



Comisión Interamericana de Mujeres

as

Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá



Organización de los
Estados Americanos

La Organización de Estados Americanos (OEA) es la organización regional más antigua del mundo, con antecedentes en la Primera Conferencia de Estados Americanos (octubre 1889 a abril 1890) establecida en 1948 con el propósito de lograr entre los Estados de las Américas “un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia”. La OEA prioriza cuatro pilares - democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo – que se sustentan entre sí y se entrelazan transversalmente mediante una estructura que comprende el diálogo político, la inclusión, la cooperación e instrumentos jurídicos y de seguimiento, y que proporciona a la OEA las herramientas necesarias para llevar a cabo y maximizar su labor en el hemisferio.

Establecida en 1928, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) fue el primer órgano intergubernamental en el mundo creado expresamente con el propósito de asegurar el reconocimiento de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres. La CIM está constituida por 34 Delegadas Titulares, una por cada Estado miembro, y se ha convertido en el principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de la mujer y la igualdad de género.

Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá

Autora: Evelina Aedo

Revisión técnica: Grettel Bustos-Galeano

Copyright ©2010

Todos los derechos reservados

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)

1889 F Street NW

Washington, DC, 20006

Estados Unidos

Tel: 1-202-458-6084

Fax: 1-202-458-6094

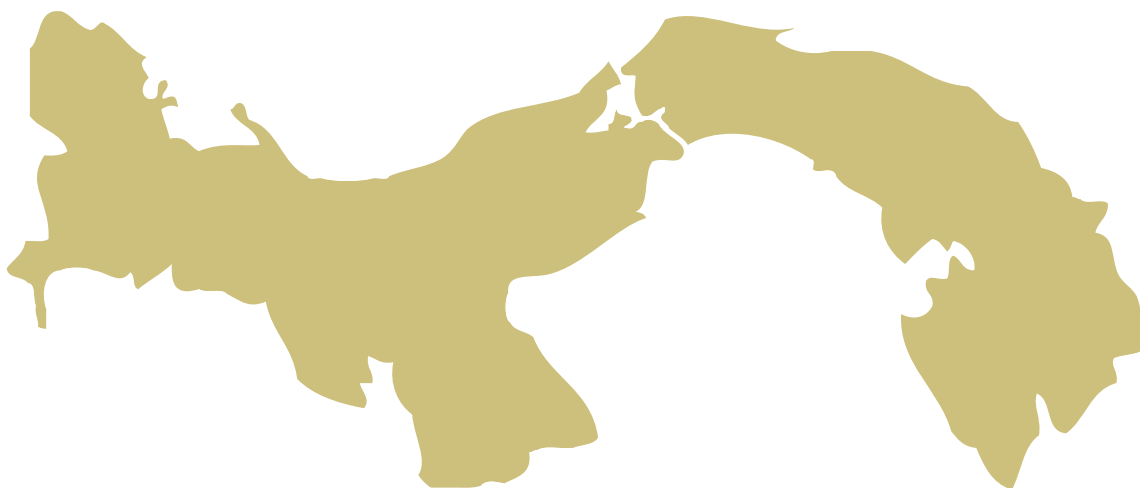
Correo electrónico: cim@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/cim>

Las denominaciones utilizadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría Ejecutiva de la CIM o de la OEA en relación con la condición legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o que tenga que ver con las delimitaciones de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas son las de la(s) autora(s) y no reflejan necesariamente la opinión de la OEA o de la CIM.

Análisis situacional:
VIH y violencia contra las mujeres
en Panamá



Organización de los
Estados Americanos

Contenido

Resumen ejecutivo

1	Presentación	7
2	Aspectos metodológicos	8
	2.1. Objetivos	8
	2.2. Variables e indicadores	9
	2.3. Fuentes de información	9
3	Resultados	10
	3.1. Contexto nacional	10
	3.2. Dimensiones del VIH, políticas y respuestas sociales	25
	3.2.1. Prevalencia, poblaciones afectadas, conocimientos y prácticas.	27
	3.2.2. Marco legal sobre el VIH	27
	3.2.3. Respuestas sociales: programas y proyectos.	28
	3.3. Dimensiones de la VCM, políticas y respuestas sociales	42
	3.3.1. Prevalencia, poblaciones afectadas y prácticas	46
	3.3.2. Marco legal sobre la VCM.	50
	3.3.3. Respuestas sociales: programas y proyectos.	51
	3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: evidencia y respuestas sociales	52
4	Conclusiones y recomendaciones	53
5	Bibliografía	57

Gráficos

Mapa político de la República de Panamá
Incidencia de la pobreza, según área (%)
Modo de transmisión de los casos SIDA reportados (1984 a 2008)
Prevalencia de VIH en HSH en la ciudad de Panamá
Evolución de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (2003 -2007)
Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según sitio de trabajo, Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón (2003)
Flujo de financiamiento de VIH/SIDA por sector (1999 – 2007)
Muertes de víctimas por edad (enero – julio 2009)
Porcentaje de mujeres violentadas (enero – julio 2009)
Mujeres violentadas según número de hijos (enero – julio 2009)
Muertes violentas de mujeres según ocupación (enero – julio 2009)
Muertes violentas de mujeres según nacionalidad (enero – julio 2009)

Cuadros

Estimación de la población total (2009) por grupos de edad y sexo
Diez principales causas de muerte en la República de Panamá (2007 – 2008).
Mortalidad general por sexo y grupo de edad (2008)
Tasa de fecundidad global (2008)
Indicadores económicos (2004 – 2008)
Indicadores de desempeño (agosto de 2008 y 2009)
Indicadores sociales (2001, 2005, 2007)
Instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social por región de salud (2008)
Población protegida por la Caja de Seguro Social (2003 a 2008)
Reporte de habitantes por viviendas (Censo 2000)
Personas en estado de infección asintomático por VIH, por región de salud, sexo y tasa (2001 – 2008, acumulado)
Censo de pacientes bajo tratamiento antirretroviral (TARV), por Clínica, a nivel nacional
Organizaciones de la sociedad civil y otras Instituciones vinculadas a la Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Público para VIH
Política y legislación sobre VIH-SIDA en Panamá (2008)
Instituciones gubernamentales
Número de denuncias a la Policía Técnica Judicial (1997-2005)
Muertes violentas de mujeres por la relación con el victimario, según edad de la víctima
Muertes de mujeres por provincia (enero – julio 2009)

Resumen ejecutivo

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA) en temas de la mujer, tomando en consideración la gravedad del VIH y sus vínculos con la violencia contra las mujeres (VCM), asumió el compromiso de impulsar un proceso de desarrollo de políticas y programas integrados desde un enfoque de Derechos Humanos en las Américas. Gracias a estos esfuerzos, esta región cuenta con una Declaración – “Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA”, 2007- aprobada por los mecanismos de asuntos de la mujer e igualdad de género que aborda explícitamente las intersecciones entre ambas epidemias.

Como parte del seguimiento a los acuerdos establecidos en dicha Declaración, la CIM/OEA, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), está desarrollando el proyecto “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” que tiene como meta contribuir a los esfuerzos nacionales y regionales para disminuir la prevalencia del VIH y la VCM, a través del desarrollo de un modelo integrado de políticas y programas sobre ambas epidemias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

El presente documento, Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá, describe las dimensiones y, las respuestas sociales frente a ambas epidemias que han desarrollado distintos actores en el país. Se revisaron las fuentes de datos oficiales, de organismos internacionales, ONG y centros de investigación. Se espera que durante el periodo de ejecución del proyecto se produzcan cambios en el contexto nacional y local así como generación de nueva información que potencialmente podrían modificar algunos de los contenidos de este documento.

Las regiones de salud más afectadas por el número de reportes acumulados asintomáticos (VIH), de acuerdo con el Departamento de Epidemiología del MINSA, son: Colón, Región Indígena de Kuna Yala y la región Metropolitana.

Por su parte, la información demográfica muestra que las mujeres mayormente afectadas por la VCM, según el grupo de edad, son las de 21 a 40 años que reportan tener de 1 a 5 hijos y cuyo estado civil es desconocido.

Se recomienda aplicar el modelo de atención integral en la Región de Colón y/o Panamá, tomando en cuenta que en estas regiones se presenta la mayor afectación del VIH y VCM; enfocar los esfuerzos para empoderar a la mujer en los grupos etáreos mayormente afectados, tanto para VIH como VCM – población entre 20 a 40 años de edad-; integrar los esfuerzos que han venido realizando todas las instancias gubernamentales, privadas y

de la sociedad civil con el fin de fortalecer futuras acciones enfocadas en los DDHH de la mujer; fortalecer vínculos y aprovechar sinergias; y coordinar el desarrollo del modelo de intervención piloto desde el INAMU y desde allí convocar a los actores estratégicos a unirse a esta iniciativa

Del mapeo de actores complementario a este análisis, se deriva la relevancia del rol que podría cumplir el Ministerio de Salud podría cumplir un rol más relevante en la mejora y sistematización de los registros, tanto en casos de violencia como de VIH, desde el Departamento de Estadísticas y de los subregistros que existen en el tema de VIH. Respecto a la información estadística sobre la VCM, es necesario integrar y sistematizar las fuentes que poseen distintas instancias tales como la Defensoría del Pueblo, INAMU, DIJ, Contraloría, entre otros. Un análisis integral suele ser una tarea compleja por la disparidad y multiplicidad de fuentes de información y bases de datos.

Se observa la relevancia de promover la visibilización de la labor que realizan las instancias gubernamentales rectoras en los temas de VCM y VIH, de sus autoridades y tomadores de decisiones, así como de los proyectos e iniciativas a su cargo, como un medio de fortalecer a estas instituciones y divulgar los derechos de la mujer en las áreas que mayormente les afecta. Lo anterior, podría facilitar e incentivar el trabajo comunitario que beneficie a la mujer, incluyendo a la indígena.

Este Ministerio también podría, en coordinación con la Red de VIH y VCM, fortalecer sus programas a través de una integración sistemática del VIH y la CVM, en temas como la salud sexual y reproductiva de las mujeres, niñez y adolescencia, salud mental, entre otros, con un enfoque de DDHH.

Del análisis situacional también se deriva la importancia de las organizaciones gubernamentales de unir esfuerzos, a fin de facilitar un tratamiento integral del VIH y la VCM, especialmente a través del CONAVIH y del Instituto de la Mujer, en coordinación con la sociedad civil y la Defensoría del Pueblo. Esta integración podría incluir temas afines con las normas de atención y procedimientos, sistema de monitoreo y evaluación a través del OPVG nacional y el sistema de vigilancia epidemiológica. Las instituciones gubernamentales se cuenta con áreas, secciones y/o departamentos con enfoque de género que son un logro y oportunidad para el desarrollo y acciones de prevención a nivel nacional y que podrían ser empleadas y maximizadas a lo largo de la ejecución de esta iniciativa.

Por otra parte, el diseño de programas de prevención de VIH y VCM podría beneficiarse de una coordinación más estrecha entre el MIDES-Instituto de la Mujer y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, lo que a su vez podría contribuir tanto otras instituciones gubernamentales, como las privadas y la sociedad civil que atienden estos temas. Las ONGs que se dedican a temas del VIH los vinculan esporádicamente, particularmente en sus programas de capacitación de recursos humanos, a pesar de que a través de sus actividades se deriva que muchas de las mujeres VIH+ también enfrentan situaciones de violencia, tal y como ellos mismos lo expresaron.

También debería procurarse que todos los actores claves se integren a algunas de los esfuerzos que se están llevando a cabo, tales como el Planes Estratégicos de VIH 2009-2014,

con el fin de tener una ingerencia en su coordinación y lograr la incorporación del tema de VCM y Derechos Humanos en esas acciones. La Ley 3 de 2000 será revisada durante el 2010 y en este sentido presenta una gran oportunidad. Otro de los escenarios importantes donde se requeriría una mayor participación de los actores claves es en el marco de la Red Interinstitucional para la Prevención y Control de las ITS-VIH y Sida, herramienta que podría ser empleada durante la implementación del proyecto.

Dentro de los retos que se visualizan, está el limitado número de ONGs que se dedican a temas de VCM, preocupa que algunas de ellas a pesar de estar inscritas en la práctica hayan desaparecido, situación agudizada en los últimos diez años. En el marco de esta preocupación, es importante promover reuniones informativas que permitan el abordaje del VIH y la VCM e identifiquen vínculos inter-organizacionales, inter-comunales y sinergias en las provincias, sobre todo en aquellas áreas en donde se presenta el mayor número de casos – tales como San Miguelito, Colón, Panamá Oeste y Panamá Metro u las comarcas-. A partir de éste ejercicio, podrían fortalecerse organizaciones, surgir otras y reactivarse las existentes.

Otras recomendaciones del análisis situacional incluyen la socialización de sus resultados, principalmente entre las organizaciones e instituciones aquellas que brindaron información y documentación para la elaboración tanto de este documento, como del MA; aprovechar sinergias, acciones y trabajos incipientes realizados en la intersección del VIH y VCM; incluir actividades de capacitación, promoción y divulgación; y maximizar los esfuerzos que realizan instituciones del Estado, entre ellas la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, particularmente a través sus Clínicas de Atención para Personas que Viven con el VIH-Sida (PVVS).

1. Presentación

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA) en temas de la mujer, tomando en consideración la gravedad del VIH y sus vínculos con la violencia contra las mujeres (VCM), asumió el compromiso de impulsar un proceso de desarrollo de políticas y programas integrados desde un enfoque de Derechos Humanos en las Américas. Gracias a estos esfuerzos, esta región cuenta con una Declaración “Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA”, 2007, aprobada por los mecanismos de asuntos de la mujer e igualdad de género que aborda explícitamente las intersecciones entre ambas epidemias.

Como parte del seguimiento a los acuerdos establecidos en esa Declaración, la CIM/OEA, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECI), está desarrollando el proyecto “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” que tiene como meta contribuir a los esfuerzos nacionales y regionales de Centroamérica para disminuir la prevalencia del VIH y la VCM, a través, del desarrollo de un modelo integrado de políticas y programas sobre ambas epidemias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

El presente documento, Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá, describe las dimensiones y las respuestas sociales frente a ambos problemas que han desarrollado distintos actores en el país. Se revisaron las fuentes de datos oficiales, de organismos internacionales, ONG y centros de investigación. Se espera que durante el periodo de ejecución del proyecto se produzcan cambios en el contexto nacional y local así como generación de nueva información que potencialmente podrían modificar algunos de los contenidos de este documento. En este sentido, se asume esta versión como una primera aproximación de la situación y el contexto en que los componentes del proyecto se insertarán.

2. Aspectos metodológicos

En el diseño del Proyecto se incluyó como primer paso, la realización de un Análisis Situacional a nivel institucional nacional con el objetivo de conocer los factores que podrían afectar el proceso de integración de políticas y programas de VIH/VCM en Panamá e iniciar un diálogo nacional con los actores (as) y socios prioritarios de esta iniciativa. Dado que el Proyecto parte de la premisa de integrar servicios/intervenciones actualmente en ejecución, el análisis situacional servirá de base para identificar oportunidades y potenciales limitaciones para el desarrollo de los resultados esperados. De manera complementaria, se llevó a cabo un mapeo de actores que explora roles y posiciones de las organizaciones gubernamentales, ONG, redes y organismos internacionales relacionados con los dos ejes temáticos del Proyecto (VIH y VCM).

