido).

2. Pruebas: se refiere a todas las pruebas realizadas a los usuarios atendidos (incluidos los ingresos y controles de PrEP). Esta sección tendrá tres cuadros (3) cuadros, estos son:
  - 2.1. Resultados de Pruebas de VIH (anexo N.º 22 parte A): se registrará la cantidad de usuarios que aceptaron realizarse la prueba, de acuerdo con el resultado: positivo y negativo, según grupo de edad y tipo de población clave.



- 2.2. Resultados de Pruebas de VDRL (anexo N.º 22 parte A): registrar la cantidad de usuarios por grupo de edad, tipo de población clave y resultado: N.º de Personas con Sífilis Activa y Total de Personas que se Realizaron la Prueba.
- 2.3. Resultados de Pruebas de Hepatitis B y C: registrar la cantidad de usuarios que se realizaron la prueba por tipo de prueba realizada, grupo de edad, población clave y resultado: positivo y negativo.

En el caso de la (s) instalación (es) que por algún motivo realice pruebas a los usuarios de la población (es) clave fuera del horario de atención de los servicios amigables (barridos), estas pruebas se registrarán en el cuadro de pruebas realizadas de acuerdo con el tipo población y grupo etario que corresponda; como observación, debajo del cuadro se colocara el número total de pruebas realizadas en dicha actividad y la cantidad, de ellas, con resultados positivos.

3. Prevención (anexo N.º 23): esta sección cuenta con tres (3) cuadros:
  - 3.1. Paquetes de Prevención: este paquete comprende a tres (3) aspectos, a saber: la entrega de condones y lubricantes, consejería (sexo seguro y uso correcto del condón) y realización de pruebas de ITS.

En este cuadro se registra la cantidad de usuarios que han recibido el paquete completo de prevención, el cual contempla los tres (3) aspectos mencionados en el párrafo anterior; los que han recibido solo dos (2) de las acciones del paquete de prevención y la suma de todos aquellos a los que recibieron dos (2) o tres (3) paquetes de prevención. La información será registrada por grupos de edad y tipo de población clave.

- 3.2. Entrega de Condones: se colocará por grupo de edad y tipo de población la cantidad de condones entregados de acuerdo con el número de usuarios a los que se les entregaron y la cantidad de lubricantes entregados, estos últimos deben coincidir con la cantidad de condones que se entregan por usuario.

Hay que recordar que en la primera visita se entregaran doce (12) condones y lubricantes y en las consultas subsiguientes 6 condones y lubricantes. Ejemplo: 3 usuarios atendidos en el mes, o sea, 36



condones y 36 lubricantes entregados en el mes, en el caso de que sea por primera vez.

- 3.3. Uso de Condón: se trata de conocer el número de usuarios a los que se les preguntó acerca del uso del condón.
4. Vinculación a la CLAM (anexo N.º 18): se llenará semanalmente por la persona que el equipo designe, se registrará la información por fecha de atención, grupo de edad, tipo de población clave, organizaciones (AHMNP, AVP, APPT u otros) y por demanda espontánea de los usuarios que se vinculan a las CLAM y/o servicios amigables para la atención.
5. Conocimiento del Estatus (anexo N.º 24): ofrece información acerca del número de personas de las poblaciones (es) clave (s) que conocen su estatus con relación al VIH, por lo que incluye el registro de la cantidad de usuarios que dicen conocer su estatus al momento de recibir la atención en la CLAM, el número de personas que se ha realizado la prueba y cuyo resultado es positivo y el número de personas que en los últimos 12 meses se realizaron la prueba de VIH con resultado negativo. Toda esta información se reportará por tipo de población clave y por grupo de edad.
6. Modalidad de PrEP (anexo N.º 25): en esta pestaña hay dos (2) que corresponden a las dos modalidades de uso de PrEP, por lo que se registrará por grupo de edad y tipo de población la cantidad de usuarios que utilizan PrEP diaria y/o PrEP a demanda.

**Objetivo:** Recabar información periódicamente producto de las atenciones ofrecidas a la población clave.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud

**Actividades:**

1. El equipo de salud establecerá el momento oportuno para la recolección y análisis de los datos producto de las atenciones ofrecidas, así como a la persona (s) encargada (s) de recabar la información, llenar los cuadros y envío de la información.
2. El recurso humano de laboratorios proporcionará la información de las pruebas realizadas durante las atenciones en horario de los servicios amigables y/o cuando se realicen pruebas a usuarios de las poblaciones claves en el horario regular de la instalación.
3. Luego de elaborado los informes, estos serán revisados por el coordinador de los servicios amigables y/o director de la instalación para su posterior envío al nivel regional y nacional.



4. Los informes se enviarán al nivel nacional a través del correo electrónico, en formato Excel, al encargado a nivel nacional de las CLAM y/o servicios amigables en la sección de ITS/VIH/SIDA. El archivo de Excel tendrá el nombre de la clínica y/o servicio amigable y el mes a que corresponde la información; ejemplo: CLAM S. Mateo. Febrero. 2021 y/o Servicio Amigable Río Abajo. Febrero. 2023
5. El equipo de salud de los servicios amigables realizará reuniones periódicas para conocer y analizar la información obtenida en los informes y tomar las acciones pertinentes.

#### 18. Evaluación de buzones de sugerencias

Son una de las formas de evaluar la atención ofrecida por el personal de salud, de la instalación y/o de los servicios amigables.

**Objetivo:** Conocer las quejas, sugerencia u observaciones que puedan tener los usuarios que acuden a los servicios de atención amigables.

#### **Dirigido a:**

1. Equipo de salud.

#### **Actividad:**

1. La instalación contará con un buzón de quejas, sugerencia u observaciones y el formulario para esto (ver el anexo N° 20), así como una pluma para ser utilizada por los usuarios.
2. El buzón estará ubicado en la sala de espera de la instalación y/o del área donde se ofrece la atención a los usuarios de los servicios amigables.
3. Se coordinará con el Comité de Calidad de la instalación la apertura y/o revisión del buzón de sugerencia para poder retroalimentar a los servicios amigables con lo encontrado en el buzón.
4. La periodicidad con la que se realice la revisión del buzón de sugerencias será de acuerdo con el cronograma de reuniones del comité de calidad de la instalación o la que dicho comité establezca.
5. En aquellas instalaciones con servicios amigables que no cuenten con comités de calidad, se conformará el mismo y se establecerán las pautas para la apertura y/o revisión del buzón de sugerencias.
6. Las llaves de los buzones de sugerencias serán custodiadas por el comité de calidad o en su defecto por la dirección médica de la instalación.
7. El comité de calidad custodiará las actas de las aperturas de los buzones de sugerencias y dará seguimiento a las quejas o inconformidades que se planteen en los buzones.

## 19. Seguridad del Personal.

Tomando en cuenta que la mayoría de las Clínicas Amigables (Torrijos Carter, Altos de San Francisco, Santa Ana y El Chorrillo) se encuentran en comunidades consideradas zonas rojas por los estamentos de seguridad (Policía Nacional) es importante garantizar la seguridad de los funcionarios de salud que laboran en estas instalaciones y de los usuarios que acuden a ellas en busca de atención.

**Objetivo:** Ofrecer un ambiente laboral seguro y confiable para el equipo de salud y los usuarios que acuden a la instalación.

### Dirigido a:

1. Equipo de Salud

### Actividades:

1. Las instalaciones de salud donde se ofrezcan servicios amigables contarán con un guardia de seguridad, vigilante o miembro de la Policía Nacional.
2. Aquellas instalaciones que no cuenten con el personal del punto anterior tendrán accesibles los números de teléfono de la Policía Nacional, Bomberos, SINAPROC, Cruz Roja, etc.
3. En caso de presentarse alguna situación que ponga en riesgo la salud, honra y vida de algún miembro del equipo de salud y/o de los usuarios, se llamará a los estamentos de seguridad correspondiente (Policía Nacional, Bomberos u otros).
4. Para salvaguardar la seguridad del equipo de salud, al momento de la asesoría pre prueba se le informará al usuario sobre las Normas para el Usuario que Asiste a los Servicios de Atención Integral Amigables (ver anexo N° 19).

## 20. Vías de Comunicación

La comunicación es la base de la organización social, por lo que las vías de comunicación se refieren a los medios utilizados para transmitir mensajes a una persona o grupo de ellas<sup>21</sup>.

En la actualidad existen diversos medios para transmitir los mensajes, en especial dentro de una organización, como lo son: el teléfono, el correo electrónico, las redes sociales, entre otros.

**Objetivo:** Establecer las vías de comunicación entre los diferentes niveles jerárquicos (local, regional y/o nacional).

<sup>21</sup> <https://definicion.de/vias-de-comunicacion/>



**Dirigido a:**

1. Equipo de salud.

**Actividades:**

1. Las comunicaciones se realizarán a través de redes formales: correo electrónico institucional y/o personal, notas y/o circulares.
2. No se considera vía de comunicación formal el WhatsApp.
3. Para los casos de solicitud de insumos, la comunicación sería:
  - a) Para pruebas de VIH, pruebas de Hepatitis B y C, condones y lubricantes se solicitarán al encargado de insumos del Programa Nacional de ITS/VIH y Hepatitis Virales a través de correo electrónico con copia al (la) coordinador (a) nacional del programa y de los servicios amigables.
  - b) Para los insumos médico-quirúrgicos, medicamentos, de laboratorios, equipo de oficina u otros se solicitarán a la región de salud correspondiente a través de los mecanismos ya establecidos.
4. En el caso de solicitudes a instituciones cooperantes en la respuesta al VIH, estas se realizarán a través del coordinador (a) nacional de los servicios de atención amigable y el coordinador regional de ITS/VIH y Hepatitis Virales; y la respuesta a la misma serán por esa vía (correo electrónico).
5. Para la entrega y/o envío de información estadística a los cooperantes en la respuesta al VIH, esta se les hará llegar previa revisión y autorización del director médico de la instalación y el coordinador regional de VIH.
6. Toda comunicación que llegue o salga de los servicios amigables debe seguir los canales pertinentes: de la dirección regional, coordinación regional de salud pública, jefa regional de enfermería, coordinador regional del programa de ITS/VIH y Hepatitis Virales, coordinador de los servicios amigables, equipo de salud.

**21. Informe de situaciones**

En caso de que los usuarios tengan alguna queja o quieran hacer algún tipo de denuncia, además de este recurso, también cuentan con los buzones de quejas y sugerencias de los servicios amigables y/o de la instalación y con el proceso de quejas, denuncias y/o consultas ante la Defensoría del Pueblo; es importante señalar, ante esta última instancia se presentan quejas o denuncias por violación a los Derechos Humanos ocurridos solamente en instituciones públicas.

**Objetivo:** Dar a conocer a las autoridades de la instalación donde funcionan los servicios amigables, las situaciones que ocurren en estos servicios.

