

Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW Latina y Capítulo Panamá), Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex y MDDP Panamá) y Development Connections



Identificar las deudas del Estado Panameño en materia del VIH y los derechos humanos de las mujeres

Aportes al Informe Sombra sobre la aplicación en Panamá de la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)

Agosto 2017

Introducción

Según estimaciones de ONUSIDA, en el 2016 en Panamá 21.000 personas viven con VIH, de las cuales 6.200 son mujeres mayores de 15 años. La prevalencia del VIH estimada en mujeres de entre 15 a 49 años es del 0.5%, siendo que la prevalencia general alcanza el 0.8%. En el caso de las mujeres jóvenes la prevalencia se estima en 0.3%.¹ Panamá se caracteriza por tener una epidemia de VIH concentrada en los grandes conglomerados urbanos, aunque en los últimos años, se observa una dinámica expansiva hacia las áreas rurales e indígenas.² La población estimada de trabajadoras sexuales para 2014, fue de 5.217, con una prevalencia de VIH del 2%. El acceso al tratamiento con antirretrovirales en caso de las mujeres mayores de 15 años alcanza un 55%.³

Las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales participarán en el proceso de elaboración del Informe Alternativo (Sombra) de la CEDAW para dialogar y colaborar con otras instituciones de la sociedad civil con miras a visibilizar las situaciones de discriminación que enfrentan en distintas áreas de sus vidas. Ambos grupos no son aún priorizados en las políticas públicas actuales sobre igualdad de género y de desarrollo, a pesar de que son objeto de reiteradas violaciones a sus derechos humanos fundamentales.

La información sobre sus necesidades específicas y las propuestas de acción para abordarlas, constituirán un aporte clave al cumplimiento del país con la Recomendación General N° 15 (Noveno período de sesiones, 1990) del Comité CEDAW (Naciones Unidas), la cual establece que en los informes que preparen en cumplimiento de la Convención, incluyan información acerca de los efectos del VIH/Sida para la situación de la mujer y de las medidas adoptadas para atender a las necesidades de mujeres que viven con VIH e impedir la discriminación de las afectadas por el mismo.⁴

A continuación se presenta un breve análisis de algunos temas clave de la CEDAW en el contexto del VIH, tales como la no discriminación, la garantía de los derechos humanos y las libertades fundamentales, la violencia contra las mujeres, la salud y derechos sexuales y reproductivos, la participación social y la representación, la explotación del trabajo sexual, la trata de mujeres, el empleo; y los derechos económicos y sociales.

**Artículo 2: Obligación de eliminar la discriminación contra la Mujer/
Artículo 3: Avance de la mujer y garantía del ejercicio de los derechos**

A pesar de los avances en las actitudes de la población general en torno al VIH/Sida, todavía se registran altos niveles de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con o afectadas por él, lo cual constituye una barrera al ejercicio y la garantía de los derechos en todas las esferas de sus vidas y un importante obstáculo a una respuesta efectiva a la epidemia del VIH. El estudio “Estigma y discriminación en relación al VIH y sida en Panamá - Encuesta de Opinión Pública 2016” realizado con una muestra de alrededor de 1,200 adultos (as) residentes en Panamá⁵ reveló la persistencia de actitudes y prácticas discriminatorias en el contexto del VIH:

- Un 48% considera que las mujeres que viven con VIH no tienen derecho de quedar embarazadas.
- Alrededor del 55% considera que el patrono debería tener el derecho de pedir una prueba del VIH como requisito para el empleo.
- Alrededor del 65% considera que las trabajadoras sexuales con VIH o sida se lo buscaron por su mal comportamiento.
- El 40% no está de acuerdo con que las personas trans/travestis tienen derecho de tener documentos de identidad que las identifiquen como mujeres.