2.1. Objetivos del Análisis Situacional

- a. Describir el contexto sociodemográfico, de salud y económico del país, resaltando datos específicos de la mujer
- b. Analizar las dimensiones de la VCM y el de VIH desde un enfoque de la vigilancia, prevención en el país
- c. Plasmar los avances y logros en cuanto a áreas de oportunidad como la educación, marco jurídico, políticas y estrategias nacionales sobre la VCM/VIH
- d. Evaluar la vinculación entre las acciones conjuntas de la VCM y el VIH con miras a fortalecer futuras iniciativas para el trabajo colaborativo en las área identificadas como de mayor vulnerabilidad para la mujer
- e. Identificar futuros socios estratégicos del sector gubernamental y de la sociedad civil para la realización de intervenciones enfocadas hacia la prevención de la VCM y el VIH

2.2. Variables e indicadores

Las variables e indicadores seleccionados fueron los siguientes:

- a. Situación general del país: datos de población, información sociodemográfica, económica y de salud.
- b. Dimensiones del VIH: marco legal y respuestas sociales.
- c. Dimensiones de la VCM: marco legal y respuestas sociales.
- d. Niveles de la integración de las respuestas sociales frente al VIH y la VCM.

2.3. Fuentes de información

Se revisó la documentación oficial disponible: convenios, políticas, normas, leyes, planes estratégicos, programas e informes estadísticos del Ministerio de Salud; documentos de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, Panamá en cifra 2003-2007; informes oficiales de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos; informes de la Defensoría del Pueblo; datos estadísticos del Sistema de Justicia (estadística y leyes); evidencias publicadas por ONG's que trabajan la VCM y/o el VIH; aportes nacionales de agencias de cooperación en el país respecto a la salud sexual y reproductiva; y actualización de la epidemia regional del SIDA, por ONUSIDA.

1. Las leyes analizadas están disponibles en: www.conadeh.hn/CEDV/leyes y www.laccaso.org/pdfs/Honduras.

3. Resultados

3.1. Contexto nacional

La República de Panamá está ubicada en el centro del Hemisferio Occidental, entre las siguientes coordenadas: los 7°12'07" y 9°38'46" de Latitud Norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de Longitud Oeste. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Este con la República de Colombia, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con la República de Costa Rica.

La República de Panamá está constituida por nueve provincias y cinco comarcas indígenas.¹ El nombre oficial es República de Panamá y su capital es la Ciudad de Panamá. La nacionalidad es panameña y su idioma oficial es el español, aunque muchos panameños hablan el idioma inglés. En Panamá también se hablan otros idiomas no oficiales como italiano, francés, griego, chino e hindostán y sus comunidades indígenas hablan en dialecto, propio de la cultura.

Por la posición geográfica de la República de Panamá su población se caracteriza por una mezcla de razas los cuales podemos resaltar como la: población hispano indígena, población Afro-Colonial, población Afro Antillana, otras poblaciones (Chinos, Indostanos, Hebreos, Centroeuropeos y Centroamericanos), población indígena (Kuna, Emberá Wounan, Nögbé Buglé, Bokota, Teribe, Bri-Bri).

Estimación de la población total (2009) por grupos de edad y sexo²

Grupos de Edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	3,450,349	1,738,965	1,711,384
0 – 14	1,015,748	518,625	497,123
15 – 19	305,562	155,782	149,780
20 – 24	295,474	150,191	145,283
25 – 29	274,347	138,978	135,369
30 – 34	262,621	132,424	130,197
35 – 39	257,058	129,033	128,025
40 – 44	231,288	115,918	115,370
45 – 49	195,349	97,280	98,069
50 – 54	159,614	79,019	80,595
55 – 59	129,188	64,043	65,145
60 y más	324,100	157,672	166,428

1. A partir del año 1983 hasta el 2000, se aprueban las leyes que crean las comarcas; la Ley 16 de 1953 (Comarca Kuna Yala); la Ley 22 de 1983 (Comarca Emberá Wounan); la Ley 24 de 1996 (Comarca Madugandí); la Ley 10 de 1997 (Comarca Ngobe Bugle); y la creación de la comarca Wargandi de los Kunas en el año 2000, son ejemplares de tierras protegidas jurídicamente.

2. Boletín NO 11: Estimaciones y Proyecciones de la población total, urbana rural en la República, por Provincia, comarca Indígena, según sexo y grupos de edad: Años 2000-10; cuadro 1: Estimación de la Población Total, en la República, según Área, Sexo y Grupos de Edad: Años 2000-10.

En cuanto a la libertad de conciencia y religión, en el Estado Panameño se es libre de practicar cualquier creencia religiosa, así como el ejercicio de todos los cultos propio de la diversidad cultural con la que cuenta. Hay numerosas iglesias, templos y sinagogas. Sin embargo, la mayoría de los panameños son Católicos Romanos.³

La moneda oficial es el balboa, equivalente al dólar estadounidense que circula legalmente en todo su territorio desde 1904.

En Panamá cada cinco años se vive un proceso electoral importante en el cual se elige al Presidente y Vicepresidentes de la República, Diputados del Órgano Legislativo, Alcaldes de los diversos distritos, representantes de corregimiento y Concejales, con sus respectivos suplentes, en todo el territorio nacional. El pasado 1 de julio de 2009 se instalaron las nuevas autoridades de los Órganos Ejecutivo (Presidente y Vicepresidente, 75 Alcaldes y 623 representantes de corregimiento) y Legislativo (71 Diputados).⁴

Para el censo del año 2000 había un total de 2.839,177 habitantes, mientras que al 1 de julio de 2006 la población panameña se estima en 3.283,959 personas, de las cuales 1.656,469 corresponde a los hombres y 1.627,490 a las mujeres. La edad mediana de esta población se calculó en 26.2 años. De éstos se estima que el 10.5% son niños y niñas menores de 5 años y el 14.8% adolescentes entre los 12 a 19 años. El 30.0% de la población tiene menos de 15 años de edad, el 64% tiene entre 15 a 64 años y un 6.0% son mayores de 64 años.

La Esperanza de Vida al nacer se estima en 75.3 años en promedio, 72.8 años para los hombres y 77.6 para las mujeres.

Dentro de las 10 principales causas de defunciones en la República de Panamá en el año 2007 se reportan un total de 14,775 y para el año 2008 un total de 15,115. A continuación se resumen sus causas.⁵

Diez principales causas de muerte en la República de Panamá (2007 – 2008)

Causas Principales	Año			
	2007		2008	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Tumores malignos	2464	73.8	2514	74.8
Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias	1613	48.3	1837	54.7
Enfermedades isquémicas del corazón	1620	48.5	1512	44.5
Enfermedades cerebro vasculares	1409	42.5	1367	40.3
Diabetes mellitus	811	24.3	887	26.1
Otras enfermedades isquémica del corazón	734	22.0	805	23.7
Enfermedades crónicas de la vía respiratoria inferiores	481	14.4	481	14.2
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	460	13.8	473	13.9
Neumonía	573	17.2	600	17.7

De acuerdo al informe presentado por el departamento de registros médicos y estadístico del Ministerio de Salud para el año 2008 se reflejan los tumores malignos como la causa más frecuente de defunciones de defunciones. Al observar la segunda causa: accidentes,

3. Base de datos políticos de las Américas. Artículo 35-Panamá.

4. Constitución Política de la República de Panamá, Extracto del Título I.

5. Base de dato de Departamento de Registros Médicos y Estadísticos. Estadísticas Vitales Boletín Estadístico 2008. Volumen III Defunciones. Contraloría General de la República.

suicidios, homicidios y otros, se evidencia claramente la necesidad de diseñar estrategias enfocadas a la realización de campañas de prevención en estos aspectos. La tasa del 2007 en comparación con el 2008 subió casi un 6.4%.

Mortalidad general por sexo y grupo de edad (2008)⁶

Grupo de Edad	Total	2008		2008	
		Hombre		Mujer	
		N°	Tasa	N°	Tasa
Total	15,115	8,869	5.2	6,246	3.7
<1 Año	877	486	13.5	391	11.3
1 – 4	288	142	1.0	146	1.1
5 – 14	208	122	0.4	86	0.3
15 – 24	720	548	1.8	172	0.6
25 – 34	844	626	2.3	218	0.8
35 – 44	889	610	2.5	279	1.2
45 – 54	1,182	748	4.4	434	2.5
54 – 64	1,657	1,064	9.5	593	5.3
65 – 74	2,345	1,387	21.1	958	14.4
75 y Más	6,040	3,086	83.8	2,954	69.7

Este cuadro refleja un total de 15,115 defunciones reportadas por cada cien mil habitantes. El grupo de edad la población joven de 15 a 44 años de edad- refleja una tasa de 4.5%. A partir de los 15 años, la mortalidad comienza a aumentar lentamente y se acelera desde los 50 años. Para el año 2004 ocurrieron 13,475 defunciones de residentes en Panamá, las cuales fijaron una tasa bruta de 4.2 muertes por cada mil habitantes.

Los niveles de mortalidad han sido afectados por múltiples factores, entre los ellos los que destaca el Cuadro 3. Para contrarrestar esto se ha trabajado en el mejoramiento de las condiciones sanitarias y en la descentralización de los servicios de salud. Ese mejoramiento ha permitido diseñar procesos enfocados hacia la prevención, atención y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, aún se requiere diseñar sistemas de reportes oportunos para llevar a cabo intervenciones puntuales que mejoren el sistema de respuesta del sector salud para el control de las enfermedades y de las epidemias, incluyendo el VIH.

A pesar que estas cinco causas de muerte, existen otros factores que contribuyen al aumento de algunas enfermedades, producto de los cambios que experimenta la sociedad en cuanto al estilo de vida, la contaminación del ambiente y el envejecimiento natural. En tal sentido, las tasas de mortalidad más altas se presentan en las provincias de los Santos (672.1 por cien mil), la Comarca Kuna Yala (626.1 por cien mil) y Colón (540.5 por cien mil). Con respecto al resto de la provincias Herrera (508.7 por cien mil), Veraguas (443.2 por cien mil), Panamá (433.3 por cien mil), Chiriquí y Coclé (427.7 por cien mil), Bocas del Toro (426.8 por cien mil), comarca Ngöbe Bugle (354.1 por cien mil) y Darién (261 por cien mil).

6. Base de dato de Departamento de Registros Médicos y Estadísticos/ Ministerio de Salud. Cuadro N°10 Mortalidad por sexo y grupo de edad.

Fecundidad

La Tasa de fecundidad Global (FG) es de 2.5%, la cual suele ser el factor decisivo para determinar la tasa de crecimiento de la población /1.000 habitantes (2008), depende tanto del nivel de fertilidad y de la estructura por edades de la población.

Tasa de fecundidad global (2008)⁷

Año 2008	Tasa de Fecundidad	Tasa Global
10 – 49 años	65.7	2.5

De acuerdo al último dato del Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP) 2007-2008, la tasa de FG ha crecido en estos siete años, pasando de un valor de 0.695 en el 2001 a 0.733 en el 2007, al 2007. La longevidad se refleja alta, alcanzando una esperanza de vida al nacer cuyo promedio es de 75 años.

El porcentaje de personas que mueren antes de los 40 años en las zonas rurales corresponde a un 7.9%, mientras que las Comarcas es de 13.1%. Las mujeres panameñas, que representan la mitad de la población nacional, han modificado en forma apreciable sus rasgos demográficos en los últimos cuarenta años y han reducido en forma drástica su fecundidad: tienen menos de tres hijos promedio, cifra que era el doble hace cuatro décadas.

Analfabetismo y Educación

El grado de Analfabetas en Panamá se observa mayormente en las Zonas Rurales correspondiente a un 15.0%, mientras que en las Comarcas es de 39.9%.⁸ La explicación del fenómeno del analfabetismo reside en la magnitud del problema entre la población indígena: cerca de un cuarto del total de analfabetos pertenece a los distintos grupos indígenas. Las mujeres panameñas presentan mayores tasas de analfabetismo que los varones si se examina la población nacional, incluyendo la indígena, pero esas tasas femeninas son ligeramente menores que las de los varones si se observa únicamente la población no indígena del país. Este problema afecta mucho más a las mujeres que a los hombres de esos grupos étnicos.

Panamá invierte gran parte del presupuesto nacional en educación. Sus escuelas oficiales y particulares están bajo la supervisión del Ministerio de Educación. El sistema escolar se organiza en niveles de enseñanza básica (de primero a sexto), promedia (séptimo a noveno) y media (diez meses a duodécimo), así como educación superior o universitaria y en los últimos años estudios a nivel de diplomado. La Universidad de Panamá y la Universidad Tecnológica son estatales, mientras que la Universidad Santa María la Antigua, la Universidad Latina, la Universidad del Istmo, la Universidad Interamericana de Educación a Distancia, la extensión de la Universidad del Estado de Florida, la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Panamá Canal Collage y Columbus University, son privadas. Existen aproximadamente cuarenta y siete universidades con numerosa matrícula.

7. Indicadores demográficos y de Salud. Año 2008.

8. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007-2008. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Honduras 2006. Página 11, 12 y 15.

En la dimensión educativa que se reporta en el Índice de Desarrollo Humano muestra logros importantes en cuanto a la escolaridad de 69.3% en el año 2007 y 73.2% para el 2008. A pesar de esto, es necesario sostener estos esfuerzos a mediano y largo plazo para lograr aminorar las diferencias entre las zonas urbanas, las zonas rurales y las comarcas. Por otra parte, existe el reto de aumentar significativamente la calidad de la educación a partir de las mejoras en cobertura y asistencia escolar que son debilidades dentro del sistema educativo.

En materia de equidad de género se constató que el país obtuvo logros en desarrollo humano muy similares entre hombres y mujeres a nivel nacional pero persisten significativas disparidad entre áreas urbanas y rurales, entre Comarcas y provincias. Otro de los resultados que se evidencia en Panamá, es que cada vez son más las mujeres que están accediendo a nuevas oportunidades educativas y puestos profesionales, pero esto no se ha traducido significativamente en una mayor equidad en la toma de decisiones que continua siendo menor comparada a la posición política y social de los hombre. Se han hecho grandes esfuerzos para contrarrestar esta situación pero aún no ha sido completamente superada manteniéndose en esa situación (40% de mujeres frente al 60% de los hombres). Cada vez son más las mujeres que están accediendo a nuevas oportunidades educativas y puestos profesionales, pero esto no se ha traducido significativamente en mayor equidad en la toma de decisiones, la cual continua siendo menor comparada con la posición política y social de los hombre.