**Dirigido a:**

1. Equipo de salud

**Actividades:**

1. Cuando se presenten situaciones como malas relaciones interpersonales, cruces de palabras, palabras altisonantes, groserías, amenazas u otros entre el equipo de salud, entre o con el usuario, entre o con promotores implementadores de las diferentes agencias cooperantes o de las organizaciones de base comunitaria; se levantará un informe de la situación, el cual debe contar con:
  - a) Fecha, lugar y hora de la situación.
  - b) Nombre y cargo de los involucrados.
  - c) Evento ocurrido.
2. Este informe será enviado al coordinador regional de ITS/VIH y Hepatitis Virales y al coordinador (a) de los servicios amigables, quienes dependiendo de la situación tomará los correctivos necesarios para que la situación no se repita.
3. En el caso de que la situación haya sido con alguno de los promotores de las agencias cooperantes, el informe será enviado a la coordinación regional del programa de ITS/VIH y Hepatitis Virales, a la coordinación nacional de los servicios amigables y al representante de país de la agencia cooperante.
4. En el caso de que una situación se repita, se elevará el caso a la coordinación regional de ITS/VIH y Hepatitis Virales y a la coordinación regional de Salud Pública.
5. En caso de realizarse algún cambio en el equipo de salud de los servicios amigables, como medida correctiva, será notificado a la coordinación nacional de los servicios amigables.





## BIBLIOGRAFIA

1. Bioseguridad en la Práctica Bucodental: Normas Técnicas y Manual de Procedimientos. Comité Nacional de Bioseguridad en Salud Bucal. MINSA-CSS. Panamá. 2006.
2. Descriptor de Puesto de Promotor Navegador. Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala.
3. Guía de Prevención VIH/SIDA para Hombres que Tienen Relaciones Sexuales con otros Hombres. Ministerio de Protección Social. Colombia. 2011.
4. Lineamientos Técnicos para la Atención de las Poblaciones Claves en las Clínicas de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de El Salvador. 2018.
5. Lineamientos Técnicos para la Vigilancia Centinela y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Población (es) Clave (s). Secretaria de Salud. Honduras. 2017.
6. Manual de Procedimientos para Estudiantes de Enfermería. Universidad de Panamá.
7. Manual para Proveedores de Servicios de Notificación Asistida de Contactos. Ministerio de Salud. 2021.
8. Normas Básicas para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud. Ministerio de Salud. Panamá. 2019.
9. Norma de Atención Integral para Población (es) Clave (s). Ministerio de Salud de Panamá. 2020.
10. Norma para la Atención Integral a las Personas con VIH. Ministerio de Salud de Panamá. 2016.
11. Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis. Ministerio de Salud de Panamá. 2017.
12. Norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la Prevención de ITS y VIH/SIDA. Lima, Perú. 2004.

13. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025. Ministerio de Salud de Panamá. 2016.
14. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia. Ministerio de Salud. 2019.
15. Manual de Bioseguridad para Laboratorios Clínicos de las CLAM/VICITS. Panamá. 2016.
16. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.
17. Centers for disease control and prevention. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov>.
18. VIH/SIDA. (s/f). Paho.org. De <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>



### ANEXO N°. 2





8 ANTECEDENTES RELACIONADOS AL VIH	9 DATOS SOBRE HORMONIZACIÓN (personas transgener)
¿Conoce su estatus de VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo ¿Tiene prueba confirmatoria de VIH positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de diagnóstico: _____ Recibió consejería VIH <b>pre</b> prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibió consejería VIH <b>post</b> prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Refirió a clínica TARV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ ¿Ha iniciado TARV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio de TARV: _____ ¿Ha recibido consejería sobre el uso de condón y sexo seguro en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido hormonas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____ ¿Se encuentra en control con un médico especialista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se ha administrado o utilizado alguna sustancia para modificaciones corporales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____ ¿Se ha operado alguna parte de su cuerpo para modificaciones corporales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

VERSIÓN 3, 2023

**EVALUACIÓN DE RIESGO PARA OFERTA DE PrEP**

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS SIGNIFICATIVOS DE INFECCIÓN POR EL VIH**

Pregunte:

En los últimos 6 meses		
¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales vaginales o anales?	Hombres: 1, 2*, +3*	Mujeres: 1, 2*, +3*
¿Utilizó condones cada vez que tuvo relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No*	
¿Ha tenido una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No	
¿Es usted consumidor de drogas inyectables?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
¿Tiene alguna pareja sexual con infección por VIH?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
<b>En caso afirmativo ("SI") ¿su pareja ha recibido tratamiento antirretroviral durante 6 meses o más?</b>	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
<b>En caso afirmativo ("SI") ¿Tiene carga viral indetectable?</b>	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
En los últimos 3 meses		
¿Ha tenido relaciones sexuales sin utilizar condón con alguna persona con infección por el VIH que <b>NO</b> esté en tratamiento?	<input type="radio"/> Sí*** <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe***	
Considere ofrecer PrEP.*	Considere ofrecer PEP.**	Considere posible infección aguda por VIH.***

Anotaciones de cierre en Pre-Orientación	
A usuario(a) se le ofertó PrEP	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
El (la) usuario(a) aceptó la PrEP	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Esquema aceptado	<input type="radio"/> PrEP diaria <input type="radio"/> PrEP-AD



VERSIÓN 3, 2023





DE PRUEBA DE VIH AL MOMENTO DE LA CONSULTA <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado		11. PrEP
Recibió consejería Pre prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recibió consejería Pos prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recibió consejería de PrEP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Alguna vez a utilizado la Profilaxis Previa Exposición (PrEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Cuál? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyectable
		¿Hace cuánto? _____
12. OTROS HALLAZGOS		
_____ _____ _____ _____ _____		

VERSIÓN 1. 2023

**FORMULARIO DE INGRESO A PrEP**

Lactancia	
¿Está dando lactancia materna?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**Sección 1: Exposición reciente al VIH y riesgo de infección aguda por VIH**

Criterios de riesgo de infección aguda por VIH	Preguntas generadoras (Si escoge Sí en alguna de las siguientes preguntas**)		
<b>Exposición reciente a la infección por el VIH</b>	Pregunta: Si ha tenido relaciones sexuales, en los últimos 14 días, con persona (s) VIH positivo, sabe si toma adecuadamente su tratamiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
<b>Síntomas compatibles con infección aguda por el VIH (**)</b>	Pregunta: ¿En los últimos 15 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		
	Resfrío o gripe <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras o llagas en boca y/o garganta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Dolor muscular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de garganta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sarpullido o ronchitas en la piel <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Secreción nasal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Episodios de diarrea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Mialgia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de peso <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Vómitos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Signos compatibles con una infección aguda del VIH (**)</b>	Ante si usted encontró alguno de los siguientes signos en el examen físico:		
	Hepatomegalia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Esplenomegalia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Aumento tamaño ganglios linfáticos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Adenopatía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rash <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Aftas en la orofaringe <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otros: _____			

\*\* Si paciente manifiesta haber tenido TANTO relaciones sexuales sin preservativo COMO síntomas gripales y/o presenta signos clínicos compatibles, existe la posibilidad de que presente una infección aguda por VIH. En este caso, a CRITERIO médico, posponer el inicio de PrEP por 4 semanas y debe repetir la prueba de VIH a las cuatro semanas. O referir a Clínica Amigable (CLAM) para confirmación de resultado a fin de determinar la existencia potencial o confirmada de una infección aguda por el VIH en paciente. En pacientes en seguimiento: Si se confirma la infección por VIH, debe suspenderse inmediatamente la PrEP y enviar a paciente a "Navegación" para su vinculación a Clínicas de Tratamiento Antirretroviral (CTARV). Pacientes embarazadas en seguimiento de PrEP y diagnóstico de VIH, deben continuar con PrEP hasta vinculación a CTARV.

VERSIÓN 2. 2023

Plan de PrEP	
Elegible para PrEP según evaluación clínica	
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Esquema a utilizar	
<input type="radio"/> PrEP diaria	<input type="radio"/> PrEP a demanda
Dosis de PrEP <b>TDF 300mg/FTC 200mg v.o por 30 días</b> <input type="radio"/> 1 tableta cada día <input type="radio"/> 2 tabletas (2-24hrs) antes de tener relaciones sexuales y 1 tableta 24hrs después de la primera dosis y 1 tableta 24 hrs después de la segunda dosis.	Si no es elegible para PrEP marque los motivos que aplican: <input type="radio"/> Diagnóstico de VIH <input type="radio"/> Resultados de creatinina arriba de lo normal <input type="radio"/> Sospecha de infección aguda por VIH* <input type="radio"/> Exposición Reciente por el VIH* *Citar en un mes
Cantidad de condones entregados <input type="text"/>	<input type="radio"/> Referencia a la CTARV
<input type="radio"/> Otra:	

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Próxima Cita** Fecha: **DÍA | MES | AÑO** Hora:  Firma y sello del (a) Médico(a):

VERSIÓN 2.0023





ANEXO N.º 3 PARTE B

**MINISTERIO DE PANAMÁ**  
**SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA VIGILIA CENTINELA DE ITS -FORMULARIO VICITS-**  
**HISTORIA CLÍNICA PARA HOMBRES Y TRANS**  
 PARTE B

Asegurado  No Asegurado  Nuevo  Reconsulta

Centro de Salud de: \_\_\_\_\_

Número de identificación personal: \_\_\_\_\_ Número de Formulario VICITS: \_\_\_\_\_

Código Único \_\_\_\_\_ Fecha:      DÍA /      MES /      AÑO

Nombre con identidad de género \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Nota: Marcar en las casillas correspondientes con una

Uso de condón <input type="checkbox"/>		Muestras obtenidas para laboratorio	
		<input type="checkbox"/> Secreción uretral	<input type="checkbox"/> Sangre
		<input type="checkbox"/> Secreción anal	
		Otro: _____	
Diagnóstico		Tratamiento	
Sintomático	Etiológico		
<input type="checkbox"/> ÚLCERA GENTAL ANAL CON VESÍCULA	<input type="checkbox"/> Herpes genital	<input type="checkbox"/> Aciclovir 200 mg vía oral, 5 veces al día, durante 7 días	
<input type="checkbox"/> ÚLCERA GENTAL ANAL SIN VESÍCULA	<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Chancro blando	<input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatínica 2,400,000 U.I. vía intramuscular, dosis única <input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatínica 2,400,000 U.I. vía intramuscular, una dosis c/semana por 3 semanas <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg vía oral, cada 12 horas, durante 14 días, si alérgico a penicilina	<input type="checkbox"/> Eritromicina 500mg vía oral cada 6 horas, durante 7 días <input type="checkbox"/> Ciplofoxacina 500 mg vía oral 2 veces al día por 3 días <input type="checkbox"/> Ceftriaxona 250 mg dosis única
<input type="checkbox"/> SECRECIÓN URETRAL	<input type="checkbox"/> Gonococia <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Ciplofoxacina 500mg vía oral, dosis única	<input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g vía oral, dosis única <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg vía oral, 12 veces al día, durante 7 días
<input type="checkbox"/> BUBÓN INGUINAL	<input type="checkbox"/> H. Duzeyi <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg vía oral, cada 12 horas, durante 21 días <input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg vía oral, cada 6 horas, durante 21 días	
<input type="checkbox"/> EDEMA DE ESCROTO	<input type="checkbox"/> Gonococia <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Ciplofoxacina 500mg vía oral, dosis única	<input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g vía oral, dosis única <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg vía oral, cada 12 horas, durante 7 días
<input type="checkbox"/> PROCTITIS	<input type="checkbox"/> Gonococia <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Ciplofoxacina 500mg vía oral, dosis única	<input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g vía oral, dosis única <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg vía oral, cada 12 horas, durante 7 días
<input type="checkbox"/> VERRUGAS GENTALES	<input type="checkbox"/> Papiloma virus	<input type="checkbox"/> Podofina 25%, aplicaciones una vez por semana, hasta curación completa <input type="checkbox"/> Ácido trifenolico (80-90%) aplicaciones 1 vez/sem, hasta curación completa	

