



CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

Ana Lydia Fernández Layos & María Elena Ruiz Abril

Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor
Diciembre de 2011

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICAⁱ

INTRODUCCIÓN

Este documento pretende ser un ejemplo de cómo utilizar los datos en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La información es poder, y los datos, utilizados de forma adecuada pueden ser un aliado estratégico para avanzar la agenda de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres. Los datos en los que se basa esta publicación provienen de la Base de Datos del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva en África y España elaborado por la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor.

La información de este documento, y los indicadores de la Base de Datos en general, no son probablemente información nueva. Lo que sí es nuevo es cómo se han combinado en estas fichas para crear mensajes de incidencia que inviten a la acción política. En general, el valor añadido de la base de datos y de esta publicación no es que tenga el último indicador sobre mortalidad materna o violencia de género en 11 países africanos. Eso ya está en otros informes. El valor añadido está en que al lado de la información sobre mortalidad materna, el lector/usuario de la base de datos puede encontrar información sobre gasto público en salud en ese país; o sobre si el aborto es legal o no en el país en cuestión, de manera que cada activista pueda hacer combinaciones de indicadores y utilizar la información para crear mensajes políticos que sirvan para avanzar en favor de los derechos de las mujeres.

CONTENIDO Y METODOLOGÍA

La Base de Datos. La Base de Datos del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva en África y España, que se puede consultar en la página web www.map-srhr.org, recoge información para 11 países de África sobre temas clave de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La información se ha compilado a partir de fuentes estadísticas diversas, completada con entrevistas a organizaciones de la sociedad civil que trabajan en incidencia política en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África. Los 11 **países** incluidos en la base de datos son Cabo Verde, Níger, Senegal, Malí y Gambia (África del Oeste); Namibia, Angola y Mozambique en el África Austral; Etiopía y Kenia en el cuerno de África, y la República Democrática del Congo en África Central. El anexo I de esta publicación presenta la lista de detallada de **indicadores** de la Base de Datos, divididos en los siguientes bloques:

- Indicadores de Desarrollo Humano;
- Indicadores de Género;
- Indicadores de Maternidad Segura;
- Otros Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva;
- Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes;
- Indicadores de Violencia de Género;
- Indicadores de Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva;
- Ratificación de Instrumentos Legales sobre los Derechos Humanos a nivel Internacional, Regional y Nacional;

- Gasto Público en Salud;
- Estrategias Nacionales de Género y de Derechos Sexuales y Reproductivos;
- Actores Estatales y de la Sociedad Civil que trabajan en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Las fichas temáticas. A continuación se presentan 8 fichas que ilustran ejemplos del tipo de análisis que se puede realizar partiendo de los datos recogidos en la Base de Datos del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva en África y España. Los criterios para la elección de los temas han sido su relevancia en el marco del análisis de los Derechos Sexuales y Reproductivos en África, así como su capacidad de suscitar e invitar a la acción de incidencia política. Cada ficha presenta de forma didáctica y fácil de visualizar un análisis de qué está pasando en el área que se analiza en los 11 países, qué están haciendo los gobiernos al respecto, y qué puede hacer la sociedad civil a través de su trabajo de incidencia en ese área. Cuando se ha utilizado la información proveniente de otras fuentes ajenas a la base de datos para contextualizar y apoyar distintos elementos del análisis, ésta se ha referenciado adecuadamente. Por supuesto, la base de datos permite seleccionar otros temas o indicadores distintos a analizar dentro de cada tema. Los temas seleccionados en esta publicación son:

Ficha 1: Aborto

Ficha 2: Mortalidad Materna

Ficha 3: Maternidad Temprana

Ficha 4: Planificación Familiar

Ficha 5: Violencia de Género

Ficha 6: VIH/SIDA

Ficha 7: Discriminación Sexual

Ficha 8: Instrumentos Políticos y Legales en Salud y DSR

Los perfiles país. Otra forma de utilizar la información es a través de panorámicas por país. Por ello se han elaborado en otra publicación diferente, perfiles país que recogen, para cada uno de los países, una narrativa de los indicadores incluidos en la Base de Datos, seguidos por una tabla que resume toda la información de un solo vistazo. Los perfiles país están disponibles en la versión online del Mapa, accesible en www.map-srhr.org

CONCLUSIONES

Las fichas seleccionadas ofrecen una panorámica de la situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en África a través del análisis de 11 países. La situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en África, a partir de lo que las fichas seleccionadas nos cuentan, se puede resumir en que:

- La **mortalidad materna** sigue siendo alta, afectando a derechos básicos de las mujeres. Las buenas noticias son que un gran número de países africanos han tomado medidas para reducirla, empezando por el lanzamiento de CARMMA. Sin embargo queda todavía mucho por hacer. A pesar de ser responsable de la mitad de muertes maternas en la región, el **aborto** es ilegal en la mayoría de países de África.
- Activistas y gobiernos necesitan prestar más atención a la **salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes**. Algunos problemas como el embarazo adolescente cobran dimensiones alarmantes en muchos países, afectando seriamente las posibilidades de desarrollo de las futuras generaciones y limitando la consecución de los objetivos de desarrollo en los países. El **matrimonio precoz**, íntimamente ligado a los embarazos adolescentes, necesita de una respuesta firme desde las instituciones y comunidades en la región.
- El acceso a la **planificación familiar** sigue siendo un desafío en África. África es la región del mundo con el uso de anticonceptivos más bajo, con menos de 3 de cada 10 mujeres usando métodos modernos. Sin lugar a dudas, esta carencia de acceso tiene serias repercusiones sobre la vida de las mujeres, sobre su capacidad de ejercer plenamente sus derechos, así como sobre otros indicadores de desarrollo.
- La **violencia de género**, probablemente el problema más grave de las mujeres en África, cobra dimensiones escalofrantes. Por ejemplo, El 85% de las mujeres en Malí han sufrido Mutilación Genital Femenina; en Sudáfrica, cada seis horas muere una mujer a manos de su pareja; y en DRC, ocurren cerca de 1,100 casos de violación al mes. A pesar de los avances legislativos para combatirla, todavía queda mucho por hacer sobre el terreno en la implementación de medidas concretas.
- El **VIH/SIDA**, uno de los problemas más serios que experimenta el continente, afecta más a las mujeres africanas que a los hombres. La desigualdad y la discriminación acentúan la forma en que el SIDA se ceba en las mujeres en el continente. Una mayor inversión en información y sensibilización así como en educación afectivo-sexual de hombres y mujeres es imprescindible para frenar su avance en África.
- Desafortunadamente, la **población LGTB** sufre todavía graves violaciones a sus derechos en muchos lugares de África, y lo que es todavía más preocupante es que en algunos países esa discriminación se legitima desde las instituciones.
- Los países africanos cuentan con **instrumentos suficientes** a nivel regional e internacional para defender los derechos sexuales y reproductivos. El ritmo de ratificación es bueno, pero la implementación es todavía muy lenta

A nivel de incidencia política, alguna de las conclusiones que pueden extraerse son que:

- La sociedad civil y **el movimiento de mujeres en África**, y de más allá a través de alianzas interregionales e internacionales **tiene un rol que jugar** para que los gobiernos tomen acciones en todas las áreas analizadas en este documento. Desde la ratificación de tratados, o el lanzamiento de CARMMA, hasta la aplicación de la legislación vigente en violencia de género o el impulso de nueva legislación para despenalizar el aborto o dotar a la población LGTB de plenos derechos.
- En el trabajo de incidencia, el disponer de **datos**, y el saber utilizarlos adecuadamente es fundamental. Hay todo un primer esfuerzo que hacer para presionar a los gobiernos para que integren la perspectiva de **género en los sistemas nacionales de información**

y estadísticas. Aquí el rol del movimiento de mujeres puede ser difundir buenas prácticas de cómo se ha hecho esto en otros sitios.

- Hay todo un segundo trabajo por hacer para **utilizar esos datos estratégicamente** en la defensa de los derechos de las mujeres. Las fichas han dado algunos ejemplos, basándose sobre todo en la estrategia de *name and shame* o *quién sale mal en la foto*, pero el potencial de las estadísticas en el trabajo de incidencia va mucho más allá. Para ello, es necesario invertir en el **fortalecimiento de las capacidades** de los y las activistas en África sobre cómo utilizar y explotar los datos en el trabajo de incidencia.
- **Existen una serie de herramientas que se pueden utilizar en el trabajo de incidencia.** No se trata de reinventar la rueda sino de tener acceso a los recursos, tratados, y bases de datos que existen para llevar a cabo el trabajo de incidencia. Las fichas nos han dirigido a algunos de ellos en los distintos temas.