Empleo

La tasa de desempleo total en Panamá, estimada hasta agosto del año 2009 es de 6.6%. La Contraloría General de la República reflejó en su informe estadístico de agosto del 2009 que la población de 15 años y más económicamente activa muestra un total de 1, 541, 904 que representa 946,206 en hombre y 595,698 mujeres. Estando las principales ocupaciones de la mujer dentro del sector terciario las áreas hoteleras, de restaurante y servicios domésticos.⁹

Cabe resaltar que en marzo de 2009 se muestra una diferencia por sexo en la participación en la actividad económica, registrando los hombres una tasa de participación en la de 82.2% en comparación con la mujer con un 47.9%. Entre marzo del 2008 al 2009, se observó un pequeño aumento en la participación de los hombres de 2.2% por ciento, mientras que las mujeres registraron un aumento de 1.7%.¹⁰

Situación Económica en Panamá

La economía panameña se ha desarrollado en torno a su estratégica posición geográfica. El Producto Interno Bruto del país demuestra una significativa especialización en el sector

9. Cuadro 5. Población de 15 y más años de edad económicamente activa en la República, por sexo, según condición de actividad económica, sector y categoría en la actividad económica: encuesta de hogares, agosto de 2008-09.

10. Población de 15 y más años de edad económicamente activa en la República, por sexo, según condición de actividad económica, sector y categoría en la actividad económica: encuesta de hogares, marzo de 2008-09.

servicios que representa el 78%, frente al 7.8% del sector primario y el 14.2 del sector secundario o manufacturero. Panamá ha experimentado una sostenida expansión de su economía en los últimos 5 años, mostrando un crecimiento promedio de 8.8%, con picos de 11.5% en el período de 2006 – 2007 y de 9.2% en el período de 2007 – 2008.¹¹

El desarrollo del sector inmobiliario, de sus puertos, del Canal Interoceánico y su ampliación así como el incremento del turismo y de los servicios del centro de conexiones aéreas son, entre otras, algunas actividades que han promovido este crecimiento. A pesar de la crisis financiera mundial, la economía panameña ha crecido en 2.5% en el primer trimestre del 2009 y los pronósticos indican que la tasa de crecimiento para 2009 estuvo entre 2.5% y 3.0%.

Indicadores económicos (2004 – 2008)¹²

Indicadores económicos	2004	2005	2006	2007	2008
PIB per cápita ^a	4,129	4,350	4,640	5,089	5,466
PIB ^b (tasa de variación anual)	7.5	7.2	8.5	11.5	9.2
Índice de precios ^c	0.4	2.9	2.5	4.2	8.7
Desempleo ^d	11.8	9.8	8.7	6.4	5.6
Cuenta corriente ^e	-1,011.0	-759.3	-552.0	-1,422.4	-2,792
Deuda pública per cápita ^f	3,133	3,153	3,166	3,109	n/d/

Panamá posee un Centro Bancario de proyección internacional con representación de más de cien instituciones bancarias de todas partes del mundo; los activos consolidados del centro Bancario Panameño para el cierre del año 2008, alcanzaron la suma de 76,250 millones de dólares. Para marzo de 2009 el desempleo total alcanzaba una tasa de 6.3%, mientras que para el mismo período la tasa de desempleo abierto se ubicaba en 4.9%. Actualmente Panamá experimenta una alta presión migratoria procedente, primordialmente, de suramérica, el caribe y últimamente de países centroamericanos.

Empleo tomando en cuenta las provincias

En cuanto a las provincias y áreas indígenas la mayor participación en la actividad económica en agosto del 2009, según sexo se registró en la provincia de Chiriquí con 109,198 hombres y 57,835 mujeres; Coclé con 66,606 hombres y 37,714 mujeres; Veraguas con 63,330 hombres y 28,356 mujeres; Colón con 63,227 hombres y 45,841 mujeres; Panamá con 487,792 hombres y 337,618 mujeres; Herrera con 33,503 hombres y 20,730 mujeres; Los Santos 28,317 hombres y 16,192 mujeres; y Bocas del Toro con 27,584 hombres y 25,900 mujeres.¹³

11. Contraloría General de la República PIB.

12. (a) Per Cápita en dólares de 1996 y para el PIB es la Tasa de Variación Anual. Producto Interno Bruto a precios de comprador;

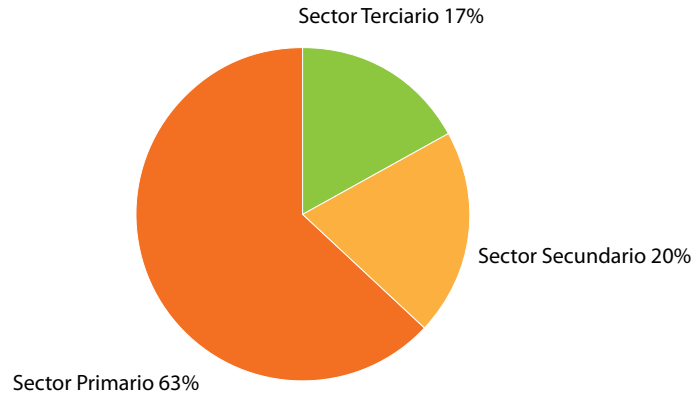
(b) Cuadro 3. PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE COMPRADOR DE 1996, TOTAL Y PER CÁPITA EN LA REPÚBLICA, Y SUS VARIACIONES PORCENTUALES ANUALES; AÑOS 1996-2008. Cifras Estimadas del Producto Interno Bruto de la República, a Precios Corrientes y Constantes, Anual y Trimestral: Año 2008. Base de dato del PEM 2009-2014. VIH-Sida. Manuel Burgos.

(c) Tasa de Variación Anual. Cuadro 5.ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR NACIONAL URBANO, POR DIVISIÓN: AÑOS 2003-08. Dirección de Estadística y Censo; Contraloría General de la República; República de Panamá.

(d) Porcentaje respecto a la Población Económicamente Activa. Cuadro 441-02. POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CARACTERÍSTICAS DE SUS COMPONENTES: ENCUESTA DE HOGARES, AGOSTO DE 2006-07. Panamá en Cifras 2002 – 2006 y 2006 – 2007. 441. Trabajos y Salarios.

13. Cuadro 2. POBLACIÓN NO INDÍGENA DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA: ENCUESTA DE HOGARES, AGOSTO DE 2008-09. (1) Las cifras se refieren a un promedio semanal del mes indicado. Excluye a los residentes en viviendas colectivas.

Población Ocupada por Sectores en la Actividad Económica: Marzo 2009 Descripción de Índice de Desempeño por sexo



Indicadores de desempeño en agosto de 2008-2009¹⁴

Índices de Desempeño	2008		2009	
	TOTAL		TOTAL	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Desocupada	211,595	639,375	223,342	638,405
Urbana	156,101	404,206	162,711	410,240
Rural	55,494	235,169	60,631	228,165
Sector Primario	2,095	483	2,903	151
Sector Secundario	15,765	1,721	19,495	3,831
Sector Terciario	23,020	40,925	25,978	48,745

La Contraloría General de la República refleja datos de la población que económicamente esta desocupada o inactiva, haciendo una relación por año y sexo. Respecto a la población de mujeres, en relación con los hombres, en el año 2009, se evidencia un alto número de desocupación. En la población urbana y rural el comportamiento es similar. El índice de desempeño por sector productivo para el año 2009 el sector primario se muestra bajo con respecto al año anterior y en relación con los hombres. El sector secundario, se muestra igualmente elevado en comparación con el año anterior y su relación con la población masculina. El sector terciario en el 2009 muestra 48,745 mujeres desocupadas, y en su ocupación para el mismo año muestra una actividad de 443,842. En el aspecto laboral y en todas las muestras, la mujer se encuentra desfavorecida con respecto a la población masculina.

Pobreza

De acuerdo al índice de pobreza humana aproximadamente 4 de cada 10 personas viven en pobreza total (36.8%) y del total de la población el 16.6%, es decir que 508,700, se encuentran en situación de pobreza extrema.¹⁵ Para el año 2001 y 2005, de acuerdo al IPH

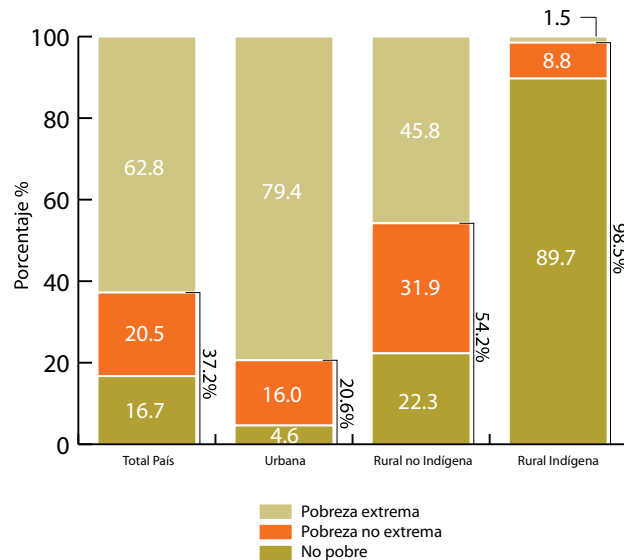
14. Cuadro 1. y Cuadro 5 de POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD ECONÓMICAMENTE ACTIVA EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, SECTOR Y CATEGORÍA EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: ENCUESTA DE HOGARES, AGOSTO DE 2008-09. (1) Las cifras se refieren a un promedio semanal del mes indicado. Excluye a los residentes en las viviendas colectivas.

(índice de pobreza humana), se observa una reducción levemente en los niveles de pobreza, persistiendo significativas desigualdades entre las diferentes regiones del país.

De acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas la incidencia de la pobreza del año 2003, según área urbana, rural e indígena, muestra que en las áreas urbanas del país la pobreza total y la extrema alcanzan su menor nivel, 20.0% y 4.4% de la población respectivamente; en las áreas rurales no indígenas poco más de la mitad de los residentes es pobre (54.0%) y una de cada cinco personas (22.0%) se encuentra en situación de pobreza extrema; en las áreas rurales indígenas, casi la totalidad de sus habitantes es pobre (98.4%) y en pobreza extrema se encuentra el 90.0% de los pobladores.

A nivel nacional el IPH, se ha reducido de 11% al 10%. La mayor disminución se registró en las zonas rurales (disminuyó de 24% a 20%), mientras que en las ciudades se ha mantenido prácticamente igual en torno al 5%. Respecto a las regiones, se refleja cierta disparidad ya que cuatro provincias tienen un IPH inferior al promedio nacional (Panamá, Colón, Los Santos y Herrera), Chiriquí y Coclé registraron un IPH entre 10% y 15%; Veraguas y Bocas del Toro estuvieron en torno al 20%; y Darién 26%. El IPH de las Comarcas es de un 50% y presentan los mayores niveles de pobreza humana en Panamá.

Incidencia de la pobreza, según área (%)



El informe de índice de desarrollo humano 2007-2008 muestra que hay grupos significativos de panameños excluidos, pese a que el país ha realizado importantes adelantos en salud y educación y ha experimentado un robusto crecimiento económicos desde el 2003. Sin embargo, Panamá requiere mejorar el nivel de equidad ante la desigualdad. "Panamá debe redireccionar algunas acciones hacia escenarios deseados en donde los menos favorecidos sean beneficiados".¹⁶ Esta desigualdad se observa claramente en las áreas urbanas, rurales e indígenas. Por ejemplo, en Panamá los hogares de las zonas rurales reciben una tercera parte de lo percibido en las ciudades.

15. REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. DIRECCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES. LA POBREZA EN PANAMÁ ENCUESTA DE NIVELES DE VIDA – 2003. PRINCIPALES RESULTADOS (Edición Revisada) Junio de 2005.

16. Comentario personal de Evelina Aedo, con respecto a IPH.

Índice de Desarrollo Humano

El informe Nacional de Índice de Desarrollo Humano 2007-2008 involucra en su conjunto a instituciones estatales, políticas y de la sociedad civil. Resalta dos objetivos enfocados en presentar la evolución del país como logros claramente observados del 2001-2007. También analiza los problemas institucionales que evidencian el papel que tienen las instituciones formal e informal; propone una agenda estratégica y motiva al debate y compromiso de los diversos actores (gobierno, sociedad civil y sector privado).

Desde esta perspectiva el IDHP (índice de desarrollo humano de Panamá), el aspecto educativo observa como durante el 2001 y 2005 se dieron cambios favorables respecto a la asistencia escolar. Las mujeres muestran un 73.8% de asistencia en relación a los hombres (71.9%). Esto hace que la tasa de alfabetización sea levemente más elevada para los hombres con 94.2% que para las mujeres con 93.1%. Los últimos porcentajes de analfabetismo responden a la falta de oportunidad a la educación en áreas de difícil acceso.

También en el IDHP evidencia una desigualdad de oportunidades y salarios mínimos, entre mujeres (54.4%) y hombres (59.6%). En relación con el índice de pobreza éste se ha reducido de 11% al 10%, teniendo una mayor disminución en las zonas rurales de 24% a 20%, mientras que en las ciudades se ha mantenido igual (5%).

Descripción Social

Panamá es un país de contrastes pues aunque ha mostrado altas tasas de crecimiento económico, la distribución de sus ingresos se caracteriza por un alto grado de desigualdad colocando al país entre los índices más altos de América Latina y el mundo; para 1997 el coeficiente de Gini se estimaba en 0.60, lo que equiparaba a Panamá con Brasil como los países con peor distribución del ingreso de la región.¹⁷

Indicadores Sociales (2001, 2005, 2007)

Indicadores Sociales	2001	2005	2007
Coficiente de Gini ¹⁸	0.55	0.52	0.52
Índice de Desarrollo Humano ¹⁹	0.695	0.718	0.733
Posición/Clasificación según valor IDH	59 (Desarrollo Humano Medio)	62 (Desarrollo Humano Alto)	n.d.
Promedio de años de Educación de la PEA ²⁰	9.1	9.7	9.8
Pobreza Total ²¹	36.7	30.9	28.6
Pobreza Extrema (porcentaje)	19.2	14.0	11.7
Gasto Público Social per cápita ²² (en US\$)	677.2	738.9	972.9
Tasa Neta de Matrícula en la Educación Primaria ²³	97.7	100.0	100.0
Tasa de Supervivencia al VI grado de Primaria	90.0	82.4	88.1

17. Nilva Góngora Meneses. Políticas Económicas y Pobreza en Panamá. Departamento de Sociología de la Universidad de Panamá.

18. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

19. Informe Nacional de Desarrollo Humano para Panamá 2007-2008, Capítulo 2: Avances y Desafíos en el Desarrollo Humano de Panamá.

20. Cuadro II.7 Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

21. Cuadro III.3. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

22. Cuadro A.10. Panamá: Indicadores del Gasto Público Social por sectores, 1996 - 2007. Panamá: Pobreza y Distribución del Ingreso en el período 2001-2007. Naciones Unidas, CEPAL.

23. Ministerio de Educación. Departamento de Estadística: Año 2008.

Descripción del Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Salud de Panamá identifica tres actores primarios fundamentales, a saber: el Ministerio de Salud, a quien las normas y leyes de la República asignan la función de conducir y salvaguardar la salud de los habitantes del territorio nacional, garantizándoles servicios de salud y acceso a la seguridad social. Se le asigna la función de vigilancia y control de riesgos vinculados a la salud pública y ambiental; regula, controla y vigila lo concerniente a farmacias y drogas; así como el cumplimiento de la seguridad y condiciones de salud en los sitios de trabajo; y ejecuta las funciones de financiación y provisión, entre otras funciones.