VERSIÓN 3, 2023

<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio de TARV:    /    /
Otro diagnóstico: _____ Otro medicamento: _____	Condomes entregados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____	
Parejas / Contactos referencia para ITS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pareja/Contacto 1: Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____		
Pareja/Contacto 2: Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____		
Pareja/Contacto 3: Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____		

FIRMA Y SELLO MÉDICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

VERSIÓN 3. 2023







<p><b>7. ANTECEDENTES DE HABITOS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS</b></p> <p>¿Ha consumido bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual</p> <p>¿Ha consumido drogas en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Qué tipo de drogas? <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Inhalables <input type="checkbox"/> Inyectables</p> <p>Fecha de inicio de consumo: _____</p>	<p><b>8. ANTECEDENTES RELACIONADOS AL VIH</b></p> <p>¿Conoce su estatus de VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>¿Tiene prueba confirmatoria de VIH positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de diagnóstico: _____</p> <p>Recibió consejería VIH <i>pre</i> prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Recibió consejería VIH <i>post</i> prueba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Refirió a clínica TARV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____</p> <p>¿Ha iniciado TARV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de inicio de TARV: _____</p> <p>¿Ha recibido consejería sobre el uso de condón y sexo seguro en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>9. ANTECEDENTES DE ITS</b></p> <p>¿Ha padecido de alguna ITS en su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____</p> <p>¿En los últimos 12 meses ha padecido alguna ITS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____</p> <p>¿Cuál ITS?</p> <p><input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Gonorrea</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera(s) <input type="checkbox"/> Clamidia</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Condiloma</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Otra ITS: _____</p>	<p><b>10. DATOS SOBRE HORMONIZACIÓN (personas transgénero)</b></p> <p>¿Ha recibido hormonas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuáles?: _____</p> <p>¿Se encuentra en control con un médico especialista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se ha administrado o utilizado alguna sustancia para modificaciones corporales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?: _____</p> <p>¿Se ha operado alguna parte de su cuerpo para modificaciones corporales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

VERSIÓN 1, 2023

**EVALUACIÓN DE RIESGO PARA OFERTA DE PrEP**

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS SIGNIFICATIVOS DE INFECCIÓN POR EL VIH**

Pregunte:

<b>En los últimos 6 meses</b>		
¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales vaginales o anales?	Hombres: 1, 2*, +3*	Mujeres: 1, 2*, +3*
¿Utilizó condones cada vez que tuvo relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No*	
¿Ha tenido una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No	
¿Es usted consumidor de drogas inyectables?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
¿Tiene alguna pareja sexual con infección por VIH?	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
<b>En caso afirmativo ("Sí") ¿su pareja ha recibido tratamiento antirretroviral durante 6 meses o más?</b>	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
<b>En caso afirmativo ("Sí") ¿Tiene carga viral indetectable?</b>	<input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe*	
<b>En los últimos 3 meses</b>		
¿Ha tenido relaciones sexuales sin utilizar condón con alguna persona con infección por el VIH que <b>NO</b> esté en tratamiento?	<input type="radio"/> Sí*** <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe***	
Considero ofrecer PrEP.*	Considero ofrecer PrEP.**	Considero posible infección aguda por VIH.***

<b>Anotaciones de cierre en Pre-Orientación</b>	
A usuario(a) se le ofertó PrEP	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
El (la) usuario(a) aceptó la PrEP	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Esquema aceptado	<input type="radio"/> PrEP diaria <input type="radio"/> PrEP-AD

VERSIÓN 1, 2023



ANEXO N.º 4 PARTE A

**MINISTERIO DE PANAMÁ**  
**SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA VIGILIA CENTINELA DE ITS -FORMULARIO VICITS-**  
**HISTORIA CLÍNICA DE ITS PARA MUJER**  
 PARTE A

Asegurado     No Asegurado
  Nuevo     Reconsulta

Centro de Salud de: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación personal: \_\_\_\_\_ Número de Formulario VICITS: \_\_\_\_\_  
 Código Único \_\_\_\_\_ Fecha:           /      /      **DÍA / MES / AÑO**  
 Nombre con identidad de género \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Nota: Marcar en las casillas correspondientes con una

<p><b>11 LUGAR DE TRABAJO</b></p> <p>¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Ocupación: _____</p> <p><b>12 SÍNTOMAS Y SIGNOS</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Nuevo    <input type="checkbox"/> Control trimestral  <input type="checkbox"/> Múltiples/síntomas    <input type="checkbox"/> Control semestral         </p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Fiebre</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Disuria (dolor o ardor al orinar)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Dispareunia (dolor en la relación sexual)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Erecor (picaón)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Edema de escroto</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Secreción uretral</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Úlcera genital</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>    Le duele?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Úlcera anal</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Úlcera oral</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Vesícula o ampolla genital</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Vesícula o ampolla anal</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Vesícula o ampolla oral</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Verruga anal</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Verruga genital</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Adenomegalia inguinal (ganglios inflamados)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. Rash</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17. Otros</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p><b>13 DATOS SOBRE USO DE CONDÓN</b></p> <p>¿En los últimos 30 días tuvo relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿En los últimos 6 meses ha tenido relaciones anales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿En su última relación sexual utilizó condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>La última vez con un cliente ¿usó condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene Pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo de pareja <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Estable</p> <p>Sexo de la pareja: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ambos</p>		Sí	No	Días	1. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Disuria (dolor o ardor al orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Dispareunia (dolor en la relación sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Erecor (picaón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Edema de escroto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Secreción uretral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Úlcera genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le duele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Úlcera anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Úlcera oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Vesícula o ampolla genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Vesícula o ampolla anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Vesícula o ampolla oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Verruga anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Verruga genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Adenomegalia inguinal (ganglios inflamados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>14 EXAMEN GENERAL:</b> <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado</p> <p>Temperatura: _____ °C    Peso: _____ Kgs</p> <p>TFGc: _____    Talla: _____    PA: _____ / _____ mmHg</p> <p>Ganglios: <input type="checkbox"/> Normal    Adenomegalia: <input type="checkbox"/> Inguinal    <input type="checkbox"/> Axilar</p> <p>Rash: <input type="checkbox"/> Ausencia    <input type="checkbox"/> Generalizada    <input type="checkbox"/> Localizada</p> <p>Boca: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Infección faríngea    <input type="checkbox"/> Secreción amígdalas</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Mucosa    <input type="checkbox"/> Úlcera    <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Abdomen: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Fosa ilíaca izquierda    <input type="checkbox"/> Hipogástrico</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Fosa ilíaca derecha</p> <p>Vulva: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Úlcera    <input type="checkbox"/> Vesícula</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Verruga    <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Neutrofílos: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Hiperemia    <input type="checkbox"/> Secreción    <input type="checkbox"/> Verruga</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Vesícula    <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Úlcera    <input type="checkbox"/> Secreción    <input type="checkbox"/> Verruga</p> <p><b>15 EXAMEN CON ESPEJULO:</b> <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado</p> <p>Vagina: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Hiperemia    <input type="checkbox"/> Atrófica</p> <p>          <input type="checkbox"/> Úlcera    <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>          <input type="checkbox"/> Menstruación presente</p> <p>Cantidad: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Anormal</p> <p>Color: <input type="checkbox"/> Blanco    <input type="checkbox"/> Amarillento    <input type="checkbox"/> Verde    <input type="checkbox"/> Café</p> <p>Aspecto: <input type="checkbox"/> Singularente    <input type="checkbox"/> Espumoso    <input type="checkbox"/> Grumoso    <input type="checkbox"/> Lechoso</p> <p>Olor fétido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cervix: <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Ausencia    <input type="checkbox"/> Friable    <input type="checkbox"/> Púe en OCE</p> <p>          <input type="checkbox"/> Anormal    <input type="checkbox"/> Úlcera    <input type="checkbox"/> Hiperemia    <input type="checkbox"/> Tumor</p> <p>OCE: Oficina cervical externa</p>
	Sí	No	Días																																																																										
1. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
2. Disuria (dolor o ardor al orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
3. Dispareunia (dolor en la relación sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
4. Erecor (picaón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
5. Edema de escroto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
6. Secreción uretral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
7. Úlcera genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Le duele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
8. Úlcera anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
9. Úlcera oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
10. Vesícula o ampolla genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
11. Vesícula o ampolla anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
12. Vesícula o ampolla oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
13. Verruga anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
14. Verruga genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
15. Adenomegalia inguinal (ganglios inflamados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
16. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
17. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										



<b>16 EXAMEN BIMANUAL:</b> <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado		<b>17 EXAMEN CON ANOSCOPIO:</b> <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado	
Anexas: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Dolor: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	Tumor: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Óstera <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Varuga <input type="checkbox"/> Fisura <input type="checkbox"/> Tumores <input type="checkbox"/> Prolapsos <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Menstruación presente		<b>18 PRUEBA DE VIH AL MOMENTO DE LA CONSULTA:</b> <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado	
Hipogastrio: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Color a la palpación		Recibió consejería Pre prueba: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibió consejería Pos prueba: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibió consejería de PrEP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cérvix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Dolor con movimiento		<b>19 INTERVENCIONES DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO:</b> ¿Ha recibido alguna intervención de cambio de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ovarios: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Aumentado de volumen		<b>20 PrEP:</b> ¿Alguna vez a utilizado la Profilaxis Preva Exposición (PrEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Oral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> No ¿Hace cuánto? _____	
<b>21. OTROS HALLAZGOS</b> _____ _____ _____ _____			

VERSIÓN 3. 2023

**FORMULARIO DE INGRESO A PrEP**

**Lactancia**

¿Está dando lactancia materna?  Sí  No

**Sección 1: Exposición reciente al VIH y riesgo de infección aguda por VIH**

Criterios de riesgo de infección aguda por VIH	Preguntas generadoras (Si escoge Sí en alguna de las siguientes preguntas**)			
Exposición reciente a la infección por el VIH	Pregunta: Si ha tenido relaciones sexuales, en los últimos 14 días, con persona (s) VIH positivo, sabe si toma adecuadamente su tratamiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
Síntomas compatibles con infección aguda por el VIH (**)	Pregunta: ¿En los últimos 15 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas?			
	Resfriado o gripe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Dolor muscular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Secreción nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Episodios de diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Signos compatibles con una infección aguda del VIH (**)	Anotar si usted encontró alguno de los siguientes signos en el examen físico:			
	Hepatomegalia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Esplenomegalia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Adenopatía	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rash	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			Aumento tamaño ganglios linfáticos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Aftas en la orofaringe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros: _____				

\*\* Si el paciente manifiesta haber tenido **TANTO** relaciones sexuales sin preservativo **COMO** síntomas gripales y/o presenta signos clínicos compatibles, existe la posibilidad de que presente una infección aguda por VIH. En este caso, a **CRITERIO** médico, posponer el inicio de PrEP por 4 semanas y debe repetirse la prueba de VIH a las cuatro semanas. O referir a Clínica Amigable (CLAM) para confirmación de resultado a fin de determinar la existencia potencial o confirmada de una infección aguda por el VIH en paciente. **En pacientes en seguimiento:** Si se confirma la infección por VIH, debe suspenderse **inmediatamente** la PrEP y enviar a paciente a "Vigilancia" para su vinculación a Clínicas de Tratamiento Antirretroviral (CTARV). Pacientes embarazadas en seguimiento de PrEP y diagnóstico de VIH, deben continuar con PrEP hasta vinculación a CTARV.