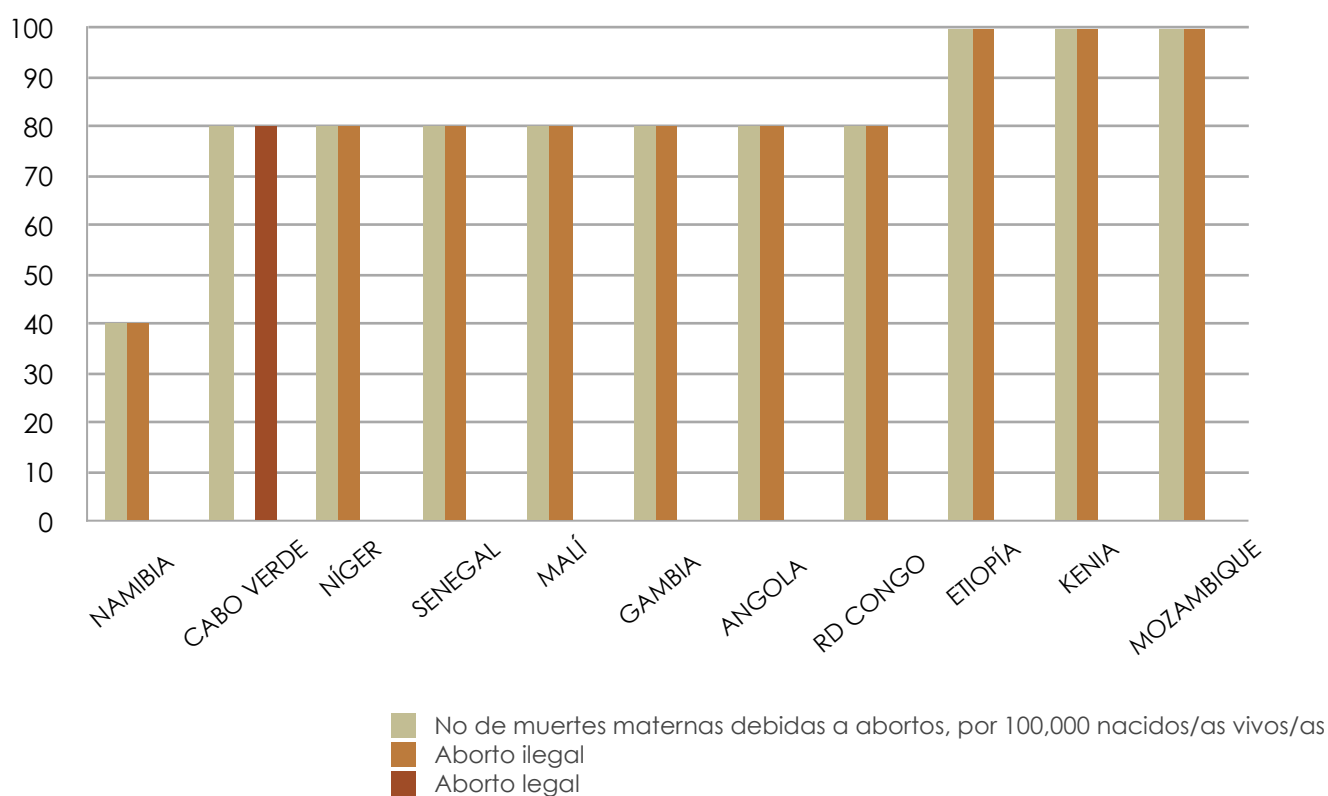
A fin de cuentas, lo más importante de este recurso es cómo lo uses tú. Lo más importante es lo que los datos te dicen a ti, lector y lectora, activista, investigador/a, etc. Este capítulo es una invitación a que tú confecciones tus propias fichas, mensajes, herramientas de incidencia y diseñes tu estrategia de acción política en favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.



A PESAR DE SER RESPONSABLE DE LA MITAD DE ILEGAL EN LA MAYORÍA DE PAÍSES DE LA REGIÓN.

A pesar de ser responsable de la mitad de las muertes maternas en África, el aborto es ilegal en la mayoría de países africanos. La OMS (2004) calcula que una de cada ocho muertes relacionadas con el embarazo a nivel mundial es consecuencia de un aborto inseguro. Además, afirma que en África Sub-Sahariana el 50 por ciento de las muertes maternas se deben a abortos inseguros. De los 11 países analizados, Angola, Mozambique, Etiopía, Kenia y RD Congo tienen las tasas de aborto inseguro más altas con 36 de cada 1000 mujeres entre 16-44 años, mientras que Namibia tiene la más baja con 9 de cada 1000 mujeres entre 16-44 años. De los países analizados, sólo en Cabo Verde el aborto es legal en las 12 primeras semanas del embarazo. En todos los demás el aborto es ilegal. En estos casos, el aborto puede llevarse a cabo aunque en situaciones excepcionales recogidas en la ley, que varían según el país.

Gráfico 1. El aborto es ilegal a pesar de contribuir fuertemente a la mortalidad materna



Fuente: datos de abortos inseguros: estimaciones regionales de la OMS, 2011; datos sobre legislación: Base de datos del Mapa de SDSR en África y España

LAS MUERTES MATERNAS EN ÁFRICA, EL ABORTO ES

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Puedes decir a tu gobierno que:

- Elegir cuantas/os y cuando tener hijas/os es uno de los Derechos que se ha comprometido a promover (CEDAW, Plan de Acción del Cairo).
- El aborto es responsable de la mitad de las muertes maternas en África.

Puedes pedir a tu gobierno:

- Que sea valiente e inicie un proceso de diálogo social para despenalizar el aborto.
- Que aumente el % de gasto público en Salud Sexual y Reproductiva para garantizar el acceso a métodos eficaces de planificación familiar.

En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Por lo tanto, verifica si tu país tiene datos de número de abortos practicados, número de muertes a consecuencia de abortos, etc.:

- Si no los tiene, presiona para que los tenga.
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos, difunde tus datos con una explicación de las causas y consecuencias de los abortos inseguros para las mujeres y las niñas y para la sociedad en general.

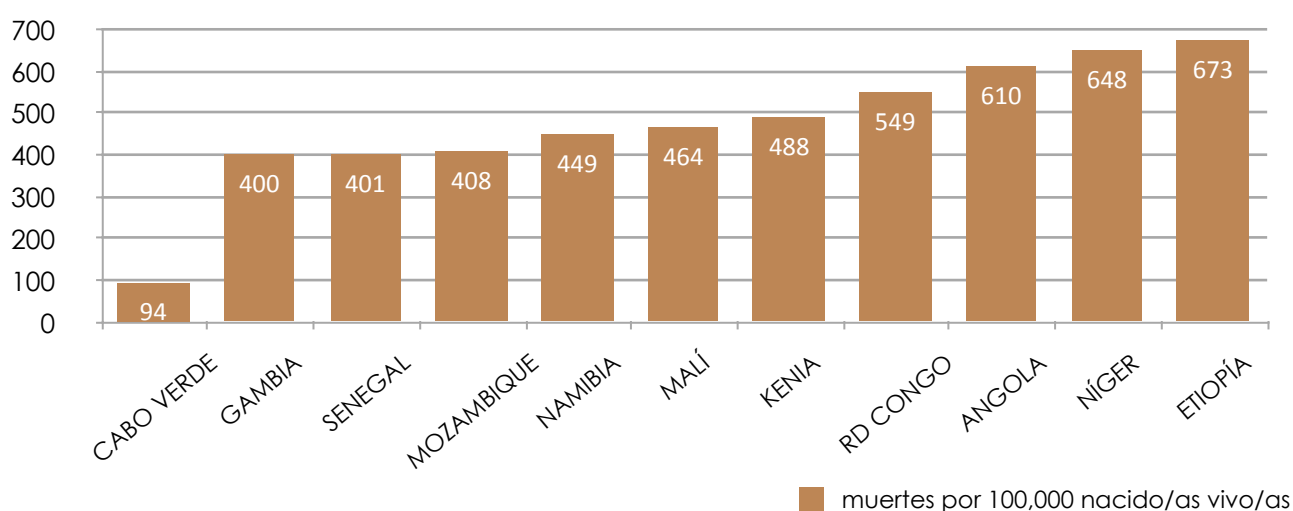


LA MORTALIDAD MATERNA SIGUE SIENDO ALTA EN MUJERES. LAS BUENAS NOTICIAS SON QUE UN MEDIDAS PARA REDUCIRLA.

Tal y como reconocen numerosos instrumentos y acuerdos internacionales, **la mortalidad materna es un indicador claro de desigualdad, pobreza, falta de atención médica adecuada y una grave vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.** Por esta razón, la mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000 como una prioridad para la acción política. El ODM 5 consiste en reducir entre 1990 y 2015 el ratio de mortalidad materna en tres cuartas partes. La mortalidad materna vulnera el derecho a la vida y el derecho a la salud de las mujeres, reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En África Sub-Sahariana, la mortalidad materna sigue siendo alta, con la consecuente amenaza a los derechos más básicos de las mujeres en la Región. Según la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de NNUU (2011), a pesar de los progresos realizados desde la declaración de los ODM, en África Sub-Sahariana todavía una de cada 31 mujeres corre el riesgo de morir por complicaciones del embarazo y el parto prevenibles o curables, en comparación con una de cada 4.300 en las regiones desarrolladas. En África del Este y del Oeste las cifras de mortalidad materna se sitúan entre las más elevadas del mundo, del orden de entre 500 y 1.000 muertes maternas por 100.000 nacidas/os vivas/os en 2005 (OMS, UNICEF, FNUAP y Banco Mundial, 2007). De los 11 países analizados, Etiopía es el país con la tasa de mortalidad materna más alta con 673 muertes por 100,000 nacidos vivos, seguido de Níger, Angola y República Democrática del Congo. El resto de los países muestran tasas similares entre 400 y 500 muertes por cada 100,000 nacidos/as vivos/as muy cercanas a la tasa media de África, salvo Cabo Verde que muestra una tasa muy baja de 94 muertes por cada 100,000 nacidos/as vivos/as más cercana a la de los países industrializados (tasa media: 20) que a los de su entorno geográfico.

Gráfico 2. La mortalidad materna sigue siendo alta en África



Fuente: para Cabo Verde, Angola y Gambia: OMS et al. (2007), el resto Encuestas Demográficas y de Salud: NB y KN 2008, DRC 2007, NI y ML, 2006, SN y ET, 2005, MZ 2003

ÁFRICA Y VULNERA DERECHOS BÁSICOS DE LAS GRAN NÚMERO DE PAÍSES AFRICANOS HAN TOMADO

La lucha contra la mortalidad materna es una prioridad en muchos países africanos que ya han tomado medidas para combatirla. Muchos países africanos (ver mapa), entre ellos la mayoría de los 11 países analizados en este documento, han lanzado por ejemplo la Campaña para la Aceleración de la Lucha contra la Mortalidad Materna en África (ver recuadro 1).