Una investigación desarrollada por la RedTraSex, en Panamá (2016) revela que el 47.1% de las mujeres trabajadoras sexuales que participaron del estudio experimentó de forma directa una situación de discriminación en el último año. Mientras que el 64.7% vivenció directamente una situación de abuso de autoridad o violencia institucional asociada al ser trabajadora sexual. Al indagar sobre los tipos de violencia institucional entre aquellas trabajadoras sexuales que los sufrieron surge que la violencia verbal, la intimidación y las amenazas son las principales formas de abuso de autoridad o violencia (35.3%), seguido de los pedidos de coimas o extorsiones (23.5%), y el abuso o violación sexual es la tercera forma de abuso en un porcentaje de 5.9%.⁶ Ante esas situaciones de abuso, sólo el 17.6% hizo alguna denuncia. Y cuando se les preguntó sobre las razones por las cuales no denuncian violaciones a sus derechos humanos, el 26.5% señala como el principal motivo, al miedo asociado a posibles represalias. Le sigue en un 14% la desconfianza en el sistema de justicia, también con un 13.4% por la discriminación de quien registra la denuncia y hay un 27% que expresa que varias de las razones indicadas a la vez. Finalmente, hay un 7% que señala como razón fundamental, el desconocimiento sobre el proceso judicial asociado a una denuncia y sus implicaciones legales, económicas, entre otros. En ese sentido, el sistema de justicia se percibe como inaccesible para este sector de la población y como no confiable como garante de la preservación de los derechos humanos de las mujeres trabajadoras sexuales.⁷

Propuestas para la acción

a. Abordar el estigma y discriminación desde la perspectiva de género y diversidad. Es necesario que las estrategias para eliminar el estigma y la discriminación asociados al estatus serológico incorpore temas clave como la igualdad de género, la violencia, el empoderamiento de las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales, el conocimiento de los derechos, la pobreza, y el acceso a oportunidades, por ejemplo, acceso al trabajo, la participación social, protección social, entre otros.

Igualmente, es clave considerar que el género se articula con otros determinantes de desigualdad social tales como la pertenencia étnica, la edad, el estatus socioeconómico, tipo de trabajo (trabajo sexual), discapacidad, estatus migratorio, la orientación sexual, la identidad de género, entre otros.⁸

b. Eliminar prácticas institucionales estigmatizantes y discriminatorias. A pesar de que el país cuenta con programas o acciones sobre estigma y discriminación, aún persisten prácticas institucionales y sociales que refuerzan la exclusión social y violencia que afectan a las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales, las cuales deben ser abordadas a través de estrategias comunitarias y organizacionales que aborden las normas culturales y de género que las sustentan.

c. Actualizar la Ley 3 del año 2000, sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y del SIDA para evitar la penalización y violencia contra las mujeres que viven con el VIH, incluyendo mujeres, jóvenes, transexuales, trabajadoras (es) sexuales, lesbianas, gais y hombres que tiene sexo con hombres.⁹

d. Producir información desagregada por sexo y otras variables. Es necesario generar informes sistemáticos sobre las desigualdades de género, incluyendo las relativas a las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales para la planificación de todas las políticas públicas nacionales, la abogacía y la rendición de cuentas mediante la producción, el análisis y el uso de información desglosada por sexo, edad, etnicidad y otras variables pertinentes.

Artículo 5: Funciones estereotipadas y prejuicios – violencia contra las mujeres (VCM) en el contexto del VIH

La VCM está íntimamente vinculada a la epidemia del VIH. A nivel mundial, la relación entre VIH y VCM ha sido documentada en varios estudios, estableciendo diversas formas a través de las cuales se produce esta asociación: i) el sexo forzado, ii) la violencia como factor que limita la capacidad de las mujeres para negociar sexo protegido, iii) la violencia en la niñez y su relación con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez, y; iv) la epidemia como factor desencadenante de formas de violencia en la pareja, la familia y la comunidad. Los tres primeros colocan la violencia como un factor de riesgo frente al VIH y el último hace referencia a la relación inversa. Algunos estudios muestran que existe una mayor prevalencia de ITS en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja que las que no.^{10, 11}