El siguiente actor es la Caja de Seguro Social, la cual garantiza a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, en caso de retiro por vejez, enfermedades, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; además de proveer servicios de salud en todos los niveles de atención para la población derecho habiente (cotizantes y beneficiarios). La Caja de Seguro Social brinda una cobertura de servicios a casi el 78% de la población total del país. El tercer actor es el Sector Privado, conformado por los prestadores directos de los servicios de salud y las compañías de seguro privado.

Instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social por región de salud (2008)²⁴

Región de salud	Total del País		
	CSS	MINSAL	Total
Bocas del Toro	5	37	42
Coclé	5	86	91
Colón	6	65	71
Chiriquí	71	113	130
Carién	0	62	62
Herrera	5	38	44
Los Santos	5	36	41
Panamá Este	2	59	61
Panamá Oeste	10	69	79
Metropolitana	30	30	60
San Miguelito	6	13	19
Veraguas	4	89	93
Kuna Yala	0	20	20
Nögbé-Bugle	0	105	105
Total	96	822	918

24. Incluyen las instalaciones que no están funcionando. Listado de las Instalaciones de Salud, Año: 2007 – 2008 del MINSAL y CSS. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Dirección de Planificación. Ministerio de Salud. PEM 2009-2014. ITS-VIH y Sida. Manuel Burgos.

Población protegida por la Caja de Seguro Social (2003 a 2008)²⁵

Año	Población Protegida				
	Total	Asegurados cotizantes			Dependientes (beneficiarios)
		Total	Activos	Pensionados ²⁶	
2003	1,959,163	797,067	652,021	145,046	1,162,096
2004	2,003,108	828,311	677,029	151,282	1,174,797
2005	2,155,208	890,334	734,356	155,978	1,264,874
2006	2,300,320	957,017	796,579	160,438	1,343,303
2007(P)	2,478,327	1,040,391	872,579	167,812	1,437,936
2008(E)	2,630,176	1,095,705	913,000	182,705	1,534,471

(P): Preliminar; (E): Estimada.

Acceso a servicios y tecnología de información y comunicaciones

Acceso a servicios básicos

En Panamá para los años siguiente del censo fue posible crear un indicador que midió el logro en cuanto a viviendas ocupadas por la población. El IDHP en cuanto a ese indicador refleja avances respecto a la condición de materiales, acceso vivienda y servicios. En el censo de 1990 y 2000 se reporta la existencia de dimensiones específicas para la obtención de una vivienda digna. Sin embargo, existen viviendas de madera, pencas o pajas, sobre todo ésta última en las áreas indígenas, con piso de tierra, palos u otros desechos. En ellas por lo general viven familias numerosas.²⁷

De acuerdo a la Contraloría General de la República en su censo del año 2000, veinte corregimientos y otros distritos de la ciudad capital contaban con 187,729 viviendas ocupadas, de ellas 689,523 son habitadas, con un promedio por vivienda de 3.7 personas.

Reporte de habitantes por viviendas (Censo 2000)²⁸

Tipo de Vivienda	Viviendas	Personas	Promedio de habitantes por vivienda
TOTAL	214,242	708,438	3.3
Vivienda Individual	132,972	481,562	3.6
Permanente	127,368	465,087	3.7
Semi-permanente	3,839	11,647	3.0
Improvisada	1,765	4,828	2.7

En estas viviendas suele aumentar el promedio de habitantes. En el caso de las comunidades indígenas emigran frecuentemente a la ciudad capital y es común que vivan en casa de algún familiar por un tiempo determinado. El número de viviendas improvisadas es elevado - 1,765- muchas de ellas han sido construidas en terrenos del Estado que han sido invadidos y debido a la inversión que sus habitantes han hecho es difícil desalojarlos, dificultando su reubicación por parte del gobierno.

25. Cuadro 421-01. Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. Años 2003 a 2007. Panamá en Cifras 2003 – 2007. Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

26. Se refiere a los pensionados vigentes por vejez, vejez anticipada, invalidez, sobrevivientes, riesgos profesionales y jubilados del Estado.

27. Fuente: INDH, Panamá 2002, en base a datos de la Contraloría General de la República.

28. Cuadro 16. VIVIENDAS Y PERSONAS, SEGÚN TIPO DE VIVIENDA: DISTRITO DE PANAMÁ POR CORREGIMIENTO. CENSO 2000.

Saneamiento básico

En Panamá las medidas de protección del medio ambiente se desarrollan y fiscalizan por autoridades del Ministerio de Salud (MINSa), la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM), el Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA), la Autoridad Marítima de Panamá (AMP) y los municipios, entre otros. La Ley N° 41 de 1 de julio de 1998, General de Ambiente, creó la Autoridad Nacional del Ambiente como la entidad autónoma rectora del Estado en materia de recursos naturales y del ambiente, para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes, los reglamentos y la política nacional del ambiente.

Entre las acciones emprendidas por el Gobierno de Panamá para prevenir o controlar la contaminación de las aguas superficiales y subterráneas se encuentra la elaboración de una serie de legislaciones relacionadas con el tema, como también la elaboración de proyectos ambientales, tal es el caso de los planes maestros para el saneamiento de la Bahía de Panamá, el Plan de Saneamiento Ambiental del Distrito de Colón, entre otros.

Las principales normativas son las siguientes:

- El artículo 205 del Código Sanitario vigente, aprobado mediante la Ley No. 66 de 10 de noviembre de 1947, prohíbe descargar directa o indirectamente los desagües de aguas usadas, sean de alcantarillas o de fábricas y otros, en ríos, lagos, acequias o cualquier curso de agua que sirva o pueda servir de abastecimiento para uso doméstico, agrícola o industrial o para recreación y balnearios públicos, a menos que sean tratadas por métodos que las rindan inocuas, a juicio de la Dirección de Salud Pública.
- El Decreto Ley No. 35 de 22 de septiembre de 1966 reglamenta el uso de las aguas y establece la prohibición de tirar a las corrientes de agua de uso común, sean o no permanentes o al mar, los despojos o residuos de empresas industriales, basuras, inmundicia u otras materias que las puedan contaminar o las hagan nocivas para la salud del hombre, animales domésticos o peces.
- Ley General de Ambiente de la República de Panamá, Ley No. 41 de 1 de julio de 1998, señala que recae en el Estado la administración del ambiente y es su obligación protegerlo, conservarlo y recuperarlo. Esta Ley también establece que para el cumplimiento de las Normas de Calidad Ambiental se deben fijar plazos, hasta tres años, para caracterizar las emisiones o impactos ambientales y hasta ocho años para realizar las acciones o introducir los cambios en el proceso de las tecnologías para cumplir con las Normas.

Salud Sexual y Reproductiva

El país para el año 2009 inició la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) por cuanto la última Encuesta de Salud y Fecundidad se realizó en 1984. Se espera que ésta encuesta permita aportar datos en diversos ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva de la población, incluyendo la medición de algunos indicadores de conocimiento y comportamiento relacionados con el VIH/SIDA. En cuanto a la planificación familiar, el Departamento de Estadística reporta para el 2008 un total de 515,249 consultas, con una cobertura de 11.4%. La región de Panamá Este es la que refleja una mayor cobertura de 45.5%. El resto de las regiones sanitarias se encuentre entre un 7% y 25% de cobertura.²⁹

29. Cuadro N° 38 cobertura y concentración de la atención en la Planificación Familiar, según región de salud y comarca. Año 2008

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud y el Ministerio de Salud, coordinan la aplicación de la encuesta demográfica en la provincia de Darién y el resto del país para lograr estadísticas reales sobre la salud y reproducción sexual ya que desde 1994 Panamá no actualiza sus estadísticas en esta materia.

La actualización de estos datos tienen como objetivo central conocer los indicadores nacionales en salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre, incluyendo las áreas urbanas, rurales y las comarcas.

La incidencia de la Sífilis Congénita en Panamá en los años 1990 a 2008 ha mantenido una tasa que oscilan entre 0.1 y 0.5 por 1000 nacimientos vivos.³⁰ Sin embargo, se considera que hay una sub-notificación de casos ya que los mortinatos (niños nacidos muertos) y muertes perinatales (muerte fetal intrauterina) no se investigan. De acuerdo al último reporte el sistema de vigilancia epidemiológica el año 2006 muestra 17 casos confirmados y 8 sospechosos y en el 2007 fueron 17 los casos confirmados y 15 sospechosos. Según las investigaciones epidemiológicas en el 2006, 8 casos fueron detectados en control prenatal y sólo una madre recibió tratamiento durante el embarazo; en 2007 se detectaron 12 casos en el control prenatal, de los cuales 2 recibieron tratamiento y 6 no especifican. El último reporte sobre los casos de sífilis neonatal precoz (menor de 7 días) muestra que para los años 2006 y 2007 fue de 70.5% y 41.0%.

Las Estadísticas del Ministerio de Educación señalan que en 2008 en las escuelas oficiales se presentaron 1,028 casos de embarazos de menores y adolescentes entre 10 y 19 años, en 2007 otros 957 y, en 2006 se reportaron 839. En los últimos cuatro años se han registrado 130 casos en las escuelas primarias en las que estudian alumnas de hasta 12 años. La ley panameña garantiza el derecho de las menores embarazadas de continuar con sus estudios, aunque muchas de las madres precoces en no continúan su educación.

Para el año 2007, a nivel nacional se registró una tasa de mortalidad materna de 59 muertes por cada cien mil nacidos vivos. Se observa grandes disparidades al desagregar la información por provincias y comarcas. Para el año 2006 la tasa por mortalidad materna llegó a 83.6, mientras que para el año 2007, se logró una reducción a 59.4. En ese mismo año, la tasa más alta se observó en la comarca Ngobe Buglé y en la provincia de Herrera donde se registraron aproximadamente 297 y 189 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

De acuerdo al informe del año 2007 el registro de defunciones por provincias refleja 40 defunciones maternas. En la comarca Ngobe Buglé 14 muertes, Panamá 11 muertes, Chiriquí 4 muertes, Herrera y Colón 3 muertes, Bocas del Toro 2 muertes, Coclé 1 muerte, y en Darién, Los Santos, Kuna Yala y Emberá no se produjo ninguna.³¹

Para julio de 2008, se realizan un total de 185,826 consultas y atención prenatal representando el 94.4% de la cobertura. Sin embargo, se muestra solamente una cobertura de 82.2%. Tomando de referencia la cobertura del 94%, las provincias muestran un 46.5% de mujeres embarazadas en Bocas del Toro, Coclé 83.2%, Colón 73.1%, Chiriquí 80.9%, Darién 58.7%, Herrera 77.5%, Los Santos 72.8%, Panamá 80.8%, Veraguas 67.9%. Las comarcas: Kuna Yala 78.1% y Ngobe Buglé 88.6%.³²

30. Departamento de Epidemiología/Sección de Estadísticas. Ministerio de Salud 2008.

31. Tercer Informe de Panamá 2009. ODM.

32. Cuadro N°34 Consulta y Cobertura de Atención a Prenatales en Instalaciones del Ministerio de Salud, según Provincias y Distritos. Año 2008.

La cobertura total de la atención a la embarazada adolescente que ingresaron a control a julio de 2008, muestra un total de 30,039. La edad del mayor número de casos en adolescente es de 10 y 19 años. La cobertura logró un 28.7%.

A la mujer se le recomienda llevar sus controles ginecológicos entre 2 y 3 veces por año. En Panamá, se muestra un total de 226,067 en pruebas de Papanicolaou, según región de salud y comarcas con una cobertura de 17.3%, hasta julio de 2008 esos datos correspondían a 205,817 mujeres.³³

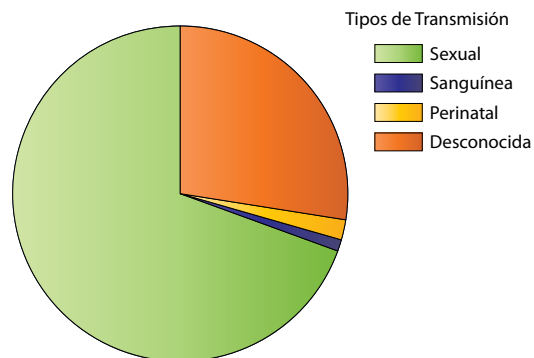
3.2. Dimensiones de VIH, políticas y respuestas sociales

El primer caso de SIDA en Panamá fue detectado en septiembre de 1984. A finales de ese año se tenían dos casos, uno masculino y el otro femenino, ambos en la Ciudad de Panamá. Desde entonces y hasta septiembre de 2008 se han reportado un total acumulado de 9,959 casos, de los cuales el 75% son hombres y el 25% mujeres, para una relación de 3/1. El grupo etáreo, mayormente afectado corresponde al rango de edad de 30–34 años con un 17.8%; seguido del de 35–39 con 16.4%. Es importante destacar que el 61.1% de la epidemia se concentra en el grupo etáreo que corresponde al rango de 25 a 44 años, en ese rango el 24.5% son mujeres. El tramo de 15 a 24 años que concentra el 8.6% del total, está conformado por 37% de casos femeninos.³⁴

El VIH y SIDA impacta a todos los niveles de la sociedad y en particular a la persona afectada directamente alcanzando también a sus familiares y otros allegados. En el combate contra el VIH y SIDA se requiere el desarrollo de acciones potencialmente preventivas, agresivas y novedosas que contribuyan a la disminución de la epidemia, a través de una mayor respuesta interinstitucional e intersectorial en conjunto con la comunidad.

La situación epidemiológica de Panamá refleja que la región de salud más afectada, por el número de reportes acumulados de portadores asintomáticos, es Colón con una tasa de 326.1, seguida de la región indígena de Kuna Yala, con una tasa de 234.9 y, en tercer lugar, la Región Metropolitana con una tasa de 187.2.

Modo de transmisión de los casos SIDA reportados (1984 a 2008)³⁵



33. Cuadro N°27. Cobertura y Concentración de toma de Papanicolaou. Instalaciones del MINSA, según región de salud y comarcas.1/ Calculado por cada 100 mujeres de 15 y más.

34. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias Panamá; julio 2009.

35. Informe Acumulativo de la Situación de Sida (al mes de septiembre), años: 1984 – 2008. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud de la República de Panamá.