Source: UNFPA, 2010

Recuadro 1. CARMMA

La Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) fue lanzada en mayo de 2009 por las/os Ministras/os de Salud en la Unión Africana en asociación con el FNUAP y otros organismos internacionales. El objetivo principal es salvar las vidas de las madres y las/los recién nacidas/os que mueren como consecuencia del parto en África. Al lanzar CARMMA los países se comprometen a:

- Fortalecer el sistema de salud con servicios integrados de salud materna e infantil, y coherencia de políticas sanitarias y de desarrollo;
- Alcanzar el compromiso de Abuja (15% del presupuesto nacional en Salud);
- Presionar al Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, malaria y tuberculosis que incluya financiación para luchar contra la mortalidad materna e infantil;
- Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación (por ejemplo la elaboración de un informe anual de progreso coordinado por la Unión Africana);
- Institucionalizar una semana anual de eventos en torno a CARMMA durante 4 años.

El movimiento de mujeres ha sido un importante impulsor de CARMMA. En 2010 por ejemplo, organizaciones de mujeres de toda África organizaron una caravana por la Salud Materna que atravesó África del Este para sensibilizar sobre la problemática e implicar a los principales actores en la puesta en marcha de soluciones para la reducción de la Mortalidad Materna.

Fuente: elaboración propia

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Puedes decir a tu gobierno que:

- La mortalidad materna vulnera los derechos humanos de las mujeres: el derecho a la vida y el derecho a la salud (Declaración Universal de los Derechos Humanos).
- La lucha contra la Mortalidad Materna es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tu gobierno se ha comprometido a cumplir.

Puedes pedir a tu gobierno:

- Que empiece por lanzar CARMMA si aún no lo ha hecho (Ej. Níger y Malí)
- Que aumente el % del gasto público dedicado a salud, y a salud sexual y reproductiva según los compromisos de Abuja.
- Que aumente el número de matronas y personal médico en el sistema de salud

En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Por lo tanto, verifica si tu país los tiene, y:

- Si no, presiona para que los tenga.
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos. Difunde tus datos con una explicación de las consecuencias de la mortalidad materna para las mujeres y para la sociedad en general.
- Otras fotos útiles en tu trabajo de incidencia pueden ser: % de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado, % jóvenes entre 15-19 años que han estado embarazadas, etc.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS URGENTE. LA MITAD DE LOS EMBARAZOS ENTRE ÁFRICA SUB-SAHARIANA.

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en África requiere de acción urgente y de la atención tanto de activistas como de responsables políticos ya que por ejemplo, la mitad de los embarazos adolescentes en el mundo ocurren en esta región.

Según la OMS (2008), tres de los siete países con los mayores índices de embarazos adolescentes del mundo se encuentran en África (Nigeria, Etiopía y RDC). Además, más de la mitad de las mujeres entre 15-19 años que dan a luz cada año se encuentran en África Sub-Sahariana. El porcentaje de embarazos precoces antes de los 15 años varía de país en país: Ruanda registra menos de un 1% mientras que Mozambique tiene 12% (OMS, 2008). De los 11 países analizados, Mozambique, Malí y Níger presentan los índices más altos de embarazos adolescentes, con cifras que rondan el 40%. La maternidad en la adolescencia requiere de atención urgente por parte de activistas y responsables políticos en África, no sólo por su incidencia sino por las repercusiones dramáticas que ésta tiene en las jóvenes y en la sociedad en general (ver cuadro 2).

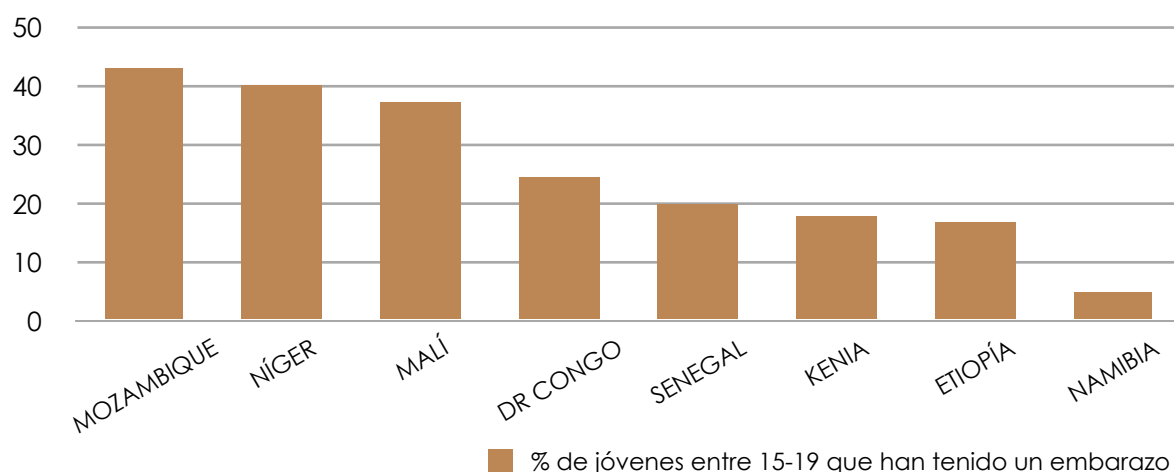
Cuadro 2. Consecuencias del Embarazo Precoz

Los embarazos precoces tienen serias consecuencias para las adolescentes, sus familias y la sociedad en general. Por ejemplo:

- Aumentan el riesgo de mortalidad materna e infantil;
- Aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes al VIH y otras ETS;
- Reducen el nivel educativo de las jóvenes debido al abandono escolar por maternidad;
- Y como consecuencia limitan la adquisición de conocimientos y habilidades necesarios para entrar en el mercado de trabajo más tarde y aprovechar oportunidades económicas en el futuro

Fuente: elaboración propia

Gráfico 3. Altas tasas de embarazo adolescente



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud: NB y KN 2008, DRC 2007, NI y ML, 2006, SN y ET, 2005, MZ 2003

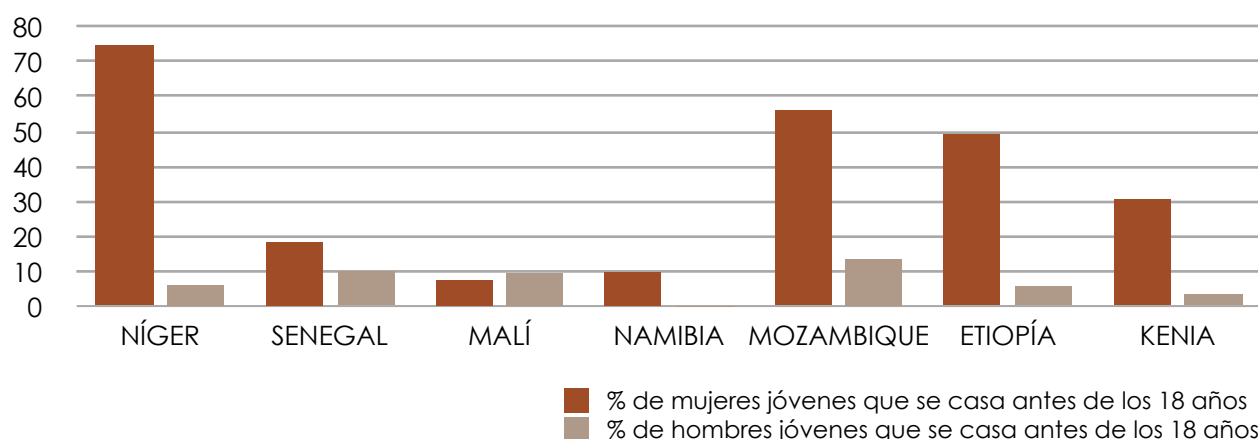
El matrimonio precoz, una de las principales causas del embarazo en la adolescencia en África, aún persiste en muchos países africanos. Sin embargo, los gobiernos adoptan medidas para reducir la incidencia de estas prácticas, principalmente a través de leyes. Tal como se puede apreciar en el gráfico 4, el matrimonio precoz afecta más a la mujer que al hombre en los países analizados. Por lo general, el matrimonio antes de los 18 años sigue siendo una práctica común, que afecta a un mayor número de mujeres que de hombres. En Níger, Mozambique y Etiopía, en particular, los porcentajes de mujeres que se casan antes de los 18 años registran niveles alarmantes (74,5%, 56% y 49% respectivamente). Los índices más bajos de matrimonios precoces se dan en Malí y en Senegal. Con la excepción de Malí y de Gambia, y el caso de Níger para el cual

ADOLESCENTES EN ÁFRICA REQUIERE ATENCIÓN

ADOLESCENTES DEL MUNDO OCURREN EN

no se dispone de datos, se ha aprobado legislación para luchar contra los matrimonios precoces en todos los países analizados.

Gráfico 4. Muchas más chicas que chicos se casan antes de los 18



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud: NB y KN 2008, NI y ML, 2006, SN y ET, 2005, MZ 2003

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Puedes decir a tu gobierno que:

- Los y las adolescentes tienen derecho a disfrutar de su juventud y que el matrimonio precoz vulnera sus derechos humanos básicos
- Invertir en las jóvenes es invertir en el futuro: la reducción de la tasa de embarazos adolescentes contribuye a reducir la expansión del VIH/SIDA, y a una mano de obra sana y capacitada en el futuro.

Puedes pedir a tu gobierno:

- Que incluya medidas disposiciones contra el matrimonio precoz en la constitución y en la legislación nacional si no existen aún.
- Que desarrolle, presupueste e implemente una estrategia o un plan nacional de salud sexual y reproductiva adolescente.
- Que invierta en actividades extracurriculares diseñadas para concienciar a la juventud y a los padres para que tengan mayores ambiciones en la vida que la maternidad precoz y para que comprendan las desventajas de ser padres jóvenes junto a la importancia de formarse antes de llegar a ser padres.
- Que incluya la asignatura de la educación sexual-afectiva en el currículum escolar
- Que legisle para penalizar el acoso sexual en la escuela y que vigile la implementación de dicha legislación.