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 (ENASSER), del total de mujeres encuestadas, el 13.8% señaló haber experimentado en algún momento de su vida, por parte de su cónyuge alguna forma de violencia física, el 3.3% violencia sexual y 14.5% violencia física o sexual. El 9.3% reportó violencia física por parte de la pareja en los últimos 12 meses, el 2.7% violencia sexual y el 10.0% la violencia física o sexual.¹² Igualmente, el Equipo Multidisciplinario de Salud Sexual y Reproductiva (EMESSAR), el Fondo de Población de las Naciones Unidas y ONUSIDA, realizaron en el 2011 el Estudio Descriptivo Exploratorio “Determinantes de vulnerabilidad y barreras de acceso a servicios sociales y de salud que enfrentan las mujeres viviendo con VIH, en las Provincias de Bocas del Toro- Chiriquí- Veraguas, Herrera, Los Santos y Coclé” con 82 mujeres VIH positivas, encontrándose que el 23% reportó violaciones a sus derechos humanos, el 58% no usó condón con su pareja antes del diagnóstico de VIH. De ese porcentaje el 63% dice que no lo usó porque no se sentía placer y un 37%

expresó que por machismo de su pareja. El 58% indicó no haber sufrido violencia por sus parejas. Un 35% manifestó haber sido víctimas de maltrato: el 12% violencia física, 6% violencia psicológica y 5% violencia sexual. El 33% señala que sus familias las discriminan por su estatus serológico.¹³

En el marco de la VCM es necesario considerar los asesinatos de trabajadoras sexuales, los cuales han sido ampliamente documentados por la RedTraSex.¹⁴ A partir de los casos recopilados y la información brindada por las organizaciones nacionales de trabajadoras sexuales de 13 países de América Latina, el asesinato de trabajadoras sexuales por su condición de tal se basa en alguna de las siguientes razones: i) se han negado a trabajar o continuar trabajando para un proxeneta, ii) se han negado a abonar “cuotas” para poder ejercer su trabajo a mafias, maras y fuerzas de seguridad, iii) han llevado adelante denuncias contra determinados sectores de poder que buscan lucrarse con el trabajo sexual, iv) por el solo hecho de ser trabajadoras sexuales, operando factores de estigma y discriminación, v) por ejercer el trabajo en espacios absolutamente inseguros, lo que se conoce como “zonas liberadas”. La impunidad que rodea estos crímenes es alta pues en muy pocas ocasiones la justicia identifica a los culpables y muchas de las investigaciones ni siquiera se completan.¹⁵ Los femicidios/feminicidios de mujeres trabajadoras sexuales han sido escasamente considerados en el análisis de las muertes de mujeres por el hecho de ser mujer, motivadas por el odio, desprecio, placer o sentido de posesión.

Asimismo, algunas medidas establecidas en el marco normativo nacional también ponen en riesgo de violencia a las mujeres que viven con VIH. Por ejemplo, una norma que se mantiene y que expone a las mujeres a posibles situaciones de violencia y de falsa seguridad es la obligatoriedad de la notificación del estatus serológico a toda persona con la que se tenga contacto sexual. Muchas mujeres optan por no notificar su estatus a sus parejas o contactos sexuales, precisamente por miedo a la violencia y/o al rechazo que se origina en el estigma o la discriminación asociada al VIH. Es probable que hacer la notificación una obligación para las mujeres eleve la condición de riesgo a sufrir violencia de éstas, particularmente en el contexto de relaciones de poder desiguales como las experimentadas en el seno de relaciones violentas. Por otro lado, puede hacer sentir a las mujeres una falsa sensación de seguridad. Ante la obligación legal de la notificación, las mujeres pueden llegar a asumir que una persona que no le notifique que tiene una ITS o VIH, es porque no puede colocarla en situación de adquirirlas. Aunque la intención de un artículo como este es procurar proteger a la población en general de una posible transmisión, esto no se logrará violentando los principios de voluntariedad y de confidencialidad de la prueba, sino empoderando a las mujeres sobre su salud y derechos; y dotándolas de herramientas para que tomen decisiones sanas, libres e informadas para sí mismas y en condiciones de igualdad.^{16,17}