VERSIÓN 3. 2023

Plan de PrEP	
Elegible para PrEP según evaluación clínica	
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Esquema a utilizar	
<input type="radio"/> PrEP diaria	<input type="radio"/> PrEP a demanda
Dosis de PrEP <b>TDF 300mg/FTC 200mg v.o por 30 días</b> <input type="radio"/> 1 tableta cada día <input type="radio"/> 2 tabletas (2-24hrs) antes de tener relaciones sexuales y 1 tableta 24hrs después de la primera dosis y 1 tableta 24 hrs después de la segunda dosis.	Si no es elegible para PrEP marque los motivos que aplican: <input type="radio"/> Diagnóstico de VIH <input type="radio"/> Resultados de creatinina arriba de lo normal <input type="radio"/> Sospecha de infección aguda por VIH* <input type="radio"/> Exposición Reciente por el VIH* *Citar en un mes
Cantidad de condones entregados <input type="text"/>	<input type="radio"/> Referencia a la CTARV
<input type="radio"/> Otro:	

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Próxima Cita** Fecha: **DÍA** | **MES** | **AÑO** Hora:  Firma y sello del (la) Médico(a):

VERSIÓN 3, 2023





<input type="checkbox"/> PROCTINA	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500 mg via oral, dosis única	M A S	<input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g via oral, dosis única <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg via oral, cada 12 horas durante 7 días
<input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITALES	<input type="checkbox"/> Papiloma virus	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Podofilina 25%, aplicaciones una vez por semana hasta curación completa <input type="checkbox"/> Ácido tricloroacético (80-90%) aplicaciones 1 vez/sem. hasta curación completa		
<input type="checkbox"/> Otro Tratamiento: <input type="checkbox"/> Sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Ácido Fólico <input type="checkbox"/> Prenatales <input type="checkbox"/> Toxoides de Tetano				
<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo ¿Fue referido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio de TARV: _____
Otro diagnóstico: _____ Otro medicamento: _____			Condones entregados: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____	
Parejas / Contactos referencia para ITS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Pareja/Contacto 1: Nombre _____		Teléfono _____		Dirección _____
Pareja/Contacto 2: Nombre _____		Teléfono _____		Dirección _____
Pareja/Contacto 3: Nombre _____		Teléfono _____		Dirección _____
<input checked="" type="checkbox"/> Contraindicado en el embarazo * La vaginitis bacteriana no es una ITS pero en este caso está incluida con las otras ITS para su diagnóstico y tratamiento.				

FIRMA Y SELLO MÉDICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_





**ANEXO N.º 5  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
SECCION DE ITS/VIH/SIDA**

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ACUDE A LOS SERVICIOS PROVISTOS POR LA CLÍNICA AMIGABLE PARA POBLACIONES CLAVES PARA ITS Y NO FORMA PARTE DE ESTA POBLACIÓN.**

**Información para el usuario**

Estimado usuario, usted ha acudido a una clínica amigable el día de hoy. Como le ha explicado un personal de salud durante su atención, las clínicas amigables para poblaciones claves para infecciones de transmisión sexual (ITS) son servicios que se han ajustado para poblaciones altamente vulnerables para contraer ITS como lo son las mujeres Trans, trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres.

Estos servicios tienen como propósito prevenir estas infecciones, brindar tratamiento, y referir a servicios más especializados relacionados, cuando sea necesario.

Para ofrecer estos servicios, el Ministerio de Salud colabora con organizaciones con experiencia en la referencia de pares (personas que también se identifican como mujeres Trans, trabajadoras sexuales y/o hombres que tienen sexo con hombre y que ha sido capacitadas en este tipo de servicio) así como con otras organizaciones que mediante promotores (personas capacitadas en este tipo de servicio) virtuales o que presencialmente refieren a nuestros servicios personas de la población ante descrita.

Se les pide su colaboración en llenar el siguiente documento, ya que, durante la atención recibida en esta instalación, usted manifestó que no forma parte de la población clave que se atiende en horario de clínica amigable.

Este documento tiene como único propósito evidenciar que usted acudió en este horario especial y que la persona que lo refirió pueda documentar que usted no es parte de la población clave. De esta manera podemos mejorar la comunicación hacia las otras personas que pueda abordar el promotor o la organización

Este documento no limita su atención en esta instalación de salud ni compromete sus derechos como pacientes, sino que más bien nos compromete a satisfacer sus necesidades de acuerdo con los paquetes de atención disponibles para la población general. También nos ayuda a continuar nuestra misión de evitar nuevas infecciones en la población clave que de otro modo no accedería a la atención en salud.

Toda la información provista por usted durante la entrevista y en este documento, es confidencial y será archivado únicamente en su expediente clínico. Usted también tendrá una copia del documento que firmará a continuación.

Tómese el tiempo de leer y de hacernos preguntas en caso de tener dudas, antes de completar este documento.

**Declaración del asistente a la clínica amigable**

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal y/o número de pasaporte \_\_\_\_\_ hago constar que no me identifico como parte de la población de mujeres Trans, hombres que tienen sexo con hombre o como trabajadora sexual y que fui invitada (o) a recibir atención en esta clínica y en este horario, por las siguientes razones:

Se me ha explicado que, aunque no soy parte de estas poblaciones, puedo acceder a los servicios de salud en el horario regular de esta instalación y para ello se me ha entregado un surco o referencia para recibir la atención solicitada.

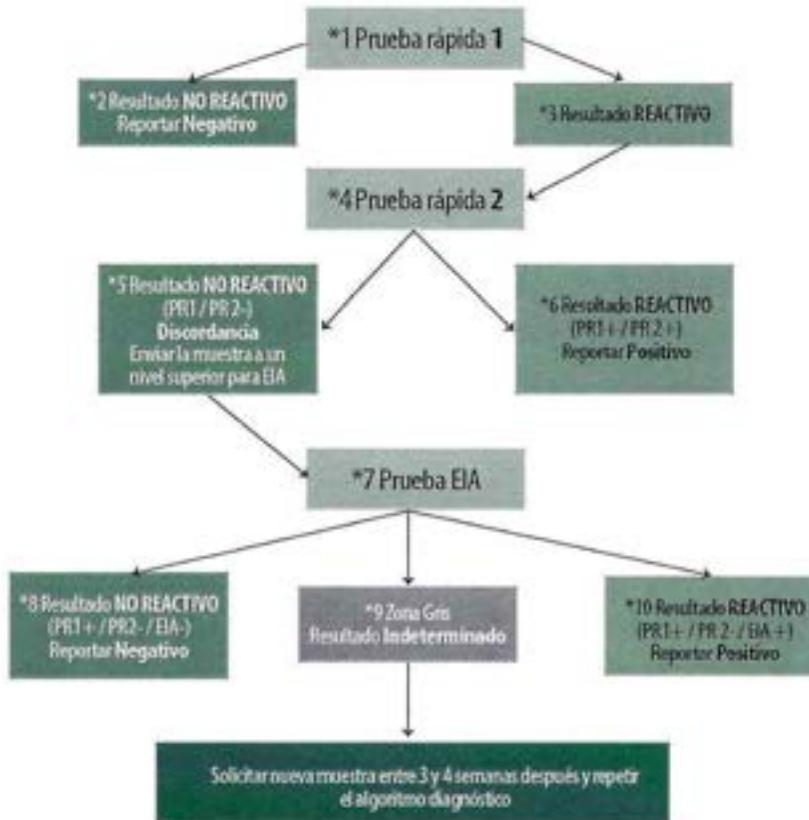
\_\_\_\_\_  
Firma de la persona recibida  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del funcionario que atiende  
Fecha y hora





**ANEXO N.º 6  
ALGORITMO NACIONAL DE LA PRUEBA DE VIH**



- \*1 prueba rápida de 3ra. Generación.
- \*2 Si la primera prueba rápida realizada en el tamizaje inicial tiene un resultado NO REACTIVO, se entregará el resultado al médico tratante como NEGATIVO.
- \*3 Si el resultado de la prueba rápida inicial fuera REACTIVO, se deberá realizar una SEGUNDA prueba rápida de diferente casa comercial.
- \*4 Segunda prueba rápida: prueba rápida de 3ra. Generación.
- \*5 Si el resultado de la segunda prueba rápida es NO REACTIVO, se notifica al médico tratante la discordancia de los resultados y se remite la muestra al Laboratorio para realizar una prueba de EIA.
- \*6 Si el resultado de la segunda prueba rápida es REACTIVO, se notifica al médico tratante un resultado final como POSITIVO.
- \*7 Se deberá realizar la prueba de EIZ cuando exista discordancia entre los resultados de las pruebas rápidas 1 y 2.  
- Si la muestra reportada por el nivel local presenta DISCORDANCIA y el resultado de la prueba EIA es:  
\*8 NO REACTIVO: se entregará el resultado como NEGATIVO al establecimiento que ha referido la muestra.  
\*9 ZONA GRIS: cuando el resultado de la prueba se sale de los rangos convencionales y, por lo tanto, el resultado es INDETERMINADO. En este caso se solicita nueva muestra entre 3 a 4 semanas después de la primera muestra.  
\*10 REACTIVO: el resultado se reportará como POSITIVO al establecimiento que ha referido la muestra.

- En cualquier etapa del procedimiento se puede solicitar consulta al Laboratorio Central de Referencia.
- Solo deberán usarse pruebas con criterio técnico aprobado por el Laboratorio Central de Referencia.
- Reportar resultados positivos al Departamento Nacional de Epidemiología del MINSA según normas existentes de Vigilancia Epidemiológica.
- Todo usuario positivo debe ser referido a Infectología o a la CTARV de su respectiva región de salud. El Personal de salud debe recordarle a la persona que a la cual se le solicitará la prueba de VIH, que debe recibir asesoría pre y post prueba de VIH.