En el trabajo de la incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Ni podemos expresar debidamente nuestras reivindicaciones a los responsables políticos.

- Verifica si existen datos sobre el embarazo adolescente y matrimonio precoz en tu país. Si existen, utilízalos para establecer comparaciones entre tu país y otros en tu región u otros países del mundo para ver si tu país sale bien o mal en la 'foto'. A los periodistas les encantan las fotos así que difunde tus datos a los medios y a la sociedad en general.
- Si no existen datos disponibles, presiona a tu gobierno para que los recoja
- Otros indicadores que pueden ser útiles en el trabajo de incidencia pueden ser la edad de iniciación de relaciones sexuales, acceso de la población joven a servicios de información y orientación en salud sexual y reproductiva, así como acceso a anticonceptivos o a IVE, incidencia de la violencia doméstica entre jóvenes, etc.

ÁFRICA ES LA REGIÓN CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS LOS USAN. UN MAYOR ACCESO A ANTICONCEPTIVOS ASÍ COMO MUCHOS OTROS INDICADORES DE DESARROLLO

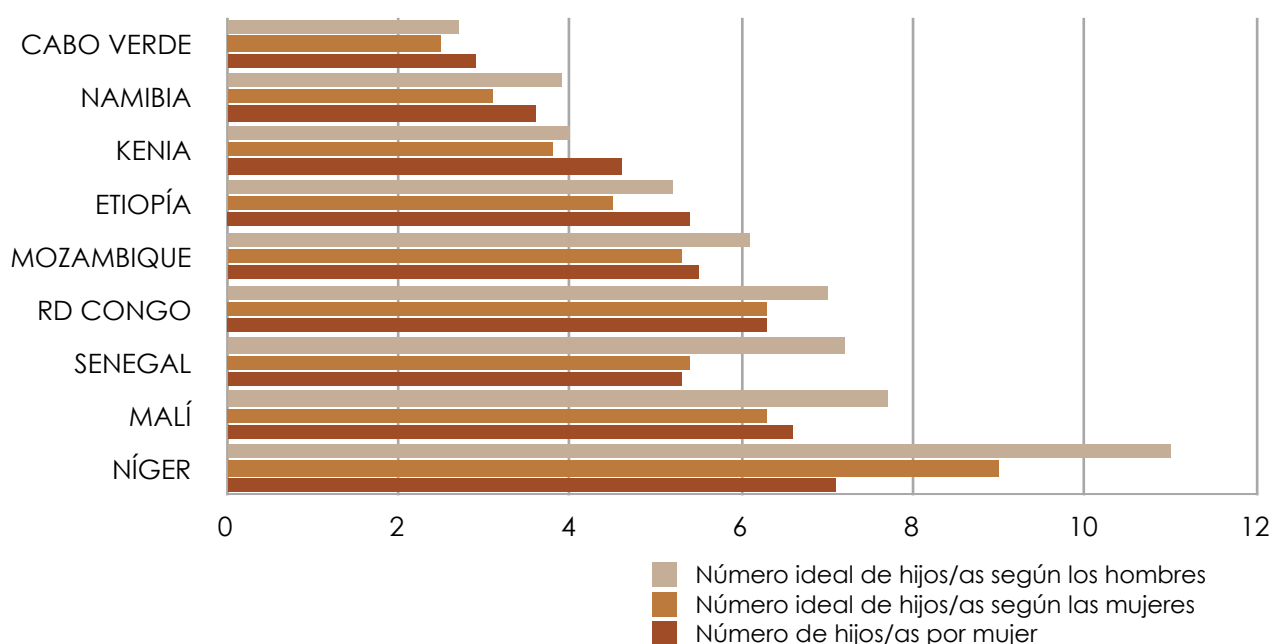
Altas tasas de fertilidad, junto con un deseo expreso de las mujeres de tener menos hijas/os apunta a un problema de acceso a servicios de planificación familiar en África. De los países analizados, Níger, con 7,1 hijas/os de promedio, y Malí con 6,6, son los de mayores tasas de fertilidad seguidos de RD Congo con 6,3. Además, estas altas tasas totales esconden diferencias entre zonas rurales y urbanas con un pronunciado aumento en el número de hijas/os por mujer en las zonas rurales. El país con el menor número de hijas/os por mujer es Cabo Verde, con 3,1. En todos los países analizados, excepto en Níger y Senegal, las mujeres querían tener un menor número de hijas/os.

Recuadro 3. Fertilidad y Desarrollo

Además de limitar los derechos de las mujeres (derecho a la salud sexual reproductiva y por tanto a opciones reproductivas, libres y responsables, y en algunos casos derecho a la vida) altas tasas de fertilidad pueden impedir la consecución de otros objetivos de desarrollo en un país. Los países más pobres exhiben tasas de fecundidad más altas. La fecundidad temprana limita la acumulación de capital humano (educación) y la capacidad futura de generación de ingresos de las mujeres. También afecta la expansión del VIH/SIDA o la mortalidad materna, afectando a la capacidad de un país de alcanzar los ODM.

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5. Bajo acceso a la planificación familiar en África



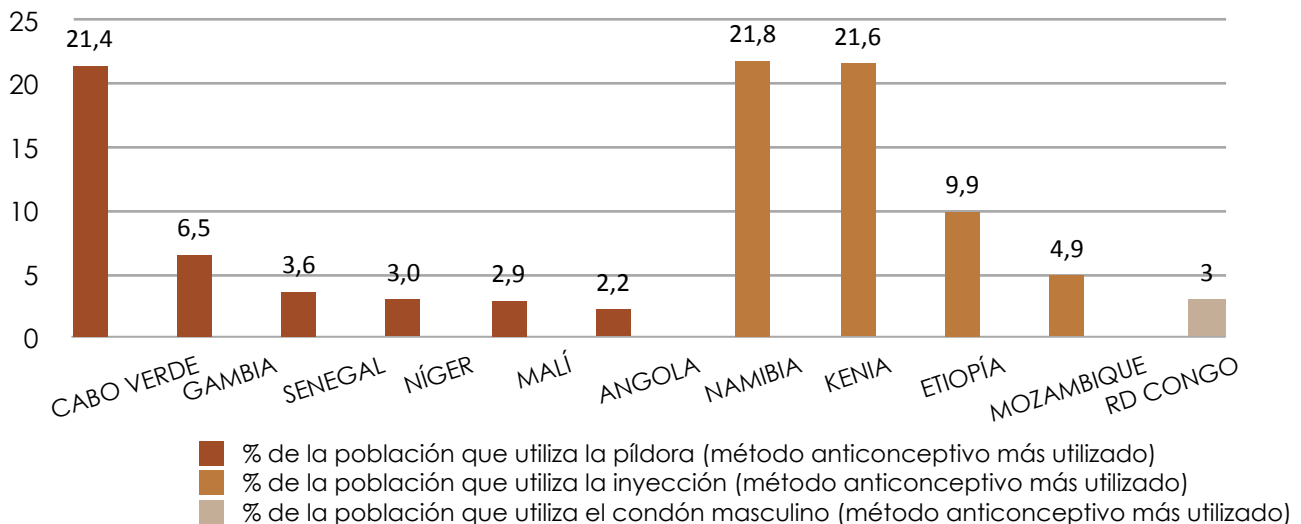
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud: NB y KN 2008, DRC 2007, NI y ML, 2006, SN, CB y ET, 2005, MZ 2003

El uso de anticonceptivos es bajo, y el tipo de métodos utilizado apunta a una escasa implicación de los hombres en la planificación familiar. Si bien ha aumentado en las últimas dos décadas del 17 al 28%, el uso de anticonceptivos en África es limitado con menos del 30% de la población, comparado con el 70% de América Latina o Asia (OMS, 2011). De entre los países analizados, la píldora es el método anticonceptivo moderno más utilizado, seguido de la inyección. El condón masculino sólo es el método moderno más utilizado en uno de los 11 países analizados, República Democrática del Congo. Al margen de los problemas de acceso, estos datos apunta a un role

MÁS BAJO DEL MUNDO. MENOS DE 3 DE CADA 10 MUJERES AYUDARÍA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN ÁFRICA.

pasivo de los hombres en la planificación familiar en la gran mayoría de los países. Hay por lo tanto un amplio margen de acción de las políticas públicas en la mejora del acceso y la implicación de los hombres en la planificación familiar en muchos países en África.

Gráfico 6. La planificación es cosa de mujeres



Nota: datos de 2010; Fuente: *Uso Mundial de Anticonceptivos*, OMS, 2011

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Le puedes decir a tu gobierno que:

- Elegir cuantas/os y cuando tener hijas/os es uno de los DSR que se ha comprometido a promover (CEDAW, Plan de Acción del Cairo).
- Los métodos de planificación familiar eficaces reducen la mortalidad materna, la mortalidad infantil, el VIH/SIDA, el número de abortos y abortos inseguros y aumentan las oportunidades sociales y económicas de las mujeres, las niñas y toda la sociedad.

Le puedes pedir a tu gobierno:

- Que aumente el % de gasto público en Salud Sexual y Reproductiva para garantizar el acceso a métodos eficaces de planificación familiar, y que cumpla con el compromiso de Abuja de dedicar el 15% del gasto público a Salud.
- Que facilite métodos anticonceptivos en centros de salud y hospitales públicos de forma gratuita o a precios subvencionados, especialmente en las zonas rurales.
- Que incluya componentes de salud sexual y reproductiva en campañas de salud comunitaria
- O a tu Presidente, si es hombre, o a líderes masculinos como deportistas, artistas, etc. que lideren una campaña de sensibilización sobre la importancia del uso de anticonceptivos dirigida especialmente a hombres.