Propuestas para la acción

a. Implementar políticas y programas integrados de VIH y VCM. En términos de respuestas institucionales a las intersecciones entre el VIH y la VCM, aunque la Ley No. 3 del 5 de enero de 2000, Ley general sobre las enfermedades de transmisión sexual, el virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA y la Ley 82 de 2013 contra la violencia hacia la mujer reconocen el vínculo entre violencia y VIH; y el país cuenta con el Modelo de políticas y programas integrados de VIH y Violencia contra las Mujeres elaborado por la CIM/OEA en el 2012¹⁸, no se han producido avances en la integración programática de las intervenciones en torno a ambos temas. El marco de políticas de VCM de Panamá no incorpora intervenciones específicas para las mujeres viviendo con VIH, incluido el tratamiento antiretroviral. La integración de programas de VIH y VCM implica ajustar las leyes y normas para garantizar la articulación

y alineación programática, aumentar la inversión pública en el desarrollo de servicios integrados, fortalecer la colaboración interinstitucional, la capacitación continua de los recursos humanos sobre estrategias integradas de VIH y VCM; así como desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación para generar evidencia e identificar buenas prácticas.¹⁹

b. Eliminar las barreras de acceso a la justicia. Las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales afectadas por la violencia no cuentan con mecanismos para la defensa jurídica, constituyendo el estigma, la discriminación, la falta de acceso a información y a patrocinio jurídico gratuito serios obstáculos para acceder a la justicia. Esto implica profundizar los canales de denuncia de situaciones de violencia institucional, ya que actualmente, el mayor obstáculo para que las trabajadoras sexuales no realicen la denuncia sobre este tipo de violencias es la ausencia de espacios de denuncias claramente identificados para este tipo de situaciones.

c. Incorporar la violencia institucional en las respuestas nacionales a la VCM. La ausencia de este tipo de violencia en el enfoque de los programas y políticas públicas, invisibiliza un punto crítico en la vida de todas las trabajadoras sexuales de Panamá.

d. Producir información para la toma de decisiones. Es urgente generar datos confiables y sistemáticos sobre el alcance de la violencia contra las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales así como de las intersecciones entre ambas epidemias para sustentar la integración de las políticas y programas.

Artículo 6: Trata de personas y explotación del trabajo sexual

En Panamá no existe ninguna norma en la que se indique que el trabajo sexual es ilegal. El Código Penal sí contempla como delito el proxenetismo y establece penas de cuatro a seis años de cárcel para quien lo ejerza. Las reglamentaciones que atañen al trabajo sexual autónomo se centran en disposiciones especialmente de salud. La formalidad que se asocia al carnet y la tarjeta sanitaria permite entrever una formalización del tipo de actividad y por ello su posible conversión en sujeto de derechos en diversos ámbitos que claramente pueden establecerse con el conjunto de la normativa existente.

La ausencia de una legislación clara en materia de trabajo sexual, genera un marco de legitimidad para la represión policial, la violencia institucional y la dificultad de acceso a servicios básicos de salud, incluyendo la atención y tratamiento del VIH y el Sida, generando un cerco de clandestinidad alrededor de esta actividad que aumenta el estigma, la discriminación e incrementa la vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/Sida y la violación de sus derechos humanos.

Es necesario tomar en cuenta que muchos proyectos que se enfocan en rescatar a las personas víctimas de trata interrumpen y socavan los esfuerzos por brindar a las trabajadoras sexuales acceso a la prevención, tratamiento, cuidados y apoyo del VIH. La criminalización del trabajo sexual, agravada por el equivocado abordaje de la problemática de la trata, está minando el trabajo de prevención. Por ejemplo, en Centroamérica las mujeres trabajadoras sexuales involucradas en trabajos de prevención del VIH entre pares han sido a menudo víctimas de detenciones y deportaciones bajo sospecha de ser tratadas o tratantes.²⁰ Esta confusión también se registra a nivel de las fuerzas de seguridad y agentes de justicia.

En los últimos dos años se han registrado allanamientos y detenciones arbitrarias hacia trabajadoras sexuales en operativos anti trata.

Propuestas para la acción

a. Garantizar la participación significativa en el diseño e implementación de políticas. Involucrar a las trabajadoras sexuales en el diseño de programas y políticas públicas relacionadas con la trata de mujeres y niñas. Esto implica garantizar la articulación con las organizaciones de trabajadoras sexuales en la implementación de programas contra la trata de personas con fines sexuales.

b. Definir un marco conceptual y estratégico común con miras a establecer una clara diferenciación entre las leyes y su implementación en relación a la trata y el trabajo sexual.