**ANEXO N.º 7**

**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – SECTOR PRIVADO – ICGES  
FORMULARIO DE SOLICITUD Y REPORTE DE PRUEBA DE VIH**

Instalación de Salud:		Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Asintomático <input type="checkbox"/>		
Región de Salud:		Sala _____		Cama _____		Síntomático <input type="checkbox"/>		
Nombre Completo								
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Auto identificación		Asegurado <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/>	
D / M / A			HT <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/>		BI <input type="checkbox"/> TRS <input type="checkbox"/> Otros: _____		Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cédula o Pasaporte		No. Historia Clínica		Correo Electrónico		Tel. Casa Tel. Trabajo Tel. Celular		
Provincia		Distrito		Corregimiento		Residencia Permanente		
Grupo poblacional: Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>								
Si es indígena: Kuna <input type="checkbox"/> Ngábe Bugle <input type="checkbox"/> Emberá <input type="checkbox"/> Bri Bri <input type="checkbox"/> Wounaan <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/>								

<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD</b>				<b>FACTOR DE RIESGO</b>			
Embarazo ≤ 20 semanas <input type="checkbox"/>		Solicitud del paciente <input type="checkbox"/>		Exposición Ocupacional <input type="checkbox"/>		MPS <input type="checkbox"/>	
Embarazo > 20 semanas <input type="checkbox"/>		Investigaciones Judiciales y Médico Legales <input type="checkbox"/>		Pre-Operatorio <input type="checkbox"/>		TS <input type="checkbox"/>	
Donantes <input type="checkbox"/>		CT DE ITS <input type="checkbox"/>		PPL <input type="checkbox"/>		UDI <input type="checkbox"/>	
Control de Salud <input type="checkbox"/>		TB <input type="checkbox"/>		Transfusión <input type="checkbox"/>		ODG <input type="checkbox"/>	
Matrimonio <input type="checkbox"/>				ITS <input type="checkbox"/>		No Preservativo <input type="checkbox"/>	
CT de VIH <input type="checkbox"/>				HEP B <input type="checkbox"/>		Exposición Perinatal <input type="checkbox"/>	
				HEP C <input type="checkbox"/>		Desconocido <input type="checkbox"/>	
				SIF <input type="checkbox"/>		Otros: <input type="checkbox"/>	
				O TRO <input type="checkbox"/>			

**LLENADO POR EL PACIENTE**

Recibí orientación acerca del VIH Si  No  Acepto se me realice la prueba de VIH: Si  No

Firma del paciente o su representante legal \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Examen solicitado por: \_\_\_\_\_ Nombre del personal de salud \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
D M A

**PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO LOCAL Y/O REGIONAL**

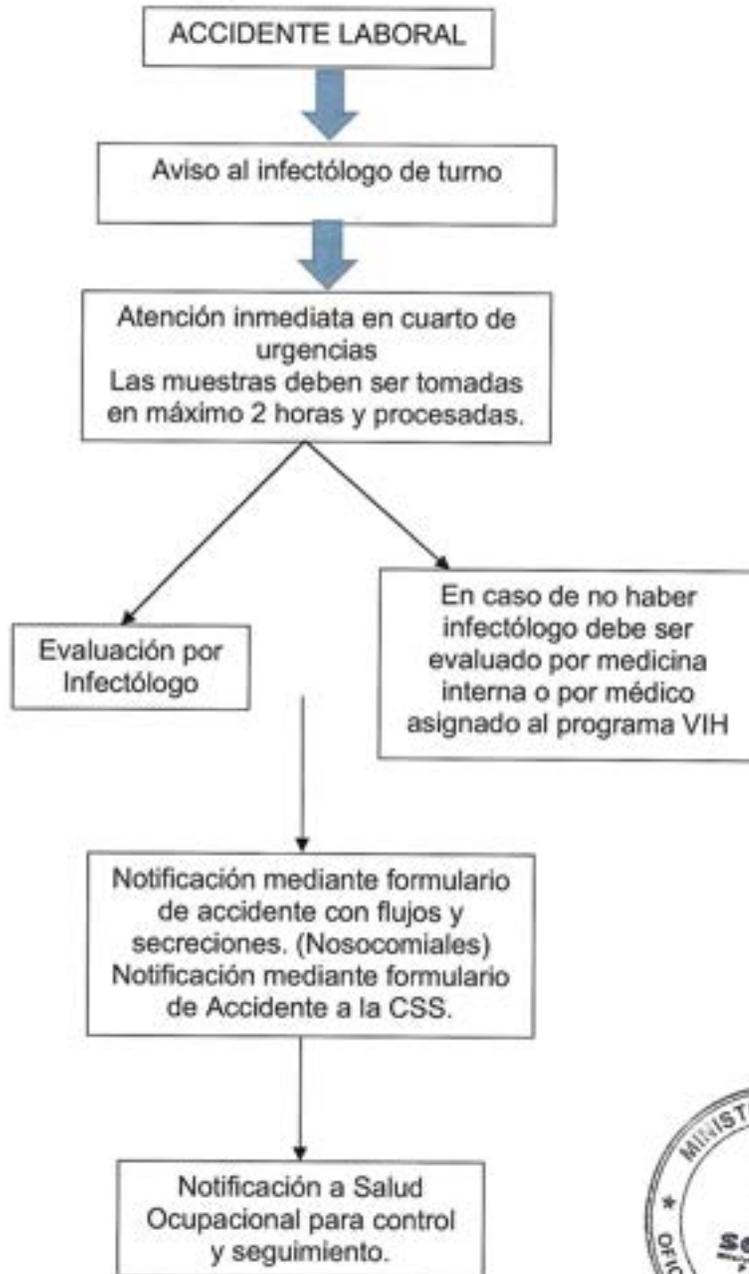
**Nota: en las instalaciones que tienen reportes electrónicos se anexará la hoja de resultado y el paciente firmará de enterado por el médico tratante.**

Fecha de toma de muestra		Fecha de recibo de muestra		Fecha de envío de muestra al LCRSP		Nº de Muestra	
Nombre del que toma la muestra		Tipo de Muestra:					
PRUEBA RÁPIDA (PR)		RESULTADO (PR-1) MARCA		RESULTADO (PR-2) MARCA			
OTRAS PRUEBAS:		RESULTADO 1: _____ Cut off.		RESULTADO 2: _____ Cut off.			
		METODOLOGÍA:		METODOLOGÍA:			
OBSERVACIONES:							
Firma y Sello del Tecnólogo Médico				Fecha de Informe:			

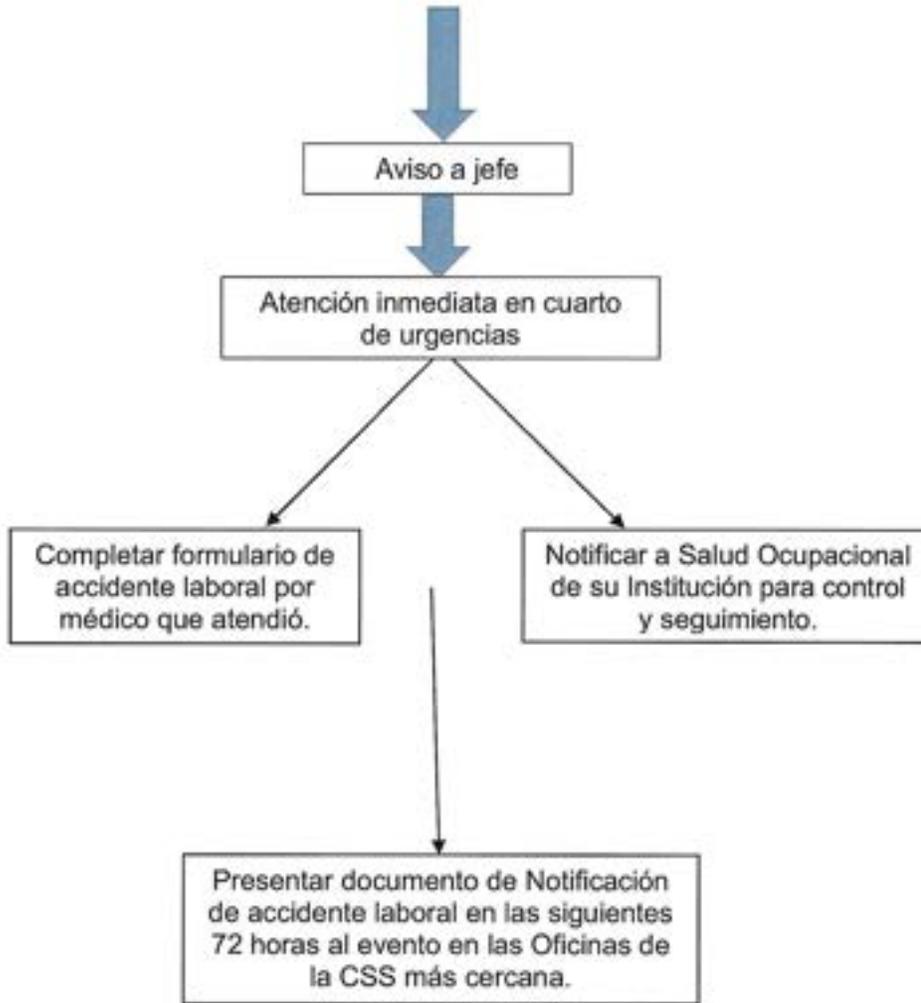
Resultado informado de la prueba de VIH: Si  Firma del paciente o su representante legal \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**ANEXO N.º 8  
FLUJOGRAMA EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL CON SUSTANCIAS BIOLÓGICAS**



**ANEXO N.º 9  
FLUJOGRAMA EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL**



## ANEXO N.º 10 FORMULARIO DE REPORTE DE ACCIDENTES LABORALES

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
RIESGOS PROFESIONALES  
"REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL"  
(INSTRUCTIVO AL REVERSO)

Nombre del Asegurado: _____																
<small>1.º NOMBRE</small>	<small>2.º NOMBRE</small>															
<small>1.º APELLIDO</small>	<small>2.º APELLIDO</small>															
SE CALIFICA																
Seguro Social N.º: _____	Cédula de Identidad Personal N.º: _____															
Dirección del Asegurado: _____																
Teléfono residencial: _____	Fecha de nacimiento: _____															
	<small>DÍA</small>   <small>MES</small>   <small>AÑO</small>															
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																
Agencia donde desea cobrar: _____																
INFORMACIÓN LABORAL																
Fecha de ingreso a la empresa: _____	Último día laborado: _____															
<small>DÍA</small>   <small>MES</small>   <small>AÑO</small>	<small>DÍA</small>   <small>MES</small>   <small>AÑO</small>															
Salario: _____ Ocupación: _____																
Hasta qué hora laboró: _____ a.m. _____ p.m.																
Explique brevemente como ocurrió el accidente: _____																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">FECHA DEL ACCIDENTE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">HORA DEL ACCIDENTE</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><small>DÍA</small></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><small>MES</small></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><small>AÑO</small></td> <td style="width: 16%; text-align: center;"><small>a.m.</small></td> <td style="width: 16%; text-align: center;"><small>p.m.</small></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		FECHA DEL ACCIDENTE			HORA DEL ACCIDENTE		<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>	<small>a.m.</small>	<small>p.m.</small>					
FECHA DEL ACCIDENTE			HORA DEL ACCIDENTE													
<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>	<small>a.m.</small>	<small>p.m.</small>												
Sucedió en la empresa: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique el lugar: _____ Indique la(s) lesión(es) y la(s) parte(s) del cuerpo afectada(s): _____																
DATOS DE LA EMPRESA																
N.º DE EMPLEADOR: _____	Actividad económica: _____															
Nombre: _____	Tel.: _____															
Dirección: _____																
HORARIO DE TRABAJO																
<small>(MAÑANA)</small>	<small>(TARDE)</small>															
De lunes a viernes de: _____ a _____ de _____ a _____																
Sábado de: _____ a _____ de _____ a _____																
Domingo de: _____ a _____ de _____ a _____																
Horario del día del accidente: de: _____ a _____ de _____ a _____																
Total de horas semanales: _____	Días libres: _____															
Prima de Riesgos Profesionales: Tipo de empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada Indique si la empresa labora con turnos rotativos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nota: En caso afirmativo, por favor adjunte al informe el horario de los turnos rotativos.																
TESTIGOS DEL ACCIDENTE																
1. Nombre: _____	Firma: _____ Tel.: _____															
2. Nombre: _____	Firma: _____ Tel.: _____															
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REPORTAR EL RIESGO																
Nombre: _____	Firma: _____ Tel.: _____															
Cédula N.º: _____	Ocupación: _____ Fecha: _____															
Observaciones: _____																
PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA																
Tipo de accidente <input type="checkbox"/>	Agente <input type="checkbox"/> Naturaleza de la lesión <input type="checkbox"/> Distrito donde ocurrió <input type="checkbox"/>															
Actividad Realizada <input type="checkbox"/> Causa Externa <input type="checkbox"/> Parte Afectada <input type="checkbox"/>																