En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Por lo tanto, verifica si tu país los tiene, y:

- Si no, presiona para que los tenga.
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos, difunde tus datos con una explicación de las causas y consecuencias de la falta de medios de planificación familiar eficaces para el bienestar y la salud de las mujeres y las niñas y para la sociedad en general.
- **Otras fotos útiles** en tu trabajo de incidencia pueden ser: relación entre el uso de métodos eficaces de planificación familiar y la reducción en mortalidad materna, infantil, VIH/SIDA, aborto inseguro, etc.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO ES UNO DE LOS ÁFRICA. A PESAR DE LOS AVANCES LEGISLATIVOS HACER SOBRE EL TERRENO.

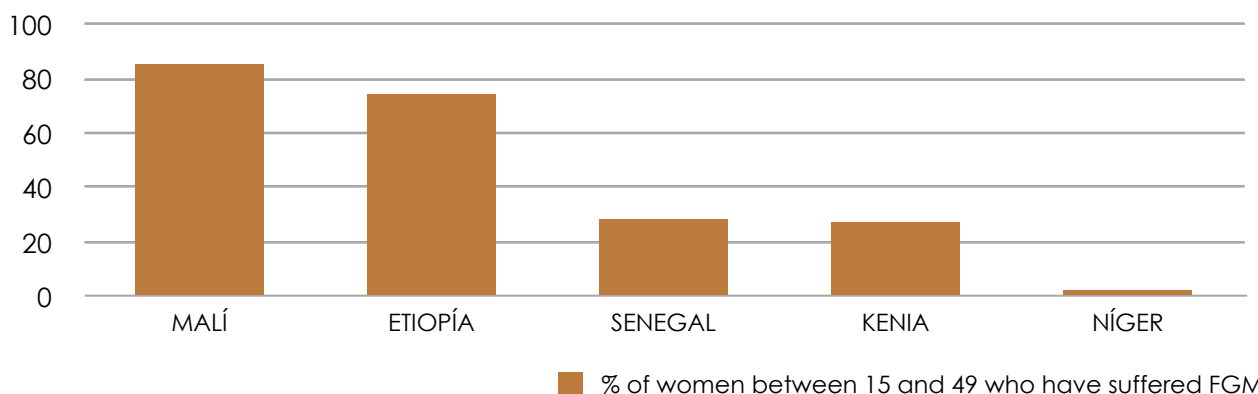
La violencia de género, en sus diferentes manifestaciones, sigue siendo uno de los problemas más graves de las mujeres en África, tanto por el grado de incidencia, como por las consecuencias sobre la vida y los derechos fundamentales de las mujeres. A pesar de las dificultades para medir su prevalencia dada la escasez de datos, particularmente difíciles de conseguir, diversos estudios apuntan a la alta prevalencia de violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres y las niñas asociadas a prácticas como la violencia doméstica, abuso sexual, tráfico sexual, acoso, matrimonio precoz y/o forzado, crímenes de honor y mutilación genital femenina entre otras. En Sudáfrica, cada seis horas muere una mujer a manos de su pareja (Mathews et. al., 2004); y en RDC, ocurren cerca de 1,100 casos de violación al mes según estadísticas de Naciones Unidas 2010.

Los datos de Mutilación Genital Femenina son estremecedores en algunos de los países africanos. El 85% de las mujeres en Malí y el 74% en Etiopía han sufrido Mutilación Genital Femenina. En otros países como en Kenia y Senegal también se lleva a cabo, aunque en una menor medida, y según los datos disponibles, en Níger el porcentaje es mucho menor. Complejos factores socio-culturales están detrás de la existencia y alta incidencia en algunos casos de la MGF en África, mientras que el paulatino acceso de las mujeres y niñas a niveles mayores de educación se ha demostrado eficaz para reducir este grave problema.

Recuadro 4. Violencia contra las Mujeres

"...por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada". Artículo 1, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, 1993.

Gráfico 7. La Mutilación Genital Femenina es aún una práctica generalizada en algunos países



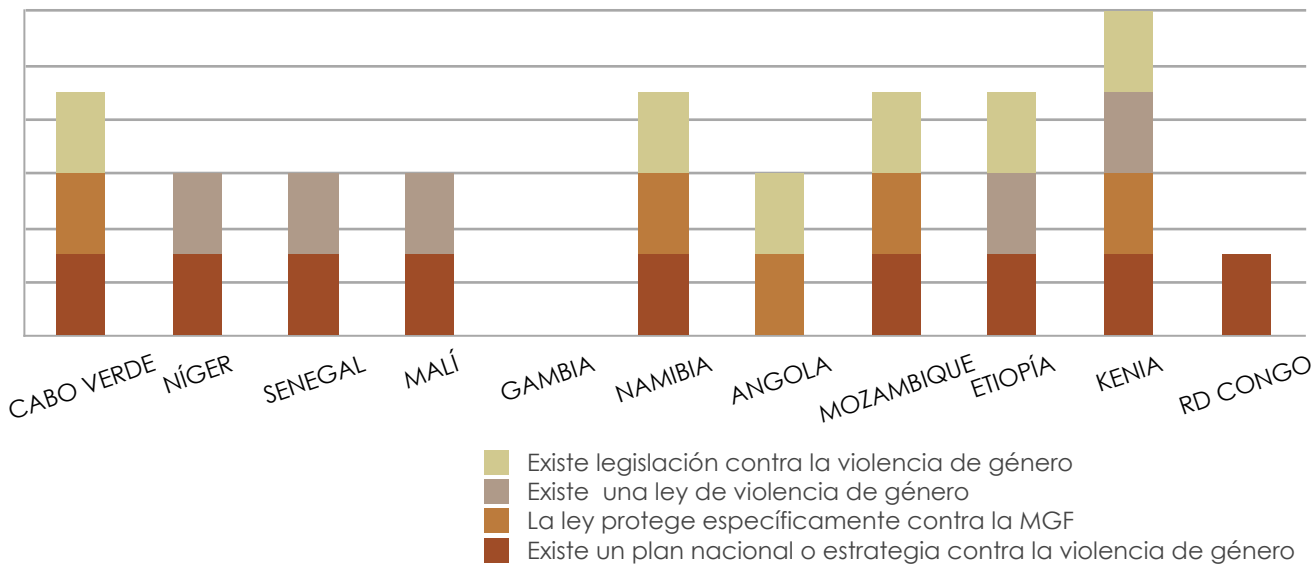
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud: KN 2008, NI y ML, 2006, SN y ET, 2005

La mayoría de los países analizados cuentan con legislación que protege a las mujeres contra la violencia de género, pero menos de la mitad han puesto en práctica planes específicos para combatirla. En todos los países analizados, excepto en Angola y Gambia (y en Níger del que no hay información) la constitución protege a las mujeres contra la violencia de género. En 8 países de los 11 analizados (no contamos con datos de Níger, Gambia, y Angola) la constitución o la legislación nacional castiga específicamente la violencia sexual a través del establecimiento de penas contra la violación. Además, 5 países cuentan con una ley específica sobre violencia de género (Cabo verde, Namibia, Angola, Mozambique y Kenia, de RD Congo no tenemos datos), y 5 países de los 11 analizados han prohibido por ley la MGF. Además, algunos países han incluso aprobado legislación en áreas como el tráfico con fines de explotación sexual, área de

PROBLEMAS MÁS GRAVES DE LAS MUJERES EN PARA COMBATIRLA, TODAVÍA QUEDA MUCHO POR

complicada resolución jurídica. Es el caso de Cabo Verde, Gambia, Mozambique, Etiopía, Kenia y Congo. La puesta en práctica de la legislación contra la violencia de género, a través de planes específicos o estrategias ha tenido sin embargo un alcance más limitado. Sólo la mitad de los países analizados (Cabo Verde, Namibia, Angola, y Mozambique) cuenta con este tipo de instrumento, apuntando a un problema de divergencia entre las medidas legislativas y su aplicación.

Gráfico 8. La mayoría de países cuentan con instrumentos para combatir la violencia de género



Fuente: Base de datos del Mapa de SDSR en África y España, 2011

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Le puedes decir a tu gobierno que:

- Varios de los tratados internacionales que ha suscrito (Plataforma de Beijing para la Acción, entre otros) establecen que la violencia de género vulnera en múltiples formas los derechos humanos de las mujeres y las niñas.
- Además de vulnerar derechos humanos y de tener un alto coste económico. Según el Banco Interamericano de Desarrollo el coste total de la violencia doméstica oscila entre 1,6% e 2% del PIB de un país.

Le puedes pedir a tu gobierno:

- Que suscriba los acuerdos internacionales que no haya firmado (Ej: Níger y Etiopía: Protocolo de Maputo).
- Aumente la financiación para la prevención y de atención a las supervivientes de violencia.
- Que imite las buenas prácticas que ya existen en otros países trabajando con el sistema judicial, la policía, y la comunidad, para combatir la violencia.