Artículo 7: Vida política y pública/Artículo 8: Representación

Las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales tienen derecho a participar en todos los espacios de la vida pública y política así como defender sus derechos y divulgar información e ideas sobre sus intereses y necesidades. Deben tener una participación significativa, con voz y poder en la toma de decisiones sobre las políticas e intervenciones que les afectan, incluyendo todas las políticas de desarrollo; y de esta forma garantizar la transversalización de los enfoques de género y diversidad.

Si bien la Ley General sobre las ITS, VIH y Sida Ley N° 3 del 5 de enero de 2000 asegura la amplia participación de todos los sectores de la sociedad civil para asesorar y apoyar el desarrollo de la política estatal para la prevención y atención de las ITS y el VIH, no especifica a mujeres con VIH o a trabajadoras sexuales como parte de esta sociedad civil.²¹ Para garantizar este derecho de las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales se requiere fortalecer su capacidad de asociarse libremente sin discriminación y participar en los mecanismos de decisión relativos al VIH, la igualdad de género y el desarrollo. En el estudio *La participación de mujeres y trans en los procesos del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe* (2010) se encontró que 13 de 15 Mecanismos de Coordinación de País (MCP) incluyen a una mujer con VIH entre sus miembros, pero sólo en uno de ellos el puesto es específicamente representativo de las mujeres que viven con VIH. La legitimidad y la rendición de cuentas afectan a la participación efectiva de mujeres y trans en los MCP, ya que los procesos de elección no son necesariamente democráticos y el sector que representan puede limitarse a una organización, en lugar de un amplio grupo poblacional.²² Por otro lado, en el estudio de RedTraSex (2014), el 65% de las mujeres encuestadas declaró participar en alguna organización o red de trabajadoras sexuales.

Propuestas para la acción

a. Garantizar las alianzas entre las distintas organizaciones de mujeres con las de mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales para asegurar su participación activa y significativa en mecanismos de coordinación intersectorial existentes, particularmente: i) Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia contra niños, niñas y adolescentes (CONIPREVINA), ii) Comité Nacional contra la Violencia de la Mujer (Ley 82 del 2013), iii) Comisión Nacional contra la trata de personas (Ley 79 del 2011), iv) Comisión Técnica de Género y Salud (Plan Estratégico de la Transversalización de Género en Salud 2014-2018), v) Comisión Nacional de VIH (Plan Estratégico

Multisectorial para la Prevención del VIH – Sida, 2014-2019) y el Mecanismo Coordinador de País del Fondo Mundial; y vi) Consejo Nacional de la Mujer (Plan de Acción 2015-2020, de la Política Pública de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres).

b. Garantizar la dotación de recursos financieros y humanos para la implementación de programas de desarrollo de capacidades dirigidos a asegurar su adecuada integración de las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales en los mecanismos nacionales antes mencionados, y otros pertinentes.

Artículo 11: Eliminar la discriminación en la esfera del empleo y derechos económicos

Las mujeres que viven con VIH enfrentan severas barreras de acceso al trabajo a la seguridad laboral, seguridad social y remuneración justa. Los estudios de estigma y discriminación realizados en seis países de América Latina muestran los altos niveles de desempleo y también documentan las experiencias de pérdida y negación de empleo y discriminación en el ámbito laboral.²³

En el caso de las trabajadoras sexuales autónomas, en la medida en que su trabajo sea visibilizado, reconocido y garantizado por parte del Estado, gozarán de condiciones laborales dignas como ocurre con otros trabajos que sí están regulados. El derecho al trabajo es esencial para la realización de otros derechos humanos y constituye una parte inseparable e inherente de la dignidad humana. Esta ausencia de regulación específica conlleva a una serie de desventajas en comparación con quienes realizan otros trabajos: no contar con seguridad social, ni jubilación. Al no poder demostrar el origen de sus ingresos, no cuentan con garantías para alquilar viviendas, o para acceder a créditos.