De acuerdo a los datos más recientes que reporta el Ministerio de Salud al año 2007-2008 el VIH y SIDA se ubicaba como 9na causa de muerte en el país. Según información del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es el VIH-1 sub-tipo B.³⁶

**Personas en estado de infección asintomático por VIH,
por región de salud, sexo y tasa* (2001 – 2008, acumulado)³⁷**

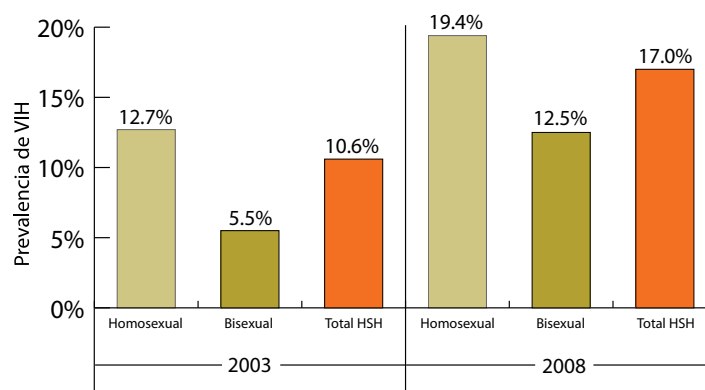
Distribución geográfica por región	Masculino	Femenino	Total	Tasa (*)
Bocas del Toro	17	13	30	29.1
Chiriquí	77	46	123	30.7
Colón	368	371	739	326.1
Herrera	45	22	67	61.3
Kuna Yala	56	29	85	234.9
Los Santos	30	14	44	49.7
Metro	687	527	1214	187.2
Panamá Este	57	23	80	105.0
Panamá Oeste	258	174	432	116.2
San Miguelito	313	254	567	116.7
Veraguas	32	9	41	18.4
Nögbe Bugle	2	7	9	7.0
Cocle	74	51	125	56.4
Darién	3	1	4	7.5
N.E.	416	173	589	
TOTAL	2,435	1,714	4,149	130.8

(*): Tasa acumulada por 100,000 habitantes, en base a la población del año 2004.

3.2.1. Prevalencia del VIH

En el año 2008 la prevalencia total del HSH se ubicó en 17%, para los subgrupos homosexuales en 19.4% y, para bisexuales en 12.5%. Datos que sugieren un aumento en las prevalencia para esta población.

Prevalencia de VIH en HSH en la ciudad de Panamá³⁸

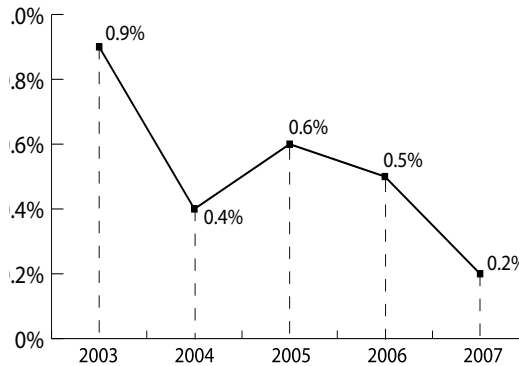


36. Resumen Ejecutivo (Septiembre de 1984 a septiembre de 2007). Vigilancia Epidemiológica del Sida en Panamá. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud; Ministerio de Salud; República de Panamá.

37. Personas en Estado de Infección Asintomático por el VIH; años: 2001 – 2008. Departamento de Epidemiología; Dirección General de Salud; Ministerio de Salud.

Si comparamos la prevalencia de mujeres embarazadas contra la de HSH, observaremos que para el año 2003 la prevalencia en HSH era casi 12 veces más alta que la encontrada en mujeres embarazadas y los últimos datos (2007 para embarazadas y 2008 para HSH) nos señalan que la prevalencia en HSH es por lo menos 85 veces más alta que en mujeres embarazadas.

Evolución de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (2003 -2007)

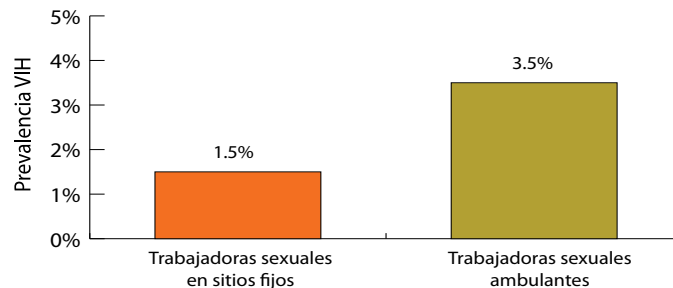


Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias; Panamá, Julio 2009

En cuanto al trabajo sexual femenino los datos de prevalencia para el 2003 (Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón) lo ubicaba en 2%; en donde el 1.9% correspondía a la Ciudad de Panamá y el 2.1% a la Ciudad de Colón. En el año 2007 la prevalencia para trabajadoras sexuales fijas que acuden a las Clínicas de Higiene Social del MINSA se ubicaba 0.9%.

La población HSH en el 2003 tenía prevalencia en VIH de 5 veces más alta que las trabajadora sexual femenina para ese mismo año y en lo que respecta a los últimos datos (HSH 2008 y TSF 2007) la prevalencia en HSH con respecto a las TSF que acuden a clínicas de higiene social era casi 19 veces más alta. Por último, al comparar el dato proyectado en el estudio de PROBIDSIDA con respecto a los TSM (prevalencia de 53%) ésta es aproximadamente 59% superior a la prevalencia en TSF que acudieron a las clínicas de higiene social en el año 2007.

Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según sitio de trabajo Ciudad de Panamá y Ciudad de Colón (2003)



Fuente: Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias, Panamá, Julio 2009.

La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud han habilitado Clínicas de Atención para Personas que Viven con el VIH-SIDA (PVVS) en todo el país a quienes se les brindan la terapia antirretroviral, las pruebas de diagnóstico, de control y otros servicios. La asistencia se brinda a través de catorce clínicas, doce del MINSA y dos de la CSS; en la actualidad el Sistema de Salud les brinda terapia a 4,261 personas.

Censo de pacientes bajo tratamiento antirretroviral (TARV) por Clínica, a nivel nacional³⁹

Clínica de TARV	Diciembre 2008	Mayo 2009
HST	1091	1137
CHMCSS	NR	1987
HEPCSS	NR	33
HN	NR	201
AMA	25	26
COLON	264	317
KUNA YALA	19	29
PMA. OESTE	91	90
COCLE	39	40
VERAGUAS	48	47
CHIRIQUI	205	244
HERRERA	25	28
LOS SANTOS	74	82
TOTAL	--	4261

En los últimos nueve años la epidemia de VIH/SIDA ha demandado un esfuerzo financiero nacional de por lo menos 140 millones de dólares, en donde más del 69% son recursos del Sector Público, 25% provienen del sector privado y solamente en 6% en donde los recursos provenientes de la cooperación internacional.

Tomando en consideración los datos epidemiológicos proyectados para el año 2010 en Panamá, la epidemia está concentrada en poblaciones de trabajadores sexuales (TS), homosexuales y otros HSH y se proyecta que tiende a generalizarse rápidamente. Estudios recientes tales como el Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/SIDA y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres (EMC) 2002-2003, han demostrado una prevalencia al VIH (porcentaje total de una población afectada por una infección en este caso) de 10.6% en HSH y de 2.0% en trabajadoras sexuales, mientras que en mujeres que asisten a clínicas de atención prenatal, dicha prevalencia es de 1.63%. Además, se ha demostrado que un 23% de la población de homosexual y otros HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres.

Para disminuir el impacto de la epidemia es necesario promover la priorización de las actividades de prevención y atención integral en ITS, VIH y SIDA en homosexuales y HSH y TSF mediante un plan de promoción y defensa pública focalizado en los homosexuales, bisexuales y HSH y los coloque en el centro de la agenda nacional de VIH y SIDA.

De acuerdo con los informes epidemiológicos, en el 2007 la relación hombre/mujer era 3.0/1, a septiembre 2009 la relación hombre/mujer fue de 2.9/1. Esta relación evidencia la necesidad de desarrollar campañas continuas y no limitadas al mes de la no violencia contra la mujer o el 1° de diciembre -día mundial de la lucha contra el SIDA-.

39. Censo Nacional de pacientes bajo tratamiento antirretroviral, por Clínicas del Sector Salud Pública. Diciembre 2008 a Mayo 2009; Licda. Rosa Lowe.

A través de la Fundación PROBIDSIDA y con el apoyo del Despacho de la Primera Dama, el Ministerio de Salud y UNICEF se lleva a cabo la campaña dirigida a las mujeres embarazadas con el lema: “Hazte la Prueba”. También el Ministerio de Desarrollo Social llevó a cabo, durante todo el año 2007, la campaña “Si le pegas a una Nos pegas a todas”. El Gobierno Nacional, a través del Despacho de la Primera Dama se ha unido a la Campaña Mundial de Naciones Unidas “Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres”, lanzada en el 2009 por el Secretario General de la ONU, en el contexto del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En este proyecto participan la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) y Ministerio de Salud y Órganos de Justicia.

La Tasa de Letalidad acumulada desde 1984-septiembre 2009, es de 6,961 muertes por SIDA lo que representa un porcentaje de letalidad de 68.7%. La disminución en las tasas de mortalidad guarda relación con el inicio de la terapia antirretroviral que se da en pacientes asegurados y que se inició a finales de 1999 y en el 2002, para los pacientes no asegurados.⁴⁰

Como se resalta en los informes epidemiológicos, la mortalidad afecta en mayor porcentaje a los grupos de edades entre 25 y 44 que reportan una mayor frecuencia de casos.

En el 2005, con el apoyo de la OPS-OMS,⁴¹ se lleva a cabo la Encuesta de Satisfacción de Servicios Recibidos por las Personas que Viven con el VIH, dirigida a medir la satisfacción de la calidad del servicio. Esta encuesta muestra que un 91.2% y un 92.9% de usuarios tienen la confianza en la atención. Respecto a la existencia de medicamentos, un 53% percibe que sí los hay, mientras que el 32% y un 8% reportan que el abastecimiento se limita solamente algunos o ningún medicamentos. Es importante notar que ésta encuesta debe ser aplicada nuevamente para contar con datos más actualizados, teniendo una línea de base que permita hacer los cambios pertinentes.

En cuanto a la ausencia de las personas afectadas que acuden a la atención, 68% reportan que pierden las citas y el 2% expresa que hay una ausencia del profesional. Dicha encuesta se limitó al área metropolitana por lo que sus resultados no pueden ser generalizados. Cabe también observar que la estrategia de distribución y recolección de estas encuestas genera dudas razonables sobre sus resultados.

Según los datos de ONUSIDA en el 2007 se estimó que en el mundo viven 33,2 millones de personas con VIH, de los cuales 2,5 millones adquirieron la infección ese año. Durante el 2008 se produjeron más de dos millones de muertes atribuidas a causas relacionadas con el VIH/SIDA, lo que eleva el número acumulado de fallecidos a 20 millones.

La Sociedad Civil en su respuesta a la epidemia de VIH y SIDA⁴²

En Panamá la sociedad civil ha desempeñado, junto a las autoridades de salud, un papel protagónico en la respuesta a la epidemia de VIH y SIDA, incluyendo organizaciones conformadas por personas que viven con VIH, las que se dedican a temas de salud y de derechos humanos y de trabajadores, así como los medios de comunicación, la empresa privada y el sector religioso.

40. Departamento de epidemiología. MINSA.

41. Encuesta de Calidad de Provisión de servicio 2005-2006. MINSA-OPS.

42. Manuel Burgos, Memorias 1999 – 2009.

Entre las organizaciones de la sociedad civil se incluye a organizaciones de personas que viven con VIH. Entre ellas, PROBIDSIDA es la pionera, organizada desde octubre de 1997, quien, junto a Viviendo Positivamente y Grupo Génesis Panamá+, destacan a nivel nacional, así como otras organizaciones que velan por y para el bienestar de las personas que viven con el VIH.

En el año 2000, se creó la Alianza Estratégica para la Promoción y Defensa Pública que nace para liderar temas importantes en materia de Derechos Humanos, VIH y acciones que fortalezcan el ambiente político y la tomas de decisiones que fortalezca la respuesta a la epidemia. La Alianza está integrada por doce organizaciones no gubernamentales, la Defensoría del Pueblo, el sector privado, el sector de trabajadores y el sector religioso.

Organizaciones de la sociedad civil y otras Instituciones vinculadas a la Alianza Estratégica de Promoción y Defensa Público para VIH

ONGs de PVVS	ONGs, Gremios e Institutos
PROBIDSIDA	APLAFA
Viviendo positivamente	EMESSAR
Grupo Génesis Panamá +	Consejo Empresarial para la Prevención del SIDA*
Poblaciones Vulnerables	Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud
AHMNP	Cruz Roja Panameña
Hogares CREA	PASMO
Sector religioso	AID for AIDS
SERECSIDA	Defensoría del Pueblo
Hogar Malambo	Federación Nacional de Servidores Públicos
Hogar Albergue de María	Central General de Trabajadores de Panamá*
Casa Hogar el Buen Samaritano	FUNPRODEH

(*) Nota: alguna de estas organizaciones en la actualidad no participan en la Alianza Estratégica

3.2.2. Marco legal: Compromisos nacionales en VIH

Descripción de la Situación Jurídica

El soporte jurídico del sector salud tiene su origen en el Título III de la Constitución Política de la República de Panamá sobre "Derechos y Deberes Individuales y Sociales" que en su Capítulo 6° brinda los lineamientos referentes a "Salud, Seguridad Social y Asistencia Social" y desarrolla en los artículos 109 al 117. El artículo 109 señala que: "Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social."⁴³

Así mismo, el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 "Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud" designa al Ministerio de Salud como la autoridad sanitaria nacional. La base legal de la Caja de Seguro Social de Panamá es su Ley Orgánica inicialmente formulada en 1954 y, posteriormente modificada por la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social No. 51 del 27 de diciembre de 2005.

La República de Panamá cuenta con Leyes, Decretos, Políticas, Planes y Programas que requieren ser puestos en marcha. Esto evidencia que las acciones y necesidades están

43. Constitución Política de la República de Panamá. Gaceta Oficial N° 25,176; Año CI Panamá. R. Panamá, lunes 15 de noviembre de 2004.

respaldadas por marcos normativos a partir de los cuales deben construirse estrategias dirigidas a satisfacer las necesidades reales de la población.

Política y legislación sobre VIH-SIDA en Panamá (2008)⁴⁴

Constitución Política de la República de Panamá
Reformada por los Actos Reformativos No.1 y No.2 de 1978, por el Acto Constitucional de 1983, por los Actos Legislativos No.1 de 1993 y No.2 de 1994 y por el Acto Legislativo No.1 de 2004
Normativa Internacional
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 15 de 1977. Por la cual se aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos. • Ley 13 de 1976. Por la cual se aprueba el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. • Ley 14 de 1976. Por la cual se aprueba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos. • Declaración Universal de Derechos Humanos. • Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA (2001). • OIT. Convenio No. 159 de 1983 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. • OIT. Convenio No. 111 de 1958 Relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación. • OIT. Convenio No. 81 de 1947 sobre la Organización de la Inspección del Trabajo en la Industria y el Comercio. • Declaración del Milenio. (2000). • Recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo (CIPD), 1994.
Leyes
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 51 de 2005 que Reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social. • Ley 59 de 2005. Por la cual se adopta normas de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que producen discapacidad laboral. • Ley 16 de 2004. Que dicta disposiciones para la prevención y tipificación de delitos contra la integridad y la libertad sexual y modifica y adiciona artículos a los códigos penal y judicial. • Ley 68 de 2003. Por la cual se regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. • Ley 55 de 2003. Por la cual se Reorganiza el Sistema Penitenciario. • Ley 6 de 2002 Que dicta Normas para la Transparencia en la Gestión Pública, establece la Acción de Habeas Data y otras disposiciones. • Ley 1 de 2001. Por la cual se regula sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. • Ley 3 de 2000. Por la cual se establece la Ley General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. • Ley 4 de 1999. Por la cual se Instituye la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. • Ley 4 de 1981. Por la cual se aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.
Decretos Ejecutivos
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Ejecutivo No. 428 de 2004 Que ordena gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. • Decreto Ejecutivo No. 53 de 2002 Por la cual se Reglamenta la Ley 4 de 1999 sobre Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. • Decreto Ejecutivo No. 119 de 2001 Que Reglamenta la Ley 3 de 2000 sobre ITS/VIH/SIDA. • Decreto Ejecutivo 268 de 2001 Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria.
Códigos
<ul style="list-style-type: none"> • Código de la Familia. Ley 3 de 1994. • Código Penal de la República de Panamá. Ley 18 de 1982. • Código de Trabajo. Decreto de Gabinete No. 252 de 1971. • Código Sanitario. Ley 66 de 1947. • Código Civil. Ley 2 de 1916.