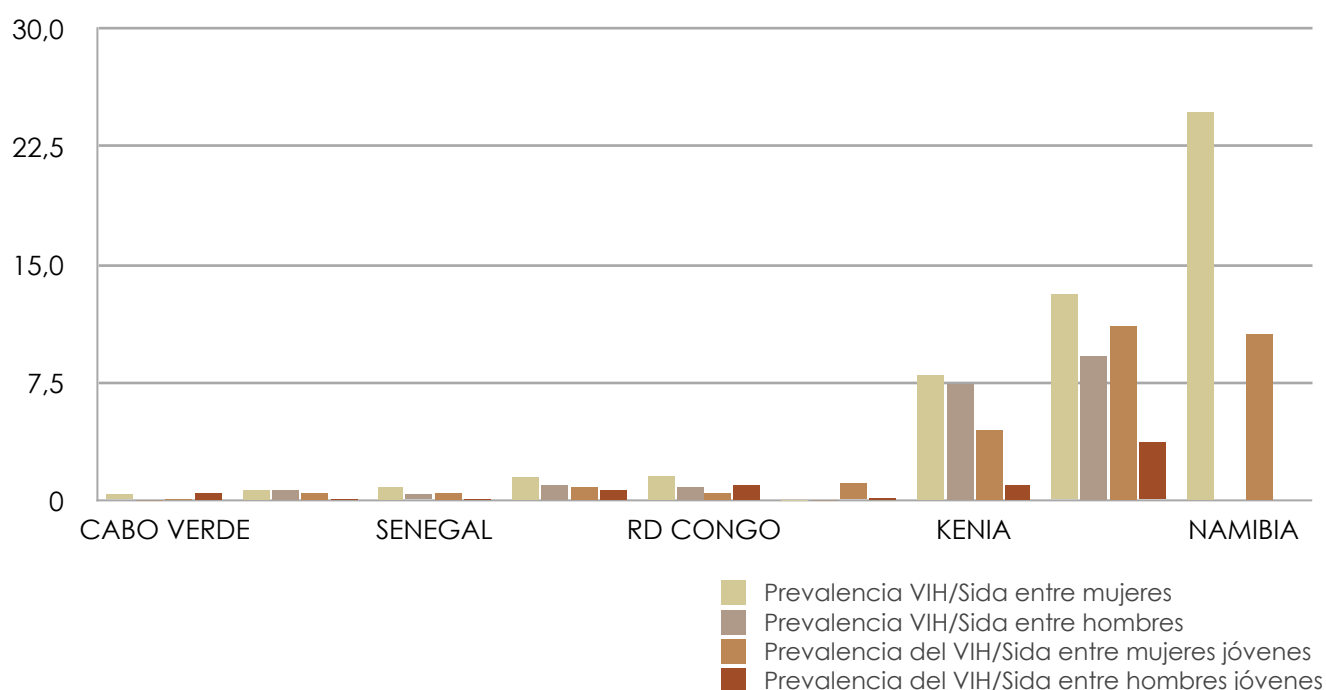
En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Conseguir datos para medir la violencia de género es particularmente difícil. Por lo tanto, verifica si tu país los tiene, y:

- Si no, presiona para que los tenga, dándole ejemplos de cómo otros países han incorporado la violencia de género en sus sistemas estadísticos (por ejemplo Sudáfrica, Kenia, Camerún, Malawi, Ruanda, Liberia, Costa de Marfil, Zimbabue, Uganda, y Malí, RDC, o Zambia).
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos, difunde tus datos con una explicación de las causas y consecuencias de violencia de género para el bienestar y la salud de las mujeres y las niñas y para la sociedad en general.
- **Otras fotos útiles** en tu trabajo de incidencia pueden ser: coste de la violencia doméstica en % del PIB en tu país, o en países vecinos si en el tuyo no hay estos datos todavía.

EL VIH/SIDA ES UN SERIO PROBLEMA EN ÁFRICA SU SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y DESIGUALDAD.

La prevalencia del VIH/SIDA sigue siendo alta en África. Además, en África, el VIH/SIDA afecta más a las mujeres, tanto adultas como jóvenes. Según ONUSIDA, África Sub-Sahariana alberga a 22 millones de personas que viven con el VIH, representando dos tercios del total mundial (ONUSIDA, 2008a). El virus es la principal causa de muerte en la región, exigiendo un peaje devastador a individuos, familias y comunidades (ONUSIDA, 2008b). Según datos de ONUSIDA para 2011, África del Este y del Sur siguen siendo las áreas más afectadas por la epidemia del VIH. Según el FNUAP (2009), casi el 60% de personas que viven con el VIH en África son mujeres. De los 11 países analizados, en todos salvo en Cabo Verde y Níger la prevalencia es más alta entre mujeres que entre hombres. La mayor brecha de género la podemos observar en Mozambique, (13,1% de mujeres, frente a 9,2% de hombres) y República Democrática del Congo (1,6% mujeres, 0,9% hombres). El patrón se repite entre la población joven, donde en la mayoría de países las mujeres jóvenes tienen una tasa de prevalencia más alta que la de los hombres (gráfico 9). Los casos de Namibia y Mozambique son particularmente alarmantes con una de cada 10 mujeres jóvenes infectadas.

Gráfico 9. El VIH/Sida afecta más a las mujeres



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud: NB y KN 2008, DRC 2007, NI y ML, 2006, SN, CB y ET, 2005, MZ 2003.

Las desigualdades y la discriminación de la mujer son en parte responsables de una mayor tasa de prevalencia del VIH/SIDA entre las mujeres. La falta de información sobre métodos de prevención, la posición de subordinación frente a los hombres en la toma de decisiones sobre la sexualidad, los abusos y la falta de libertad sexual son factores clave en la propagación de la enfermedad entre las mujeres en África. Por ejemplo, el escaso uso de anticonceptivos

QUE AFECTA MÁS A LAS MUJERES, EN PARTE POR

masculinos, el único método anticonceptivo moderno que previene la enfermedad, pone de relieve esta situación. En los 11 países analizados, cuando se utilizan métodos anticonceptivos modernos, son sobre todo los femeninos: píldora en Cabo Verde, Níger, Senegal, Gambia, Angola y Mozambique y la inyección en Namibia, Etiopía y Kenia. En RD Congo, el país que más usa el preservativo masculino, lo utiliza tan sólo el 3% de la población. Estos datos apuntan hacia la necesidad de incidir en un mayor acceso a la información, así como en trabajar para mejorar el poder de toma de decisiones de las mujeres en las decisiones de sexualidad. La educación afectivo-sexual tanto de mujeres como de hombres, es otra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Las buenas noticias son que muchos países están haciendo algo al respecto y la lucha contra el VIH/SIDA encuentra paulatinamente su lugar en las agendas y políticas públicas africanas. A pesar de los episodios de negación institucional de la epidemia que tanto daño han hecho a la lucha contra la epidemia en países como Sudáfrica, cada vez más países tienen políticas públicas y planes de salud específicos para atajar el VIH/SIDA. Siete de los 11 países analizados, Cabo Verde, Níger, Senegal, Etiopía, Kenia y DRC tienen secciones específicas sobre VIH/SIDA en sus planes de salud, mientras que Gambia no tiene, y para el resto no hay datos. En general, se ha demostrado que los países que reconocieron e hicieron frente a la epidemia desde las políticas públicas desde el principio han sido los más eficaces en reducirla.

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Le puedes decir a tu gobierno que:

- El VIH/SIDA está poniendo en peligro el futuro de su país. Además de suponer una violación de los Derechos Humanos, el VIH/SIDA socava el crecimiento y desarrollo futuros al disminuir la capacidad productiva de los hombres y las mujeres afectados, reducir la rentabilidad de la inversión en educación, y aumentar el gasto público en salud.

Le puedes pedir a tu gobierno que:

- Cumpla con la Declaración de Abuja (2001) sobre VIH/SIDA, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas (aportando el 15% del presupuesto total del país a Salud).
- Que aumente la financiación dirigida a la lucha contra el SIDA: prevención (educación afectivo-sexual), sensibilización para reducción de la discriminación y tratamiento de las personas afectadas teniendo en cuenta el enfoque de género.
- Que adopte legislación contra la discriminación de personas con VIH/Sida en el entorno laboral.

En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Por lo tanto, verifica si tu país los tiene, y:

- Si no, presiona para que los tenga.
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos, difunde tus datos con una explicación de las causas y consecuencias del VIH/SIDA para el bienestar y la salud de las mujeres y las niñas y para la sociedad en general.
- Otras **fotos útiles en tu trabajo** de incidencia pueden ser: impacto del VIH/sida en el tiempo sobre indicadores socioeconómicos desagregado por sexo; comparativa entre las cifras de violencia de género, el uso de métodos anticonceptivos y la prevalencia de VIH/SIDA.