Por otro lado, la protección social de las mujeres con VIH y las trabajadoras sexuales constituye un mecanismo fundamental para la realización de sus derechos económicos y sociales. En particular, la protección social debería garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite la calidad de vida considerada básica para el desarrollo de las personas, así como facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar la posibilidad de tener un trabajo digno.²⁴

Propuestas para la acción

a. Desarrollo de políticas públicas inclusivas. Las políticas de empleo, de educación, salud y vivienda deben incorporar las necesidades y medidas para evitar las violaciones específicas de estos derechos en mujeres viviendo con VIH y las trabajadoras sexuales.

b. Protección social universal. Dados los altos niveles de exclusión social de las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales, las iniciativas dirigidas a incrementar la cobertura de la protección social no necesariamente las benefician: jubilaciones, pensiones y otras transferencias monetarias a personas mayores, transferencias monetarias a familias con hijas e hijos, acceso a servicios y seguros sanitarios y, finalmente, protección laboral (seguro de enfermedad y seguro de desempleo, sumado a las políticas de derechos laborales como indemnización, horas extras, licencias, etc.). Un sistema universal de prestaciones y transferencias básicas que tome en cuenta a las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales permitirá lograr mayores niveles de eficiencia, igualdad de género y cohesión social en el país.

Artículo 12: Salud, derechos sexuales y reproductivos

Acceso a servicios e información. Las mujeres que viven con VIH enfrentan limitaciones para lograr un estado satisfactorio de salud física y mental, incluyendo un acceso limitado a un seguro sanitario. Igualmente, reciben reducida información en los servicios de salud. En el *Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica*, el 56% de las participantes reportó haber recibido información sobre prevención de la transmisión vertical, el 43% sobre el embarazo seguro con riesgos mínimos para la persona, su pareja y su bebé, el 36% sobre embarazo al tiempo que se reduce el riesgo de transmisión a su pareja; y el 21% sobre la concepción segura: tratamiento como prevención, profilaxis previa a la exposición, inseminación, antirretrovirales.²⁵ El marco legal y/o de políticas en salud sexual y reproductiva de Panamá no considera la provisión de métodos modernos anticonceptivos (adicional al condón) a las mujeres viviendo con VIH.²⁶

Barreras específicas de acceso a servicios que enfrentan las trabajadoras sexuales. Una investigación desarrollada por la RedTraSex en la ciudad de Panamá, reveló que un 46% se atendió lejos de donde vive para que en su barrio o su casa no supieran que es trabajadora sexual, y un 40% se atendió lejos de donde realiza su actividad como trabajadora sexual para evitar que lo sepan en el servicio; también a una de cada cinco encuestadas la obligaron a hacerse un análisis de VIH por ser trabajadora sexual.²⁷

Obligatoriedad de la prueba de VIH a mujeres embarazadas y como requisito para contraer matrimonio. Ambas prácticas mantienen vigentes las condiciones de estigma y discriminación asociadas al VIH. Por otro lado, la obligatoriedad de prueba a mujeres embarazadas o como prerequisite para contraer matrimonio coloca el peso de la responsabilidad en el hecho del embarazo o del matrimonio y no en el desarrollo de un concepto de salud y prevención para las mujeres como sujetas de derechos. Numerosos estudios han confirmado que cuando las mujeres reciben la información y asesoría pre prueba adecuada, se realizan la prueba de manera voluntaria, sin necesidad de que existan normas que quieran suplir su voluntad. La norma debe, en lugar de hacer la prueba obligatoria, reiterar el carácter gratuito, voluntario y confidencial a la prueba. De esta manera se podrá acceder al cumplimiento de las metas internacionalmente establecidas.²⁸

Limitado acceso a servicios de salud para migrantes en condición irregular. La Constitución señala que las autoridades están obligadas a proteger la vida de las y los extranjeros que están bajo su jurisdicción y la Ley sobre VIH señala que toda persona diagnosticada con infección de transmisión sexual, con el virus de la inmunodeficiencia humana o con el sida, deberá recibir atención integral oportuna. Sin embargo, en la Resolución 9 del 23 de noviembre de 2009 se menciona que el derecho a la salud está garantizado solo a las personas extranjeras con estatus de residencia en el país. Esto coloca en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres migrantes en situación irregular, uno de los grupos histórica y socialmente más marginalizados en América Latina. Igualmente, constituye una contradicción en términos de salud pública. Las mujeres migrantes que no han podido tener acceso a un proceso de regularización tienen relaciones con panameños, tienen hijos e hijas panameñas. Garantizar el acceso a la salud de esas parejas y sus hijos o hijas necesariamente pasa por garantizar el derecho humano básico de todas las personas, incluyendo las mujeres migrantes en situación irregular a acceder a tratamiento antiretroviral.