Resoluciones
<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud. Resolución 483 de 2001 que crea la Comisión Nacional Contra el SIDA (CONASIDA)
Política Institucional
<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud. (2005 – 2009). Políticas y Estrategias de Salud. Líneas de Acción. Planes Operativos del Sistema de Salud
Políticas Públicas
<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. (2004). Política Pública de Juventud de Panamá
Planes y Programas
<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud, OPS/OMS (2006). Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA. Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. Ministerio de Salud. (2006-2009). Plan Estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Ministerio de Salud. (2002). Normas Técnico-Administrativas y de Procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer. Ministerio de Salud. Normas de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Ministerio de Salud. (1999). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Panamá cuenta con un marco jurídico favorable que constituye una fortaleza y base para el desarrollo de una que respete y consagre el respeto a los derechos humanos. La Ley 3 del 5 de enero del año 2000, sobre ITS, VIH y SIDA, ofrece un marco legal específico, conjuntamente con otras, que en materia de Salud y VIH SIDA se enuncian en el cuadro 14 donde aparecen los convenios internacionales, leyes, y decretos.

La Ley 3 de 2000, cuenta con un marco jurídico y un Decreto Ejecutivo N°119 de 2001 que la reglamenta. Esta Ley se ha constituido en una herramienta que facilita a las instituciones competentes ofrecer los servicios y dar una respuesta real a la población afectada, así como brindar prioridad e impulsar el cumplimiento efectivo de los compromisos internacionales. Sin embargo, esta normativa requiere una revisión de su reglamentación que traduzca de una forma práctica y efectiva los fines de la Ley, especialmente relevante es la incorporación de una definición clara del rol que juegan los distintos actores y desde un enfoque jurídico que sancione la violación de los Derechos Humanos.

La Ley 3 de 2000 que regula las ITS/VIH/SIDA también declara el compromiso fundamental del país de considerar este tema como un problema de Estado y de interés nacional. Esta Ley constituye la normativa más representativa que aborda diversos aspectos relevantes relacionados con el VIH y SIDA.

El Decreto Ejecutivo No. 119 de 2001, que reglamenta la Ley 3 de 2000, designa al Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA como el responsable de recomendar políticas, estrategias con enfoque de género, dictar normas técnicas vinculantes para todo el país, crear comisiones interinstitucionales e intersectoriales; además de otras disposiciones cuyo propósito es asegurar una amplia participación de la sociedad civil que servirá de apoyo y asesoría en la política estatal referente al tema.

3.2.3. Respuestas sociales: programas y proyectos

El País cuenta con una serie de directrices, normas e instrumentos técnicos y legales para la conducción de las intervenciones en torno al VIH, al mismo tiempo ha establecido estrategias participativas hacia los diferentes sectores, instituciones y grupos organizados de la sociedad civil quienes desempeñan un rol muy importante en el logro de los objetivos programáticos.

A continuación, se presenta un listado de instituciones gubernamentales del Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social y Albergue que cuentan con Clínicas de Terapia Antirretrovirales (CTARV).

- Hospital Santo Tomás
- Complejo Hospitalario Metropolitano. Dr. Arnulfo Arias Madrid. Caja de Seguro Social
- Hospital de Especialidades Pediátricas. Caja de Seguro Social
- Hospital del Niño
- Albergue de María en Colón
- Hospital Manuel Amador Guerrero en Colón
- Hospital Luis Chicho Fábrega en Veraguas
- Hospital Aquilino Tejeira en Coclé
- Hospital Anita Moreno (Los Santos)
- Hospital Nicolás Solano (Panamá Oeste)
- Hospital José Domingo de Obaldía (Chiriquí)
- Hospital Cecilio Castillero (Herrera)
- Comarca Kuna Yala
- Hospital en Bocas del Toro

Las CTARV brindan atención a las personas afectadas por el VIH y dentro de esta atención incluyen otros servicios multidisciplinarios como la salud mental, odontológica, nutrición y el servicio de laboratorio y farmacia.

A pesar del trabajo que realizan las CTARV se requiere fortalecer estos servicios y ampliar el enfoque de atención hacia acciones orientadas a la prevención, grupos de apoyo y desarrollo de alianzas que capaciten a las(os) PVV para crear fuentes de ingreso laboral. El espacio físico con el que cuentan podría complementarse con actividades de prevención hacia la VCM, especialmente para atender los casos de mujeres que han vivido en un círculo de violencia. Igualmente, a través de estos programas podrían fortalecerse los centros de atención como centros de salud, subcentros y policlínicas que podrían brindar una mayor orientación sobre la VCM.

Organizaciones gubernamentales involucradas en la respuesta al VIH

El Programa Nacional de ITS-VIH y SIDA, como instancia gubernamental, lidera el trabajo multisectorial del VIH, normaliza, regula y dirige las estrategias de acción conjunta entre los diversos sectores involucrados en la respuesta nacional empleando como herramientas principales los manuales de normas de atención integral, los análisis derivados de los informes estadísticos, las estrategias de cumplimiento de la Ley 3 del 2000 del VIH/SIDA, el monitoreo y la evaluación, involucramiento en las normas de laboratorios, consejería, tratamientos y fortalecimiento institucional y sistema de atenciones integrales desde las clínicas de servicios de cuidado antirretrovirales. Al mismo tiempo, establecen canales muy importantes de comunicación con todos los niveles y en todas las instancias a través del CONAVIH. Entre las más importantes tenemos:

- Ministerio de Salud
- Comité Nacional contra el VIH (CONAVIH)
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Ministerio de la Presidencia
- Representante de Personas Viviendo con el VIH
- Representante de la Sociedad Civil
- Defensoría del Pueblo
- PROBIDSIDA
- Viviendo Positivamente
- AHMNP
- Otros sectores

En el año 2004 se crea con una “Red Interinstitucional para la Promoción y Prevención de las ITS-VIH y SIDA del Sector Gubernamental”. Esta Red se inicia con veinte instituciones y al 2009 convoca cada mes a veintinueve instituciones que continúan desarrollando acciones de promoción y prevención con su comunidad, organizando campañas así como pruebas de VIH y confecciona murales de prevención, entre otras actividades. Dentro de esta Red, también se incluyen los cuatro estamentos de seguridad del Estado.

Las instituciones participantes en las acciones de promoción y prevención se resumen en el siguiente cuadro.

Instituciones gubernamentales

Ministerio de Salud	Ministerio de Trabajo
Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Gobierno y Justicia	Ministerio de Vivienda
Ministerio de la Presidencia	Lotería Nacional de Beneficencia
Asamblea Nacional de Diputados	Municipio de Panamá
Procuraduría General de la República	Autoridad del Canal de Panamá
Municipio de San Miguelito	Universidad de Panamá
Instituto para la Formación de Recurso Humano	Instituto Nacional de Desarrollo Humano
Ministerio de Obras Públicas	Banco Nacional de Panamá
Contraloría General de la República	Caja de Ahorro
Autoridad Marítima de Panamá	Ministerio de Educación

Estas instancias cuentan con un Plan de Acción que les permite el trabajo conjunto y dar respuesta a la realidad nacional en materia de ITS-VIH y SIDA. El objetivo de éste Plan es lograr un alto nivel de compromiso de todas las instancias cuya finalidad es informar y sensibilizar a la población trabajadora de los diferentes sectores gubernamentales. Entre los logros que la Red Interinstitucional se pueden mencionar: integración de la temática de las ITS y el VIH dentro de sus programas de capacitación; campañas para la realización de pruebas de VIH a funcionarios (la entidad gubernamental gestiona la compra de las mismas, otras por donaciones y/o convenios con ONG’s que cuentan con laboratorios certificados

para la realización de pruebas como es el caso de PROBIDSIDA para el día internacional de la prueba de VIH o para el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA) y participación activa en reuniones, talleres y foros nacionales e internacionales.

Compromisos Internacionales sobre VIH

Los principales instrumentos jurídicos internacionales vinculantes para los Estados sobre el VIH y SIDA son:

- La Carta de las Naciones Unidas
- La Declaración Universal de Derechos Humanos
- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres
- La Convención sobre los Derechos del Niño

Estos compromisos representan oportunidades para los países y, a través de proyectos sostenibles por el Estado, deberían traducirse en intervenciones comunitarias que den cumplimiento a estos acuerdos, vinculantes para los Estados.

Organismos de Cooperación

El rol de los organismos de cooperación en Panamá es muy relevante ya que brindan apoyo técnico y acompañamiento en las luchas por alcanzar una atención de calidad y apegada a los derechos humanos, tanto en el tema del VIH como en el de VCM. Igualmente, realizan trabajos coordinados con los diferentes grupos de la sociedad civil y apoyo a las acciones del gobierno. Entre estos organismos se encuentra ONUSIDA, OPS, UNICEF, PNUD, USAID, UNFPA y AECID.

3.3. Dimensiones de la VCM, política y respuestas sociales

La violencia contra la mujer por años ha sido un patrón de conducta en la cual se ejerce la fuerza, la violencia sexual o psicológica o la intimidación contra una persona por parte de su cónyuge, familiares o parientes y/o persona con quien cohabita, viva o haya vivido bajo el mismo techo o haya sostenido una relación legalmente reconocida, o con quien haya procreado un hijo(a) para causarle daño físico a su persona, o a la persona de otro para causarle daño emocional (Ley 38 de 2001).⁴⁵

A esto se une a la intolerancia social y las limitaciones de la respuesta institucional en la administración de justicia que trae como consecuencia la falta de presentación de denuncias, la impunidad -incluyendo casos de femicidio- y las deficiencias en el manejo de casos.

A pesar de la diversidad de los datos existentes, es importante señalar que Panamá no existe un registro único de violencia específicamente doméstica, ni información sobre la prevalencia de la misma a nivel nacional.

Las fuentes que registran, analizan y divulgan información cuantitativa sobre la violencia doméstica, a diferentes niveles, son, entre otros: el sector salud (MINSa y CSS), el sector jurídico-policial (Órgano Judicial, Policía Nacional y Procuraduría General de la Nación), el sector social (ONGs), el Instituto Nacional de la Mujer del MIDES, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República.

3.3.1. Prevalencia, poblaciones afectadas y prácticas

Número de denuncias a la Policía Técnica Judicial (1997-2005)

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Denuncias por VCM	35	876	911	824	1,167	1,920	1,874	1,623	1,811

En el periodo de enero a agosto del año 2006 la Policía Técnica Judicial, registro 1,108 denuncias por violencia doméstica. En el año 2005 se registran 1,811. Sin embargo, éstos casos sólo son caracterizados como sospecha de violencia intrafamiliar.

De la base de datos del Órgano Judicial, a través de su centro de estadística, se derivan la siguiente información:

- Año 2003: ingresan 7,685 denuncias por violencia doméstica y se resuelven 5,863. De estos últimos, el 72.8% son por sobreseimiento provisional y el 11.7% por sentencia condenatoria.
- Año 2004: ingresan 7,435 casos por violencia doméstica y se resuelven 5,699. De estos últimos, el 72.6% lo son por sobreseimiento provisional y el 11.2% por sentencia condenatoria.⁴⁶

Durante el año 2004 el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público atendió a un total de 812 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y 637 menores en situaciones de maltrato.

El Instituto de la Mujer, en el año 2005 atendió un total de 320 casos. De estos 314 fueron contra la mujer y 6 casos de hombres. El 31% de las mujeres víctimas tenían entre 31 y 40 años de edad; un 30% entre 21 y 30; un 18% entre 42 y 50. El 40.5% de las víctimas reportaron violencia psicológica; 26.9% manifestaciones físicas; 15% violencia patrimonial y un 4.6% violencia sexual. El 13% restante fueron otras situaciones como intentos de suicidios y trastornos psiquiátricos. El Instituto de la Mujer en el año 2006, brindó orientación psicológica a 196 mujeres víctimas de violencia doméstica.

45. Experiencia de compromiso social para provenir y atender la violencia doméstica en el Distrito de Soná, Provincia de Veraguas.

46. Femicidio en Panamá 200-2006. Urania Ungo

La Casa Albergue Nueva Vida, de enero a octubre de 2006, albergó a 288 personas víctimas de violencia doméstica (93 mujeres, 103 niñas y 92 niños).

Como es sabido, la violencia contra la mujer no conoce fronteras sociales, económicas o culturales. Se estima que una mujer puede permanecer en esta situación un promedio de 10 años. Es por ello, que se ha constituido como un problema social que afecta a todos y todas, por lo que es importante crear en nuestra sociedad programas enfocados a su prevención y erradicación. Sólo desde estas actuaciones se podrá hablar del éxito en las intervenciones.

La mayoría de los datos se consignan en los registros de las autoridades de policía, del sistema de administración de justicia y del Ministerio de Salud (MINSA). Casos de sospecha por violencia intrafamiliar y maltrato al menor, reportados por el MINSA indican un total de 2,476 para el 2004; 2,280 para 2005 y 2,585 casos para el año 2006.

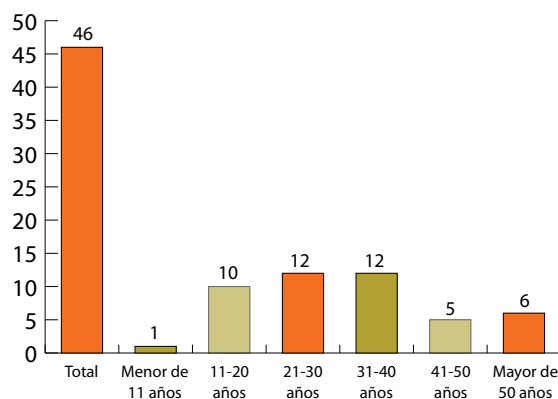
El informe de víctimas por violencia intrafamiliar y maltrato al menor, registra en el Ministerio de Salud por Región y Hospitales Nacionales en el año 2006 un total de 2,585; 2,410 para el 2007 y 3,092 en 2008.

Muertes violentas de mujeres por la relación con el victimario, según edad de la víctima (enero-julio 2009)⁴⁷

Edad de la víctima	Relación con la víctima						
	Total	Pareja	Ex-pareja	Vínculo con el esposo	Familiar	Sin vínculo	Se desconoce
Total	46	8	8	1	1	11	17
Menor de 11 años	1	-	-	-	-	1	-
11-20 años	10	1	1	-	-	2	6
21-30 años	12	2	4	1	1	-	4
31-40 años	12	5	2	-	-	2	3
41-50 años	5	-	1	-	-	2	2
Mayor de 50 años	6	-	-	-	-	4	2

La población cuya edad se encuentra ente los 11 y 50 años, refleja elevados índices de reportes de violencia, siendo la relación con el victimario desconocida en los 17 caso reportados y 11 en los que no existe vínculo. En cuanto a su relación con la víctima - pareja y expareja- existen 8 denuncias, siendo las edades de más alto riesgo los 21 a 40 años de edad.