LA POBLACIÓN LGTB SUFRE TODAVÍA GRAVES LUGARES DE ÁFRICA. LO QUE ES MÁS PREOCUPANTE DISCRIMINACIÓN SE LEGITIMA DESDE LAS

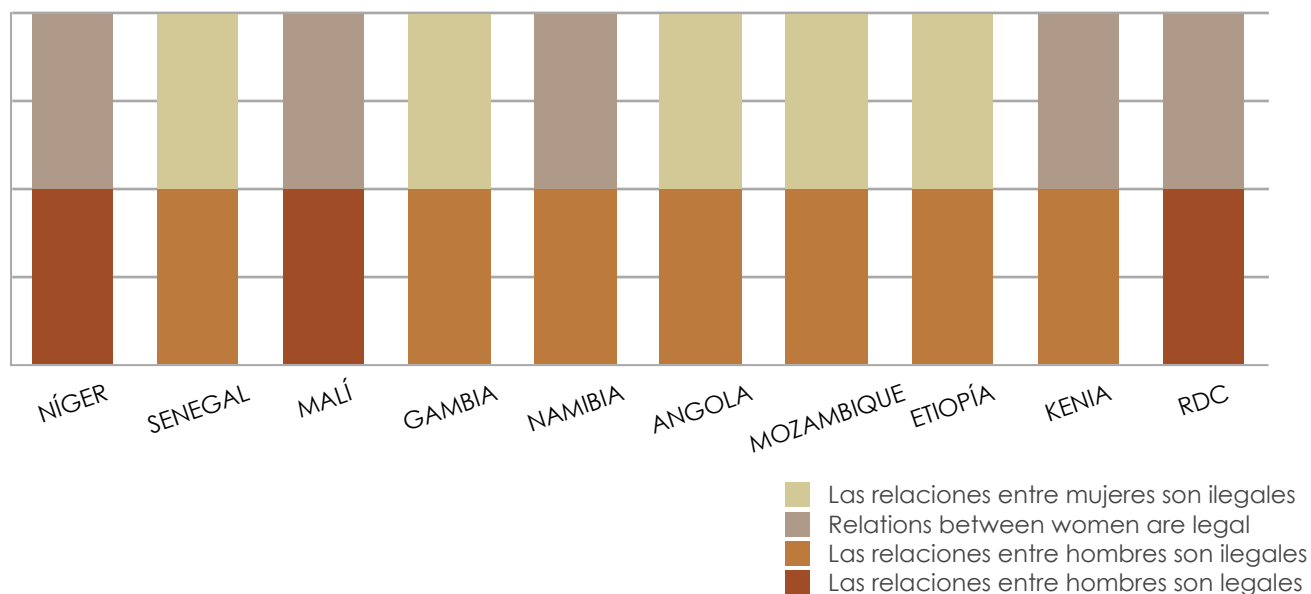
La criminalización de la homosexualidad se mantiene con fuerza en muchos de los países de África y las personas homosexuales se enfrentan a persecuciones y violencia de la policía, empleados públicos, hospitales y organizaciones comunitarias. A pesar de que la Carta Africana de los Derechos Humanos y de las Personas (1981), ratificada por 50 países en el marco de la Unión Africana, condena la discriminación y provee de ciertos derechos a los LGTB, la situación en África sigue siendo precaria para los derechos de la población LGTB. La discriminación contra los LGTB se da en muchas formas y muchos países (ver recuadro 5).

Recuadro 5. Ejemplos de violaciones de los derechos de la población LGTB en África

- En Camerún, Kenia, Nigeria y Uganda, administradoras/es de escuelas, profesores y otras/os estudiantes han echado a jóvenes gays y lesbianas tanto en niveles de secundaria como terciaria.
- En Botsuana y Sierra Leona, a las personas LGTB se les ha negado el derecho a registrarse en ONG.
- En Uganda, el gobierno ha impuesto multas y censura a periodistas, órganos mediáticos y grupos de teatro que se han atrevido a presentar una perspectiva neutral o positiva de la homosexualidad.
- En casi todos los países africanos se ha documentado extorsión y chantaje a LGTB, a menudo con la participación de fuerzas de seguridad.
- En Senegal, supuestos homosexuales fueron atacados entre 2008 y 2010. Además, diez hombres y una mujer fueron arrestados después de ser fotografiados en una boda privada gay publicada en una revista.
- Sudán, Nigeria, y Mauritania mantienen la pena de muerte en caso de actos homosexuales consentidos.

Fuente: Voces Pana-africanas por la Libertad y la Justicia, www.pambazuka.org

Gráfico 10. Ser homosexual es ilegal en muchos países en África



Fuente: Base de datos del Mapa de SDR en África y España, 2011

VIOLACIONES A SUS DERECHOS EN MUCHOS TODAVÍA ES QUE EN ALGUNOS PAÍSES ESA INSTITUCIONES.

Además, en muchos países africanos se condonan estas violaciones o incluso en algunos se institucionaliza la discriminación. De 11 países analizados sólo en Níger, Malí y RD Congo son legales las relaciones entre hombres y sólo en Níger, Malí, Namibia, Kenia y RD Congo las relaciones entre mujeres. Además, no hay ningún país entre los 11 comparados en África cuya legislación prohíba la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad sexual.

Al margen de los 11 países analizados, un ejemplo a destacar es la legislación aprobada en Burundi en 2009, que criminaliza las relaciones entre personas del mismo sexo por primera vez en la historia del país. En otros lugares sin embargo se perciben avances positivos y en Sudáfrica, la ley se ha modificado para mejorar los derechos de las personas gay y lesbianas.

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Le puedes decir a tu gobierno que:

- Ha suscrito diversos tratados internacionales (CEDAW, Plataforma de Beijing para la Acción, entre otros) que protegen los derechos humanos de la población LGTB.
- Al no asumir que existen relaciones homosexuales en el país, los mensajes y campañas sobre prevención del VIH/Sida son menos eficaces al dirigirse solamente a personas heterosexuales.

Puedes pedirle a tu gobierno:

- Que incluya legislación que condene la discriminación contra la población LGTB
- Que elimine toda legislación discriminatoria contra la población LGTB y legalice las uniones entre personas del mismo sexo garantizando sus DDHH.
- Que proponga que se incluya una mención específica en la Carta Africana por los Derechos Humanos y de las Personas defendiendo los derechos de LGTB.

En el trabajo de incidencia, los datos son fundamentales. Sin datos, no podemos medir los avances. Por lo tanto, verifica si tu país tiene datos sobre los distintos aspectos de la discriminación contra la población LGTB, y:

- Si no, presiona para que los tenga.
- Si los tiene, compáralos con otros países de tu región para ver si tu país sale bien o mal en "la foto". A las/os periodistas les encantan las fotos, difunde tus datos con una explicación de las causas y consecuencias de la discriminación por orientación sexual con propuestas clave para erradicarla.
- **Otras fotos útiles** en tu trabajo de incidencia pueden ser: la comparativa entre los acuerdos internacionales y regionales suscritos y la coherencia con la legislación nacional en materia de derechos de la población LGTB.

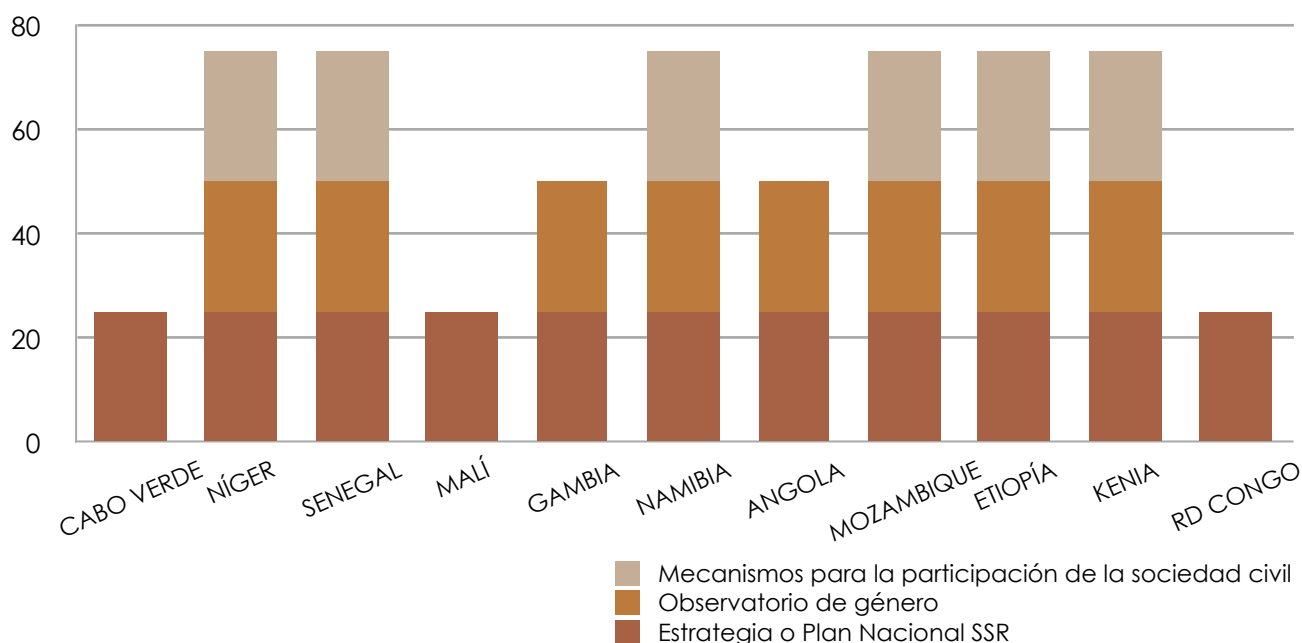


LOS PAÍSES AFRICANOS CUENTAN CON INTERNACIONAL PARA DEFENDER LOS DERECHOS RATIFICACIÓN ES BUENO, PERO LA

Los países africanos se han dotado de múltiples mecanismos internacionales y regionales en defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El nivel de ratificación de los tratados, si bien varía entre países, en general es bastante alto. Los 11 países analizados se han adherido o han ratificado el Convenio de Derechos Políticos y Civiles (CCPR), la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW) y la Convención para los Derechos de la Infancia (CRC). Todos los países excepto Mozambique se han adherido o han ratificado el Convenio de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CESCR). Los dos países que han presentado reservas a tratados internacionales en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos han sido Kenia (en relación al CESCR, Artículo 10.2 respecto a la protección de mujeres durante o después del parto) y Níger (a varias de las secciones de la CEDAW que limitan el compromiso del gobierno con la Convención).

A nivel regional, la Unión Africana cuenta con dos instrumentos principales para la defensa de los derechos de las Mujeres: el protocolo de Maputo y la Declaración Solemne de Igualdad de Género en África, ratificados por la mayoría de los países. De los 11 países analizados, todos han adoptado la Declaración Solemne de Igualdad de Género en África. Todos los países comparados han ratificado la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y todos excepto Etiopía, que sólo lo ha firmado, han ratificado el Protocolo a la Carta sobre la Igualdad de Género, conocido como el Protocolo de Maputo. Kenia ha expresado sin embargo reservas al artículo 10.3 relacionado con gasto militar y la promoción del gasto en desarrollo social y promoción de las mujeres y al artículo 14.2c relacionado con la autorización a abortar bajo ciertas circunstancias.

Gráfico 11. Existen mecanismos institucionales nacionales para el trabajo en SDR



Fuente: Base de datos del Mapa de SDR en África y España, 2011

INSTRUMENTOS SUFICIENTES A NIVEL REGIONAL E SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. EL RITMO DE IMPLEMENTACIÓN ES TODAVÍA MUY LENTA.