Baja inversión presupuestaria para la prevención del VIH en poblaciones claves. No existen asignaciones presupuestarias específicas para prevención de VIH/Sida en ninguna instancia pública por lo cual los gastos en prevención están sujetos a la discrecionalidad de las autoridades de turno en el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y otras instancias relevantes. La medición del gasto en VIH/Sida que se lleva a cabo cada dos años mediante una metodología desarrollada por ONUSIDA revela que el gasto público en prevención de poblaciones claves como son las trabajadoras sexuales, las mujeres trans y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es mínimo. Las últimas cifras disponibles (2014) indican que el gobierno nacional dedicó solo el 4.8% de su gasto total en prevención a “profesionales del sexo y sus clientes” y 1.8% a los HSH. La dependencia de fondos internacionales para el gasto en prevención sobrepasó el 80% para las trabajadoras sexuales y el 95% para los HSH. Los aportes del Fondo Mundial, principal fuente de financiamiento para la prevención a poblaciones claves, cesará en 2021 y constituye un peligro de exclusión de los programas de prevención para estas poblaciones.²⁹

Propuestas para la acción

a. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud y a la atención integral e integrada. En el marco de las estrategias de acceso universal a los servicios de salud, eliminar las barreras que limitan la utilización de los servicios sanitarios integrales a las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales. Esto implica profundizar la articulación entre los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y VIH, así como asegurar que éstas tengan acceso a todos los servicios de salud que necesiten. El derecho a la salud no solo incluye la adecuada atención a la salud sino también a los factores determinantes de la misma.³⁰

b. Adaptar los servicios de salud para ofrecer atención amigable a grupos vulnerables al VIH, incluyendo a las mujeres jóvenes, las indígenas, las migrantes, las víctimas de trata, las trabajadoras sexuales, entre otras.

c. Revisar el marco legal y normativo para eliminar medidas vigentes que restringen el derecho a la salud de las mujeres que viven con VIH y las trabajadoras sexuales.

d. Implantar la aprobación de presupuestos públicos anuales de VIH/Sida con líneas presupuestarias específicas para las poblaciones claves.

Reconocimientos

Este documento fue elaborado por Diny Luciano (Development Connections), Edgar Carrasco (ONUSIDA América Latina), Andrea Mariño (RedTraSex), Manine Arends (Proyecto Mujeres, VIH y Derechos Humanos Hivos Oficina Regional América Latina), Edith Tristán (ICW Capítulo Panamá), Gladys Murillo (Mujeres con Dignidad y Derecho de Panamá -MDDP) y Ángela Figueroa (Consultora).

<p style="text-align: center;">ICW Latina</p> <p>Página web: http://icwlatina.org Email: info@icwlatina.org</p>	<p style="text-align: center;">RedTraSex</p> <p>Página web: http://www.redtralsex.org Email: secejecutiva@redtralsex.org</p>	<p style="text-align: center;">Development Connections</p> <p>Página web: www.dvcn.org Email: info@dvcn.org</p>
---	--	---