## INSTRUCCIONES

1. La información que se solicita deberá ser registrada en su totalidad escrita a máquina o bien con letra de imprenta, en tinta de bolígrafo, sin borrones ni datos sobrepuestos.
2. El presente documento deberá presentarse en original y tres (3) copias a la Sección de Trámite de Riesgos Profesionales del Departamento de Seguridad Ocupacional.
3. Este formulario podrá ser firmado únicamente por la persona que aparece en los registros de la Caja de Seguro Social como responsable de reportar el riesgo por parte de la Empresa.
4. Requisitos indispensables para el trámite de las Incapacidades por accidentes de trabajo:
  - o Informe Patronal del Accidente.
  - o Copia de Ficha (última) (preferiblemente que la ficha contenga los dos (2) meses anteriores al mes del accidente).
  - o Copia de Cédula y Carné de Seguro Social.
  - o Si es empleado público del Gobierno Central - presentar resuelto de licencia por Riesgos Profesionales y talonario de cheque, anterior al accidente. Para otras Entidades Estatales, nota donde conste la exclusión de planilla.
  - o Confeccionar desglose de salario, cuando el caso así lo amerite. (Diferencias por más de B/. 100.00 entre las dos (2) últimas cuotas que refleja la ficha.)
  - o Copia de la Boleta, si el accidente fue de tránsito.
  - o Notas aclaratorias para sustentar según sea el accidente (Accidente fuera del área de trabajo, días libres en turno rotativo, horarios especiales).
  - o En caso de recaídas, solicitar el formulario a nuestras oficinas, el cual deberá ser llenado por la empresa.

En la medida que cumpla con todo lo requerido, estaremos en posibilidad de darle una rápida respuesta. SEÑOR ASEGURADO:





**ANEXO N° 11**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACION DE CASO VIH – SIDA Y NIÑOS EXPUESTOS**  
Decreto Ejecutivo # 1617 del 21 de octubre de 2014

**I. INDIVIDUO**

TIPO IDENTIFICADOR:  CÉDULA  PASAPORTE  OTRA NO. IDENTIFICADOR: \_\_\_\_\_ PAIS PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

1er NOMBRE \_\_\_\_\_ 2do NOMBRE: \_\_\_\_\_

1er APELLIDO \_\_\_\_\_ 2do APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_ ASEGURADO  SÍ  NO  NE

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ REGIÓN DE SALUD: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_

CORREGIMIENTO \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELÉFONO(S): \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE RESPONSABLE (en menores): \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

SEXO AL NACIMIENTO:  HOMBRE  MUJER GENERO ACTUAL:  HOMBRE  MUJER  TGF  TGM  Desconocido

ETNIA  NEGRA  INDIGENA  BLANCA  MESTIZO  ORIENTAL

INDIGENA si aplica:  BUGLE  EMBERA  WOUNAAN  GUNA  BRI BRI  NASO  NGABE

TERIBE    BOGOTA

ESTADO CIVIL:  SOLTERO (A)  CASADO (A)  UNIDO (A)  DIVORCIADO (A)  VIUDO (A)  SIN DEFINIR

ESCOLARIDAD:  NO APLICA  ANALFABETA  PRIMARIA INCOMP  PRIMARIA COMP  SECUNDARIA INCOMP  SECUNDARIA COMP

UNIVERSITARIA INCOMP  UNIVERSITARIA COMP  VOCACIONAL  NO ESPECIF.

**II. MODOS Y FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN**

PERSONA PRIV. DE LIBERTAD  NO APLICA  NO  SÍ

DONANTE DE SANGRE:  NO  SÍ FECHA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

RECEPTOR DE SANGRE/TRANS F.  NO  SÍ

ABUSO / VIOLACION  NO  SÍ

TRANSMISIÓN VERTICAL  NO APLICA  NO  SÍ

ACCIDENTE LABORAL:  NO APLICA  NO  SÍ

TIENE RELACION SEXUAL CON:  NO APLICA  HOMOSEXUAL  HETEROSEXUAL  AMBOS

ITS EN EL ÚLTIMO AÑO:  NO APLICA  SIFILIS  GONORREA  HEPATITIS B  HEPATITIS C

TRABAJADOR SEXUAL  NO APLICA  NO  SÍ

USA DROGAS:  NO APLICA  NO/NIEGA  INTRAVENOSA  NO  INTRAVENOSA

HEMOFILIA  NO  SÍ  NO ESPECIFICA

¿En los últimos 12 meses ha tenido sexo con?  MUJER  HOMBRE  HOMBRE Y MUJER  MUJER TRANS  HOMBRE TRANS  TODAS LAS ANTERIORES  NO CONTESTA

¿Entre estas opciones, con cual se identifica usted?  MUJER  HOMBRE  MUJER TRANS  HOMBRE TRANS  OTRA  NO  DESCONOCE  NO CONTESTA

¿En los últimos 12 meses ha intercambiado sexo por dinero?  SÍ  NO  NO CONTESTA

**III. CONDICIÓN DEL PACIENTE Y NOTIFICACION**

FECHA DIAGNÓSTICO:  VIH \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  SIDA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RAZON DE DIAGNOSTICO DE SIDA (SI APLICA):  CD4<200  INF. OPORTUNISTA

ESTADO ACTUAL:  VIVO  FALLECIDO FECHA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD OPORTUNISTA : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IV. VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL**

EMBARAZO CAPTADO  >=20 SEMANAS  < 20 SEMANAS  PARTO  PUERPERIO  DESCONOCE

AÑO DE EMBARAZO: \_\_\_\_\_

TÉRMINO DEL EMBARAZO:  ABORTO  MORTINATO  VIVO  NO  SI

¿EL BEBE FALLECIÓ POSTERIOR AL NACIMIENTO?  NO  SI

NOMBRES DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ APELLIDOS DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

NO. IDENTIFICADOR: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha término de embarazo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADO RESULTADO DEL PRIMER PCR: RESULTADO DEL SEGUNDO PCR:

SOSPECHOSO  DETECTABLE  DETECTABLE

CONFIRMADO  NO DETECTABLE  NO DETECTABLE

DESCARTADO FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**V. DATOS TARV**

FECHA INGRESO A TARV \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CLINICA \_\_\_\_\_

FECHA INICIO TARV \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TARV: \_\_\_\_\_

FECHA 1era PRUEBA CD4 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RES. 1era PRUEBA CD4: \_\_\_\_\_

FECHA 1era CD4 <200 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RES. 1era CD4 <200: \_\_\_\_\_

FECHA 1era CARGA VIRAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RES. 1era CARGA VIRAL: \_\_\_\_\_

FECHA CARGA VIRAL RECIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RES. CARGA VIRAL RECIENTE: \_\_\_\_\_

**VI. DATOS DE NOTIFICACIÓN**

INSTALACIÓN: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA DEL FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**ANEXO N.º 12  
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE  
EVENTOS DE SALUD PÚBLICA**



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS  
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA



I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE									
Cédula			N° de expediente clínico (si no tiene cédula):			Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre:					Apellido:				
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Edad cumplida		Años	Meses	Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Persona responsable: (En menores o discapacitados)							
Dirección	Provincia		Región		Distrito		Corregimiento		
	Comunidad o zona o sector:				Calle:				
N° Casa /Apto:		Teléfonos			Punto de referencia				
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (sólo si es diferente a la dirección residencial)					País				
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento			
Especifique el Lugar									
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE									
Diagnóstico:									
Condición:		Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Fallecido <input type="checkbox"/>			
Fecha de		Día/mes/año		Signos y síntomas			Día/Mes/Año		
Inicio de síntomas									
Hospitalización									
Defunción									
De toma de muestra									
Tipo de caso:		Sospechoso <input type="checkbox"/>		Confirmado <input type="checkbox"/>					
Criterio de caso confirmado:		Clínico <input type="checkbox"/>		Laboratorio <input type="checkbox"/>		Nexo <input type="checkbox"/>			
III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO									
Nombre y apellido									
Cargo					Fecha		Día	Mes	Año
Institución									
Teléfono					Región				
Observaciones:									
<small>Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación, estos a su vez lo envían a epidemiología regional; quienes lo notifican a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.                  Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología, Tel: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vgep@panama@yahoo.com                  Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514</small>									

### ANEXO N.º 13 SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS

DATOS DE LA INSTALACIÓN					
Nombre de la instalación:		Consulta externa <input type="checkbox"/>	Teléfono:	Región:	
		Sala <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL PACIENTE					
Primer nombre:		Segundo nombre:		Primer apellido:	Segundo apellido:
Cédula / Pasaporte:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Teléfono:	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Región:		Distrito:		Corregimiento:	Localidad:
FACTORES DE RIESGO					
HIV	Positivo <input type="checkbox"/>	Uso de droga	Sí <input type="checkbox"/>	Especifique:	
	Negativo <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Diabetes <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>	Enfermedad o lesión renal <input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/>	Otras enfermedades (inmunosupresoras) <input type="checkbox"/>	
Otros factores de riesgo:	Privado de libertad <input type="checkbox"/>	Contacto MDR <input type="checkbox"/>	Trabajador de Salud <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO					
Antecedentes de tratamiento:	Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente tratado <input type="checkbox"/>	Recada <input type="checkbox"/>	Perdida en el seguimiento <input type="checkbox"/>	Fracaso <input type="checkbox"/>
				Otro previamente tratado <input type="checkbox"/>	
Para pacientes previamente tratados:			Fecha:	Duración (meses):	
Lugar de tratamiento:					
Antecedentes de tratamiento:	Isoniacida <input type="checkbox"/>	Rifampicina <input type="checkbox"/>	Pirazinamida <input type="checkbox"/>	Kanamicina <input type="checkbox"/>	Bedaquolina <input type="checkbox"/>
	Amoxicilina <input type="checkbox"/>	Capreomicina <input type="checkbox"/>	Ofloxacina <input type="checkbox"/>	Ethiosamida <input type="checkbox"/>	Cicloserina <input type="checkbox"/>
Resultado del último tratamiento según el paciente:	Curado <input type="checkbox"/>	No curado <input type="checkbox"/>	Desconoce <input type="checkbox"/>		
DATOS DE LA MUESTRA Y EXÁMEN SOLICITADO					
MUESTRAS RECOLECTADAS					
Tipo de muestra:	Espudo <input type="checkbox"/>	Otro tipo de muestra (especificar):			
	Fecha de toma:		Fecha de toma:		
Examen solicitado:	Baciloscopia <input type="checkbox"/>	Cultivo <input type="checkbox"/>	Sensibilidad <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>	
Baciloscopia Diagnóstica:	1° <input type="checkbox"/>	2° <input type="checkbox"/>	Baciloscopia Control:	1° <input type="checkbox"/>	2° <input type="checkbox"/>
			3° <input type="checkbox"/>	4° <input type="checkbox"/>	5° <input type="checkbox"/>
				6° <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>
*A todo paciente BK+ comunicar de manera expresa el resultado del 2° control para toma de decisiones					
DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre del profesional (letra impresa):			Firma:	Fecha:	
Fecha de recibo de muestras en laboratorio:			Nombre de quien recibe la muestra:		
RESULTADO					
Baciloscopia	Cultivo	Sensibilidad	PCR (Tjert MDR/RI - otros)		
			TB no detectada	<input type="checkbox"/>	
			TB detectada, resistencia a R no detectada	<input type="checkbox"/>	
			TB detectada, resistencia a I detectada	<input type="checkbox"/>	
			TB detectada, resistencia a R indeterminada	<input type="checkbox"/>	
			Invalidado/Errores/Sin resultado	<input type="checkbox"/>	
Nombre y firma del tecnólogo médico:			Fecha:		