Es más fácil ratificar un tratado y no cumplirlo, que no ratificarlo. Esta frase resume bastante bien la situación actual respecto al estado del cumplimiento de los tratados sobre derechos sexuales y reproductivos y derechos de las mujeres en África. Si bien la mayoría de los países ha ratificado los tratados, los pasos inmediatamente posteriores de cara a su implementación, consistentes en la ratificación del protocolo y la adaptación de la legislación nacional, no se han llevado a cabo de forma tan sistemática. Por ejemplo, Mozambique, Etiopía y Kenia no han ratificado el Protocolo Opcional al CCPR; Etiopía y Kenia no han firmado el Protocolo Opcional al CRC; Gambia, Etiopía, Kenia y RD Congo no han ratificado el Protocolo Opcional a la CEDAW. Ningún país ha firmado su Protocolo Opcional de la CDESCR.

A nivel nacional, también existen instrumentos y mecanismos institucionales para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos aunque hay aún capacidad de mejora en la implementación de los mismos a través de las estructuras pertinentes. Los 11 países analizados tienen una ley, política o estrategia específica para la salud sexual y reproductiva, sin embargo, entre los países analizados, sólo Níger, Senegal, y Kenia cuentan con Observatorios de Igualdad de Género y en ninguno de los países existen Observatorios de los Derechos Sexuales y Reproductivos específicamente. Níger, Senegal, Namibia, Mozambique, Etiopía y Kenia cuentan con mecanismos institucionales como el Comité Nacional de Violencia de Género (Namibia), el Consejo Nacional para el Avance de la Mujer (Mozambique), la Comisión Nacional de Igualdad y Derechos Humanos (Kenia), el Comité Nacional de Prácticas Tradicionales (Etiopía), o los Observatorios Nacionales de las Mujeres (en Níger y Senegal) que permiten la participación de la sociedad civil en la discusión de distintos aspectos de las políticas públicas de igualdad, algunas de ellas relacionadas con los DRS.

CLAVES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

Para promover la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos puedes:

- Pedirle a tu gobierno que firme y/o ratifique los tratados internacionales y regionales relevantes para garantizar los Derechos Humanos, la Salud y los DSR, si no lo ha hecho todavía.
- Confeccionar tu propio Mapa con información sobre qué país ha ratificado qué tratado y utilizarlo para presionar a tu gobierno para que ratifique el que a las mujeres de tu país les interesa. Dile que sus vecinos ya lo han hecho, y que si no lo hace será un paria en la escena internacional africana.
- Elaborar y difundir una comparativa entre los compromisos suscritos y los indicadores de Derechos y Salud Sexual sobre el terreno en tu país. Visibiliza las brechas y pregúntale qué ha hecho en cuanto a legislación, puesta en marcha de mecanismos y afectación de recursos para cumplir los tratados y acuerdos suscritos.



BIBLIOGRAFÍA

- Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2011. 55º período de sesiones, 22 de febrero a 4 de marzo de 2011. <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw55/panels/Panel5-Spanish.pdf>
- FNUAP, 2010, CARMMA: Africa Cares: No Woman Should Die while Giving Birth. UNFPA African Regional Office. Johannesburg. <http://countryoffice.unfpa.org/uganda/drive/CARMMABooklet.pdf>
- FNUAP, 2009, Informe sobre la aplicación de las decisiones y recomendaciones de la Junta de Coordinación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- www.unfpa.org/webdav/site/global/.../2009/.../pcb_unaids_sp.doc
- Mathews Shanaaz, N. Abrahams, L. Martin, L. Vetten, L. van der Merwe y R. Jewkes. 2004. "Every Six Hours a Woman is Killed by her Intimate Partner." A National Study of Female Homicide in South Africa. Gender and Health Research Group, Medical Research Council.
- http://www.saynotoviolence.org/sites/default/files/SP_Say%20NO%20VAW%20Factsheet%20Final.pdf
- OMS, 2004, Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. www.who.int/reproductivehealth
- OMS, 2008, Making Pregnancy Safer Notes, Volume 1, Number 1, Adolescent Pregnancy. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/mpsnnotes_2_lr.pdf
- OMS, 2011, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Abril de 2011.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>
- OMS, UNICEF, FNUAP y Banco Mundial, 2007. Mortalidad Materna en 2005. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/es/index.html
- ONU, 2010.
- <http://www.un.org/es/women/endviolence/situation.shtml>
- ONUSIDA, 2008a, Informe de la Epidemia Mundial de VIH.
- <http://www.dvvimss.org.mx/pdf/informesida.pdf>
- ONUSIDA, 2008b. <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2008/december/20081203icasada1story>
- ONUSIDA, 2011. <http://www.unaids.org/es/regionscountries/regions/easternandsouthernafrika/>

ANEXO I. LISTA DE INDICADORES EN LA BASE DE DATOS

INDICADOR		FUENTE
S-1	Indicadores de Desarrollo Humano	PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2010
S-1	Población por debajo del umbral de la pobreza	UNSTATS, Indicadores de seguimiento de los ODM, 2008
S-2	Índice de Desigualdad de Género - 2008	PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2010.
S-2	Índice de paridad de género	UNSTATS, Indicadores de seguimiento de los ODM, 2011
S-3	Índice de Riesgo Reproductivo (2007)	Población Acción Internacional Report Card, 2007
S-3	Tasa de Mortalidad Materna	Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) para todos los países excepto Cabo Verde, Angola y Gambia. Para estos países: Tendencias de Mortalidad Materna (OMS, FNUAP, Banco Mundial, 2011)
S-3	Causas de la mortalidad materna	Encuestas Demográficas y de Salud
S-3	Utilización de servicios de salud materna	Encuestas Demográficas y de Salud
S-4	Tasa Total de Fertilidad	Encuestas Demográficas y de Salud
S-4	Número ideal de hijas/os	Encuestas Demográficas y de Salud
S-4	Intervalo medio entre Partos	Encuestas Demográficas y de Salud
S-4	Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos	Encuestas Demográficas y de Salud OMS- Uso de Anticonceptivos en el mundo 2010
S-4	Método anticonceptivo más utilizado	OMS- Uso de Anticonceptivos en el mundo 2010
S-4	Necesidades no cubiertas dentro del sector de la planificación familiar	OMS- Uso de Anticonceptivos en el mundo 2010
S-4	Tasa de abortos inseguros	OMS - Tasas estimadas regionales 2008
S-4	Infertilidad primaria	Encuestas Demográficas y de Salud
S-4	Prevalencia de VIH/SIDA	Encuestas Demográficas y de Salud , excepto para Angola: OMS Estadísticas Mundiales de Salud 2010
S-5	Porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 18 años	Encuestas Demográficas y de Salud
S-5	Porcentaje de jóvenes que se casa a la edad de 18 años	Encuestas Demográficas y de Salud
S-5	Porcentaje de jóvenes entre 15-19 años que ya han estado embarazadas	Encuestas Demográficas y de Salud
S-5	Porcentaje de jóvenes seropositivos/os (edad 15-24) Mujeres y hombres %	Encuestas Demográficas y de Salud
S-6	Porcentaje de mujeres casadas (15-49 años) que han sufrido violencia a manos de su esposo/pareja	Encuestas Demográficas y de Salud

INDICADOR		FUENTE
S-6	Actitudes hacia la Violencia de Género	Encuestas Demográficas y de Salud
S-6	Prevalencia de la Mutilación Genital Femenina	Encuestas Demográficas y de Salud
S-6	Actitudes con respecto a la Mutilación Genital Femenina	Encuestas Demográficas y de Salud
S-6	Víctimas de tráfico sexual identificadas por el gobierno	Informe Global en Tráfico de Personas, UNODC, 2009
S-7	Disponibilidad de Personal de Salud y Acceso a los Servicios de Salud	Observatorio de Personal Sanitario de África, 2011
S-7	Problemas a la hora de acceder a servicios de salud	Encuestas Demográficas y de Salud
I - 1	Ratificación o Firma de Tratados Internacionales de Derechos Humanos	Oficina del Alto Comisionado de NNUU para los Derechos Humanos, 2011
I - 1	Ratificación de Protocolos de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos	Oficina del Alto Comisionado de NNUU para los Derechos Humanos, 2011
I - 2	Ratificación de los Tratados Regionales de Derechos Humanos	Unión Africana, 2011
I - 3	Legislación nacional	Constituciones Nacionales, Códigos Penales, Códigos de Familia, Legislación
I - 4	Presupuesto sanitario	OMS, Estadísticas de Salud Mundial 2010
I - 5	Políticas	Documentos de Políticas e Informes
I - 6	Políticas de SSR	Documentos de Políticas e Informes
A-1	Actores estatales	Informes, Entrevistas
A-2	Actores de la Sociedad Civil	Informes, Entrevistas

ⁱ Esta publicación ha sido elaborada por Ana Lydia Fernández Layos y Maria Elena Ruiz Abril. Las autoras agradecen los comentarios de Khanysa Eunice Mabyeka a una versión anterior de este informe. La información de esta publicación proviene de la Base de Datos del Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España compilada por Adriana Zumarán y Winfred Lichuma en el marco del desarrollo del Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor. El Mapa completo ofrece una panorámica de la salud y los derechos sexuales y reproductivos así como instrumentos políticos y legales y actores y mecanismos de diálogo en esta área en África y España. La información del Mapa está dividida en cuatro capítulos: situación en España; cooperación española en África; estudios de caso de 11 países africanos, y análisis regional en África. El documento Claves para la Incidencia en Derechos Sexuales y Reproductivos en África, presenta un análisis comparativo de los 11 estudios de caso de países africanos. El Mapa al completo puede accederse en su versión online en www.mapa-srhr.org