- ¹ ONUSIDA Panamá. Estimaciones sobre el VIH y el sida (2016). <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/panama>
- ² ONU Panamá. MARCO DE COOPERACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO DE PANAMÁ 2016-2020. https://www.unicef.org/about/execboard/files/Panama-UNDAF_2016-2020_FINAL-14Oct2015.pdf
- ³ ONUSIDA Panamá. Estimaciones sobre el VIH y el sida (2016). Ibid
- ⁴ CIM/OEA. Guía Interactiva de Estándares Internacionales sobre Derechos de las Mujeres. http://belemdopara.org/guia_es/08/a.html
- ⁵ USAID y PASCA. Estigma y discriminación en relación al VIH y sida en Panamá. Encuesta de opinión pública 2013-2016. <http://www.pasca.org/userfiles/PANAMA%20ESTUDIO%20ESTIGMA%20Y%20DISCRIMINACION%20V23nov2016.pdf>
- ⁶ RedTraSex (2016). Investigación Cualitativa sobre Implementación de leyes, normas y políticas hacia trabajadoras sexuales en catorce países de América Latina, Buenos Aires. ,
- ⁷ RedTraSex, OP Cit,
- ⁸ Dinys Luciano y Mariana Iacono (2014). Manual para fortalecer el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina. Washington DC. http://www.dvcn.org/assets/manual_cim_onusida_es94443.pdf
- ⁹ ONU Panamá. MARCO DE COOPERACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO DE PANAMÁ 2016-2020. https://www.unicef.org/about/execboard/files/Panama-UNDAF_2016-2020_FINAL-14Oct2015.pdf
- ¹⁰ ONUSIDA. 2005. Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Ginebra, pág. 4. Citado en: CIM/OEA (2012). Modelo de políticas y programas integrados de VIH y Violencia contra las Mujeres. Panamá.
- ¹¹ WHO. Violence against women and HIV. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/hiv/en/>
- ¹² Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 (ENASSER). Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá, 2010.
- ¹³ Datos Preliminares del Estudio Descriptivo Exploratorio “Determinantes de vulnerabilidad y barreras de acceso a servicios sociales y de salud que enfrentan las mujeres viviendo con VIH, en las Provincias de Bocas del Toro- Chiriquí- Veraguas, Herrera, Los Santos y Coclé”. EMESSAR, Fondo de Población de las Naciones Unidas-Panamá, ONUSIDA- Panamá. Diciembre, 2011. Citado en: CIM/OEA (2012).
- ¹⁴ Situación de derechos humanos de mujeres trabajadoras sexuales en 15 países de las Américas. <https://www.dropbox.com/s/4deiyqxw8bmma8c/Resumen%20Ejecutivo%20informe%20CIDH%202.pdf?dl=0> En inglés, disponible en <http://www.redtralsex.org/Human-rights-situation-of-female.html>
- ¹⁵ RedTraSex (2015). Violación de los derechos humanos a las mujeres trabajadoras sexuales en catorce países de las Américas
- ¹⁶ ICW Latina (2016). Estudio Regional sobre Mujeres Viviendo con VIH. MATRIZ PANAMÁ
- ¹⁷ Verónica S P Cenac, Jeannette Tineo y Eugenia López Uribe (2016). Mapeo Regional Legal-Político. Mujeres Viviendo con HIV Equidad e Igualdad de Género, VIH y SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, Violencia Contra Las Mujeres ICW Latina.
- ¹⁸ CIM/OEA (2012). Modelo de políticas y programas integrados de VIH y Violencia contra las Mujeres: Panamá. Proyecto Regional “Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Respuestas integradas”. Washington DC
- ¹⁹ Dinys Luciano (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC. <http://www.dvcn.org/assets/ManualVIHVMSP.pdf>
- ²⁰ Alliance. ONUSIDA: La trata no es trabajo sexual. <http://www.corresponsalesclave.org/2012/10/onusida-la-trata-no-es-trabajo-sexual.html>
- ²¹ ICW Latina 2016. Op. Cit.
- ²² AIDS for AIDS (2010). La participación de mujeres y trans en los procesos del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Estudio-Haz-escuchar-tu-voz.pdf>
- ²³ Dinys Luciano y Martín Negrete (2015). Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas. CIM/OEA y ONUSIDA. Washington DC. http://www.dvcn.org/assets/Derechos_mujeres_positivas_CIM_VIH-DDHH-ESP.pdf
- ²⁴ Cecchini S, Filgueira F, y Roble C (2014). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Una perspectiva comparada. CEPAL. Santiago de Chile.
- ²⁵ Avalos Capín J (2013). Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. México. <http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/drx.php?ID=223>
- ²⁶ ICW Latina 2016. Op. Cit.
- ²⁷ RedTraSex, Estudio sobre Estigma y Discriminación en los Servicios de Salud a las Mujeres Trabajadoras Sexuales en América Latina y el Caribe, PANAMÁ, Buenos Aires, 2013.
- ²⁸ ICW Latina 2016. Op. Cit.
- ²⁹ Ángela I. Figueroa Sorrentini. Informe Preliminar Consultoría en Monitoreo del Presupuesto Público en Prevención de VIH/SIDA 2016 y 2017. RedTraSex.
- ³⁰ OMS. Derecho a la Salud. Nota descriptiva No. 323. Ginebra