**Significado de los resultados posibles del Xpert MTB RIF:**

- **TB no detectada:** negativo para Complejo M. tuberculosis
- **TB detectada, resistencia a Rifampicina no detectada:** positivo para Complejo M. tuberculosis, sin resistencia a Rifampicina.
- **TB detectada, resistencia a Rifampicina detectada:** positivo para Complejo M. tuberculosis, con resistencia a Rifampicina.
- **TB detectada, resistencia a Rifampicina indeterminada:** positivo para Complejo M. tuberculosis, resistencia indeterminada. Examinar nueva muestra.
- **Invalidez/ Error / Sin resultado:** invalidado. Examinar nueva muestra.
  - **Invalidez:** no se puede determinar la presencia o ausencia de MTB. Motivos: el control de procesamiento de muestra (Specimen Probe Control, SPC por sus siglas en inglés) no cumple los criterios de aceptación, la muestra no se ha procesado correctamente o se ha inhibido el PCR.
  - **Error:** uno o todos los resultados de comprobación de la sonda han fallado. Si la comprobación de la sonda es correcta, el error se debe al fallo en algún componente del sistema.
  - **Indeterminado:** no se puede determinar la resistencia a RIF debido a una detección insuficiente de la sonda.

Continuación



**ANEXO N.º 14  
HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA**



**Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Cédula** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**I. Sección de factores de riesgo:**

Fuma actualmente:	SI_ No_
# Cigarrillos por día?	_____
¿Ha planeado parar?:	SI_ No_
Quando piensa parar	_____
Consume marihuana:	SI_ No_
Cocaína:	SI_ No_
Otras drogas:	SI_ No_
Cuales:	_____
¿Consume bebida alcohólica?:	
(0) nunca;	
(1) Una o menos veces al mes;	
(2) 2-4 veces al mes;	
(3) 2 o 3 veces a la semana;	
(4) 4 o más veces a la semana.	

¿Cuántas bebidas consume en un día?: (0) 1 o 2; (1) 3 o 4; (2) 5 o 6; (3) 7 a 9; (4) 10 o +
¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un día? • (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente • (4) a diario o casi a diario.
Camina, trota, corre, nada, o monta bicicleta, al menos 3 veces por semana por un mínimo de 30 min en los últimos 3 meses (SI_ No_)
Otra forma de actividad física (SI_ No_)
Cual: _____

**II. Sección de re consulta**

**Síntomas** \_\_\_\_\_

Presión arterial _____ mmHg	Frecuencia cardíaca _____	Frecuencia respiratoria _____
Temperatura _____ (°C)	Edad _____ (años)	Peso _____ (Kg) Talla _____ Cintura _____ (cm)
Índice de masa corporal _____	Peso normal <input type="checkbox"/>	Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>

**Problemas identificados / Análisis:** \_\_\_\_\_

**Plan:** \_\_\_\_\_

**Educación:** \_\_\_\_\_

**Visita domiciliar:** (SI\_ No\_)

**Firma y sello del Profesional que atiende**

CONSEJERÍA	
Dejar de consumir Alcohol.....	<input type="checkbox"/>
Dejar de consumir drogas ilícitas.....	<input type="checkbox"/>
Estilo de vida saludable.....	<input type="checkbox"/>
Prácticas sexuales seguras.....	<input type="checkbox"/>
Planificación familiar.....	<input type="checkbox"/>
Prevención de caídas.....	<input type="checkbox"/>
REFERENCIA	
Clinica de cesación.....	<input type="checkbox"/>
Salud mental.....	<input type="checkbox"/>
Salud nutricional.....	<input type="checkbox"/>
Salud bucal.....	<input type="checkbox"/>
Trabajo social.....	<input type="checkbox"/>



### ANEXO N.º 15 HISTORIA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

REGIÓN DE SALUD DE ██████████  
SERVICIO DE SALUD MENTAL

*Historia Clínica de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*

Fecha de Apertura \_\_\_\_\_ Aseg.  No Aseg.  Cédula \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_ 1er Nombre \* \_\_\_\_\_ 2do Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_ Comunidad, calle \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Referido \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Dolencia Principal ( inicio, evaluación, manifestaciones clínicas.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Antecedentes Personales:**

1. No Patológicos: (emb, parto, niñez, adolescente, escolar, adulto, gravid, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Patológicos: (enf. De la niñez, hosp. Traumas, convulsiones etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Antecedentes Familiares: (estruc. Familiar, enfermedades familiar.)

---

---

---

---

---

---

---

---



**Personalidad Previa: ( a la enfermedad Actual, tímido, agresivo, impulsivo).**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hallazgos Psiquiátricos: ( aspecto general, act, palcos, afec, pasien, orfandad, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc).**

---

---

---

---

---

**Impresión Diagnóstica:**

---

---

---

---

---

**Tratamiento:**

---

---

---

---

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma y Sello del Funcionario/a:** \_\_\_\_\_







**CONDICION ECONOMICA**  
 INGRESOS MENSUALES PROMEDIO CORRESPONDE  
 MENOS DE \$100.00 MENSUALES   
 \$100.000 A 299.00 MENSUALES   
 \$300.00 A 499.00 MENSUALES   
 \$500.00 A 699.00 MENSUALES   
 \$700.00 Y MAS MENSUALES

**INDIQUE FACTORES DE RIESGO EN LA ECONOMIA INDIVIDUAL/FAMILIAR Y EL PODER ADQUISITIVO EXISTENTE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**FUENTE DE INGRESO**  
 FORMAL  INFORMAL

**VIVIENDA:** PROPIA  ALQUILADA  COMPARTIDA  CEDIDA   
 TIPO DE PISO: CEMENTO  MADERA  TIERRA  OTROS   
 TECHO: ZINC  MADERA  TEJA  CEMENTO  OTROS   
 PAREDES: CEMENTO  ZINC  MADERA  OTROS

**FACTORES DE RIESGO SOCIAL** (El concepto de riesgo social introducido por el Banco Mundial en el año 2000 bajo el esquema de Gestión del Riesgo Social, presenta enfoque alternativo evaluar y desarrollar instrumentos de protección social que prevengan la emergencia de situaciones negativas o que mitiguen sus efectos. Incluir como indígenas, Neorribindios, Etnias Indígenas, Pájaros, Desarrollo Humano, Cobertura Social) Señale los Riesgos Sociales Identificados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DX. SOCIAL (SEIS)** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INTERVENCION DEL TRABAJADOR(A) SOCIAL** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCION (RECOMENDACIONES)** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TRABAJADOR(A) SOCIAL  
 idoneidad # \_\_\_\_\_



**ANEXO N.º 17  
LISTA DE ASISTENCIA DE CHARLAS/TALLERES**

**MINISTERIO DE SALUD  
REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_  
CLÍNICA AMIGABLE \_\_\_\_\_**



**LISTA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS**

**ACTIVIDAD:** \_\_\_\_\_

**TEMA:** \_\_\_\_\_

**LUGAR:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

N.º	NOMBRE COMPLETO	N.º DE CÉDULA	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			



**ANEXO N.º 18**  
**FORMULARIO DE VINCULACIÓN A LOS SERVICIOS AMIGABLES**



**VINCULACIÓN DE USUARIOS A LA CLAIM**

Centro de Salud/Clinica Amigables: \_\_\_\_\_  
 Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Funcionario (a): \_\_\_\_\_

#	Nº de formulario	CIP o pasaporte	Fecha de alcance Dia/Mes/Año	Fecha de atención Dia/Mes/Año	Referido por:						Código de promotor (a) (Sólo PNUD)	
					D.E.	PNLD	UVC	OTROS	APPT	APPT		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

\*Códigos: D.E.: Demanda Específica; PNLD: Asociación de Mujeres y Mujeres Marinos de Panamá; UVC: Universidad del Valle de Guatemala; APPT: Asociación Panameña de personas TRANS; OTROS: Otros Centros de Salud, otras organizaciones.



**ANEXO N.º 19**  
**NORMAS PARA EL USUARIO QUE ASISTE A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AMIGABLES**

MINISTERIO DE SALUD  
 REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_  
 CLÍNICA AMIGABLE \_\_\_\_\_

**NORMAS PARA EL USUARIO QUE ASISTA A LA ATENCIÓN DE LA CLÍNICA AMIGABLE**

**Definición de norma:** regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas y actividades.

1. El paciente nuevo se recibirá hasta las 6:00 p.m.
2. Brindar información veraz y exacta acerca de: sus antecedentes personales, clínicos (enfermedades), identidad, dirección y número de teléfono.
3. Realizarse las pruebas de laboratorios y el examen físico correspondiente.
4. Cumplir con los controles trimestrales.
5. Solicitar condones y lubricantes.
6. Trato respetuoso, digno y sin discriminación al personal Técnico y Administrativo.
7. Mantener buena comunicación, tolerancia y respeto para con el resto de los usuarios y el personal.
8. Mantener relaciones interpersonales adecuadas dentro, fuera y en los alrededores de la instalación.
9. Cuidar del mobiliario y equipo de la instalación.
10. Respetar los bienes ajenos.
11. Informar de manera inmediata, al personal, acerca de cualquier molestia causada por el medicamento aplicado.
12. No llegar a la atención, bajo los efectos del alcohol y/o consumo de drogas ilícitas; en estos casos, una vez sea detectado, será canalizado al Programa de Dependencia Química y se le ofrecerá cita para la siguiente semana para la consulta, siempre y cuando acuda sin haber consumido drogas.
13. Cumplir con el tratamiento indicado y las recomendaciones ofrecidas y de rehusarse, asumir responsablemente las consecuencias.
14. Cualquier usuario que realice una acción que atente contra la integridad física y emocional de los funcionarios de la Clínica Amigable, se considerará la suspensión del servicio.
15. Acudir a la instalación con vestimenta adecuada.

**Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_ acepto cumplir con las Normas establecidas en la Clínica Amigable de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma y Cédula del Usuario.

\_\_\_\_\_  
 Firma del funcionario

Nota: todo paciente que muestre evidencia de rechazo a las normas preestablecidas durante la entrevista (REGES, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Médico, Laboratorio y Farmacia), se considera la suspensión del servicio en la Clínica Amigable.