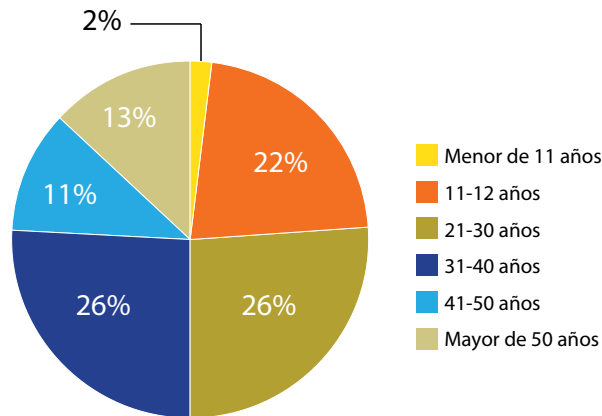
Muertes violentas de mujeres por edad (enero – julio 2009)



47. Cuadro 18 y Gráfico 8 elaborados por el Observatorio Panameño contra la Violencia de Género.

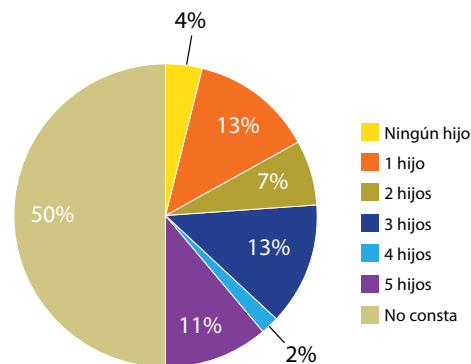
Dentro de esa misma población -21 a los 40 años de edad-, no solo se encuentran las mayormente afectadas por la violencia, sino también el más alto porcentaje de víctimas que fallecen a causa de la misma. En segundo lugar se encuentra el grupo entre los 11 a 20 años, lo que es muy preocupante por el alto riesgo en el que se encuentra la población adolescente y el adulto joven.

Porcentaje de mujeres violentadas por edad de la víctima (enero – julio 2009)⁴⁸



De acuerdo con el porcentaje de muertes, la edad entre 21 a 40 años muestra una afectación de un 26%; los menores de 11 años solamente un 2%, lo cual es igualmente preocupante por el estado de indefensión y limitaciones del menor de denunciar a su agresor. La población mayor de 50 años representa un 13%, lo cual llama a reflexión por el alto riesgo en el que se encuentran los adultos y adultos mayores. Generalmente en esa edad las denuncias suelen disminuir porque esa población teme quedarse sola y toleran aún más situaciones de violencia.

Mujeres violentadas según número de hijos (enero – julio 2009)



Un 13% de las mujeres víctimas de violencia reportan tener un promedio de 3 hijos, lo que evidencia que en ocasiones estas circunstancias dificulta tomar la decisión de hacer una denuncia o abandonar el hogar. Un 11% reporta tener 5 hijos y, en menor porcentaje dos o ninguno (7%, 4% y 2%). Un 50% se desconoce la cantidad de hijos o no se reportan al momento de hacer la denuncia.

Respecto a las zonas geográficas que reportan un mayor índice de violencia, en el siguiente gráfico se observa que Panamá reporta un mayor número de casos (33 denuncias), seguido por Colón (9 denuncias), Chiriquí (2 denuncias) y los Santos y Veraguas (1 denuncia c/u). Claramente se observa que la ciudad de Panamá es la que tiene mayor número de mujeres afectadas por la violencia. En relaciones de pareja se observan 8 casos y 12 en los cuales el agresor es un desconocido.

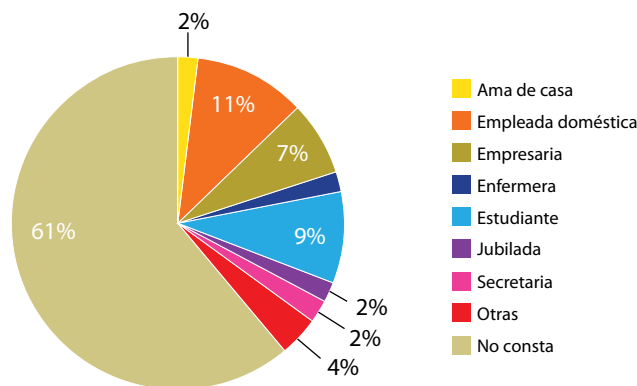
Muertes de mujeres por provincia (enero – julio 2009)

Relación con la víctima	Provincia de ocurrencia					
	Total	Chiriquí	Colón	Los Santos	Panamá	Veraguas
Total	46	2	9	1	33	1
Pareja	8	1	1	-	5	1
Expareja	8	-	-	-	8	-
Vínculo con el esposo	1	-	-	-	1	-
Familiar	1	-	-	1	-	-
Sin vínculo	11	-	4	-	7	-
Se desconoce	17	1	4	-	12	-

Fuente: Elaborado por el Observatorio Panameño contra la Violencia de Género, a partir de información de los medios de comunicación

Respecto a la ocupación de la víctima, tal y como lo ilustra el siguiente gráfico, un 11% son empleadas domésticas; el 9% representa a mujeres que están estudiando; y 7% a mujeres empresarias. Datos que confirman que el nivel de educación que pueda tener o no la mujer no define si será maltratado o violentada y que el problema afecta por igual a todos los estratos sociales y culturales.

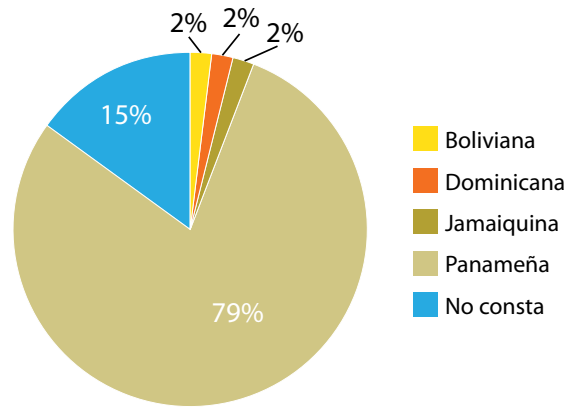
Muertes violentas de mujeres según ocupación (enero – julio 2009)



Fuente: Elaborado por el Observatorio Panameño contra la Violencia de Género (OPVG), a partir de información de los medios de comunicación.

Las mujeres de nacionalidad extranjera reportan menos casos de violencia (2%) con respecto a las nacionales (79%) lo que puede atribuirse al estado migratorio ilegal en el que podrían encontrarse algunas de estas mujeres, quienes por temor a ser deportadas no denuncian estos actos. Una situación similar, aunque por distintas razones se observa entre las mujeres de las comarcas indígenas que en gran medida dependen del hombre para su subsistencia y tampoco denuncian estos actos. En un 68% de los casos de mujeres han sido atacadas por víctimas con armas de fuego y un 15% arma blanca.

Muertes violentas de mujeres según nacionalidad (enero – julio 2009)



Fuente: Elaborado por el Observatorio Panameño contra la Violencia de Género (OPVG), a partir de información de los medios de comunicación.

3.3.2. Marco legal sobre la VCM

En 1975 las Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de la violencia contra las mujeres en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual se llevó a cabo en México; posteriormente para el año 1980, en el marco de la II Conferencia Mundial, en Copenhague, se puso de manifiesto que “la violencia doméstica contra la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo”, constatando la causa de mortalidad no natural más elevada, entre 15 a 45 años de edad.

Como resultado de las últimas iniciativas que se han focalizado en este, en el marco de la OEA, en 1994 se suscribió la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: “Convención de Belém do Pará”; la cual convirtió a América Latina en la primera región del mundo en tener un instrumento jurídico internacional en esta materia. Panamá fue uno de los primeros países de la región que ratificó esta convención mediante la Ley No. 12 de 20 de abril de 1995, que sirvió de impulso a la expedición por parte de la Asamblea Nacional de Diputados de la Ley No.27 de 16 de junio de 1995, por la cual se tipifican los “Delitos de Violencia Intrafamiliar y el Maltrato a Menores...”

Otras leyes nacionales sobre violencia de género son:

- Ley No. 17 de 28 de marzo de 2001. “Por la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”.
- Ley No. 31 de 28 de mayo de 1998. “De protección a las Víctimas del Delito, que Define los Derechos de las Víctimas”.
- Ley No. 27 de 16 de junio de 1995. “Por la cual se Tipifica los Delitos de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor”.
- Ley No. 16 de julio de 1991: “Que Crea el Centro de Recepción de Denuncias en la Policía Técnica Judicial, Donde Además está el Centro de Asistencia a Víctimas del Delito.”⁴⁹

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), a través de la Ley No.71 del 23 de diciembre del año 2008 crea el “Instituto Nacional de la Mujer”, en la Asamblea Nacional de Diputados. Este instituto coordina y ejecuta políticas nacionales de igualdad de oportunidad para las mujeres conforme a sus objetivos, atribuciones y funciones.

El Instituto Nacional de la Mujer está representado ante el Órgano Ejecutivo del MIDES y sujeto a la fiscalización de la Contraloría General de la República, su autonomía le permite contar con presupuesto financiero para la ejecución de intervenciones.

Entre las funciones de este instituto está la “coordinación con las instituciones públicas o privadas, con programas y proyectos dirigidos a eliminar los causas estructurales de la desigualdad entre los géneros, promoviendo acciones tendientes a su reducción o eliminación”.

En la República de Panamá, se crea la Ley 38 del 10 de julio de 2001, que es el eje que sanciona la violencia doméstica y el maltrato al niño, niña y adolescente.

Marco Jurídico para la creación del Observatorio Panameño de Violencia de Género

Los Observatorio Panameño de Violencia de Género, en adelante OPVG se desarrolla en el marco del proyecto “Actuación Integral con Víctimas de Violencia de Género”, que ejecuta el Fondo Mixto Hispano-Panameño de Cooperación con la Procuraduría de la Administración y el Ministerio de Desarrollo Social. Surgen de la iniciativa de crear un OPVG como organismo interinstitucional adscrito a la Defensoría del Pueblo y cuyo objetivo es contribuir en gran medida a reducir el tratamiento y erradicación de VCM en nuestro país.

En Panamá, subsisten graves deficiencias en el tratamiento institucional de la violencia de género, tales como: ausencia de coordinación y comunicación interinstitucional, falta de seguimiento estadístico, ausencia de uniformidad en la interpretación de cómo debe combatirse la violencia de género, ausencia de centralización de datos recabados por las instituciones que dan respuesta a la violencia de género y criterios estadísticos no unificados en lo que concierne a esta materia, entre otras.⁵⁰

Con la creación y la puesta en funcionamiento del OPVG en Panamá se da un avance importante en este tema y se ratifica el compromiso de Estado de prevenir, combatir y erradicar el flagelo de la violencia contra las mujeres. La misión y visión integral de un

49. Guía de recurso y apoyo para mujeres víctimas de violencia de género en Panamá. Esperanza Franco Rodríguez. AECL. Panamá 2007.

Observatorio se expresa en la definición contenida en la página Web del Consejo de las Mujeres de Madrid:

“El Observatorio es una institución que se dedica a llevar a cabo la compilación y análisis de los datos e informaciones recogidos por los prestadores de servicios, contando con un sistema de información que evite la dispersión, omisión y/o la duplicidad de los datos. Asimismo debe promover la realización de estudios e investigaciones, evaluar programas e iniciativas, elaborar dictámenes, conclusiones y recomendaciones sobre la evolución de la problemática (objeto de análisis) en todas sus manifestaciones” (<http://www.consejomujeresmadrid.org>, enero 2004).

Legislación Nacional

- La Constitución Política de la República 1972 establece los derechos y garantías fundamentales. Con el fin supremo de fortalecer la Nación, garantizar la libertad, asegurar la democracia y la estabilidad institucional, exaltar la dignidad humana, promover la justicia social, el bienestar general y la integración regional, e invocar la protección de Dios, se decreta esta Constitución.
- La Ley Nº 27 de 16 de junio de 1995, de Violencia Intrafamiliar y la Ley 38 de 10 de julio de 2001, que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial, sobre Violencia Doméstica y Maltrato al Niño, Niña y Adolescente (que deroga algunos artículos de la ley anterior), regula diversos aspectos sobre el tratamiento a las víctimas de estos delitos.
- La Ley de Protección a las Víctimas del Delito (Ley 31/98, de 28 de mayo), dicta normas para proteger a las víctimas de cualquier delito, de forma genérica, por lo que son también de aplicación a las mujeres y los niños.
- La Ley Nº 4 de 29 de enero de 1999, instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres, transponiendo a la legislación panameña los contenidos de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. A su vez, ésta Ley se desarrolla en el Decreto Ejecutivo Nº 53 de 25 de junio de 2002.
- Otras normas que también se ocupan de la violencia de género son: el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOMII 2002-2006); el Sistema Nacional de Capacitación en Género (SNCG), creado a través del Decreto Ejecutivo Nº 31 de 16 de abril de 2001 y el Sistema de Indicadores con Enfoque de Género de Panamá (SIEGPA) regulado en el Decreto Ejecutivo Nº 89 de 13 de Noviembre de 2002.
- Plan Nacional contra la Violencia Doméstica y Formas de Convivencia Ciudadana, 2004-2014. Informe Nacional, Audiencia Regional, Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre Violencia Doméstica. Red Nacional Contra la Violencia CLADEM – Capítulo Panamá Alianza Foro Mujer y Desarrollo – CODIM.
- El nuevo Código Penal, aprobado por medio de la Ley Nº 14 de mayo de 2007, entró a regir a partir de mayo del 2008 y agravó el delito de homicidio cuando es cometido en el marco de un acto de violencia doméstica, aumentándose las penas de prisión de 1 a 3

años en el Código Penal anterior, a 2 a 4 años en el nuevo Código. Igualmente, se incluye para los delitos de lesiones personales y el delito de violación un agravante cuando el hecho delictivo es cometido en el contexto de un acto de violencia doméstica.

- La Ley 63 del 28 de agosto de 2008 que adopta el Código Procesal Penal establece innovadoras medidas de protección para a las víctimas de violencia doméstica. Se excluyó la posibilidad del desistimiento de la pretensión punitiva en los delitos de violencia doméstica.