FECHA	FIRMA

**ANEXO N.º 20  
FORMULARIO PARA USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS**



**Ministerio de Salud  
Clínica Amigable  
REPORTE DE SUGERENCIAS**



Estimado usuario, tu opinión es muy importante para nosotros. Agradecemos puedas describir ¿cómo evalúas nuestra atención y servicios brindados? Puedes aprovechar la ocasión para brindar sugerencias o felicitaciones si así lo deseas.

	Bueno	Regular	Malo
Registro Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Promotor de Salud

Utiliza este espacio si deseas agregar algo más:

\_\_\_\_\_





**ANEXO N.º 21 PARTE A  
INDICADORES MENSUALES DE LAS CLAM**

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
SECCIÓN DE ITS/MIH/SIDA  
CLÍNICA AMIGABLE

REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

GRUPO ETARIO	ATENCIÓNES EN HORARIO REGULAR							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	TRANS-TS	HSH-TS	OTROS	
15 - 19 años								0
20 - 24 años								0
25 - 29 años								0
30 - 34 años								0
35 - 39 años								0
40 - 44 años								0
45 - 49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

GRUPO ETARIO	ATENCIÓNES EN HORARIO EXTENDIDO							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	TRANS-TS	HSH-TS	OTROS	
15 - 19 años								0
20 - 24 años								0
25 - 29 años								0
30 - 34 años								0
35 - 39 años								0
40 - 44 años								0
45 - 49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0



**ANEXO N.º 21 PARTE B**

GRUPO ETARIO	INGRESOS DE PrEP							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	TRANS-TS	HSH-TS	OTROS	
15 - 19 años								0
20 -24 años								0
25 - 29 años								0
30 -34 años								0
35 - 39 años								0
40 - 44 años								0
45 -49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

GRUPO ETARIO	CONTROLES DE SEGUIMIENTO DE PrEP							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	TRANS-TS	HSH-TS	OTROS	
15 - 19 años								0
20 -24 años								0
25 - 29 años								0
30 -34 años								0
35 - 39 años								0
40 - 44 años								0
45 -49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



**ANEXO N.º 22 PARTE A**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
**SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA**  
**REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_**

**Mes:** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_

**CLÍNICA AMIGABLE** \_\_\_\_\_

GRUPO ETARIO	RESUMEN DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE ITS																TOTAL	
	MTS		HSH		M-TRANS		H-TRANS		ISK-ITS		TRANS-ITS		OTROS		NEGATIVOS	POSITIVOS		
	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS				
15-19 años																		
20-24 años																		
25-29 años																		
30-34 años																		
35-39 años																		
40-44 años																		
45-49 años																		
> de 50 años																		
<b>Total</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

GRUPO ETARIO	RESUMEN DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE VIH																TOTAL	
	MTS		HSH		M-TRANS		H-TRANS		ISK-ITS		TRANS-ITS		OTROS		NEGATIVOS	POSITIVOS		
	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS				
15-19 años																		
20-24 años																		
25-29 años																		
30-34 años																		
35-39 años																		
40-44 años																		
45-49 años																		
> de 50 años																		
<b>Total</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	



**ANEXO 23 PARTE A**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD**  
**SECCION ITS/VIH/SIDA**  
**REGION DE SALUD DE**

**CLÍNICA AMIGABLE:** \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

GRUPO ETARIO	PROCESO DE INFECCION										TOTAL DE PERSONAS QUE REQUIEREN INICIAR EL PROCESO				
	N.º DE PERSONAS CON RESULTADO DE INFECCION					N.º DE PERSONAS QUE INICIARON EL PROCESO DE INFECCION					TOTAL DE PERSONAS QUE REQUIEREN INICIAR EL PROCESO				
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	OTROS	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	OTROS	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	OTROS
15-19 años															
20-24 años															
25-29 años															
30-34 años															
35-39 años															
40-44 años															
45-49 años															
> de 50 años															
<b>TOTAL</b>															

GRUPO ETARIO	N.º DE CONDOMIO ENTREGADOS					CONDONES Y LUBRICANTES					N.º DE LUBRICANTES INTEGRADOS				
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	OTROS	MTS	HSH	M-TRANS	OTROS	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	OTROS	
15-19 años															
20-24 años															
25-29 años															
30-34 años															
35-39 años															
40-44 años															
45-49 años															
> de 50 años															
<b>TOTAL</b>															

**ANEXO 23 PARTE B**

GRUPO ETARIO	USO DE CONDÓN EN POBLACIONES CLAVES											
	MTS		HSH		M-TRANS		H-TRASN		OTROS		TOTAL	
	Nº PACIENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN CON ÚLTIMO CLIENTE	Nº DE PACIENTES CON RELACIONES SEXUALES MASCULINO EN ÚLTIMOS 6 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN EN ÚLTIMA RELACION SEXUAL ANUAL	Nº DE PACIENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES O SEXO ANUAL EN ÚLTIMOS 6 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN EN ÚLTIMA RELACION SEXUAL O SEXO ANUAL	Nº DE PACIENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES O SEXO ANUAL EN ÚLTIMOS 6 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN EN ÚLTIMA RELACION SEXUAL O SEXO ANUAL	Nº DE PACIENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES O SEXO ANUAL EN ÚLTIMOS 6 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN EN ÚLTIMA RELACION SEXUAL O SEXO ANUAL	Nº DE PACIENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES O SEXO ANUAL EN ÚLTIMOS 6 MESES	Nº DE PACIENTES QUE USAN CONDÓN EN ÚLTIMA RELACION SEXUAL O SEXO ANUAL
15-19 años												
20-24 años												
25-29 años												
30-34 años												
35-39 años												
40-44 años												
45-49 años												
> de 50 años												
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**ANEXO N.º 24**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD**  
**SECCIÓN DE ITS/VIH Y HEPATITIS VIRALES**  
**REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_**

CLÍNICA AMIGABLE: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_

GRUPO ETARIO	MAY		JUN		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		TOTAL
	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO	# PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO	# PERSONAS CON RESULTADO NEGATIVO			
0-4 años																	
5-9 años																	
10-14 años																	
15-19 años																	
20-24 años																	
25-29 años																	
30-34 años																	
35-39 años																	
40-44 años																	
45-49 años																	
50-54 años																	
55-59 años																	
60-64 años																	
65-69 años																	
70-74 años																	
75-79 años																	
80-84 años																	
85-89 años																	
90-94 años																	
95 años y más																	
TOTAL																	

OTROS= parejas serodiscordantes, lesbianas, heterosexuales u otros





**ANEXO N.º 25**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD**  
**SECCIÓN DE ITS/VIH Y HEPATITIS VIRALES**  
**REGIÓN DE SALUD DE \_\_\_\_\_**

CLÍNICA AMIGABLE: \_\_\_\_\_

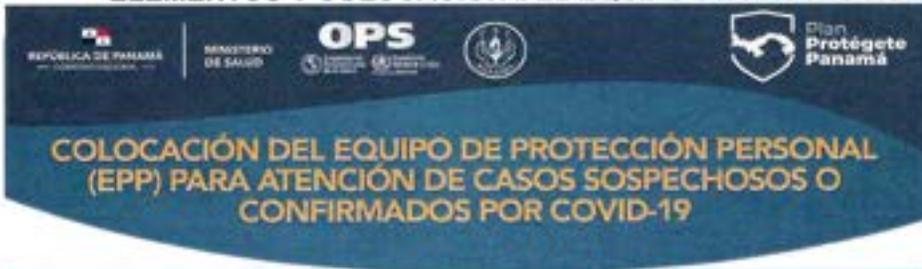
MES: \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_

GRUPO ETARIO	PREP DIARIA							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	HSH-TS	TRANS-TS	OTROS	
15-19 años								0
20-24 años								0
25-29 años								0
30-34 años								0
35-39 años								0
40-44 años								0
45-49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

GRUPO ETARIO	PREP A DEMANDA							TOTAL
	MTS	HSH	M-TRANS	H-TRANS	HSH-TS	TRANS-TS	OTROS	
15-19 años								0
20-24 años								0
25-29 años								0
30-34 años								0
35-39 años								0
40-44 años								0
45-49 años								0
> de 50 años								0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

### ANEXO N.º 26 ELEMENTOS Y COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN



## Elementos del EPP



**El EPP debe colocarse fuera del área de atención de pacientes o en el sitio designado.**

- 1** Retire reloj, prendas y cualquier artículo personal
- 2** Realice higiene de manos.
- 3** Coloque la bata. Asegure bien los botones y cierres.
- 4** Coloque la mascarilla quirúrgica, primero la tira inferior quedando por debajo de la oreja y luego la superior colocándola por encima de la oreja, no cubrir las lentes. El lado de color (impermeable) hacia afuera y el lado blanco (absorbente) hacia adentro. Ajuste la mascarilla a la nariz con ambas manos, modelando la pieza metálica a la nariz y ajuste al mentón.
- 5** Coloque los lentes o pantalla y ajuste.
- 6** Coloque los guantes por encima del puño de la manga de la bata.
- 7** Verifique la correcta colocación de todo el EPP. Ingrese al área de atención de pacientes.
- 8** No toque ni ajuste el EPP dentro del área de atención de pacientes.

169

#QuédateEnCasa



REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SALUD  
OPS  
Plan Protégete Panamá

## COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA PROCEDIMIENTOS GENERADORES DE AEROSOLES EN CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS POR COVID-19

### Elementos del EPP

Bata impermeable de manga larga    Respirador N95    Lentes o pantalla    Guantes

**El EPP debe colocarse fuera del área de atención de pacientes o en el sitio designado.**

- 1 Retire reloj, prendas y cualquier artículo personal.
- 2 Realice higiene de manos.
- 3 Coloque la bata. Asegure bien los amarras y cierres.
- 4 Coloque N95, primero la tira inferior quedando por debajo de la oreja y luego la superior colocándola por encima de la oreja, no cruce las tiras. Ajuste la pieza de la nariz a su forma.
 

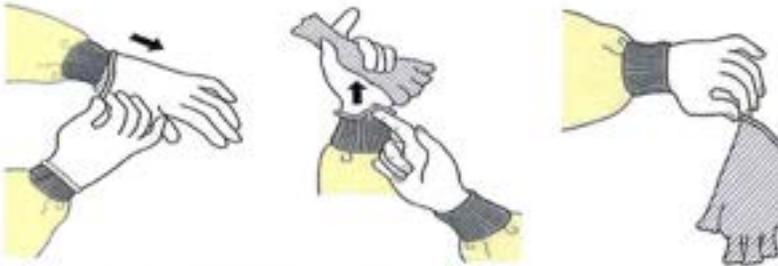
Colocar las manos sobre el frente de la N95. Prueba de cierre positiva: El aire bruscamente causando una presión positiva dentro del respirador. No debe salir aire por los bordes. Prueba de cierre negativa: Inhale y/o fuertemente. Si no hay pérdidas, la presión hará al respirador adherirse a su cara.
- 5 Coloque los lentes o pantalla y ajuste.
- 6 Coloque los guantes por encima del puño de la manga de la bata.
- 7 Verifique la correcta colocación de todo el EPP. Ingrese al área de atención de pacientes.
- 8 No toque ni ajuste el EPP dentro del área de atención de pacientes.

Si falta la prueba, colóquese de nuevo y vuelva a hacerla.

169    #QuédateEnCasa



### ANEXO N.º 27 Colocación de EPP



### Retiro EPP