Instrumentos Jurídicos y declaraciones de alcance mundial

- La Ley 63 de 28 de agosto de 2008 que adopta el Código Procesal Penal que establece innovadoras medidas de protección especiales a las víctimas de violencia doméstica. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de la ONU, Resolución N° 217 de 10 de diciembre de 1948.
- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.
- Estrategias de Nairobi orientadas hacia el Futuro por el Adelanto de la Mujer. Conferencia de la ONU realizada en Nairobi en 1985.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial de Beijing. Celebrada del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijing (China).
- La Declaración de Beijing. Declaración conjunta adoptada por los Estados Miembros de la ONU que participaron en la Conferencia que resume las posiciones y los proyectos de medidas acordadas en la Plataforma de Acción.
- La Plataforma de Acción. Programa dirigido a potenciar el papel de la mujer en la sociedad para acelerar la promoción, protección y fortalecimiento de los derechos humanos de las mujeres que deberá ser cumplido por los gobiernos, el sector privado y organismos no gubernamentales.
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. De 10 de diciembre de 1999, ratificada en Panamá a través de la Ley 17 de 28 de marzo de 2001.

Convenciones Interamericanas

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José). Aprobada en la

Conferencia de los Estados Americanos (OEA) el 22 de noviembre de 1969 en San José, Costa Rica. Aprobada en Panamá mediante Ley N°15 de 28 de octubre de 1977.

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada el 9 de junio de 1994 por la Asamblea General de los Estados Americanos (OEA).

3.3.3. *Respuestas sociales: Programas y proyectos*

Instancias que forman parte del OPVG:

La Defensora ostenta la Presidencia del OPVG y puede delegar en el Adjunto/a o en la titular de la Dirección para Asuntos de las Mujeres.

Representantes del Poder Ejecutivo, Judicial y Ministerio Público

- El Órgano Judicial
- La Procuraduría General de la Nación
- El Ministerio de Gobierno y Justicia
- El Ministerio de Desarrollo Social
- El Ministerio de Salud
- El Ministerio de Educación
- El Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral
- El Ministerio de Economía y Finanzas
- El Instituto Nacional de la Mujer
- La Contraloría General de la República, a través del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Otras entidades, organizaciones públicas y privadas:

- Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá
- Caja de Seguro Social
- Colegio Nacional de Abogados
- Consejo Nacional de Periodismo
- Organizaciones No Gubernamentales de Mujeres (ONGs) con representación a nivel nacional en la lucha contra la violencia de género, entre ellas:
- Consejo Nacional de la Mujer
- Alianza de Mujeres de Panamá
- Foro Mujer y Desarrollo
- Centro de Estudios y Capacitación Familiar (CEFA)
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)
- Foro Nacional de Mujeres de Partidos Políticos
- Red nacional contra la Violencia la Mujer y la Familia
- Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de Panamá (CONAMUIP)
- Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA)
- Centro de Estudios y Acción Social Panameña (CEASPA)

- Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)
- Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo Integral de la Mujer (CODIM)

Estas instancias gubernamentales y de la sociedad civil deberían fortalecerse como parte de un proceso de integración del VIH y VCM, por ejemplo a través de una red mutisectorial a través de la cual se desarrollen acciones conjuntas.

3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: evidencia y respuestas sociales

A pesar de que ambas problemáticas cada vez más afectan a nuestra población de mujeres, niñas, niños y adolescentes los recursos invertidos para la capacitación en materia de VCM no han sido presupuestados. En particular, en las capacitaciones del personal de salud que atienden el trabajo con VIH y viceversa no se integran ambos temas. Permanece una ejecución y prestación de servicios separadas y la desvinculación y aislamiento en los trabajos. Lo cual sugiere la necesidad de impulsar un enfoque de VCM y VIH vinculado y un acercamiento activo de los dos temas de manera que beneficie a las mujeres que sufren por ambas epidemias.

4. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- Las instituciones gubernamentales que se dedican al VIH, requieren unir esfuerzos a través del CONAVIH y del Instituto de la Mujer, en coordinación con la sociedad civil y la Defensoría del Pueblo, para facilitar la integración VIH/VCM. Esta integración debería incluir temas tales como los relacionados con las normas de atención y procedimientos, sistema de monitoreo y evaluación a través del OPVG nacional y el sistema de vigilancia epidemiológica. En las instituciones gubernamentales se cuenta con áreas, secciones y/o departamentos con enfoque de género que son un logro y oportunidad para el desarrollo y acciones de prevención a nivel nacional y que deberían ser empleadas y maximizadas a lo largo de la ejecución de esta iniciativa.
- Las instancias gubernamentales directamente vinculadas como entes rectores en el tema de VCM y VIH, requieren visibilizar a sus autoridades y tomadores de decisiones así como sus proyectos e iniciativas como medio de fortalecer a las mujeres en las áreas que mayormente les afecta, e incentivar el trabajo comunitario que beneficie a la mujer, incluyendo a la indígena.
- El Ministerio de Salud, en su rol normativo, tiene acceso directo al resto de las unidades de salud del país lo que le permitiría, desde el Departamento de Estadísticas, mejorar los registros de casos de violencia y VIH, especialmente tomando en consideración que en éste último caso, existen sub-registros que podrían emplear. Igualmente, el Departamento de Estadísticas no reporta datos de violencia desagregados por sexo, edad, provincia, comunidad, etc. que facilitarían la elaboración de un análisis más profundo y conocer las especificidades de la población afectada. Similarmente, los datos que son reportados como violencia están desagregados en diversas instancias como la Defensoría del Pueblo, INAMU, DIJ, Contraloría, entre otros y un análisis integral suele ser una tarea compleja por la disparidad y multiplicidad de fuentes.
- El Ministerio de Salud, en coordinación con la Red de VIH y VCM, podría fortalecer los programas, dentro de ese Ministerio, que abordan temas como la salud sexual y reproductiva de las mujeres, niñez y adolescencia, salud mental, entre otros, con un enfoque de DDHH.
- Es importante que exista una coordinación entre el MIDES-Instituto de la Mujer y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA con la finalidad de diseñar programas de prevención VIH y VCM. Esto, podría también contribuir a lograr que las instituciones gubernamentales, privadas y sociedad civil que atiende VIH y/o VCM e inicien su abordaje coordinadamente. Al entrevistar a las ONGs que manejan el tema del VIH se observa que en sus capacitaciones vinculan muy poco ambos temas, a pesar de haber expresado que muchas de las mujeres VIH+ también enfrentan situaciones de violencia.

- Algunas ONGs cuentan con experiencia en acciones de abogacía y defensa pública que podrían emplearse en el tratamiento conjunto de los temas de VCM y VIH, especialmente considerando que los PVV cuentan con un entrenamiento para la orientación en estos casos a través de visitas comunitarias. Entre las organizaciones familiarizadas con ese abordaje están: APLAFA, PROBIDSIDA, Viviendo Positivamente, CONAMUI, Aid for Aids.
- Las ONGs que trabajan con la población afectada por el VIH, de forma indirecta, vinculan al tema de VCM, ante la ausencia de ONGs que lo traten específicamente.
- Algunas de esas organizaciones, a pesar de que se encuentran inscritas en la “Guía de Apoyo para Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Panamá” del MIDES, en la práctica han desaparecido. Uno de los retos, si se desea abordar el tema de la VCM de manera integral y enfática, es el vacío que ha dejado esa situación. En el marco de esta preocupación, es importante promover reuniones informativas que permitan el abordaje del tema e identifique vínculos inter-organizacionales, inter-comunales y sinergias en las Provincias, sobre todo en aquellas áreas en donde se presenta el mayor número de casos como son San Miguelito, Colón, Panamá Oeste y Panamá Metro al igual que las comarcas. A partir de éste ejercicio, podrían fortalecerse organizaciones, surgir otras y reactivarse las existentes.
- En Panamá se requiere que todos los actores claves formen parte de los Planes Estratégicos de VIH 2009-2014, a fin de establecer una adecuada coordinación y lograr la incorporación del tema de VCM en esas acciones y programas. Al respecto, la Ley 3 de 2000 será revisada durante el 2010, lo que representa una gran oportunidad para que los actores multisectoriales aseguren la inclusión de normas y acciones legales que protejan a las mujeres que son violentadas y quienes como resultado de esa situación adquieren el VIH, estén en riesgo de contraerlo o sean objeto de violencia por su condición VIH+.
- Las Regiones de salud más afectadas por el número de reportes acumulados asintomáticos (VIH), de acuerdo con el departamento de epidemiología del MINSA, son: Colón, Región Indígena de Kuna Yala y la región Metropolitana.
- - De acuerdo con la información estadística proporcionada por la OPVG, las mujeres mayormente afectadas por la VCM, según el grupo de edad, son las de 21 a 40 años que reportan tener de 1 a 5 hijos, su estado civil es desconocido. Este es un ejemplo de los retos que se afrontan ante la ausencia de un sistema único de información, lo que dificultó tanto la elaboración del presente AS como del MA y el análisis sistemático de la información estadística.
- Las ONGs que trabajan en el tema del VIH abordan directamente los aspectos de la prevención y abogacía pero no existe una vinculación con la VCM.
- La Red Interinstitucional para la Prevención y Control de las ITS-VIH y SIDA del sector gubernamental creada desde el año 2004 y en la que participan algunas autoridades Ministeriales junto con la Primera Dama de la República, forman parte del CONAVIH y ésta es una herramienta que podría ser usada durante la implementación del proyecto.

- La Red Organizaciones Públicas y Civiles (El Sistema de Indicadores con Enfoque de Género de Panamá) que produce información estadística para la incorporación del enfoque de género en las estadísticas nacionales, constituye una plataforma que podría ser empleada y fortalecida durante la ejecución del proyecto. Esta Red contiene información sobre la situación de las mujeres y hombres en Panamá -equidades y diferencias- en distintos aspectos de la realidad social.

Recomendaciones

- Socializar los resultados del análisis situacional sobre VIH y VCM entre las instituciones gubernamentales, empresas privadas y organizaciones no gubernamentales, principalmente entre aquellas que brindaron información y documentación para la elaboración de este AS y MA.
- Incentivar a los actores estratégicos en temas de VIH y CVM a tener mayor incidencia en la promoción, socialización y concientización en las instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil, grupos organizados y organismos de cooperación sobre la necesidad, así como difundir las razones que justifican una integración de políticas y programas de VIH/VCM.
- Incluir en el proyecto actividades de capacitación, promoción y divulgación sobre la integración entre VIH y VCM en las acciones que se desarrollarán, resaltando la gravedad de ambas epidemias, su incidencia en la sociedad e involucrando a todos los actores sociales, organizaciones y grupos de la comunidad.
- Involucrar en el desarrollo del Proyecto, a las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que manejan ambos temas para fortalecer vínculos y aprovechar sinergias. En particular, respecto al papel que puedan tener en el monitoreo, la evaluación, la organización de redes, los distintos estilos de coordinación y comunicación, la capacidad de convocatoria y la administración de proyectos.
- Enfocar los esfuerzos para empoderar a la mujer en los grupos etáreos mayormente afectados, tanto para VIH como VCM, los que se encuentran entre 20 a 40 años de edad.
- Aplicar el modelo de atención integral en la Región de Colón y/o Panamá, tomando en cuenta que en estas regiones se presenta la mayor afectación del VIH y VCM.
- Integrar los esfuerzos que han venido haciendo todas las instancias gubernamentales, privadas y de la sociedad civil con el fin de fortalecer futuras acciones enfocadas en los DDHH de la mujer.
- Coordinar el desarrollo del modelo de intervención piloto desde el INAMU y desde allí convocar a los actores estratégicos a unirse a esta iniciativa.
- Plasmar esfuerzos en la reactivación de aquellas ONGs que manejan el tema de la VCM y que actualmente se encuentran inactivas, a fin de que puedan desempeñar el rol

estratégico que les corresponde. A través de ellas, podrían ampliarse los servicios a la población e involucrarse una mayor cantidad de especialistas que conozcan la temática y puedan participar en el manejo de los procesos legales, intervenciones comunitarias, apoyo a través de albergues y el acompañamiento emocional, tanto para los casos de VIH como para los de VCM.

- Maximizar los esfuerzos que realiza, tanto la Caja de Seguro Social como en el Ministerio de Salud, quienes han habilitado Clínicas de Atención para Personas que Viven con el VIH-SIDA (PVVS) en todo el país. Actualmente, el sistema de salud brinda terapia a aproximadamente 4,261 personas. Estas clínicas brindan terapia antirretroviral, pruebas diagnósticas y control y otros servicios y podrían constituir una herramienta útil que facilite la diseminación de información, oriente y preste servicios a las personas que viven o han vivido en un círculo de violencia.

5. Bibliografía

- Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH). Plan Estratégico Multisectorial 2009 – 2014.
- Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2006. Edición Especial del ONUSIDA.
- Acta de reunión de consulta para la “Promoción de la Salud Sexual” mayo 2000. OPS-OMS.
- Programa Nacional de ITS-VIH y SIDA “Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH”. MINSA/ OPS-OMS 2006.
- Programa Nacional de ITS-VIH y SIDA “Plan Estratégico Multisectorial de ITS-VIH y SIDA 200-2014”.
- Programa Nacional de ITS-VIH y SIDA “Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en Relación con el VIH-SIDA. MINSA/ OPS-OMS 2007”.
- Programa Nacional de ITS-VIH y SIDA “Políticas y Legislación sobre VIH y SIDA”. MINSA/ USADI/OPS-OMS/ 2008.
- Constitución Política de la República de Panamá. Reformada por los Actores Reformativos No. 1 y No. 2 de 1978.
- Ley 3 de 2000. Establece la Ley General sobre las Infecciones de transmisión Sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA.
- Decreto Ejecutivo No. 119 de 2001. Reglamenta la Ley 3 de 2000 sobre las ITS-VIH y SIDA.
- Código de la Familia. Ley 3 de 1994.
- Código Penal de la República de Panamá. Ley 18 de 1982.
- Código de Trabajo. Decreto de Gabinete No. 252 de 1971.
- Código Sanitario. Ley 66 de 1947.
- ONUSIDA. (2005) Seguimiento de la Declaración de Compromisos sobre VIH y SIDA. Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Ginebra, Suiza.
- Naciones Unidas (2001) Declaración de Compromisos en la Lucha Contra el VIH y SIDA. New York.
- ONUSIDA. (2005). Violación de los Derechos Humanos, Estigma y Discriminación relacionados al VIH y SIDA. Estudio de Intervenciones Exitosas en Suiza.
- AECI – PNUD (2007). Diagnóstico sobre la Participación de las Mujeres en la Política.
- Ley No. 71 de 23 de diciembre de 2008. Que crea el Instituto Nacional de la Mujer.
- Ley 38 de 10 de julio de 2001. Que reforma y adiciona al Código Penal y Judicial, sobre la Violencia Doméstica y Maltrato al Niño, Niña y Adolescente, deroga artículo de la Ley 27 de 1995.

- Ministerio de Desarrollo Social. Manual para el Uso de Video de Violencia Doméstica. Título "Mujeres Maltratadas". Dirección Abner Benain. Producción Apertura Films. 2005.
- Ungo, Urania. (2008). Femicidio en Panamá (2000-2006).
- Franco Rodríguez, Esperanza (2007). Guía de Recursos de Apoyo a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Panamá.
- Ministerio de Desarrollo Social (2007). "Experiencia de Compromiso Social para Prevenir y Atender la Violencia Doméstica en el Distrito de Soná Provincia de Veraguas. Edición Miller, Ramira.
- Tercer Informe de Panamá (2009). Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- IV Informe Nacional "Clara González" (2008). Situación de la Mujer en Panamá.